Re-visiones # Siete

ISSN:2173-0040

Anna Hupperth

DOSSIER

Análisis postcolonial del estatus de la igualdad epistemológica en el ámbito médico sudafricano

Goldsmiths, University of London

Traducción: Vicky Gould

el apartheid en Sudáfrica muestra que la aparente diferencia entre las medicinas 1 occidental y tradicional es de naturaleza construida, originada en el diverso tratamiento legal que han recibido estas maneras de curar. La segunda parte del ensayo evalúa si la reinante superioridad epistemológica de la medicina occidental durante el colonialismo y el apartheid ha ido desapareciendo con el tiempo. Para hacer esto es necesario mirar de cerca para ver quién es capaz de producir conocimiento, cómo se puede producir y cómo se puede asegurar. Se examinan, definen y evalúan atentamente conceptos relativos a la producción de conocimiento, tales como la hibridez y la criollización. Esto es necesario para abordar críticamente cómo el estado trata el conocimiento 'tradicional' y hasta qué punto las formas existentes de cooperación entre ambos enfoques médicos se pueden considerar al mismo nivel.

Resumen: El artículo comienza esbozando narrativas sobre la medicina indígena en Sudáfrica y sobre su aparente contrapartida 'moderna', la medicina occidental. Puesto

que la primera se intentó mantener oficialmente bajo control limitándola a sus raíces tradicionales, se hace necesario analizar el concepto de tradición para comprender si la

'tradición' es realmente tan estática como se suele suponer. Los resultados esclarecen que la diferencia entre el conocimiento 'tradicional' sudafricano y el conocimiento

'científico' occidental es, más bien, una cuestión de narrativa que de hechos objetivos. Una comparación entre la situación legal de los sanadores durante el colonialismo y

Palabras clave: teoría postcolonial, producción de conocimiento, epistemologías del sur, hibridez, criollización. Introducción En 1940, Mafavukek Ngcobo fue llevado a juicio por combinar medicina "tradicional" con sustancias disponibles en las farmacias occidentales, y vender estas mezclas en tiendas de Sudáfrica. Esto estaba prohibido por el Código Nativo de Natal, que regulaba la práctica de los curanderos "tradicionales" limitándolos a utilizar únicamente ingredientes "tradicionales" (Santos, 2007). Las preguntas planteadas en el juicio y sus respectivas respuestas muestran la dificultad de determinar "qué es 'tradicional'

dentro de la medicina tradicional". Se revela que el imaginario binario - medicina sudafricana (MSA) por un lado y la medicina occidental por el otro - no es tan claramente

divisible en la práctica como la propia imagen supone. Ésta no sirve como un espejo de la realidad, sino como una construcción de la realidad misma (Vaughan, 1991). El siguiente ensayo examinará los problemas que se derivan de trazar aquel imaginario, intentando comprender en primer lugar la razón detrás del establecimiento del

escenario binario. La segunda parte del ensayo explorará si esta superioridad epistemológica, construida a través del binario en el sector médico, desapareció junto con la superioridad política de la colonización y hasta qué punto la producción de conocimiento es posible fuera de las fronteras científicas. El imaginario binario en la medicina Walter Mignolo denomina como el "imaginario moderno / colonial" a la supuesta posibilidad de fragmentar claramente ambas culturas. Esto es el resultado de la supuesta "diferencia colonial" sobre la cual se clasifica el planeta como perteneciente al mundo moderno o al colonial (Mignolo, 2000). El primero, con la "creencia imperial de que el

qué era bueno para ellos y por lo tanto están mejor siendo dominados (Said, 1978). Se inyecta esta creencia a través de la denominada "Colonización del Poder, una energía y una maquinaria para transformar las diferencias en valores" (Mignolo, 2000) - colonialismo – y, como veremos en el siguiente análisis, condujo a una profunda dominación de la esfera política, económica y social, así como también del mundo cultural y epistemológico (Santos, Nunes, Meneses, 2007). El escenario médico sudafricano muestra esta dominación epistemológica de forma evidente. El mundo occidental tiende a transformar historias locales europeas en diseños globales, y

considera su medicina válida universalmente, sin importar el contexto (geográfico, cultural) en el que se aplique. Esta transformación llevó a un choque entre la medicina

necesariamente al presente correspondiente a la civilización occidental" (Mignolo, 2000). Esto implicaría que, según el mundo moderno, los pueblos colonizados no sabían

resto del mundo se someterá a su cosmología y la creencia ingenua o perversa de que el despliegue de la historia ha ocurrido en una sola temporalidad y lleva

Se profundizará a continuación acerca de ambas culturas medicinales. La medicina europea se basa en el método científico, por ende se supone construida sobre la rigurosidad de la lógica, e independiente de un contexto cultural determinado. Por esto, se supone que puede ser aplicada universalmente. El sistema médico está

occidental y la cultura médica sudafricana, ambas de fundamentos muy distintos (Mignolo, 2000).

Progreso versus tradición - ¿Dicotomía o dos de lo mismo?

medicina sudafricana, por ser derivada de una cultura.

organizado en jerarquías, requiere de una infraestructura compleja para desarrollarse, y los tratamientos son sintomáticos, e incluyen acciones invasivas al cuerpo (cirugía) en muchos casos. La cultura médica sudafricana se basa, en cambio, en el conocimiento ancestral, transmitido generación a generación. Existen dos tipos de curadores: los inyangas son generalmente hombres, y utilizan raíces y hierbas para curar. Los isangomas son por lo general mujeres, utilizan prácticas espirituales, complementadas con el conocimiento de los inyangas (Ngubane, 1992). Estas prácticas no requieren de una infraestructura, y se llevan a cabo en un sistema sin jerarquías, con una orientación holística e invasiva al cuerpo (sin procedimientos quirúrgicos) (Xaba, 2007). Los colonizadores tuvieron la convicción de que el método occidental es epistemológicamente superior, debido a la independencia cultural que garantiza la ciencia.

Consecuentemente, pensaron la medicina sudafricana como primitiva y obsoleta: tan sólo una reliquia del pasado en comparación con el progreso realizado por la medicina

occidental (Flint, 2008). La forma holística de tratamiento utilizando la invocación de espíritus ancestrales es opuesta al valor fundamental de Occidente, la razón (sobre

procedimientos en la medicina sudafricana conformaron parcialmente la opinión de que la espiritualidad utilizada en la MSA carece de conocimiento como base (Mignolo,

2000). Sin un sistema como fundamento, la comprensión en el mundo occidental es imposible. Esto llevó a subestimar la MSA, al punto de pensarla como una práctica

supersticiosa (Last, Chavunduka, 1986). La imagen binaria y fragmentada en la que quedaron inmersos ambos métodos sirvió para reformar la opinión general de que un

todo desarrollada en el período Ilustrado), valor que constituye la guía para todos los órdenes de la vida en el mundo moderno. La falta de sistematización y

través de la "destrucción creativa" prometió así garantizar la estabilidad política y el éxito de la misión colonial (Santos, Nunes, Meneses, 2007).

método es superior al otro (Flint, 2008). La ironía radica en que, cuando tocó desarrollar un entendimiento sobre la medicina sudafricana, los colonos abandonaron totalmente los principios científicos de neutralidad e inspección rigurosa. En cambio, como Said ha remarcado, se tiene la sensación de que Occidente cuenta con el status de la verdad científica para invalidar otras formas de conocimiento que le son ajenas (Said, 1978). La rigurosa separación entre ambas prácticas ha sido apoyada de forma deliberada por una fuerte legislación en un esfuerzo delicado: Así, no solo se ha instaurado en la opinión general la superioridad epistemológica de un método sobre el otro; además, se piensa que una medicina tradicional con aceptación, constituye una amenaza política, social y económica para el sector médico occidental ubicado en Sudáfrica y las campañas colonizadoras (Xaba, 2007). La contención del conocimiento de la MSA a

Los colonos entendieron que la cultura medicinal sudafricana estaba entrelazada con otros aspectos (de orden social, político y económico) de la vida. Sin embargo,

(Flint, 2008). Los colonos convalidan la medicina occidental (por ser proveniente de las ciencias, independiente de un contexto socio-cultural determinado), pero no la

La predicción del juez asume algunas características sobre la MSA. Primero, adivina que pasará a la extinción: la nueva sociedad emergente, a través de la educación,

El juez rechaza por completo el rol fundamental que la MSA tiene para su cultura y el bienestar de los individuos, hechos irremplazables por la medicina occidental.

entenderá que no le aporta valor, y la ignorará. Segundo, que la MSA no podrá ser capaz de adaptarse a nuevas circunstancias. El juez asume que estas prácticas son

inflexibles, y que no podrán probarse a sí mismas capaces de generar valor alguno en una sociedad que comienza a disfrutar las ventajas de la epistemología de Occidente.

Otra prueba de estos supuestos se puede encontrar en la pregunta introductoria "qué es 'tradicional' dentro de la medicina tradicional". Encubierto bajo la pretensión de

notaron que "con el progreso de la colonización y la nueva educación, ésta iría eventualmente decantando hasta desaparecer" como aseguró el juez en el juicio de Ngcobo

proteger la "autenticidad africana" (Flint, 2008), el propósito fundamental de enmarcar las prácticas de la MSA en una definición podría ser hacerla más controlable y gobernable. Sin embargo, definir la MSA resultó imposible, ya que la documentación de los procedimientos con uso de plantas no eran habituales (Last, Chavunduka, 1086). Por lo tanto, legisladores y políticos buscaron un sistema y unas características básicas dentro de la MSA que les ayudaría a gobernar mejor la "profesión". El "sistema" que consideraron útil para hacerlo fue el marco de la "tradición". Las respuestas dadas por varios testigos durante el juicio indican lo complicado que es definir el término "tradición". Algunos testigos vincularon la tradición a los ingredientes utilizados, y sin embargo, no pudieron ponerse de acuerdo sobre los orígenes de estos ingredientes o los casos de uso de los mismos. Algunas plantas

también forman parte del catálogo de ingredientes utilizados por los médicos de la India. Algunas plantas muy populares en la MSA llegaron a Sudáfrica hace tan solo una

década. Surge entonces la pregunta: ¿la tradición es realmente un "sistema" viable para definir una práctica viva? En el libro "Paths in the Rainforest", Jan Vansina define la

instituciones dominantes dejando sus principios sin cuestionar"(Vansina, 1990). Comprender la tradición, en el sentido en que la explica Vansina, ayuda a dar significado a

entendida como pluralista en cuanto a la elección del remedio y el practicante, "de modo que un simple intercambio entre la medicina occidental y la indígena probablemente

Por lo tanto, la definición de la MSA a través del "factor de conexión" de la tradición probablemente carezca de sentido, ya que la tradición tiene demasiadas dimensiones

ambas realidades deben ser reajustadas" (Vansina, 1990). Esto significa que es el pueblo o la comunidad la que constantemente rediseña la tradición. Según Vansina, este

proceso es lo que mantiene vivas las tradiciones. Éstas mutan para mantenerse relevantes. Resultan especialmente importantes en este contexto las palabras "proceso",

"continuo" e "innovaciones", ya que representan una imagen opuesta a aquella derivada de la declaración del juez, o, todavía peor, a la percepción general que se tiene de

contribuyó a su viabilidad. Karen Flint, en su libro Healing Traditions, insiste en que "la medicina africana o local ha mantenido ciertas creencias básicas a lo largo del tiempo,

la MSA. De hecho, éstas son verdaderas características de la MSA: su capacidad de adaptación la ayudó a atender en diferentes entornos sociales y por lo tanto

tradición como "un proceso fundamental y continuo de un conjunto concreto de patrones cognitivos y conceptos básicos" (Vansina, 1990). Los patrones cognitivos y

las respuestas de los testigos del juicio. Además, hay que tener en cuenta que la imagen de una medicina "tradicional" es demasiado simplista ya que "la historia de la

curación es una historia de múltiples tradiciones, cada una con una distribución propia en el tiempo y el espacio" (Last, 1992). La medicina tradicional necesita ser

conceptos "actúan como una piedra de toque para las innovaciones propuestas: las acepta, las rechaza o las moldea para que encajen. Transforma incluso sus

operando simultáneamente. Vansina afirma además que la "definición específica de una tradición está en parte en la mente del espectador", ya que hay "dos realidades que las personas pueden conocer: la realidad cognitiva, que predice, y la realidad física, que sucede. Cuando las discrepancias entre ellas se hacen demasiado grandes (...)

sea demasiado estrecho como para generar valor" (Digby, Sweet, 2002).

"Colonialidad del Poder".

pero también ha sido dinámica, receptiva a creencias, prácticas, practicantes y sustancias no africanas" (Flint, 2008). Un ejemplo de esto son las prácticas de la medicina India parcialmente incorporada a la MSA. Vansina llama a esto "un proceso fundamental y continuo de un conjunto concreto de patrones cognitivos y conceptos básicos" (Vansina, 1990). Sin embargo, Vansina también afirma que las tradiciones sólo se reconocen como tradiciones en retrospectiva. Por lo tanto, el vínculo de la práctica con la tradición crea fronteras anticuadas, mientras que las tradiciones que se desarrollan en el presente todavía no son reconocidas ni definidas como tal. (Vansina, 1990). Denominar la MSA como "tradicional" no es exacto, ya que la "tradicionalización" de los conocimientos locales es un proceso construido - así surge la pregunta: si la MSA es "tradicional", ¿no deberían todas las culturas médicas ser llamadas tradicionales? (Meneses, 2007).

Vansina considera que el individuo tiene el rol de definir la tradición y ajustarla a lo largo del tiempo a través de la interacción social. A partir de ésto, se desprende que la

tradición y la medicina son un resultado de construcción social. La medicina "cambia desde adentro y desde afuera. Aunque ciertos valores, prácticas y símbolos pueden

Mientras Karen Flint muestra de qué manera y sobre qué influencias la MSA se ha desarrollado en el tiempo, Megan Vaughan intenta demostrar que la medicina occidental

es un conocimiento socialmente construido tal como lo es la MSA. Vaughan argumenta que la invención de la medicina científica estuvo incrustada en una estructura social

particular, y ésta influyó en el papel que tuvo la medicina en la sociedad (Vaughan, 1991). Murray está de acuerdo: "cada comunidad étnica lleva en sí misma no sólo sus

comunidades que se fueron incluyendo en Europa; y finalmente, siendo una "medicina moderna", ofrece los mejores tratamientos para las enfermedades modernas que

aparecen en la sociedad moderna" (Last, 1992). Lo mismo ocurre con la medicina sudafricana, que desarrolla constantemente nuevas formas de tratamiento según las

necesidades de su sociedad (Meneses, 2007). En contraste con la visión que la medicina occidental tiene de si misma, el libro "Otro conocimiento es posible" afirma que "la

ciencia moderna es (...) sólo una forma particular más" (Santos, Nunes, Meneses, 2007). Esto explica que no haya podido satisfacer los requerimientos de la mayoría de

los pacientes africanos, en necesidad de tratamientos abordados holísticamente. En consecuencia, surgió un enfoque híbrido en el cual los pacientes consultarían a

diferentes médicos dependiendo de sus síntomas (Digby, Sweet 2002). Esto refleja que todos los conocimientos son socialmente construidos (por tanto pueden

adaptarse) e incompletos (caracterizados por fortalezas y debilidades). Obviamente, este enfoque le habría otorgado a la MSA demasiado espacio para validar las

limitaciones del conocimiento médico occidental. Además, amenazaba a los competidores farmacéuticos y, por lo tanto, necesitaba ser contenido a través de la

la educación y la extensión de la civilización, sino mediante la promulgación enérgica de la Colonialidad del Poder.

Fuera de la supervisión legal surgieron falsos curadores que dañaron aún más la reputación de la medicina "tradicional".

denominarse asi mismos como 'médicos' o 'farmacéuticos' (Mignolo, 2000).

ser dominante, pero desde la perspectiva del subalterno" (Mignolo, 2000).

también la cultura médica en Sudáfrica, así como la europea.

propias enfermedades específicas, sino también sus propias curas. Así, la medicina europea fue necesaria originalmente sólo para los europeos, luego para otras

mantenerse, no hay nada auténtico o esencial en ellos, ya que su importancia muta, reflejando las normas y valores de la sociedad "(Flint, 2008).

Implementando la Colonialidad del Poder - Destrucción Creativa Como se mencionó al principio, la "[implementación de la] colonialidad del poder" es "una energía y una maquinaria para transformar las diferencias en valores" (Mignolo, 2000) con el objetivo de "reducir los entendimientos del mundo a la lógica de la epistemología occidental" (Santos, Nunes, Meneses, 2007). Según Quijano, esta reducción se constituyó en parte mediante "una estructura institucional funcional para articular y gestionar dicha clasificación" (Mignolo, 2000). Amalgamar la medicina a la "tradición" es, de hecho, una categorización capaz de destruir los conocimientos existentes al impedir que se desarrolle por enjaularla en una definición anticuada y demasiado estrecha. Vansina señaló que "una tradición se ve perjudicada cuando pierde su capacidad de innovar eficientemente. Si esta situación perdura, la tradición morirá" (Vansina, 1990). A continuación veremos qué medidas se tomaron para eliminar la MSA. En contraste con la predicción de los jueces vista anteriormente, la MSA no se extinguió a través de

Durante años, las prácticas de los inyangas y los isangomas fueron criminalizadas. En 1891 los inyangas fueron liberados repentinamente de esta prohibición, pero con

limitaciones: sólo se les permitió tratar a pacientes que vivían en "áreas africanas" (Mignolo, 2000). Además, se les prohibió promover sus prácticas y hacer lobby en favor

de sus intereses. Se esperaba que estas medidas limitaran la profesionalización de inyangas en las áreas urbanas en donde comenzaban a tratar a sus pacientes de forma

Otra ventaja competitiva de la MSA fue la asequibilidad de los curanderos "tradicionales". Al estar basado en un sistema igualitario, el pago a menudo sólo se hacía ante un

tratamiento exitoso y hasta podía ser pagado con algún gesto. Para poner freno a esta ventaja, los médicos tuvieron que adquirir una licencia que encarecía sus aranceles

(Por ejemplo, durante 1912, hubo tres incrementos en el precio de la licencia). También se vieron obligados a cobrar honorarios de consulta. Con estas limitaciones, la

mayoría de los pacientes, ciudadanos de bajos recursos, no pudieron seguir recibiendo tratamiento. Las consecuencias eran terribles, no solo para los propios médicos,

sino también para el suministro de servicios médicos a la gran mayoría de la población. Para satisfacer la demanda surgió un creciente negocio "no oficial" de sanadores.

La criminalización indiscriminada hacia todas las formas de curación contribuyó a crear una percepción simplista sobre la "profesión", donde todas las formas de

tratamiento eran vistas como supersticiosas. Esto podría interpretarse como una alteridad en el sentido saidiano, con el propósito de "reducir los entendimientos del

clasificaciones" (Meneses, 2007). Si bien es innegable que existe una diferencia entre las prácticas occidentales y la MSA, esta nueva condena "profundizó e incluso

mundo a la lógica de la epistemología occidental" (Santos, Nunes, Meneses, 2007) (Last, Chavunduka, 1986). Esta alteridad pública ayudó a "articular y gestionar esas

"peligrosamente" similar a los médicos occidentales, lo cual suponía una seria amenaza competitiva (Flint, 2008). Además, fueron restringidos aún más al no poder

endureció la distinción" (Said, 1978), y eventualmente llegó a ser recibida como la incompatibilidad definitiva entre ambas prácticas. Todas estas medidas en contra de los practicantes de la MSA fueron apoyadas por misioneros, el establecimiento de lo médicos blancos en Sudáfrica y la industria farmacéutica 2. Si bien la marginación de la MSA fue una ventaja para reducir la competencia y aumentar la segregación racial, sirvió también para obstaculizar la aparición de un sistema híbrido en el cual el conocimiento de la MSA tendría sentido. El intento por hacerla desaparecer interesaba además a eruditos occidentales quienes encontrarían una validación de la superioridad epistemológica de la medicina europea. ¿Cómo salir de la jaula epistemológica? La pregunta es cómo salir de la jaula epistemológica que el colonialismo implementó en países tales como Sudáfrica, y en particular, en su ámbito médico. Mignolo sugiere el concepto de creolización como una nueva forma de producción del conocimiento. En primer lugar, es necesario explicar el significado de este término. Mignolo utiliza la creolización en referencia a las lenguas, por esto, a su vez, se debe examinar si el concepto es transferible al ámbito médico.

Originalmente, el criollo era una lengua que surgió en el Caribe, donde los esclavos utilizaban la gramática europea y el vocabulario africano. Así, crearon un nuevo lenguaje

que simbolizó su identidad como ciudadanos reubicados. La creolización entonces se desarrolló como un contra-movimiento a la Negritud. Este último fue criticado por

que se intenta restablecer nuevamente las diferencias borradas por el dominio colonial (Mignolo, 2000). Se piensa "desde la perspectiva del texto 'The underside of

nunca finito - en contraste con la hibridación, el resultado no es planificado: la creolización crea lo inesperado y sin precedentes (Parham, Drabinski, 2015). Así, la

Cuando Glissant y Mignolo escriben acerca de la creolización, aplican el concepto principalmente a lo sucedido con el lenguaje. Es necesario evaluar si es posible su

aplicación en el conocimiento médico. Aunque el caso de la MSA no es comparable a la brutalidad de lo sucedido con la esclavitud (en cuyo contexto nace el lenguaje

criollo), existe un núcleo similar: la supresión del conocimiento indígena desde un centro hegemónico. El propio Mignolo plantea la incógnita "¿desde dónde actuar?" y

responde rápidamente: "Desde la educación, en los medios de comunicación, en todos los espacios posibles donde y cuando la 'cultura' se convierte en foco de poder, de

dominación y de liberación" (Mignolo, 2000). Tal como se desarrolló en la primera parte, la MSA califica como un elemento cultural y ha sido utilizada como demostración de

poder. Por otra parte, el lenguaje y los tratamientos médicos tienen ambos un papel fundamental en la determinación de la identidad de las comunidades. El propio Glissant

ve la creolización como inherente a todas las culturas. Headley concluye apropiadamente que "no hay culturas puras, todas las culturas son compuestas" (Headley, 2015) -

El concepto de creolización puede ser utilizado para analizar el estado de superioridad epistemológica en Sudáfrica. Se debe cuestionar ante todo, cómo es posible generar

conocimiento, quiénes están involucrados en el proceso, y cómo se estructura el ámbito médico. En lugar de investigar si la creolización está sucediendo o no, este ensayo

examina si las circunstancias estructurales están dadas como para que la creolización sea teóricamente posible. Por esta razón, el término creolización debe ser aplicado de

manera más precisa, pues una definición más amplia haría que fuera más complicado diferenciarla de la hibridación. De hecho, algunos escritores utilizan ambos términos

indistintamente, mientras que otros opinan que hibridación es el término general y la creolización es un caso particular de ésta (Headley, 2015). Mignolo y Glissant, sin

embargo, distinguen explícitamente entre los dos conceptos. Mignolo entiende el resultado de la creolización no como un resultado híbrido del cruzamiento de culturas,

a partir de la diferencia colonial (...) [y] es el resultado visible que no revela la colonialidad del poder inscrito en el mundo moderno / colonial imaginario" (Mignolo, 2000).

Más bien combina dos diferencias en un nuevo resultado (Headley, 2015). Si no se presta atención a las desigualdades estructurales de ambos, la hibridación puede

sino como "una rearticulación de los diseños globales desde la perspectiva de las historias locales" (Mignolo, 2000). El cruzamiento, característica de la hibridación, "[opera]

retratar falsamente un escenario binario de "nosotros" contra "ellos". Por el contrario, la creolización simbolizaba una comunidad no limitada por las fronteras, la raza o el

color de la piel. La creolización es también un concepto "que propone la posibilidad y la necesidad de producir conocimiento sin mantener principios disciplinarios" (Mignolo,

2000). El término fue acuñado principalmente por el escritor martiniqués Edouard Glissant. Mignolo describe la creolización como una forma particular de pensamiento en el

modernity': la perspectiva de los excluidos de la conciencia universal que promulga la filosofía europea" (Parham, Drabinski, 2015). El conocimiento producido es nuevo y

creolización no conduce a la homogeneización sino a un "proceso de evolución creativa" (Headley, 2015) que trasciende lo conocido. La creolización se libera de los binarios

construidos y produce conocimiento que no es ni local ni universal. Este conocimiento -en lugar de enfatizar las diferencias- utiliza su posición intermedia para trabajar con

elementos del conocimiento dominante. Los aspectos positivos de estos elementos de conocimiento se apropian e incorporan. La creolización así "posibilita un modo de

fácilmente confundirse con la creolización (Ahmed, Castaneda, Fortier, 2003). La creolización puede ser realizada por cualquier persona mientras que la hibridación requiere información planificada para llegar a una conclusión. Para analizar si la creolización en el ámbito médico es teóricamente posible, es necesario inspeccionar la estructura del sector. El status de Superioridad Epistemológica en el sector médico de Sudáfrica Afortunadamente, la ambición por borrar la medicina tradicional en Sudáfrica fue mayor que los medios reales de los colonos para hacer que se cumpliera. Según

estimaciones, alrededor del 80% de los sudafricanos consultan a médicos sudafricanos. Esto es así por múltiples razones. La principal es la fuerte conexión existente entre

supervivencia, junto a razones económicas e insuficiencia infraestructural de la medicina occidental en las zonas rurales (Flint, 2008, Meneses, 2007, Last, Chavunduka,

En 1998, la Organización Mundial de la Salud publicó un artículo sobre el estatuto jurídico de la medicina tradicional y la medicina complementaria, "destinado a facilitar el

complementaria/alternativa proporciona un importante servicio de salud para personas con y sin acceso geográfico o financiero a la medicina alopática" (Organización

Mundial de la Salud) y se recomienda desarrollar marcos legales para facilitar la práctica de la medicina tradicional. Al mismo tiempo, el primer gobierno sudafricano

1986). Según Flint, las leyes pueden estructurar el comportamiento social en público, pero nunca determinar cómo actúan y piensan los ciudadanos en privado (Flint,

la identidad cultural sudafricana y su medicina. Además, la adaptabilidad de la MSA a las nuevas circunstancias puede considerarse un factor importante de su

desarrollo de marcos jurídicos y el intercambio de experiencias entre países" (Organización Mundial de la Salud). En él se afirma que "la medicina tradicional y

democráticamente elegido pidió un "renacimiento africano", incluyendo la promoción de Sistemas de Conocimiento Indígenas (Flint, 2008). A través de ambas

circunstancias, la MSA ganó atención internacional y reconocimiento gubernamental (Flint, 2008). Sin embargo, hay que cuestionar dos puntos. En primer lugar,

preguntarse si la superioridad epistemológica del conocimiento médico "científico" sobre la MSA ha desaparecido. Si éste fuera el caso, ¿es posible que la diversidad

monocultivo epistemológico que -a pesar de las críticas a la supresión de la diversidad del conocimiento por parte del colonialismo- "sigue siendo hoy aceptado como

de que los gobiernos han exigido un "renacimiento africano" en los años noventa, los isangomas fueron continuamente criminalizados hasta 2007. En contraste, las

Para examinar la validez de las declaraciones de Meneses y de Sousa Santos cuando son aplicadas al sector médico sudafricano, es necesario conocer hasta qué punto la

buena voluntad del gobierno se tradujo a la realidad y se manifiesta legalmente. Curiosamente, isangomas e inyangas son tratados de manera diferente por la ley. A pesar

prácticas de inyangas son legales pero se enfrentan a constantes esfuerzos de sistematización del conocimiento. Los isangomas siguen desempeñando un papel crucial en

el proceso de curación de las poblaciones, debido a su enfoque holístico, que abarca aspectos sociales y psicológicos. A menudo, son los primeros en ser visitados por los

pacientes infectados por el SIDA / VIH y son capaces de aliviar, por ejemplo, efectos secundarios psicológicos del virus. Legalmente, sin embargo, se los prohíbe tratar a

pacientes con VIH / SIDA y se los obliga a remitirlos a hospitales. Un proceso de tratamiento creolizado combinaría ambas culturas médicas y utilizaría en forma conjunta

fortalezas y debilidades, especialmente en estos casos en particular difíciles y significativos. Por el contrario, el proceso está impregnado de desconfianza por parte del

experimentan una discriminación social cuando son diagnosticados, sino también una discriminación por el personal del hospital, por haber visitado al Isangoma antes.

Esto genera la sensación de tener que elegir una única cultura médica. Según Wreford, los proyectos que deberían haber llevado a una cooperación más estrecha son a

menudo direccionales y de carácter educativo, con la esperanza de que los isangomas aprendan de los médicos europeos (Wreford, 2005). La ejecución de las iniciativas

enfermedades por completo. Por lo tanto, es improbable que la creolización ocurra ya que el "principio de incompletitud de los conocimientos [debe ser primero aceptado,

La motivación detrás del reconocimiento legal otorgado a los isangomas es cuestionable. ¿Se los reconoce en cuanto a su importancia epistemológica en el proceso de

curación o solamente debido a que son los primeros en ser visitados por los pacientes? La prohibición actual de tratar a pacientes con VIH / SIDA puede ser interpretada

como una negación continua de la capacidad de la MSA de contribuir al tratamiento. La capacidad de curación todavía se debate en la comunidad del sanador. Mientras que

dirigidas por el Estado conduce a concluir que los médicos europeos aún no han comprendido las ventajas de la cooperación y su propia incapacidad para "curar" las

insangoma es visitado primero) no funciona (Wreford, 2008). En "Shaming and Blaming", Jo Wreford (2008) describe cómo los pacientes con VIH / SIDA no sólo

médico del hospital. A su vez, a menudo se atribuye la responsabilidad de esto a los isangomas ya que los médicos europeos sospechan que el sistema de referencia (el

medicinal en Sudáfrica se desarrolle libremente más allá de los límites sistemáticos de la ciencia occidental? María Paula G. Meneses (2007) niega que exista esta libertad ya que, tanto "en el presente como en el pasado, la delimitación de lo que es conocimiento y magia, de lo oficial y lo no oficial, se hace mediante prácticas normalizadas que el propio Estado controla". Según de Sousa Santos (2007), esta normalidad se construye a través del

Además, se los recomienda firmemente que no lo hagan en el futuro (Ngubane, 1992).

para luego generar] un diálogo epistemológico y un debate entre saberes [posibles]" (Santos, Nunes, Meneses, 2007).

símbolo de desarrollo y modernidad".

"(Santos, Nunes, Meneses, 2007).

Conclusión

Bibliografía

Routledge.

International.

& Littlefield International.

requiere cuidado, ajuste y atención continua.

enunciado no pertenece siquiera a la esfera indígena).

2008).

algunos sostienen que el VIH / SIDA es una enfermedad nueva y por lo tanto no es tratable mediante espíritus ancestrales ya que "(...) [los antepasados] murieron antes! ¡Es una nueva enfermedad! Sólo eran conocedores de las antiguas enfermedades" (Wreford, 2005), otros están convencidos de que podría encontrarse una cura, debido a que con el tiempo se desarrollan nuevos remedios. Algunos piensan que el poder de curar depende de los espíritus ancestrales del sanador (Wreford, 2005). A pesar de las iniciativas dirigidas por el Estado para incentivar una mayor cooperación, la desconfianza de ambos lados -creada recientemente, pero también remanente del colonialismo y el apartheid- dificulta un proceso efectivo de tratamiento creolizado (Wreford, 2005). Esta desconfianza todavía gobierna al sector médico. La visión binaria, que prevalecía en el siglo XX se mantiene hasta nuestros días y con ella la convicción de la superioridad epistemológica. Estas circunstancias fomentan una actitud más competitiva que cooperativa entre las prácticas. El desconocimiento de las contribuciones de la MSA a la sociedad se deriva de una segunda problemática. El "diálogo epistemológico" actual se inició oficialmente a través de la llamada a un "renacimiento africano" que implicó un plan para la "normalización" de la medicina

"tradicional". Sin embargo, esto fue motivado por el reconocimiento de la incapacidad de detener el VIH / SIDA sin la MSA, más precisamente sin los inyangas (Flint, 2008).

Desde entonces, los inyangas se enfrentan a esfuerzos de sistematización de su conocimiento por parte de instituciones y corporaciones. La razón de la falta de

reconocimiento por parte de Occidente radica también en la dificultad de sistematización de la MSA. Se ha trazado un círculo completo, en el cual los jueces intentan

encontrar un concepto definitorio para clasificar la MSA. En conclusión, de Sousa Santos está en lo correcto al afirmar que el monocultivo epistemológico prevalece.

embargo, el contra-argumento revela uno de los principales problemas con la sistematización. La sistematización sostiene, al menos por los fundamentos jurídicos

"originadoras" del conocimiento médico. El derecho de patentes, sin embargo, otorga la propiedad a una sola persona. Así, mientras se asocie el reconocimiento a la

de compañías farmacéuticas, sin compensación adicional o viven sin ser apreciados por el gobierno (Wreford, 2005). Además, existe una evidente desigualdad

Examinar si la MSA es incluso clasificable es un debate en si mismo. Hay voces en la comunidad sanadora que ven la sistematización como beneficiosa (Last, 1992). Sin

existentes, un peligro para el bien cultural que es la MSA. Suponiendo que la información que compone la MSA se registrara plenamente, la ley de patentes existente no

protegería este conocimiento de la misma manera que protege el conocimiento científico. El conocimiento "tradicional" pertenece a las comunidades, múltiples personas son

sistematización, sin proveerse el marco jurídico adecuado, quedan dos opciones para los médicos de la MSA: o bien corren el riesgo de perder bienes culturales en manos

infraestructural entre ambas epistemologías. Esta presión de sistematización fue denominada "la mirada opresiva de la transparencia" por Headley (2015). La necesidad del

laboratorio de análisis de muestras conduce a "inequidades adicionales en este sistema, que privilegia a aquellos con capital y laboratorios sobre aquellos que son ricos en

clasificables (Flint, 2008). Existe el peligro de que sólo se consideren válidas las partes del conocimiento "local" (...) que sirvan a los proyectos de la modernidad capitalista

A pesar de una posibilidad teórica de creolización, debemos concluir que la relación entre la MSA y las prácticas occidentales es más bien de hibridación (para peor, el mismo

Además, el conocimiento y los descubrimientos no son sólo de valor ideológico, sino también (probablemente en mayor medida) de interés monetario. Por lo tanto, se

plantea hasta qué punto el no reconocimiento es también un cálculo competitivo. En su ensayo Translation and Subjectivity: On "Japan" and Cultural Nationalism, Noaki

Sakai escribe acerca de la realidad de la traducción: es un procedimiento en el que dos sistemas se enfrentan entre sí, no siendo nunca ambos del mismo poder – un

concepto que se puede transferir a la realidad del sector médico en Sudáfrica (Sakai, 1997). Como corolario, se puede reconocer que nunca existirá una traducción

conocimiento, pero pobres en investigación" (Flint, 2008). Murray afirma además que el conocimiento podría perderse mediante la sistematización si las partes no son

completamente correcta. Sakai dice que la traducción en sí misma no es más que una nueva traducción, pero no la realidad. Según él, la exactitud de una traducción sólo puede ser juzgada después de su enunciación (Sakai, 1997). A pesar de que se debería esperar el resultado de la "traducción" / creolización de ambas prácticas para ser evaluado, ya se cuenta con una impresión: los remedios de la MSA son venerados mientras que sus originadores no lo son. En conclusión, estoy de acuerdo con de Sousa Santos cuando afirma que el monocultivo epistemológico del colonialismo todavía prevalece, e incluso está muy presente en su esfuerzo de sistematizar la MSA. Aunque simpatizo con las ideas vistas de Sakai, por otro lado, considero que el punto que hay que realmente comprender es que la supresión epistemológica y la social están estrechamente entrelazadas y que la justicia social no será posible sin una previa justicia epistemológica.

A pesar de los obstáculos vistos, todavía hay esperanza de lograr mayor cooperación y creolización en el sector médico sudafricano. Un vínculo efectivo de ayuda mutua

entre ambas prácticas es la única manera sostenible de abordar los problemas de salud. Los efectos positivos de una cooperación más estrecha y la consecuente creación

Aunque puede resultar irónico terminar este ensayo con una idea de Kant (uno de los autores intelectuales del Iluminismo), ésta es, a mi juicio, de gran valor cuando se

estudia un concepto como la creolización. Sería prudente considerar la creolización como un principio regulador kantiano: un ideal que guía los pensamientos y, por tanto,

Digby, A., Sweet, H. (2002). Nurses as culture brokers in twentieth-century South Africa. In W. Ernst (Ed.), Plural Medicine, Tradition and Modernity, 1800-2000, London:

Headley, C. (2015). Glissant's Existential Ontology of Difference. In M. Parham, J. Drabinski (Ed.). Theorising Glissant: Sites and Citations. London: Rowman & Littlefield

Flint, K. (2008). Healing Traditions: African Medicine, Cultural Exchange, and Competition in South Africa, 1820–1948. Athens: Ohio University Press.

las acciones esperanzadoras (Pomerleau). Para cerrar, se debe considerar la creolización de la medicina como un proyecto, y no como una situación; un proyecto que

de conocimiento puede ser observada en otros países africanos. A pesar de la buena voluntad del gobierno sudafricano, es necesario adoptar nuevas medidas para

superar los obstáculos enumerados anteriormente. La desconfianza entre las culturas, las desigualdades estructurales en el sector jurídico y la accesibilidad a las

instalaciones de investigación se identificaron como los principales problemas que obstaculizan la lucha eficaz contra el VIH / SIDA.

Last, M., Chavunduka, G. L. (1986). The Professionalisation of Medicine. Manchester: Manchester University Press. Last, M. (1992). Observations from Hausaland. In S. Feierman, J. Janzen (Ed.). The Social Basis of Healing in Africa. Berkeley: University of California Press. Meneses, M. (2007). When there are no problems, we are healthy, no bad luck, nothing: Towards an Emancipatory Understanding of Health and Medicine. In B. Santos (Ed.). Another Knowledge is possible: Beyond Norther Epistemologies. London: Verso. Mignolo, W. (2000). Local Histories/Global Designs: Coloniality, Subaltern Knowledges, and Border Thinking. Princeton: Princeton University Press.

Parham, M., Drabinski, J. (2015). Introduction: Glissant, Creolizing Philosophy. In M. Parham, J. Drabinski (Ed.). Theorising Glissant: Sites and Citations. London: Rowman

Santos, B, Nunes, J., Meneses, M. (2007). Introduction: Opening Up the Canon of Knowledge and Recognition of Difference. In B. Santos (Ed.). Another Knowledge is

http://bit.ly/2i4m10s [07 January 2017] Ahmed, S., Castaneda, C., Fortier, A., Sheller, M. (Ed.) (2003). Uprootings/Regroundings. Questions of home and migration. Oxford: Berg. Vansina, J. (1990). Paths in the Rainforests: Toward a History of Political Tradition in Equatorial Africa. Madison: The University of Wisconsin Press.

http://www.iep.utm.edu/kant-rel/ [08.01. 2017.]

Said, E. (1978) Orientalism. London: Routledge & Kegan Paul.

possible: Beyond Norther Epistemologies. London: Verso.

Wreford, J. (2008). Shaming and blaming: Medical myths, traditional health practitioners and HIV/AIDS in South Africa. CSSR Working Paper No. 211. Centre for Social Science Research University of Cape Town.

Notas de autor:

Ngubane, H. (1992). Clinical Practice and Organisation of Indigenous Healers in South Africa. In S. Feierman, J. Janzen (Ed.). The Social Basis of Health and Healing in Africa. Berkeley: University of California Press.

http://bit.ly/2i4qkJy, [07.01.2017] Wreford, J. (2005). Missing Each Other: Problems and Potential for Collaborative Efforts between Biomedicine and Traditional Healers in South Africa in the Time of AIDS. Social Dynamics, 31:2, 55-89.

Vaughan, M. (1991). Curing their Ills: Colonial Power and African Illness. Stanford: Stanford University Press.

Sakai, N. (1997). Translation and Subjectivity: On "Japan" and Cultural Nationalism. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Xaba, T. (2007). Marginalized Medical Practices: The Marginalisation and Transformation of Indigenous Medicines in South Africa. In B. Santos (Ed.). Another Knowledge is possible: Beyond Norther Epistemologies. London: Verso.

MSA.

medicina occidental o europea con el objetivo de referir al lugar de origen. De manera similar, en general me referiré a lo que otros llaman medicina "tradicional" como la

[1] "Medicina occidental" se refiere a las prácticas médicas desarrolladas en Europa. Otros términos intercambiables son: la biomedicina o la alopatía. Utilizaré los términos

[2] Para más detalle, ver Last, Chavunduka (1886), p. 13.