

Antropología médica e interculturalidad es una obra que responde a las necesidades formativas de los estudiantes de las ciencias de la salud (médicos, enfermeras, dentistas, psicólogos, trabajadores sociales e incluso sociólogos y antropólogos) para adquirir y desarrollar competencias de entendimiento, comprensión y respeto sobre las diversas prácticas preventivas, curativas y de control que giran alrededor de la salud, así como las múltiples respuestas —individuales y colectivas— para resolver los problemas orgánicos y psico-socioculturales que generan las enfermedades. Todo ello en escenarios contemporáneos de pluralismo curativo e interculturalidad.

México y el resto de América Latina tienen una composición múltiple y pluricultural, donde la interculturalidad desempeña un papel fundamental e imprescindible en el proceso salud/enfermedad/atención.

La obra consta de 45 capítulos agrupados en 8 secciones y un anexo en línea. Fue diseñada en función de la carrera de medicina y para que sea útil a estudiantes de otras carreras de ciencias de la salud y de antropología, tanto de pregrado como de posgrado.

Desde diferentes perspectivas teóricas, epidemiológicas, metodológicas y aplicativas, Antropología médica e interculturalidad proporciona elementos teóricos y conceptuales para el trabajo cotidiano del profesional de la salud que va a laborar en los servicios sanitarios (urbanos y rurales) o en los establecimientos académicos.

ACCESS Medicina

Contenido actual. Confianza total.

Mc
Graw
Hill
Education



Síguenos en
@mhlatam



Encuétranos en
mhlatam



Visítanos en
McGraw-Hill Latam

Compra en línea

www.mheducation.com.mx

Campos

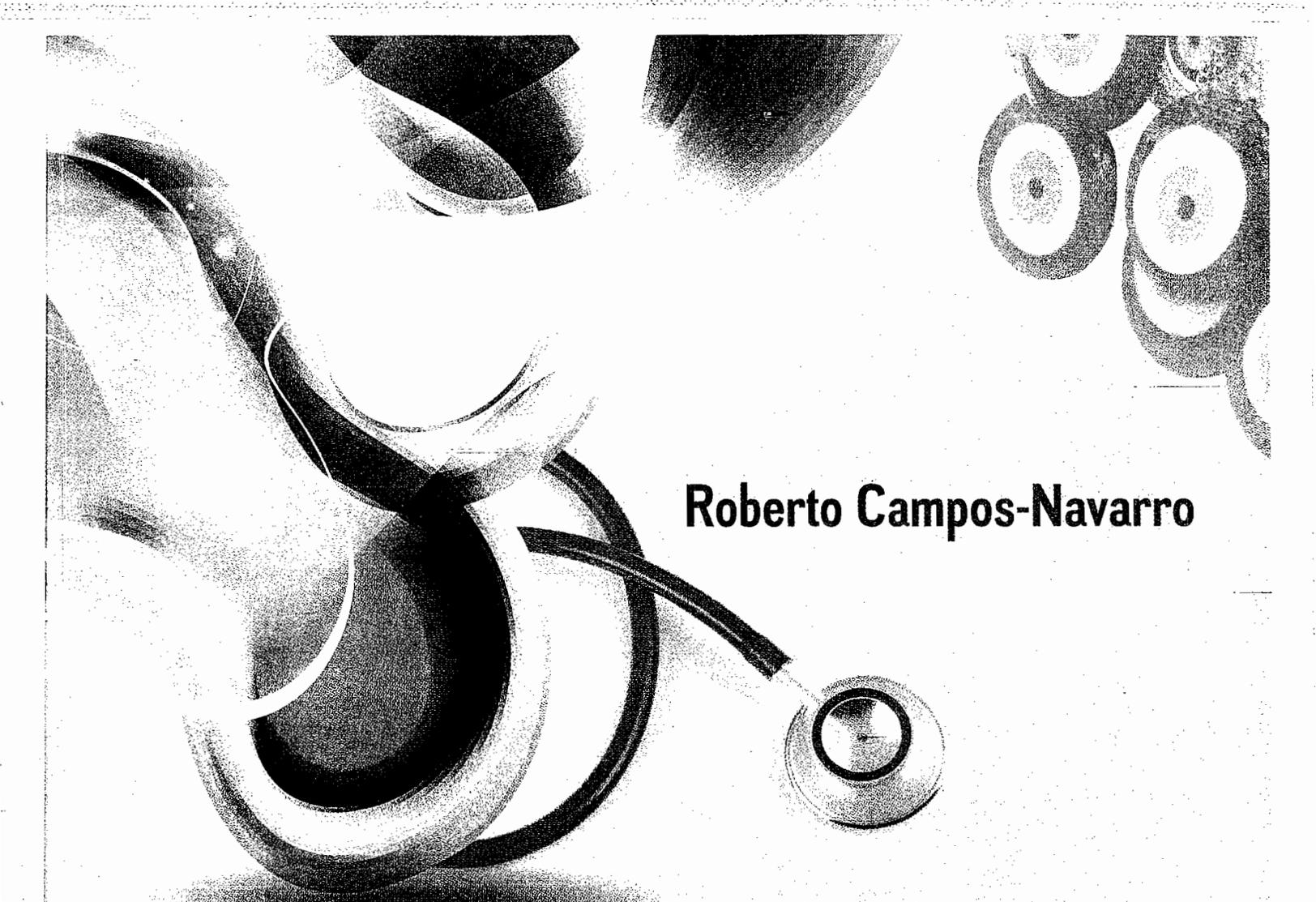
Antropología médica
e interculturalidad

Mc
Graw
Hill
Education

Antropología médica e interculturalidad

Roberto Campos Navarro





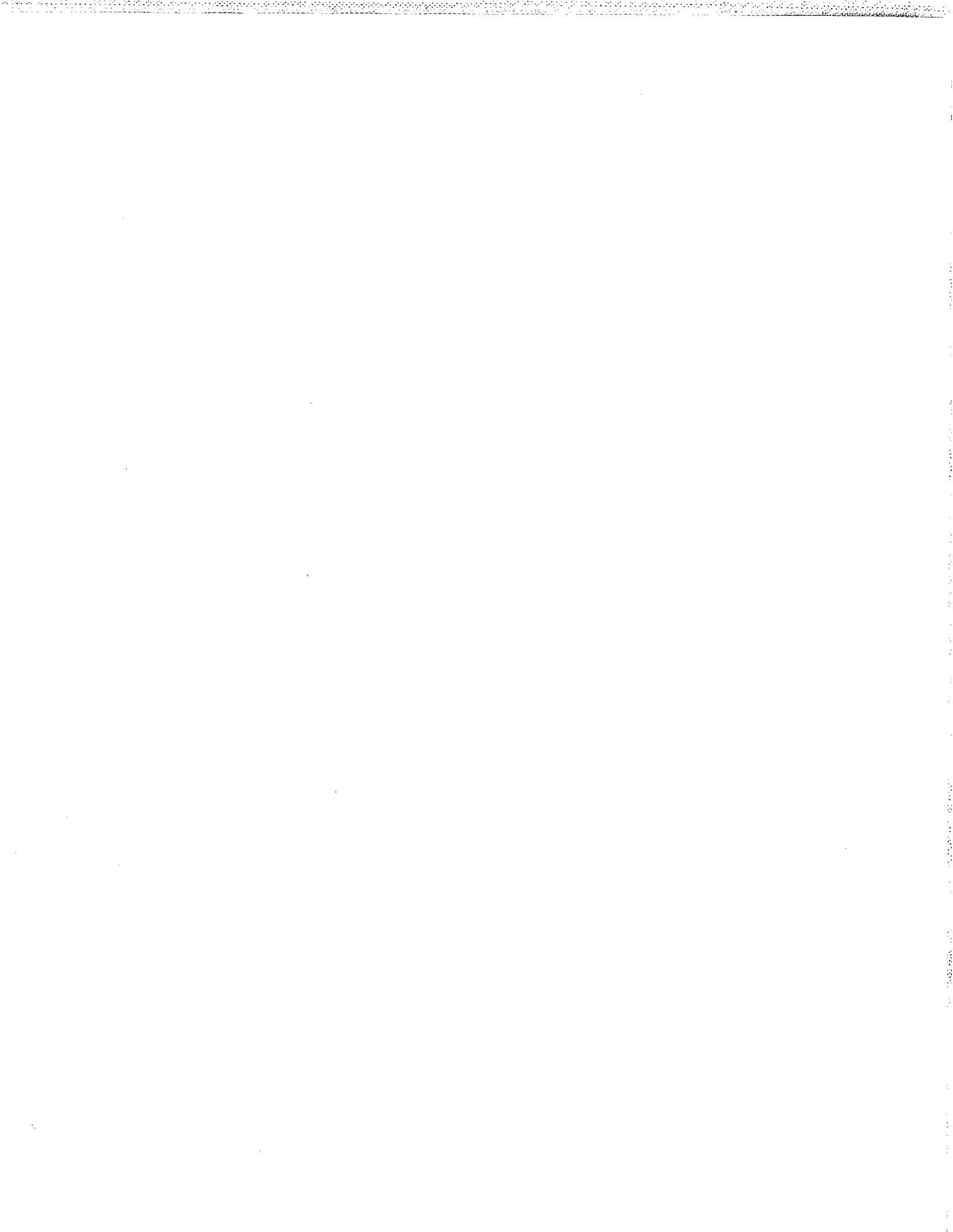
Roberto Campos-Navarro

Antropología médica e interculturalidad



**Mc
Graw
Hill
Education**





Antropología médica e interculturalidad

Dr. Roberto Campos-Navarro

(Coordinador)

Profesor Titular C de Tiempo Completo Definitivo
Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina,
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)
Responsable de la maestría y doctorado de
Antropología en Salud del Programa de
Posgrado de Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud



MÉXICO • AUCKLAND • BOGOTÁ • BUENOS AIRES • GUATEMALA • LONDRES
MADRID • MILÁN • MONTREAL • NUEVA DELHI • NUEVA YORK • SAN FRANCISCO
SAN JUAN • SANTIAGO • SAO PAULO • SIDNEY • SINGAPUR • ST. LOUIS • TORONTO



Program & Portfolio Manager: Javier de León Fraga
Development editor: Manuel Bernal Pérez
Supervisor de producción: Zeferino García García

NOTA

La medicina es una ciencia en constante desarrollo. Conforme surjan nuevos conocimientos, se requerirán cambios de la terapéutica. El(los) autor(es) y los editores se han esforzado para que los cuadros de dosificación medicamentosa sean precisos y acordes con lo establecido en la fecha de publicación. Sin embargo, ante los posibles errores humanos y cambios en la medicina, ni los editores ni cualquier otra persona que haya participado en la preparación de la obra garantizan que la información contenida en ella sea precisa o completa, tampoco son responsables de errores u omisiones, ni de los resultados que con dicha información se obtengan. Convendría recurrir a otras fuentes de datos, por ejemplo, y de manera particular, habrá que consultar la hoja informativa que se adjunta con cada medicamento, para tener certeza de que la información de esta obra es precisa y no se han introducido cambios en la dosis recomendada o en las contraindicaciones para su administración. Esto es de particular importancia con respecto a fármacos nuevos o de uso no frecuente. También deberá consultarse a los laboratorios para recabar información sobre los valores normales.

Antropología médica e interculturalidad

Roberto Campos-Navarro
Fecha de edición: 1 de junio de 2016

DERECHOS RESERVADOS © 2016, respecto a la primera edición en español por,
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Ciudad Universitaria, Delegación Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México

Facultad de Medicina



ISBN: 978-607-02-8074-0

Editado, impreso y publicado, con autorización de la Universidad Nacional Autónoma de México, por



McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

Prolongación Paseo de la Reforma 1015, Torre A, Piso 16
Colonia Desarrollo Santa Fe, Delegación Álvaro Obregón
C.P. 01376, Ciudad de México
Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. Núm. 736

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, ni parcial, ni totalmente, ni registrada en/o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni formato, por ningún medio, sea mecánico, fotocopiado, electrónico, magnético, electroóptico, o cualquier otro, sin el permiso previo y por escrito de la editorial.

1234567890 2345789016

Impreso y hecho en México Printed in Mexico

Diseño de interiores: José Palacios Hernández
Ilustrador: Leopoldo Trejo Fuentes
Diseño de forros: Sandra Lilia Díaz Hurtado

Esta obra fue aprobada por el Comité Editorial de la Facultad de Medicina, UNAM, su contenido, responsabilidad de su autor, es un auxiliar en la enseñanza.

Antropología médica e interculturalidad / Roberto Campos-Navarro. - Ciudad de México : Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina : McGraw-Hill/Interamericana Editores, 2016.

xxii, 506 páginas : ilustraciones ; 27 cm.

Incluye índice bibliografías
ISBN 978-607-02-8074-0 (UNAM)

1. Antropología médica México. 2. Antropología médica América Latina. 3. Multiculturalismo México. 4. Multiculturalismo América Latina. 5. Medicina integrativa México. I. Campos-Navarro, Roberto. II. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina.

306.4610972-scdd21 Biblioteca Nacional de México

Antropología médica e interculturalidad, Facultad de Medicina, UNAM, se terminó de imprimir el 27 de junio de 2016.

Esta obra se imprimió en Programas Educativos S.A. de C.V.
Calzada Chabacano 65-A, Col. Asturias, C.P. 06850, Del. Cuauhtémoc, Ciudad de México

El tiraje consta de 2 000 ejemplares de 21 x 27 cm, 528 página cada uno, a dos tintas, encuadernación rústica pegada. En su composición se utilizó la familia Warnock Pro Light 10 pts. Se empleó papel bond de 68 g para páginas interiores y cartulina sulfatada de 12 puntos para los forros.

Responsabilidad editorial: María de la Paz Romero
Diseño e impresión de portada: Sandra Lilia Díaz Hurtado

Contenido

Colaboradores	v	Capítulo 12. Alimentación y nutrición en contextos interculturales.....	116
Prólogo	IX	Luis Alberto Vargas	
Enrique Graue Wiechers		Leticia E. Casillas	
Prefacio	XI	Capítulo 13. Alimentación e interculturalidad.....	123
Carlos Zolla		Monserrat Salas Valenzuela	
Agradecimientos.....	XIII	Capítulo 14. Padecimientos crónicos en adultos mayores de la Ciudad de México.....	132
Introducción	XIV	Elia Nora Arganis Juárez	
Roberto Campos-Navarro		Roberto Campos-Navarro	
Sección I ○ Introducción a la antropología médica e interculturalidad	1	Capítulo 15. Antropología del dolor	143
Capítulo 1. Cuestiones metodológicas sobre antropología e interculturalidad	1	Anabella Barragán Solís	
Eduardo L. Menéndez		Capítulo 16. Estudio de la violencia en la mixteca oaxaqueña	153
Capítulo 2. Enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México.....	13	Veronique Flanet	
Roberto Campos-Navarro		Capítulo 17. Mortalidad materna. Género, familia y etnia en Chenalhó	162
Sección II ○ Cultura y cosmovisión	21	Graciela Freyermuth Enciso	
Capítulo 3. Cosmovisión maya	21	Sección IV ○ Pluralismo médico	177
Carlos Lenkersdorf		Capítulo 18. Modelos hegemónico, subalterno y de autoatención	177
Capítulo 4. Pluriculturalidad, nación y pueblos originarios en México.....	27	Eduardo L. Menéndez	
Alfredo Paulo Maya		Capítulo 19. Sistema real de atención a la salud en México	186
Capítulo 5. Salud intercultural en América Latina ...	36	Carlos Zolla Luque	
Roberto Campos-Navarro		Carolina Sánchez García	
Capítulo 6. Derechos humanos, ética e interculturalidad	45	Capítulo 20. Cultura de atención médica materna en las enfermedades infantiles	201
Adriana Ruiz Llanos		Rosa María Osorio Carranza	
Sección III ○ Procesos bioculturales	59	Capítulo 21. Selección y complementariedad de tratamientos en una pequeña ciudad argentina	214
Capítulo 7. Interculturalidad, corporeidad e identidad	59	Anatilde Idoyaga Molina	
José Carlos Aguado Vázquez		Capítulo 22. Representaciones sociales sobre el proceso de alcoholización	229
Capítulo 8. Proceso biosocial sexo-sexualidad en la adolescencia	68	María Eugenia Módena	
Edith Yesenia Peña Sánchez		Sección V ○ Relación médico-paciente	247
Capítulo 9. Salud materno-infantil en un contexto intercultural	79	Capítulo 23. Enfermedad y padecer. Ciencia y humanismo en la práctica médica	247
Zuanilda Mendoza González		Fernando Martínez Cortés	
Capítulo 10. Obstetricia tradicional en el Istmo de Tehuantepec	91	Capítulo 24. Despersonalización del paciente en atención médica hospitalaria	253
Paola Sesia		Gilberto Hernández Zinzún	
Capítulo 11. Partería y medicina alopática en Yucatán	104		
Miguel Güémez Pineda			

Capítulo 25. Atención a los pacientes en los servicios de salud para poblaciones indígenas	262	Capítulo 37. Introducción al susto	387
Luis Alberto Vargas		Arthur J. Rubel	
Roberto Campos-Navarro		Carl W. O'Neill	
Leticia Casillas		Rolando Collado Ardón	
Capítulo 26. Relevancia de la comunicación como fundamento del cuidado sanitario	270	Capítulo 38. El empacho: una enfermedad popular latinoamericana	395
Nils Kolstrup		Roberto Campos-Navarro	
María Teresa Mosquera		Capítulo 39. Herbolaria. Tratamientos populares y el personal de salud	403
Capítulo 27. Violencia obstétrica y la relación médico-paciente	277	Abigail Aguilar	
Bianca Vargas Escamilla		María Edith López	
Capítulo 28. Proceso salud-enfermedad mental-atención	286	Santiago Xolalpa	
Nicolás Morales Sáez		Sección VIII  Antropología médica aplicada ...	411
Sección VI  Modelo médico de autoatención y modelo alternativo subordinado	297	Capítulo 40. Empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México	411
Capítulo 29. Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos	297	Roberto Campos-Navarro	
Eduardo L. Menéndez		Fabiola García Vargas	
Capítulo 30. Enfermedad y muerte en población triqui migrante a la Ciudad de México	321	Uzziel Barrón	
Zuanilda Mendoza González		Mariana Salazar	
Capítulo 31. Medicina homeopática	328	Javier Cabral Soto	
Jorge A. Fernández Pérez		Capítulo 41. Educación popular y nutrición infantil ...	418
Guadalupe Barajas Arroyo		Alfredo Paulo Maya	
María del Carmen Romano Rodríguez		Luz Arenas Monreal	
Sección VII  Epidemiología sociocultural y medicina tradicional mexicana	337	Capítulo 42. Universidades indígenas interculturales y salud	427
Capítulo 32. Epidemiología sociocultural	337	Aurelio de Alba Ceballos	
Paul Hersch Martínez		Capítulo 43. La práctica de la interculturalidad en salud: el caso de Chile	432
Capítulo 33. Medicina tradicional en México: 40 años de investigación	344	Margarita Sáez Salgado	
Carlos Viesca Treviño		Capítulo 44. Políticas de salud chilenas y el pueblo mapuche	442
Capítulo 34. Síndromes de filiación cultural en el estado de Puebla	357	Andrés Cuyul Soto	
Antonella Fagetti		Capítulo 45. Médico y <i>yatiri</i> en pareja: la interculturalidad en Bolivia	451
Capítulo 35. Las enfermedades populares desde un enfoque antropológico	365	Gerardo Fernández Juárez	
Elia Nora Arganis Juárez		Capítulo 46. El conocimiento médico: enfermedad, padecimiento, clínica y cosmovisión	460
Capítulo 36. Medicina tradicional y enfermedad	373	José Luis Díaz	
Carlos Zolla		Anexo. Documentos históricos	467
Sofía del Bosque		La antropología, la cultura y la salud pública	467
Virginia Mellado		Isabel Kelly	
Antonio Tascón		Medicina y antropología	471
Carlos Maqueo		Juan Comas	
		Nace la antropología médica	474
		Gonzalo Aguirre Beltrán	
		Los programas de salud y la situación intercultural	488
		Gonzalo Aguirre Beltrán	
		Índice	499

José Carlos Aguado Vázquez

Médico Cirujano, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Maestro en Antropología (ENAH), Doctor en Antropología (UNAM). Entrenamiento psicoanalítico con 23 años de experiencia clínica. Profesor-investigador de tiempo completo definitivo, titular "C" del Posgrado de Antropología Social (ENAH). Titular de Metodología de la Investigación y responsable de una línea de investigación del Posgrado de Antropología Social.

Interculturalidad, corporeidad e identidad

Abigaíl Aguilar Contreras

Maestra en Ciencias (Biología), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Pionera de la Etnobotánica Médica en México y fundadora del primer Herbario Medicinal de América Latina. Miembro de la Academia Nacional de Ciencias Farmacéuticas. Actualmente es investigadora y curadora del Herbario Medicinal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Herbolaria. Tratamientos populares y el personal de salud

María de la Luz Arenas Monreal

Médica, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Especialidad en Medicina familiar (Secretaría de Salud). Maestría en Salud Pública (Instituto Nacional de Salud Pública/Escuela de Salud Pública de México). Doctorado en Antropología, Instituto de Investigaciones Antropológicas/UNAM. Profesora-Investigadora del Instituto Nacional de Salud Pública/Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores, nivel I.

Educación popular y nutrición infantil

Elia Nora Arganis Juárez

Doctora en Antropología, Escuela Nacional de Antropología e Historia. Profesora-tutora de Antropología Médica en el pregrado y posgrado en la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y en la Escuela Superior de Medicina, Instituto politécnico nacional (IPN).

Padecimientos crónicos en adultos mayores de la Ciudad de México; Las enfermedades populares desde un enfoque antropológico

Guadalupe Barajas Arroyo

Doctora en Educación por la Universidad Autónoma de Tlaxcala. Ex profesora investigadora del Instituto Politécnico Nacional. Profesora Investigadora invitada de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Es Investigadora Nacional nivel I del Sistema Nacional de Investigadores. Autora y coautora de varios libros y artículos

Medicina homeopática

Anabella Barragán Solís

Antropóloga, Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH). Maestría y doctorado en Antropología, ENAH. Posdoctorado en Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social en la Ciudad de México. (CIESAS-DF). Profesora-Investigadora de la Escuela Nacional de Antropología e Historia del Instituto Nacional de Antropología e Historia, en la Licenciatura de Antropología Física y el Posgrado en Ciencias Antropológicas.

Antropología del dolor

Uzziel Barrón

Médico. Ex director del Hospital Rural de Hecelchakán, Campeche.

Empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México

Javier Cabral Soto

Médico con maestría en administración de Hospitales. Ex Coordinador General del Programa IMSS-Solidaridad en el hospital de Hecelchakán, Campeche, México.

Empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México

Roberto Campos-Navarro

Enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México; Salud intercultural en América Latina; Padecimientos crónicos en adultos mayores de la Ciudad de México; Atención a los pacientes en los servicios de salud para poblaciones indígenas; El empacho: una enfermedad popular latinoamericana; Empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México

Leticia Esthela Casillas Cuervo

Médica, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Pediatra especializada en Puericultura y Pediatría Social, Madrid. Ex Subdirectora de la Dirección General de Servicios Médicos y Secretaria Académica del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, así como profesora en el Departamento de Anatomía y en el de Historia y Filosofía de la Medicina, UNAM.

Alimentación y nutrición en contextos interculturales; Atención a los pacientes en los servicios de salud para poblaciones indígenas

Rolando Collado Ardón

Médico Cirujano, Universidad de San Carlos de Guatemala. Maestro en Salud Pública, Universidade de Sao Paulo, Brasil. Doctor en Psicología Social, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Ex Profesor en Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM. Investigación en Antropología y Sociología Médicas con temas relacionados con el susto, la práctica médica y la sexualidad.

Introducción al susto

Andrés Cuyul Soto

Trabajador Social, Universidad de La Frontera (Chile); Magíster en Salud Pública, Universidad de Buenos Aires (Argentina). Candidato a Doctor en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Miembro de la Comunidad de Historia Mapuche (CHM) en Chile.

Políticas de salud chilenas y el pueblo mapuche

Aurelio de Alba Ceballos

Docente de la Universidad Intercultural del Estado de México (UIEM), Tepetlaxpa, Estado de México. Ex director de la licenciatura de Salud Intercultural, UIEM.

Universidades indígenas interculturales y salud

Sofía del Bosque

Licenciada en Antropología Social. Ex coordinadora del Área de Investigación y Asistencia Técnica del Centro Interamericano de Estu-

dios de Seguridad Social (CIESS). Miembro del Colegio de Etnólogos y Antropólogos Sociales AC (CEAS).

Medicina tradicional y enfermedad

José Luis Díaz

Médico cirujano, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Investigador (UNAM): Instituto de Investigaciones Biomédicas (1967-1993), Instituto de Neurobiología (1993-2001), Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina (2001 a la fecha). Investigador asociado, Universidad de Harvard (1970-1972), Universidad de Arizona (1994-1995) y Universidad de Santiago de Compostela.

El conocimiento médico: enfermedad, padecimiento, clínica y cosmovisión

Antonella Fagetti

Antropóloga; licenciada en Antropología Social, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP). Maestría y doctorado en Antropología, Escuela Nacional de Antropología e Historia. Profesora-investigadora de la Maestría en Antropología Sociocultural, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, BUAP.

Síndromes de filiación cultural en el estado de Puebla

Gerardo Fernández Juárez

Profesor Titular de Antropología Social, Universidad de Castilla-La Mancha. Experto en temas de salud intercultural en la región andina. Coordinador de múltiples libros sobre la interculturalidad en salud en América Latina.

Médicos y yatiri en pareja: la interculturalidad en Bolivia

Jorge A. Fernández Pérez

Doctor en Educación por la Universidad Autónoma de Tlaxcala. Coordinador del Doctorado en Investigación e Innovación Educativa de la Facultad de Filosofía y Letras de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Responsable del Cuerpo Académico "Estructura, Formación y Práctica Profesional". Investigador Nacional nivel II del Sistema Nacional de Investigadores. Presidente del Consejo Consultivo Nacional Médico Homeopático, A. C.

Medicina homeopática

Veronique Flanet

Doctora en Antropología. Trabajo de campo en la región mixteca de Oaxaca. Autora de diversos libros y artículos en México y Francia. Su investigación en México es publicada por el Instituto Nacional Indigenista (1977).

Estudio de la violencia en la mixteca oaxaqueña

María Graciela Freyermuth Enciso

Médica, Doctora en Antropología Social. Investigadora del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). Sus intereses se han centrado en la salud reproductiva, violencia de género, políticas de salud en contexto multicultural, migración y HIV-sida, transparencia y rendición de cuentas, específicamente en la muerte materna y femenina en regiones indígenas y en el ámbito nacional. Perteneció al Sistema Nacional de Investigadores.

Mortalidad materna. Género, familia y etnia en Chenalhó

Fabiola García Vargas

Licenciada en Etnología por la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH). Asesora de la Coordinación de Acción Comunitaria (Departamento de Promoción a la Salud) del IMSS-Solidaridad.

Empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México

Miguel Güémez Pineda

Antropólogo con maestría en Antropología Social por la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH). Profesor investigador y Coordinador Académico de la Unidad de Ciencias Sociales del Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi" de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY). Autor de múltiples libros y artículos sobre salud indígena e interculturalidad.

Partería y medicina alopática en Yucatán.

Gilberto Hernández Zinzún

Sociólogo. Licenciatura y maestría en Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Doctor en Antropología, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM. Asesor de la Secretaría de Salud y de la Comisión Nacional de Derechos Humanos. Profesor Titular Carrera de Médico Cirujano, Facultad de Estudios Superiores-Iztacala (UNAM).

Despersonalización del paciente en atención médica hospitalaria

Paul Hersch Martínez

Médico y doctor en ciencias sociales y salud. Investigador titular en el Instituto Nacional de Antropología e Historia, donde coordina el programa Actores sociales de la flora medicinal en México y es curador del Museo de Medicina Tradicional y Herbolaria.

Epidemiología sociocultural

Anatilde Idoyaga Molina

Licenciada en Ciencias Antropológicas. Doctora en Filosofía y Letras con especialización en antropología por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Directora del Centro Argentino de Etnología Americana (CAEA), Unidad ejecutora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

Selección y complementariedad de tratamientos en una pequeña ciudad argentina

Nils Kolstrup

Especialista en Medicina General y Salud Pública. Médico de Atención Primaria en Tromsø, Noruega. Maestría y Doctorado en el London School of Hygiene and Tropical Medicine. Maestría en Ciencias Biológicas, Entomología y Parasitología Humana; Maestría en Salud Pública. Investigador de la Unidad de Investigación en Atención Primaria de la Universidad del Ártico de Noruega. Investigador del área de Análisis de Salud en el Centro Noruego de Investigación en Salud, Tromsø.

Relevancia de la comunicación como fundamento del cuidado sanitario

Carlos Lenkersdorf (qepd)

Doctor en filosofía. Lingüista. Fue investigador del Centro de Estudios Mayas, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Autor de múltiples libros trabajando con los tojolabales en Chiapas.

Cosmovisión maya

María Edith López

Licenciada en biología por la FES-Iztacala, con Maestría en Ciencias por la Facultad de Ciencias, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Responsable del Herbario Iztacala, profesora de Diversidad Vegetal II. Asesora del Comité de Productos Naturales de la Comisión Permanente de la Farmacopea Herbolaria de los Estados Unidos Mexicanos.

Herbolaria. Tratamientos populares y el personal de salud

Carlos Maqueo

Investigador, colaborador en temas de medicina tradicional mexicana y el empleo de plantas medicinales.

Medicina tradicional y enfermedad

Fernando Martínez Cortés

Médico humanista, internista, alergólogo e historiador de la medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Fundador del Seminario para el estudio del hombre en su totalidad (Hospital General de México). Fundador del Departamento de Humanidades en la Facultad de Medicina en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH). Doctor Honoris causa de la UMSNH. Autor o coautor de más de 60 libros.

Enfermedad y padecer. Ciencia y humanismo en la práctica médica

Virginia Mellado

Licenciada en Química por la Universidad de Chile y Maestría por la Universidad Patricio Lumumba (Moscú). Especialista de la medicina tradicional mexicana y de la herbolaria chilena.

Medicina tradicional y enfermedad

Blanca Zuanilda Mendoza González

Médica, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Especialidad de Medicina Familiar (IMSS), Maestría y Doctorado en Antropología social por la ENAH y CIESAS, respectivamente. Profesora de carrera medio tiempo en el Departamento Historia y Filosofía de la Medicina, UNAM. Profesora y tutora con alumnos de pregrado y posgrado en Facultad de Medicina, Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud. Perteneció al SNI nivel 1.

Salud materno-infantil en un contexto intercultural; Enfermedad y muerte de la población triqui migrante a la Ciudad de México

Eduardo L. Menéndez

Antropólogo especializado en Antropología Médica. Trabaja en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS-Ciudad de México). Ha publicado múltiples libros, capítulos y artículos sobre diversos problemas y procesos de salud/enfermedad/atención-prevención, en particular sobre aspectos teóricos y metodológicos del saber biomédico, proceso de alcoholización y autoatención.

Cuestiones metodológicas sobre antropología e interculturalidad; Modelos hegemónico, subalterno y de autoatención; Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos

María Eugenia Módena Allegroni

Licenciada en Antropología Social por la Facultad de Ciencias Naturales y Museo de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina. Maestría y Doctorado en Antropología Social con especialidad en Antropología Médica por la Escuela Nacional de Antropología e Historia, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México. Investigadora Titular del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS-Ciudad de México).

Representaciones sociales sobre el proceso de alcoholización

Nicolás Morales Sáez

Médico, Universidad de Santiago de Chile. Maestría en Antropología Social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México. Actualmente es doctorando en Antropología y Comunicación en la Universidad Rovira i Virgili (Tarragona).

Proceso salud-enfermedad mental-atención

María Teresa de Jesús Mosquera Saravia

Doctora en Antropología Social y Cultural. Maestría en Antropología de la Medicina por la Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España. Licenciada en Antropología por la Universidad de San Carlos de Guatemala. Directora del Instituto de Estudios Interétnicos (IDEI), Universidad de San Carlos de Guatemala.

Relevancia de la comunicación como fundamento del cuidado sanitario

Carlos W. O'Neill (qdep)

Antropólogo norteamericano. Especialista en medicina tradicional. Autor de varias obras relacionadas con los sueños y las enfermedades.

Introducción al susto

Rosa María Osorio Carranza

Antropóloga. Licenciatura y Maestría en Antropología (ENAH). Master en Antropología de la Medicina y Doctora en Antropología Social y Cultural por la Universitat Rovira i Virgili (Tarragona). Profesora Investigadora Titular del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS-Ciudad de México). Miembro del Seminario Permanente de Antropología Médica y del Posgrado de Antropología Social en el CIESAS.

Cultura de atención médica materna en las enfermedades infantiles

Alfredo Paulo Maya

Antropólogo social (Universidad Autónoma Metropolitana). Maestro en Antropología Social (Escuela Nacional de Antropología e Historia). Doctor en Antropología Social por el Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Profesor asociado "C" de tiempo completo de la Facultad de Medicina. Responsable del campo disciplinar de Antropología en Salud del Programa de Maestría y Doctorado de Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud (UNAM).

Pluriculturalidad, nación y pueblos originarios en México; Educación popular y nutrición infantil

Edith Yesenia Peña Sánchez

Doctora en Ciencias Antropológicas, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México (IIA-UNAM). Maestra en Ciencias Médicas por la Facultad de Medicina de la Universidad de Colima. Antropóloga por la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH). Profesora-investigadora Titular "C" de la Dirección de Antropología Física del INAH y profesora del Posgrado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud (línea de Antropología en Salud). Perteneció al SNI nivel 1.

Proceso biosocial sexo-sexualidad en la adolescencia

María del Carmen Romano Rodríguez

Licenciada en Psicología por la UAP, Licenciada en Filosofía por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), Pasante de Maestría en Filosofía por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Maestra en Educación Superior por la Universidad Autónoma de Tlaxcala, Candidata a Doctora en Filosofía por la Universidad Iberoamericana, Ex Directora de la Facultad de Filosofía y Letras (BUAP).

Medicina homeopática

Arthur Rubel (qepd)

Antropólogo, investigador y profesor de la Universidad de California con sede en Irvine. Especialista en medicina tradicional mexicana y en el estudio de enfermedades dependientes de la cultura. Investigador sobre el estudio sociocultural de enfermedades reconocidas por la biomedicina.

Introducción al susto

Adriana Ruiz Llanos

Estudios de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Pasante total de Antropología Social (ENAH). Especialista en Derechos Humanos (Universidad Castilla-La Mancha). Profesora de pregrado y posgrado, Facultad de Medicina (UNAM). Cofundadora de la "Red de apoyo a la salud en Acteal". Facilitadora intercultural y formadora de promotores indígenas de salud con pueblos originarios de Chiapas.

Derechos humanos, ética e interculturalidad

Margarita Sáez Delgado

Antropóloga y Magister en Salud Pública por la Universidad de Chile. Jefa del Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud de Chile.

La práctica de la interculturalidad en salud: el caso de Chile

Montserrat Salas Valenzuela

Antropóloga Social y Doctora en Ciencias Sociales con especialidad en Antropología Médica. Investigadora en Ciencias Médicas en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" donde labora desde hace 25 años; docente y asesora clínica en la Licenciatura en Nutrición Humana (Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco).

Alimentación e interculturalidad

Mariana Salazar

Licenciada en enfermería. Ex jefa de enfermeras del Hospital Rural de Hecelchakán, Campeche.

Empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México

Carolina Sánchez García

Investigadora del Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Maestría y Doctorado Antropología por el Instituto de Investigaciones Antropológicas (Facultad de Filosofía y Letras, UNAM). Coordinadora del proyecto "Estado del Desarrollo Económico y Social de los Pueblos Indígenas".

Sistema real de atención a la salud en México

Paola María Sesia

Historiadora y antropóloga médica. Maestría en Salud Pública (Universidad de California, Berkeley) y doctorado en Antropología sociocultural (Universidad de Arizona, Tucson). Profesora-investigadora del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Unidad Pacífico Sur.

Obstetricia tradicional en el Istmo de Tehuantepec

Antonio Tascón

Antropólogo, especialista de la medicina tradicional mexicana. Director General de Planeación y Desarrollo de la Secretaría de Asuntos Indígenas del Estado de Guerrero. Colaborador del Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad.

Medicina tradicional y enfermedad

Bianca Vargas Escamilla

Médica Cirujana, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Maestría en Ciencias Sociomédicas con especialidad en Antropología en Salud, UNAM. Líneas de investigación en salud reproductiva, mortalidad materna y salud global.

Violencia obstétrica y la relación médico-paciente

Luis Alberto Vargas Guadarrama

Médico, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); Antropólogo Físico, Escuela Nacional de Antropología e Historia; Doctor en Biología (Antropología), Universidad de París. Investigador titular C, Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM, nivel III en el Sistema Nacional de Investigadores, miembro de la Academia Nacional de Medicina, Academia Mexicana de Ciencias, Antiguo Presidente de la Unión Internacional de Ciencias Antropológicas y Etnológicas. Profesor en varios posgrados nacionales y extranjeros.

Alimentación y nutrición en contextos interculturales; Atención a los pacientes en los servicios de salud para poblaciones indígenas

Carlos Viesca Treviño

Médico cirujano, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Doctor en Ciencias Biológicas (Historia de la Ciencia). Profesor y ex jefe del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina (Facultad de Medicina, UNAM). Miembro de las Academias Nacional de Medicina de México, Mexicana de Cirugía, Mexicana de Ciencias, Mexicana de Bioética, Internacional de Philosophie de la Sciencē, Real Academia de Medicina de Cataluña, di Storia del Arte Sanitaria (Roma). Autor de múltiples libros, capítulos y artículos.

Medicina tradicional en México: 40 años de investigación

Santiago Xolalpa

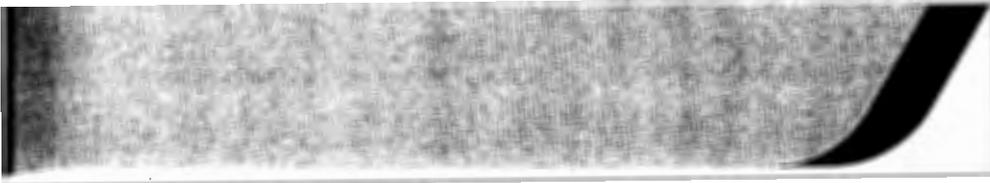
Biólogo por la Universidad Autónoma Metropolitana. Maestría en Ciencias (Biología), Facultad de Ciencias, Universidad Nacional Autónoma de México. Especialista en Etnobotánica Médica del Herbario Medicinal del Instituto Mexicano del Seguro Social. Miembro del Comité de expertos en Productos Naturales de la Farmacopea Herbolaria de los Estados Unidos Mexicanos.

Herbolaria. Tratamientos populares y el personal de salud

Carlos Zolla Luque

Lingüista, especialista en medicina tradicional, antropología médica y salud de los pueblos indígenas. Coordinador de Investigación del Programa de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad de la Universidad Autónoma de México (UNAM). Ha publicado numerosos libros, capítulos y artículos de investigación en revistas nacionales y extranjeras.

Sistema real de atención a la salud en México; Medicina tradicional y enfermedad



Prólogo

Cuando un médico se enfrenta a una enfermedad, dispone de una serie de habilidades diagnósticas, de instrumentación y de tecnologías cada día más complejas, así como de un conjunto de destrezas adquiridas a lo largo de su práctica profesional que le permitirán, la mayor parte de las veces, aliviar aquello que sea susceptible de ser curado.

Pero para poder llegar a ello, el médico primero tiene que saber el padecimiento que presenta el paciente. El primer contacto con el enfermo es insustituible y de una gran riqueza orientadora, y no existe tecnología alguna que lo pueda sustituir. Recibirlo, saludarlo, preguntarle cómo percibe su problema y a qué lo atribuye, mostrar interés y generar empatía, son los primeros pasos de un proceso curativo y nacen de la relación interpersonal entre el paciente y el médico.

A lo largo de casi ocho años en la Facultad de Medicina de la UNAM he recibido a un buen número de visionarios tecnológicos que me han presentado diversas propuestas sobre una —creo yo— malentendida “telemedicina”. Han pretendido que la Facultad de Medicina se convierta en un centro diagnóstico con consultorios virtuales para atender a la población marginada de nuestro país, donde los médicos estarían de un lado de la pantalla y el paciente en el otro distante extremo.

Imaginen por un momento a esa mujer mazahua frente a una pantalla (que un tercero tendría que conectarle) y al médico en el otro extremo cibernético con una sonrisa, que pocas veces sería genuina, preguntándole a esa mazahua cuál es su padecimiento. Piensen en el desconcierto de esa paciente e imagínenla explicando, en su media lengua, que tiene retortijones por un empacho que sufriera semanas atrás. Del resto de la entrevista me ahorro los comentarios y el muy probable fracaso del tratamiento lo puedo augurar, aun concediendo que el médico pudiera eventualmente acertar.

Puede ser que este tipo de tecnología diagnóstica llegue a ser útil en otras latitudes que no son la nuestra. Puede también ser que el futuro lejano nos depare este alto grado de despersonalización. Pero, por fortuna, ni a mi generación ni a los estudiantes que formamos, considero que les tocará vivirlo.

A fin de curar un paciente hay que entenderlo, de alguna forma tocarlo y sentirlo; utilizar los medios a nuestro alcance para su mejor diagnóstico y adherirlo al tratamiento necesario. Para lograrlo es preciso comprender al paciente, el medio en el que se desenvuelve, los conceptos que tiene del origen de su padecimiento y el modo como enfrenta la enfermedad. Entenderlo como un ser *biopsicosocial*. De este aspecto de la medicina trata el texto que se presenta.

México es una nación multicultural: una decena de millones de mexicanos tienen un origen indígena y viven en extrema pobreza. En más de seis millones de ellos la lengua primaria es de la etnia a la que pertenecen. De acuerdo con estudios del Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI) existen 68 agrupaciones lingüísticas con 364 distintos dialectos. De ellos, el más frecuente es el náhuatl, pero son muy numerosos aquellos parlantes del otomí, así como del chinanteco; muchos otros del mazahua, del chol, del maya, de las variantes del zapoteco, del mixteco, del huasteco, del totonaca, del purépecha, del tzotzil, del tzetzal y del amuzgo, por mencionar sólo algunos de los grupos más numerosos.

A través de nuestra historia todos estos grupos y etnias se asentaron en el territorio que hoy es México. A lo largo del tiempo su cosmogonía diversa se entremezcló y relacionó con la cultura occidental: se *interculturalizó*. Pero no por ello se perdió la versión original y esa es nuestra gran fuente de riqueza cultural. México es orgullosamente un país diverso. Orgullo que ostentaríamos si no fuera que en esta población autóctona hay miseria, falta de oportunidades y desamparo.

Con ellos, con nuestros indígenas, México está obligado. Obligado a mejorar sus condiciones de vida y oportunidades; a entenderlos y a respetarlos; a aprender de ellos y a prevenir sus enfermedades; a curarlos oportuna y eficazmente.

Entender sus comportamientos grupales y aprender a respetarlos es campo de la antropología social y de la etnología. Comprender cómo expresan estos grupos culturales su enfermedad y sus orígenes; los tabúes y sus consecuencias, son el campo de la llamada *Antropología médica*. Esta ciencia tiene ya unas décadas de haber nacido y conformado como un campo específico del conocimiento que abrevia de la sociología, de la etnología y de la antropología social. El coordinador de este texto, el doctor Roberto Campos, ha dedicado su vida y todos sus esfuerzos intelectuales a este tema y es, indudablemente, el experto nacional en la materia.

El doctor Campos y colaboradores en *Antropología médica e interculturalidad*, nos introducen en el tema y presentan las distintas cosmovisiones de los pueblos nativos; nos ayudan a entender cómo expresan las diversas comunidades sus problemas biológicos y del dolor; hablan de la importancia de conocer sus costumbres relacionadas con la nutrición, la salud materno-infantil y la partería, y nos sugieren modelos de comportamiento en la relación médico-paciente tan particular en estos casos.

El autor, en un acierto editorial, no dejó de desarrollar una interesantísima sección relacionada con la medicina tra-

dicional mexicana, que es parte ineludible de la Antropología médica, además de que enriqueció su contenido con propuestas y experiencias de cómo adaptar los usos y costumbres de los pueblos indígenas en los centros de atención hospitalaria modernos.

Antropología médica e interculturalidad era un texto necesario. Es, antes que nada, una obra de consulta para los interesados en el tema, que debemos ser muchos y, sin duda, una fuente de conocimientos y experiencias para los docentes del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina

útiles para impartir la asignatura de Antropología médica e interculturalidad que se indica en el Plan de Estudios 2010 de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Démosle la bienvenida a este texto. Mis felicitaciones a todos los autores y al doctor Roberto Campos-Navarro por este gran esfuerzo editorial.

Enrique Graue Wiechers

Rector-Universidad Nacional
Autónoma de México (UNAM)

Prefacio

El 12 de octubre de 2004 concluyeron sus deliberaciones y se reunieron con el entonces rector de la UNAM, doctor Juan Ramón de la Fuente, 25 de los más importantes líderes indígenas de América, firmantes del documento denominado *Declaración de Tepoztlán*, que significativamente llevaba como subtítulo *Después de la Década de los Pueblos Indígenas. Recuentos y horizontes*. Se referían explícitamente a la culminación del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo 1995-2004 en el que, subrayaban, las realizaciones estuvieron muy por debajo de las expectativas “para generar y practicar nuevas relaciones equitativas sociales, económicas, políticas y culturales entre Estados, pueblos indígenas y sociedad en general”. Destacaban los obstáculos mayores: desde “los desencuentros conceptuales sobre pobreza, democracia, ciudadanía, poder-gobernabilidad, desarrollo o seguridad que dan cuenta de la subordinación colonial que sigue caracterizando a los Estados”, pasando por “la tarea inconclusa en la plena materialización [del] reconocimiento y ejercicio de nuestros derechos” por parte de los organismos internacionales, los Estados y de “las corporaciones transnacionales monopólicas [que] lejos de construir un compromiso social, amenazan la vida y los derechos colectivos de nuestros pueblos, al privilegiar sus desmesurados intereses particulares, legitimados por los procesos de negociación de tratados comerciales, que subordinan a las propias soberanías de los Estados”. Y concluían formulando *Recomendaciones* para el sistema de Naciones Unidas, el Sistema Interamericano, los Estados, los propios pueblos indígenas y las universidades.

Rememoro este acontecimiento, al menos por tres razones, atravesadas todas por la temática de la *interculturalidad*. La primera, porque en las *Recomendaciones* a las casas de altos estudios, señalaban: “Que las universidades —en especial las de carácter público, para las que la educación superior es un bien social— impulsen decididamente el desarrollo de enfoques interculturales de carácter transversal en los campos de la docencia, la investigación, la difusión y la vinculación con pueblos y organizaciones indígenas”. La segunda, porque el acuerdo signado con el rector de la Fuente, denominado *Pacto del Pedregal*, dio lugar en los hechos a la creación del Programa Universitario Nación Multicultural, PUMC-UNAM (hoy, Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad, PUIC-UNAM) y, consecuentemente, el impulso en él y en otras áreas de la UNAM, a los enfoques interculturales en los dos grandes brazos académicos de las Ciencias y las Humanidades. La tercera, porque la atención a la pluriculturalidad y a la interculturalidad en México y en el seno de nuestra propia universidad, era indicativa de que la UNAM puede

erigirse como la institución más idónea para impulsar sistemáticamente el desarrollo de nuevos campos del saber, la formación de recursos humanos o el análisis de las políticas públicas relativos a la interculturalidad y al conocimiento de los patrimonios culturales. El libro que hoy prologamos, *Antropología médica e interculturalidad*, se inscribe claramente en esta perspectiva de desarrollo del saber antropológico-médico sobre la salud en los contextos y relaciones de la interculturalidad.

No está de más apuntar un par de observaciones sobre la naturaleza y deseable destino del libro. Su extensión y diversidad son la prueba inequívoca del desarrollo de la Antropología médica en México, pues con ser rigurosa la búsqueda de materiales y no menos cuidadosa la selección realizada por el doctor Roberto Campos-Navarro, el libro constituye una muestra de la vigorosa entrada del tema de la interculturalidad en la salud. Ratificación de la cada vez más estrecha interacción entre medicina y antropología, y testimonio del creciente número de investigaciones y publicaciones relativas a ella. Confirmación, además, de una tradición histórica de trabajo inaugurada en el siglo XVI con obras tan notables como la *Historia natural de Nueva España*, de Francisco Hernández en su triple papel diríamos hoy, de médico, botánico y etnógrafo. Esta confluencia de medicina y antropología armoniza, además, con otra sustentada por el acuerdo para la publicación del libro, entre la Facultad de Medicina y el Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad, ambos de la UNAM.

Señalamos al comienzo de este prefacio el antecedente de la *Declaración de Tepoztlán* y el reclamo indígena de ver en las universidades el desarrollo y aplicación de los enfoques interculturales en los más diversos campos de la vida social. Esta respuesta universitaria que se especifica con la publicación de *Antropología médica e interculturalidad* será, a no dudar, de interés de los pueblos indígenas, sus dirigencias y sus intelectuales de México y América.

Desde la idea original de elaborar este libro, pasando por la identificación, acopio, selección y edición de los materiales, hasta la búsqueda de su inserción en las etapas formativas de futuros médicos, enfermeras, odontólogos y, en general, trabajadores de la salud, el proyecto fue pensado desde la *universidad*, aunque aspira —como toda obra— a ampliar las fronteras de su lectura. En ese sentido, aunque varios de los trabajos reflejan la investigación especializada, el conjunto pretende operar como una *obra básica*, que despeje el campo de errores y aproximaciones superficiales en un momento en que la interculturalidad es invocada a propósito de los variados y no siempre fundamentados asuntos. Señalo esto para hacer justicia, también, a quienes desde la

medicina y la antropología iniciaron en México hace ya más de medio siglo las investigaciones y propuestas aplicadas sobre la materia que nos ocupa. Recordemos, entonces; que en 2015 se cumplieron exactamente 60 años de la publicación de *Programas de salud en la situación intercultural* (México, Instituto Indigenista Interamericano, 1955) del médico y antropólogo Gonzalo Aguirre Beltrán, la personalidad más importante en el estudio de las relaciones interculturales en salud. Enfrentados a definir la acción pública en salud en un

México caracterizado por su diversidad y pluralidad, el reconocimiento de la interculturalidad fue un temprano aporte, inaugural de una tradición que nuestro libro reconoce y confía en consolidar.

Carlos Zolla

Coordinador de Investigación del Programa
Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural
y la Interculturalidad (PUIC-UNAM)

Agradecimientos

Esta obra es el resultado de un esfuerzo colectivo del grupo colegiado de antropólogos adscritos al Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, quienes decidimos cuáles serían los principales contenidos temáticos, las secciones del curso de licenciatura y la indiscutible utilidad docente de esta obra como texto de consulta tanto en el pregrado como en el posgrado.

La doctora Bianca Vargas Escamilla durante su servicio social en nuestro departamento y hasta la actualidad ha co-

laborado en forma continua y eficaz en el cuidado editorial de la antología. Lo mismo que la participación de Ángeles Hernández en su pasantía de servicio social en 2016.

Por otra parte, el *Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad* nos ha brindado el pleno apoyo para esta publicación, respetando la extensión e intencionalidad del libro, e incluso proyectándolo a un público universitario más amplio.

Introducción

Hace poco más de dos décadas el Instituto Mora y la Universidad Autónoma Metropolitana publicaron una serie de antologías universitarias y una de ellas sería *La Antropología Médica en México* (1992), obra que se convertiría en un referente significativo sobre el tema en México y América Latina pues no sólo circuló por nuestro país sino también se le encontró en ambientes académicos de Chile y la Argentina. Su empleo permeó lo mismo en escuelas y facultades de ciencias de la salud (medicina, enfermería, odontología, psicología, etc.), como en planteles de licenciatura y posgrado de ciencias antropológicas.

Por ello, agotada la edición desde hace más de 10 años, consideramos imprescindible emprender una ampliada reedición. En este sentido se le han realizado cambios necesarios para actualizarla, pues nuevos (y antiguos) artículos se han incorporado. En estos últimos años han aparecido novedosos trabajos y renovadas perspectivas, en especial sobre el tema de la salud intercultural que ha ido acrecentando su presencia en América Latina, especialmente en la región andina y en Mesoamérica.

En el caso mexicano, la antropología médica ha crecido y se ha consolidado como una subdisciplina de la antropología social. Su enseñanza especializada ahora se realiza en múltiples espacios destacando el Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH), la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). En esta última a través del Instituto de Investigaciones Antropológicas y desde el 2010 en el área específica de Antropología en salud del *Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud* conformado por la Facultad de Medicina, Odontología, Psicología y otras dependencias académicas universitarias y del sector Salud.

Por otra parte, los cursos, seminarios y clases de antropología médica en las escuelas y facultades de medicina se han incrementado. En la UNAM, desde 1985 se habían incluido cátedras dentro del programa general de Historia y Filosofía de la Medicina (junto con ética), pero ahora desde el nuevo Plan de Estudios 2010, la materia de Antropología médica e interculturalidad se ha convertido en una asignatura obligatoria e independiente para los estudiantes de la carrera, y se suma a otras instituciones que ya la tienen incluida en su mapa curricular, como es el caso de la Escuela Superior de Medicina y la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía, ambas del Instituto Politécnico Nacional (IPN), y las escuelas de medicina de las universidades autónomas y públicas de Nayarit, Oaxaca, Chiapas, Guerrero y Yucatán. Con respecto a las instituciones privadas destacan:

la Universidad de las Américas (Puebla), Universidad de Celaya (Guanajuato), Universidad Latinoamericana (estado de Morelos) y Westhill (Ciudad de México).

En Guatemala sobresalen las tres principales universidades privadas pues todas incluyen la materia de antropología médica, no habiéndose logrado aún su incorporación en la prestigiada y pública Universidad de San Carlos.

En Sudamérica también se han extendido las orientaciones antropológicas en las carreras de medicina, enfermería y obstetricia, destacando las universidades ecuatorianas, argentinas, chilenas, peruanas y colombianas. Con menor presencia en las entidades académicas de Brasil, Venezuela, Bolivia, Paraguay y Uruguay.

Sobre salud intercultural el avance es gradual y ya existe como asignatura obligatoria únicamente en México (UNAM), Guatemala (Universidad Rafael Landívar) y Ecuador (Universidad de las Américas y Universidad Nacional de Loja). Siendo más empleada en escuelas de enfermería y obstetricia de Chile, Bolivia, Brasil, Ecuador, Guatemala, Perú y también México.

Además debemos considerar e incluir las carreras de ciencias de la salud de las recién creadas universidades indígenas interculturales localizadas en el Estado de México, Michoacán, Tabasco, Chiapas y Quintana Roo; lo mismo aquellas escuelas que ofrecen licenciaturas de medicinas alternativas en Jalisco, Distrito Federal y el Estado de México.

En este repaso de la docencia universitaria en México y América Latina, queremos señalar la ausencia de un texto general que sirva de apoyo didáctico a la materia de antropología médica, y la reciente inclusión del tema intercultural en salud. En este sentido, nuestra antología vendrá a llenar un enorme vacío que ayudará al entendimiento y comprensión de las ciencias antropológicas (y sus métodos de investigación cualitativa) en el campo de la salud.

El propósito fundamental es brindar las nociones teóricas y herramientas metodológicas propias de la antropología que permitan a los estudiantes un acercamiento certero, extenso y preciso sobre los factores socioculturales relacionados con el proceso salud/enfermedad/atención (en adelante s/e/a).

Entre ellos, los correspondientes a describir, analizar y debatir sobre:

- El nacimiento de la antropología como una ciencia social en el siglo XIX, su expansión y consolidación en los siglos XX y XXI. Sus cuatro principales ramas: arqueología, lingüística, antropología física y antropología social. **Los orígenes, el desarrollo y la aplicabilidad de la antropología médica** como una subdisciplina de la

antropología social. El uso selectivo de la investigación etnográfica con sus alcances y limitaciones.

- Los conceptos de **cultura y cosmovisión** para vislumbrar la existencia del "otro" diferente a mi persona y mi comunidad, con ello la aceptación y respeto a la diversidad cultural, la pluriculturalidad y las necesarias relaciones interculturales. La revisión crítica de los conceptos de etnia, raza y racismo que permean en las sociedades latinoamericanas.
- El conocimiento de los varios **sistemas de saberes, creencias y prácticas** sobre la s/e/a, destacando su importancia y consecuencias en la conceptualización de lo normal y lo patológico, así como de las estrategias sociales concretas ante la presencia de la enfermedad. La relevancia en la construcción social y cultural de las enfermedades, incluidas aquellas poco o nada reconocidas por la biomedicina.
- Las características de los **procesos bioculturales** que abarcan el ciclo vital desde el nacimiento hasta la muerte. Las nociones de cuerpo, persona e identidad corporal. La sexualidad y la construcción social del género, el proceso embarazo/parto/puerperio, la cultura de la alimentación, la vivencia del dolor, las enfermedades crónicas y las aflicciones propias de la senectud y, finalmente, las creencias sobre la muerte individual y colectiva.
- El **pluralismo médico**, con la existencia de múltiples y diferentes modelos médicos, donde uno de ellos se erige en dominante: **modelo médico hegemónico (MMH)** y otros funcionan relacionamente dominados: modelo médico de autoatención y modelo médico subalterno. Cada uno de ellos con características estructurales y con interrelaciones que se resuelven a través de recíprocas transacciones.
- La relación médico/paciente, o más bien, **personal de salud/paciente**, en las instituciones públicas y privadas. La proxemia como fenómeno de ubicación temporal en el espacio físico y la distancia intercorporal que asumen ambos actores sociales, las actitudes, comportamientos y formas de comunicación interpersonal e intercultural, la asignación social de roles, la relevancia de la cosmovisión y la diferencia entre los conceptos de enfermedad (aproximación objetiva) y padecer (afección subjetiva). El proceso contemporáneo de medicalización y sus implicaciones en la relación del personal de salud con el paciente y sus familiares.
- La profundización en los **modelos médicos de autoatención y subalterno**. El primero como primer nivel de atención en cualquier asociación humana, que incluye toda acción u omisión relacionada con el proceso s/e/a, con estrecha relación a las medicinas domésticas o caseras ejercidas por las madres de familia. Y el segundo, como forma subalterna de atención donde domina la biomedicina (o MMH) y que corresponde a sistemas locales/regionales de salud —medicinas denominadas "tradicionales"— y otras de origen externo como la me-

dicina china, ayurveda, naturismo, homeopatía, flores de Bach y otras.

- La incorporación del concepto de **epidemiología sociocultural** y la ampliación de los saberes y prácticas de la **medicina tradicional mexicana** (y latinoamericana) con la existencia de **recursos humanos** (curanderos, chamanes, parteras, hueseros y sobadores, hierberos, rezanderos, etc.), **recursos materiales** (plantas, animales y minerales medicinales), **recursos simbólicos y rituales** (curación por la palabra, limpias, desalojos, danzas y bailes, cánticos y ensalmos, entre muchos otros procedimientos y maniobras). La curación de enfermedades culturalmente delimitadas o síndromes de filiación cultural como el mal de ojo, susto, empacho que —por lo general— son invisibilizadas e ignoradas por la biomedicina.
- La dinámica interrelación entre la teoría y la praxis antropológica en el campo de la s/e/a, con implicaciones en la **formación de competencias interculturales** del personal de salud, sobre todo de aquellos que trabajan o van a laborar en regiones con comunidades pertenecientes a pueblos originarios de América. Ello significa el conocimiento de la **situación de salud de pueblos indígenas** con su conformación demográfica, su diferente perfil epidemiológico y la estructura real de servicios de salud propios (medicina tradicional indígena) y foráneos (biomedicina) a los que tienen derecho como ciudadanos. E igual, el trabajo con otros grupos sociales minoritarios diferenciados en la cultura: afrodescendientes, menonitas, gitanos, judíos, libaneses, árabes, chinos, japoneses, etc. Y otras minorías con discapacidades, como es el caso de los invidentes y la comunidad de sordomudos.

En función de la amplitud y grado de profundización de estos objetivos generales y específicos, vale la pena aclarar que esta antología no es un manual ni un compendio sobre la materia. Pretende ser un texto de consulta que sirva a los maestros y a los estudiantes de las distintas licenciaturas y posgrados universitarios o carreras de ciencias sociales y de la salud que se ofrecen en las instituciones de enseñanza superior.

Los autores seleccionados en esta antología son (o fueron porque algunos, lamentablemente, ya han fallecido) expertos en la materia. La mayoría con estudios de maestría y doctorado en antropología social egresados de las instituciones mexicanas antes mencionadas. Todos ellos comprometidos con la docencia y la investigación etnográfica.

Sobre el contenido

La obra consta de ocho secciones y un anexo. Las secciones contienen 46 capítulos. En su elaboración participaron colegas antropólogos y se decidió en función de las futuras clases a los estudiantes de medicina pero que también creemos puede ser de utilidad para el resto de estudiantes de otras

carreras de ciencias de la salud y de antropología, del nivel pregrado, así como del posgrado.

I. Introducción a la antropología médica y la interculturalidad

Los textos históricos de Isabel Kelly, Juan Comas y Gonzalo Aguirre Beltrán —que aparecen en el Anexo— sirven de trasfondo contextual para observar el surgimiento, generalización y consolidación de la antropología como una disciplina de las ciencias sociales y de su posible utilidad en la medicina.

En forma contemporánea, es Eduardo Menéndez, antropólogo argentino radicado en México, quien ha dedicado todos sus esfuerzos profesionales para el entendimiento, comprensión y fortalecimiento de la perspectiva crítica de la construcción social y cultural (pero también política y económica) del proceso salud/enfermedad/atención.

En *Cuestiones metodológicas sobre antropología e interculturalidad*, el autor establece que el concepto de interculturalidad dentro de la teoría antropológica no es reciente y que existen varias acepciones que no se reducen a las relaciones entre la atención biomédica y los pueblos amerindios ni tampoco a una relación armónica y simétrica. Más aún, que las relaciones interculturales en el proceso s/e/a en América Latina pueden ser definidas como asimétricas, con un enorme contenido hegemónico en la práctica cotidiana de la biomedicina y evidentes expresiones de racismo y de superioridad ideológica clasista. De allí que los procesos interculturales en el campo de la s/e/a deban ser observados y analizados por los antropólogos “locales” con una visión crítica en el uso de metodologías cualitativas procedentes de Europa y Estados Unidos.

Enseñanza de la Antropología médica y la salud intercultural en México describe el proceso formativo de los antropólogos mexicanos, fundado en dos grandes corrientes antropológicas, la primera denominada como relativista cultural encabezada por Manuel Gamio y seguidores, en la que destaca la figura paradigmática de Gonzalo Aguirre Beltrán y que desarrolló en la década de 1950-1959 a la de 1970-1979, políticas públicas de salud en pueblos originarios basados en el indigenismo, con fuertes componentes integracionistas al modelo nacional. Y la segunda, como antropología médica crítica, dirigida por E. Menéndez y discípulos, que instauran un pensamiento reflexivo y multidimensional donde los procesos sociales no son exclusivamente culturales sino que éstos aparecen en un trama política y económica que los condiciona y determina. La conclusión es que la enseñanza de la antropología médica y la interculturalidad en salud en planes educativos mexicanos mantiene un arraigo creciente y hasta el momento actual, una incuestionable solidez.

II. Cultura y cosmovisión

La cultura es todavía el concepto clave y fundamental de la disciplina antropológica, con innumerables definiciones e

interpretaciones que, sin embargo, coinciden en cuanto a su origen humano y su transmisión generacional. En *Cosmovisión maya*, Carlos Lenkersdorf ofrece un acercamiento testimonial a la cultura de los tojolabales, un pueblo maya de los Altos de Chiapas, con el cual se relacionó como una persona que fue a convivir con la comunidad, aprender su idioma y su forma de vida, aceptó un papel de alumno más que de maestro. Encontró una concepción del mundo distinta a Occidente, la de ellos se centra en el “nosotros”, en la colectividad más que en el individuo y que esa cosmovisión conduce a formas particulares de cosmovivencia.

Los mayas constituyen uno de los más de 60 pueblos indígenas que residen en el territorio mexicano, Alfredo Paulo Maya en su artículo *Pluriculturalidad, nación y pueblos originarios en México*, señala el reconocimiento jurídico a su existencia y las dificultades técnicas para su reconocimiento como indígenas en base a criterios lingüísticos, usos y costumbres, vestimenta o autoadscripción. Dificultades que, a su vez, conducen a problemas en el establecimiento de programas de gobierno en los ámbitos políticos, económicos, educativos y de salud.

En *Salud intercultural en América Latina*, el autor pretende mostrar que las actividades interculturales son intrínsecas al contacto de grupos humanos culturalmente diferenciados y que, en el caso de América, ese contacto violento entre dos civilizaciones (la nativa y la europea) condujo a relaciones colonialistas de dominación e imposición de instituciones novedosas en América. Una de ellas fue el establecimiento de hospitales donde —en algunos casos— se intentó brindar una atención médica adecuada pero siempre acompañada de intenciones ideológicas evangelizadoras. En los últimos años, ya sin la impronta religiosa, hay experiencias positivas de salud intercultural en hospitales que pretenden una mejor atención a los pueblos originarios en Chile, Bolivia, Perú, Venezuela y otros países.

La doctora Adriana Ruiz Llanos, con una larga y comprometida experiencia en Acteal (Chiapas), en *Derechos humanos, ética e interculturalidad*, relata la importancia de la ética, los derechos humanos y los derechos indígenas en el contexto del trabajo y las actividades médicas en pueblos originarios. Es la construcción de una relación no solamente técnica y asistencial sino una conexión ética de encuentro con el o los “otros” que requieren el apoyo institucional en un espacio significativo de igualdad, respeto y solidaridad. Se trata de una ética intercultural que dignifica —en la teoría y en la práctica— a ambas partes. La autora propone la inclusión de un conjunto de políticas públicas que incluyan la participación indígena en las decisiones que les afectan, la modificación de los contenidos curriculares a nivel universitario sobre el conocimiento y la praxis con los pueblos originarios, la creación en hospitales de comités de bioética que contemplen una orientación interdisciplinaria e intercultural, y la creación de una Defensoría del Pueblo para cuestiones específicas de salud.

III. Procesos bioculturales

En el proceso salud/enfermedad/atención, entendido tanto en términos individuales como colectivos, se expresan fenómenos físico-biológicos que de manera simultánea son eventos socioculturales. Constituyen una unidad integrada e indivisible. Todo acontecimiento del ciclo vital humano, desde el nacimiento hasta la muerte, son construcciones bio-socio-culturales. Carlos Aguado en su texto *Interculturalidad, corporeidad e identidad*, apela al término de "corporeidad" como un referente fundamental de la estructura simbólica del cuerpo, en su doble dimensión: social e individual. Toda relación y diálogo intercultural que tienda a ser productivo requerirá de un proceso de (auto y hetero) identificación de la corporeidad, así como de una comprensión y valoración de la cultura (y la corporeidad) del otro que es diferente. Tales relaciones pueden estar signadas por la desigualdad, la violencia y la dominación, no obstante, el autor presenta una experiencia interesante de "Psicomunidad" que pretende una relación más horizontal y simétrica de profesionistas con pueblos originarios migrantes en la Ciudad de México.

Partiendo de la noción del cuerpo biológico y psicosocial de las personas, el sexo y la sexualidad, *Proceso bio-social sexo-sexualidad en la adolescencia* describe y analiza las características de la sexualidad en adolescentes mexicanos afirmando la complejidad del proceso que conduce a problemas —que se consideran de salud pública— de embarazos tempranos no deseados, abortos, muerte materna e infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, esto en ocasiones no es percibido por los adolescentes, por lo que la autora recomienda emplear otras estrategias educativas que tomen en cuenta los diversos estilos de vida de las y los adolescentes urbanos y rurales, el enfoque de género, entre otras orientaciones. Y que las instituciones de salud mantengan más una actitud de empatía y acompañamiento que de medicalización del fenómeno sexo-sexualidad.

Un programa prioritario de salud del Estado mexicano y también de los países latinoamericanos es el relativo a la salud sexual y reproductiva. En los últimos años se han establecido distintas políticas públicas alrededor de esta temática, muchas de las veces sin tener cabal conocimiento de lo que sucede con los migrantes indígenas asentados en los conglomerados urbanos. La doctora Zuanilda Mendoza, con trabajo antropológico con migrantes indígenas de Oaxaca en la Ciudad de México, en *Salud materno-infantil en un contexto intercultural*, brinda una aproximación etnográfica a dos familias triquis residentes en el centro de la ciudad. Las vivencias y representaciones sobre la concepción, el embarazo, el parto, el puerperio y la anticoncepción están signadas por sus saberes populares, no obstante, van apareciendo y se hacen presentes las representaciones (saberes y prácticas) de la biomedicina. Todo ello conforma un proceso complejo, interactivo e intercultural donde aparecen múltiples recursos humanos y materiales pero, sobre todo, intensas redes sociales de apoyo.

Igual en Oaxaca pero ahora abordando a las mujeres indígenas y mestizas del medio rural, Paola Sesia, en su trabajo *Obstetricia tradicional en el Istmo de Tehuantepec*, describe las concepciones y representaciones populares del proceso embarazo, parto y puerperio, enfatizando la intervención del modelo explicativo frío-caliente, y destaca el relevante papel de las parteras tradicionales en la atención obstétrica, en contraposición a la simplificada y fría atención biomédica prestada por las instituciones oficiales.

Una investigación similar desarrollada por Miguel Güemez Pineda, en *Partería y medicina alopatía en Yucatán*, parte del hecho de que muchos de los conocimientos y prácticas nativas sobre el embarazo y parto son poco entendidas por la biomedicina, produciéndose conflictos de comunicación que afectan a las mujeres gestantes. Se refiere que en localidades mayas del sur de Yucatán, pese a tener servicios médicos oficiales y privados, la mayoría de mujeres (hasta 80%) se atiende con las parteras. El autor propone una mayor competencia intercultural del personal de salud institucional que ayude a disminuir el desencuentro con la población rural maya.

Otro proceso importante es el que se refiere a la ingesta de alimentos, Luis Alberto Vargas con Leticia Casilla, en *Alimentación y nutrición en contextos interculturales*, introducen en este asunto no sólo biológico sino también de aspecto sociocultural. El consumo selectivo se hará de acuerdo con la accesibilidad y las preferencias de las personas, y existirán alimentos que son básicos, otros primarios y secundarios, más aquellos ocasionales o periféricos. Estas características deben ser tomadas en cuenta por la biomedicina, en especial al recomendar las dietas a las personas enfermas y al indicar las dietas en los hospitales.

El capítulo *Alimentación e interculturalidad* señala la importancia cultural de su consumo pero también los factores socioeconómicos y políticos que determinan el proceso alimentación-nutrición. La comida no es un elemento aislado de la cultura alimentaria que todo grupo humano posee ni tampoco de las disparidades sociales, políticas y económicas que en él existen. Por tanto, es primordial tener un enfoque de la interculturalidad que no se reduzca a la población indígena ni a focalizar la presencia de la nutrición/desnutrición/obesidad como un problema exclusivamente biomédico.

En el ciclo de vida, la senectud es una etapa donde las enfermedades crónicas se hacen más presentes y constituyen un creciente problema de salud pública. En *Padecimientos crónicos en adultos mayores de la Ciudad de México* se da cuenta de los saberes y prácticas de los enfermos que tienen derecho a la seguridad social, que padecen diabetes, hipertensión arterial y problemas reumáticos. Existe un entrelazamiento de nociones populares y biomédicas, y la atención curativa (o de control) es marcadamente biomédica, sin que las personas dejen de utilizar otras formas subalternas: autoatención con plantas medicinales, terapeutas tradicionales, naturistas, etcétera.

Antropología del dolor propone la necesidad de estudiar el fenómeno aflictivo del dolor desde un punto de vista antropológico donde se consideren los diferentes tipos de dolor, su origen, los factores que intervienen en la percepción y respuesta, los significados atribuidos a la experiencia dolorosa, las manifestaciones verbales y no verbales; las consecuencias en los terrenos cultural, político, económico y biomédico. Se cita el ejemplo de un estudio sobre las estrategias específicas de atención en la denominada Clínica del dolor del Hospital General de México.

La muerte es la conclusión del ciclo vital, pero la vivencia en el México rural es diferente si se trata de un mestizo o de un indígena. La concepción difiere mucho más cuando la violencia es "normalizada" como sucede en determinadas regiones de Oaxaca, Guerrero o Chiapas, donde el asesinato suele ser lo cotidiano. El capítulo *Estudio de la violencia en la mixteca oaxaqueña*, demuestra con su investigación etnográfica en Jamiltepec, Oaxaca, que desde la infancia se toma conciencia de que la muerte violenta es lo normal, la "vida no vale nada" y no hay fiesta divertida si no hay algún muertito. Las celebraciones de día de muertos (a finales de octubre y principios de noviembre) significan el encuentro de vivos y muertos que se vinculan con el consumo físico y simbólico de los alimentos, y los frecuentes velorios se transforman en espacios magnificados de convivencia familiar y comunitaria. Para ellos, la muerte es también un doloroso jolgorio.

Si la frecuencia de homicidios de hombres en Oaxaca es lo normal, en Chiapas (al igual que otras regiones indígenas de México) la muerte materna aún es elevada. Tras un minucioso trabajo de campo en los Altos de Chiapas, *Mortalidad materna. Género, familia y etnia en Chenalhó* muestra que existe un subregistro importante de la mortalidad durante el proceso de embarazo/parto/puerperio y que, por las diferencias con los pueblos mestizos chiapanecos cabe decir que dicha mortalidad materna en pueblos indígenas se relaciona con enormes desigualdades étnicas, de género y generacionales, que se reflejan en sus precarias condiciones de vida e insuficiente accesibilidad a los servicios de salud. La autora da cuenta de elevada violencia doméstica, conflictos intrafamiliares e interfamiliares y problemas en la atención curativa relacionados con los servicios tradicionales y modernos.

IV. Pluralismo médico

Eduardo Menéndez, al señalar las insuficiencias y deficiencias de la orientación antropológica culturalista asumida por Aguirre Beltrán y seguidores, subraya la importancia y complejidad de las variables sociales, económicas y políticas que influyen en el proceso salud/enfermedad/atención, que permiten superar una visión estrecha únicamente basada en el componente cultural. *Modelos hegemónico, subalternos y de autoatención* muestra la construcción sociocultural de las estrategias de atención curativa y preventiva de los conjuntos sociales, donde la medicina académica ha establecido un dominio político/jurídico o hegemonía sobre las otras prácticas

que son reducidas a un plano de subordinación y subalternidad.

Carlos Zolla, por muchos años promotor de la interrelación positiva entre las medicinas indígenas y la medicina institucional, creador del Hospital Mixto de Cuetzalan, y co-director de la Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana, en *Sistema real de atención a la salud en México*, aterrizando los planteamientos de Eduardo Menéndez, plantea que en México (y América Latina) en regiones indígenas se han establecido tres modelos médicos básicos: académico, tradicional y doméstico, además de un cuarto, representado por las medicinas alternativas o complementarias. Modelos que interactúan entre sí, siendo los usuarios los agentes más activos de la interculturalidad.

Un ejemplo concreto de las estrategias maternas se presenta en el capítulo *Cultura de atención médica materna en las enfermedades*, que aborda los saberes, creencias y prácticas (representaciones sociales) que las madres de familia tienen sobre las principales enfermedades que afectan a sus hijos, y que esa cultura médica materna es muy activa y dinámica. Al estudiar mujeres residentes en los suburbios de la Ciudad México, describe y analiza el itinerario terapéutico con respecto a casos de infección intestinal, parasitosis (lombrices), gripe, exantema viral y mal de ojo. La autora reconstruye las distintas trayectorias de atención, cómo se operacionalizan las representaciones sociales y cuáles son las racionalidades internas en la toma de decisiones y el uso de recursos curativos que se intentan para tratar de resolver los problemas de salud de los hijos enfermos.

Selección y complementariedad de tratamientos en una pequeña ciudad argentina describe y analiza en forma detallada las prácticas terapéuticas de los grupos rurales ante las múltiples enfermedades que se les presentan y encuentra que la primera elección es la medicina casera, en segundo lugar (de manera indistinta) el curanderismo o la biomedicina (en ocasiones la combinación de ambas) e incluso se recurre a las curaciones religiosas ofrecidas por evangélicos y carismáticos o terapias alternativas. En todos los casos, demuestra el empleo complementario de los saberes y las prácticas de los conjuntos sociales.

El proceso de alcoholización/desalcoholización es uno de los problemas de salud pública que más afectan a los grupos sociales económicamente activos de América, cuya solución no pasa por la biomedicina (que sí atiende las consecuencias orgánicas y en ocasiones psiquiátricas del alcoholismo) ni por las medicinas alternativas. *Representaciones sociales sobre el proceso de alcoholización* aborda los caminos de los alcohólicos ante su padecimiento donde la autoatención y la presencia de los grupos de autoayuda han sido notables.

V. Relación médico-paciente

En *Enfermedad y padecer. Ciencia y humanismo en la práctica médica*, el autor despliega sus experiencias e inquietu-

des en la aproximación de la disciplina antropológica a la práctica clínica. Plantea que la medicina debe atender al paciente como una *persona* dotada de una inseparable unidad somato-psíquica y socio-cultural, donde el padecer es la manera concreta que el paciente vive y significa su enfermedad, y, por tanto, no es lo mismo hablar de padecimiento (con su particular subjetividad) que de enfermedad (concebida como una realidad objetiva). En este sentido, el médico (y el trabajador de salud) estarían obligados a cuidar con el mismo esmero estas dos dimensiones.

Fundamentado en una investigación socio-antropológica en uno de los principales hospitales civiles de México, el capítulo *Despersonalización del paciente en atención médica hospitalaria* demuestra el evidente desbalance de la mirada biomédica centrada en la enfermedad (lesión o daño orgánico) del paciente con la escasa, exigua e insignificante visión del padecer de la *persona* enferma. En el proceso de despersonalización y cosificación del individuo, el paciente es reducido a una lesión y la sesión clínica (donde se reúnen los médicos de diversas categorías, desde estudiantes hasta jefes de servicio) para estudiar el caso (es decir, la lesión), además de mantener un estricto orden castrense, la persona enferma pasa a ser invisible.

La consulta médica es un encuentro social y culturalmente contextualizado sobre la enfermedad y el padecimiento de la persona enferma, en *Atención a los pacientes en los servicios de salud para poblaciones indígenas* se describe la necesidad de que la atención (y los consecuentes tratamientos) en grupos humanos diferenciados que conviven en un mismo territorio no sean homogéneos y, por el contrario, deben atenderse de acuerdo con esas especificidades diferenciadoras. Así, en los pueblos originarios, la atención debe considerar la comprensión y valoración de las culturas locales, el empleo de la(s) lengua(s) nativa(s), la alimentación regional, las medicinas tradicionales y sus recursos humanos, materiales y simbólicos, entre otros aspectos, que conduzcan a la completa satisfacción de los usuarios y de los mismos prestadores de salud.

Es preciso que el trabajador de la salud reconozca la diferencia cultural en sociedades multiétnicas y pluriculturales; en ellas la comunicación se hace doblemente relevante, por ello, el capítulo *Relevancia de la comunicación como fundamento del cuidado sanitario* preconiza a la comunicación como un importantísimo e insustituible instrumento de trabajo del personal de salud mestizo en su relación con los pacientes, sean éstos o no indígenas, pero todavía más relevante al tratar de comunicarse con los primeros. El trabajador de salud necesita entender bien el problema expuesto por el paciente, lo que éste espera de la consulta, el consenso más corresponsabilidad sobre el tratamiento indicado y su plena aceptabilidad.

En las últimas décadas, la práctica biomédica especializada en obstetricia ha incrementado el número (innecesario) de cesáreas, la frecuencia en la inducción/conducción del parto con productos farmacológicos, la episiotomía

como un procedimiento normal en primigestas, el maltrato físico y verbal a las parturientas y la aplicación —sin consentimiento previo, autónomo e informado— de métodos anticonceptivos e incluso la esterilización sin autorización de la mujer. Todo ello es expuesto en *Violencia obstétrica y la relación médico-paciente*.

Comprender al paciente como persona implica reconocerlo como unidad bio-psico-socio-cultural. Uno de los aspectos menos conocidos es el relacionado con la salud mental, el capítulo *Proceso salud-enfermedad mental-atención* hace un minucioso recorrido sobre las teorías más relevantes que enlazan la antropología con las tres psi: la psicología, la psiquiatría y el psicoanálisis.

VI. Modelo médico de autoatención y modelo médico alternativo subordinado

El autor del capítulo *Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos* describe y analiza las características, rasgos y limitaciones estructurales de la biomedicina, entendida como modelo médico hegemónico, y pasa al estudio de la autoatención, partiendo de un principio metodológico: el conocimiento de las formas de atención que hacen, usan o dicen emplear las personas y los grupos sociales, más que de los diversos curadores, sean médicos, curanderos o terapeutas alternativos.

Enfermedad y muerte de la población triqui en la Ciudad de México establece las causas y efectos de la migración en el proceso s/e/a demostrando las habilidades adaptativas que tienen los pueblos originarios en los asentamientos urbanos y los cambios en sus estilos de vida. A partir de la etnografía con familias triquis construye su perfil epidemiológico y da cuenta de cómo surge la resolución a través de la autoatención, los biomédicos, los boticarios, los curanderos, las parteras y otros curadores urbanos. El resultado es una mejoría en sus condiciones de vida y de salud comparado con sus lugares de origen.

Es evidente el crecimiento de las medicinas alternativas y complementarias a nivel mundial y en México, la homeopatía ha tenido una presencia constante desde finales del siglo XIX, con instituciones escolares y hospitales reconocidos por el Estado. En *Medicina homeopática* se explica que existen bases teóricas, filosóficas, metodológicas, científicas, médicas y terapéuticas que permiten afirmar que la homeopatía sí posee fundamentos para considerarla dentro del campo del conocimiento científico.

VII. Epidemiología sociocultural y la medicina tradicional mexicana

Más allá de la existencia de una epidemiología "clásica" o "biomédica", en los últimos lustros se configura y consolida —con la mirada antropológica— la construcción de otra epidemiología más integradora e incluyente, que no sólo describa y analice el proceso salud/enfermedad/

atención-desatención, sino que pueda ser fuente de intervención y cambio. En *Epidemiología sociocultural* se propone desde una perspectiva crítica y comparativa la construcción de enfermedades desde fuentes muy distintas: las propias de las comunidades con elevada raigambre popular e indígena (rural y urbana) y aquellas otras nosologías que son reconocidas en forma unilateral por la biomedicina.

Medicina tradicional en México: 40 años de investigación muestra una recapitulación y ampliación de los estudios sobre medicina tradicional, donde establece un puente entre la medicina de los pueblos mesoamericanos y la actual medicina tradicional mexicana.

En cuanto al ejercicio de la medicina tradicional, *Síndromes de filiación cultural en el estado de Puebla* describe y analiza sus conocimientos, sus creencias y acciones cotidianas en el marco de las actividades curativas que desarrollan al interior de hospitales estatales. Este capítulo analiza en particular el concepto de "síndromes de filiación cultural" señalando su legitimidad en función de evidenciar la autonomía del conocimiento y la práctica de los médicos indígenas frente al indiscutible dominio de la biomedicina.

También argumentando sobre los términos de "síndromes de filiación cultural" y "síndromes delimitados culturalmente", *Las enfermedades populares desde un enfoque antropológico* hace una breve descripción del empacho, la caída de mollera, el susto o espanto, el mal de ojo, la brujería, los aires, la gripe y la diarrea, la diabetes, revisando su causalidad, los rasgos clínicos y los tratamientos más comunes. Concluye señalando la importancia de la cosmovisión para el entendimiento de las representaciones populares sobre estas entidades nosológicas.

Medicina tradicional y enfermedad hace un recuento epidemiológico sociocultural de las cinco principales causas de demanda que tienen los médicos indígenas tradicionales: mal de ojo, empacho, susto, caída de mollera y disentería. Aquí aparece la primera (y única) referencia cuantitativa de estos problemas que atiende la medicina tradicional mexicana a nivel nacional.

Otro estudio clásico de la antropología médica orientada hacia la medicina tradicional es el practicado en Oaxaca sobre pacientes "asustados" y "no asustados"; en *Introducción al susto* los mismos autores realizan un planteamiento general de la enfermedad, analizan y discuten los estudios previos, demuestran la existencia de condiciones nosológicas semejantes al susto americano en naciones asiáticas como China e India, las dificultades para establecer alguna equivalencia de la biomedicina y establecen en forma sucinta hipótesis para guiar su trabajo de campo.

El empacho es una de las cinco primeras causas de atención médica tradicional en diversos países americanos (en la Argentina ocupa el primer lugar, mientras que en la República Mexicana, se ubica en segundo lugar), *El empacho: una enfermedad popular latinoamericana* hace un

recuento general de sus principales características conceptuales, clínicas (causalidad, signos y síntomas, patogenia), epidemiológicas y terapéuticas, donde resaltan la herbolaria medicinal, los purgantes, los procedimientos manuales y rituales que apelan a la eficacia simbólica.

Esta sección concluye con *Herbolaria. Tratamientos populares y el personal de salud*, cuyo objetivo es brindar elementos etnobotánicos a los trabajadores de la salud con la finalidad de reconocer y valorar el empleo de estos recursos en la curación de los pacientes. Realizan un recorrido histórico desde el siglo XVI hasta la actualidad, y plantean problemas recientes relacionados con la biodiversidad, la bioprospección y la biopiratería.

VIII. Antropología médica aplicada

Un ejemplo concreto de modificaciones con pertinencia cultural en los servicios institucionales de salud —cuya finalidad es mejorar la atención brindada a los pacientes— es la que se ofrece en *Empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México*, donde se describe la metodología y los resultados positivos de la incorporación planificada de hamacas en el hospital de Hecelchakán, Campeche. Innovación que serviría años más tarde para lograr la introducción de hamacas o chinchorros en los hospitales públicos ubicados en regiones indígenas de Venezuela.

Uno de los principales problemas de salud en América es el déficit nutricional en la población infantil, *Educación popular y nutrición infantil* da cuenta de cómo sus autores intentaron realizar una modificación en hábitos alimentarios mediante el diálogo horizontal y el respeto valorativo a sus formas particulares de cultura empleando la metodología de la promoción de la salud en un pequeño poblado del estado de Morelos, México. La intervención profesional en la comunidad condujo a un descenso de la desnutrición y ofreció una manera distinta de enfrentar el problema, que requiere de otras formas organizativas locales y regionales para obtener mejores resultados.

Han surgido en América Latina múltiples universidades indígenas e interculturales. *Universidades indígenas interculturales y salud* realiza un breve recorrido sobre el concepto de interculturalidad, su aplicabilidad en el terreno educativo y la emergencia de los centros de enseñanza superior donde los contenidos comunitarios indígenas estén más vivos y presentes en cuestiones relacionadas con las condiciones específicas de vida: alimentación, salud, educación, vivienda, trabajo y seguridad.

La práctica de la interculturalidad en salud: el caso de Chile analiza desde la vertiente institucional las fortalezas y debilidades de la compleja y delicada relación que se ha establecido entre el Estado chileno y los pueblos originarios en el campo de la salud intercultural, y que no dejan de estar afectadas esas interacciones por los indiscutibles derechos colectivos (territoriales, políticos y culturales) de los pueblos amerindios.

Precisamente desde la óptica del pueblo mapuche, el capítulo *Las políticas de salud chilenas y el pueblo mapuche* ofrece una visión crítica de la política estatal de interculturalidad en Chile fundamentada en la burocratización de organizaciones indígenas que participan en centros de salud, la refuncionalización alterada de los curadores tradicionales, así como la apropiación patrimonial de saberes y prácticas de salud.

Médico y yatiri en pareja: la interculturalidad en Bolivia presenta el trabajo del autor en el ámbito aymara de Bolivia y da cuenta de los conflictos que se presentan entre pacientes y curadores, entre médicos y curanderos, al tiempo que propone una serie de sugerencias y recomendaciones que pueden resultar útiles (no sólo en Bolivia sino también en el resto de América Latina) para una mayor aproximación de las instituciones de salud con los reales y potenciales usuarios de los servicios sanitarios estatales.

Por último, en *El conocimiento médico: enfermedad, padecimiento, clínica y cosmovisión*, el autor —un reconocido epistemólogo de la ciencia y miembro de la Academia Mexicana de la Lengua—, resume las cuatro facetas que todo buen curador debe asimilar en su práctica terapéutica: el detallado conocimiento de la enfermedad; la compasiva comprensión de la vivencia del enfermo, es decir, de su padecimiento; la empática comunicación (verbal y no verbal) del curador con su paciente y, finalmente, el entendimiento y la comprensión de la cosmovisión local que está enlazada con el contexto social y cultural del enfermo y sus familiares.

Anexo. Documentos históricos

Desde una perspectiva histórica, el anexo presenta tres autores que abordaron el proceso salud/enfermedad/atención con una orientación teórica del relativismo cultural, y que de alguna manera señalaron el camino evolutivo de la antropología médica mexicana y latinoamericana, e influyeron en el desarrollo de la misma y sus efectos (en mayor o menor grado) en programas públicos de salud.

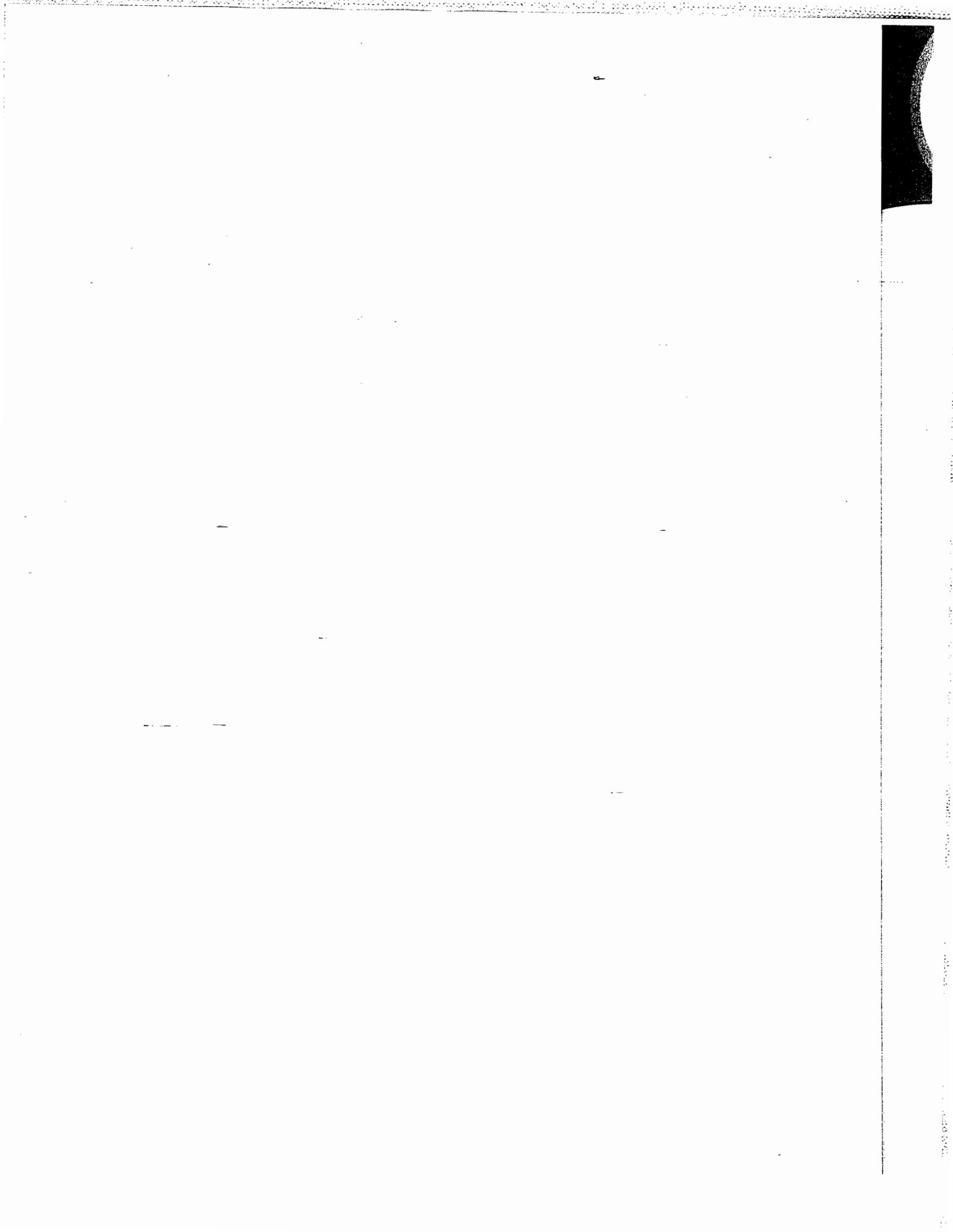
En primer lugar se encuentra un texto no muy conocido de Isabel Kelly publicado en Bolivia en 1955, *La antropología, la cultura y la salud pública*, donde señala el concepto de antropología, sus ramas, la definición de cultura y sus características generales. Discurso aún útil que permite al

estudiante que por primera vez entra en el campo de la antropología tener una primera visión del trabajo específico del gremio y su relación con la salud pública.

También se encuentra un trabajo de Juan Comas que de manera temprana señaló las diversas aproximaciones de la disciplina antropológica a los estudios profesionales de medicina. El artículo *Medicina y antropología* que fue publicado en 1964 por la Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM señala las ventajas que tiene el que esta asignatura sea impartida a los futuros médicos, tanto en su versión aplicada de la antropología física, como en su rama cultural, que permita comprender la interacción social del médico académico con pacientes y comunidades con diferentes y diversas identidades culturales, y la superación de posibles barreras comunicativas.

Por último se incluyen dos textos de Gonzalo Aguirre Beltrán (1908-1996) quien fue, sin duda, la primera figura paradigmática de la enseñanza formal de la Antropología médica en México. Aguirre Beltrán, junto con Julio de la Fuente y Alfredo Barrera ofrecieron desde 1938 la asignatura en la Escuela Superior de Medicina Rural del recién creado Instituto Politécnico Nacional. Más adelante, se incorporó como funcionario en el Instituto Nacional Indigenista, donde promueve la creación de los Centros Coordinadores Indigenistas, y se implementan los primeros proyectos médico-sanitarios dirigidos a pueblos indígenas. En su artículo *Nace la Antropología médica*, de 1986, presentó un personal recorrido por los inicios de la disciplina en México y su importancia en la práctica biomédica, sin dejar de reconocer la ausencia de la perspectiva antropológica que observó en los programas gubernamentales de salud rural vigentes en ese momento (décadas de 1970-1979 y 1980-1989), pues precisamente en *Los programas de salud en la situación intercultural*, de 1955, ya había establecido los principios, estrategias y parámetros más adecuados para la atención médica de los pacientes y las comunidades indígenas, reunidas en una serie de normas básicas de trabajo institucional, en todos los casos con un objetivo integracionista de incorporación de los pueblos indígenas a la matriz civilizatoria occidental.

Roberto Campos-Navarro



Introducción a la antropología médica e interculturalidad

Cuestiones metodológicas sobre antropología e interculturalidad

Eduardo L. Menéndez

*Los mexicanos descienden de los aztecas.
Los peruanos descienden de los incas.
Los argentinos descienden de los barcos.*

Atribuido a Carlos Fuentes

Conceptos clave

Interculturalidad • Hegemonía/subalternidad • Asimilación
• Autonomía • Antropología en casa

Introducción

En este capítulo se hace una revisión de las interpretaciones del concepto de *interculturalidad* en antropología, aspecto central de esta disciplina. El autor señala que todo grupo —incluidos los grupos étnicos— ha estado en relación con otros grupos, para conformar así diferentes tipos de relaciones interculturales caracterizadas por la complementación, la simetría, la equidad, la cooperación, pero también por la competencia, la asimetría, el enfrentamiento, la lucha.

En el caso de la actual “antropología en casa” (*at home*) se evita, en forma consciente o no, reflexionar sobre la propia situación del investigador en términos de las relaciones interculturales, dentro de las cuales está situado al desarrollar su estudio y/o su intervención. A partir de esta revisión se rescatan dos problemas: discutir un concepto de interculturalidad que no agote la cultura exclusivamente en la dimensión simbólica, y proponer metodologías que posibiliten desarrollar aproximaciones que refieran a la situación de un antropólogo que cada vez más describe, analiza y/o interviene sobre grupos que pertenecen a su propia sociedad, y cada vez con más frecuencia, a su propia cultura.

El objetivo de este capítulo es que el estudiante considere la significación de la dimensión simbólica y de los as-

pectos etnicistas de la interculturalidad necesariamente articulados con la dimensión económico-política como elementos decisivos para el estudio del proceso de salud/enfermedad/atención.

La interculturalidad no es un hecho reciente ni unívoco, sino que constituye un proceso que ha tenido diversas interpretaciones a lo largo de la trayectoria de la antropología, las cuales en gran medida constituyen respuestas respecto de situaciones específicas dentro de las cuales funcionan no sólo las ciencias antropológicas, sino sobre todo los sujetos de estudio de los antropólogos.

El concepto de interculturalidad, por lo menos en América Latina, ha tenido un uso notorio durante la década de 1990-1999 y primeros años del siglo XXI en diferentes campos antropológicos, y de manera especial respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención (proceso s/e/a). Este concepto se caracteriza por su aparente simplicidad, pero en la medida que se lo utiliza y profundiza surgen diferentes acepciones a veces complementarias, pero frecuentemente contradictorias. Esto se refleja en la imposibilidad —por lo menos hasta ahora— de establecer una definición aceptada por quienes utilizan este concepto.

Ahora bien, desde el surgimiento de la antropología han habido diferentes maneras de definir y/o utilizar la interculturalidad, ya que la misma está en el núcleo de la especificidad inicial de dicha disciplina, y dado que el trabajo de campo antropológico —al menos hasta no hace muchos años— se desarrolló en forma casi exclusiva en términos de interculturalidad, ésta no sólo constituía parte intrínseca del trabajo de la antropología, sino que era el aspecto que

en términos metodológicos diferenciaba a esta última del resto de las ciencias históricas y sociales.

El concepto de interculturalidad remite necesariamente a cuáles son los sujetos de estudio y/o intervención de la antropología, dado que es respecto de esos sujetos que se utiliza. En principio, debe recordarse que la antropología se constituye como disciplina a partir del estudio del Otro Cultural, de la alteridad, más allá de que la misma sea tratada en forma etnocéntrica o relativa. Pero como se sabe, los sujetos de estudio de la antropología se han modificado constantemente.

En un inicio, dichos sujetos eran comunidades o grupos étnicos pertenecientes a culturas con grados diferenciales de "primitiviz", que más allá de la apelación etnocéntrica reduce los sujetos de estudio a determinados ámbitos/tiempos culturales. Por lo menos desde la tercera década del siglo xx el sujeto inicial de esta disciplina fue resignificado como "campesino", y más tarde como "marginal urbano", hasta ser identificado hoy día con la categoría de "inmigrante". Desde la década de 1960-1969 se asiste a un proceso de incremento constante de los sujetos de estudio de la antropología como consecuencia del propio desarrollo académico y de determinados procesos sociales, que han convertido a prácticamente cualquier sujeto social en objeto de trabajo antropológico.¹

La antropología social ha ido pasando del estudio del Otro al estudio del Nosotros; más aún, del estudio del Otro en el campo del Otro al estudio del Otro en el campo del Nosotros, y al estudio del Nosotros dentro del propio campo del antropólogo. Por tanto, el segundo aspecto a decidir es respecto de quiénes piensan los antropólogos que surgen las relaciones interculturales. A nivel general, los antropólogos latinoamericanos piensan que la interculturalidad se da entre los diferentes sujetos diferenciados que actualmente reconoce esta disciplina, pero que en términos específicos, y sobre todo los que trabajan sobre procesos de *s/e/a*, refieren preferentemente las relaciones interculturales a las que operan entre los miembros de grupos amerindios y el personal biomédico.

Los grupos étnicos americanos siguen constituyendo en gran medida el sujeto de estudio de las antropologías nacionales, en especial en términos del proceso *s/e/a*, y frecuentemente dichos grupos son manejados en términos casi monolíticos. Si bien a nivel general puede hablarse del grupo étnico como agente o como sujeto heterogéneo que incluye notorias variaciones en términos de género, edad y/o religiosidad,² con frecuencia esto no se refleja en la etnografía producida, en la cual domina la etnicidad entendida como identidad.

Otra problemática relacionada estrechamente con las anteriores, es que una parte de los antropólogos que trabajan sobre procesos de *s/e/a* por lo general reducen la interculturalidad a la relación grupos amerindios/servicios biomédicos, dejando de lado —o dándole muy escaso espacio— en sus etnografías a las diferentes formas de atención a los

padecimientos que están operando en los contextos donde vive la población estudiada, pese a que la mayoría de los grupos se caracteriza por el denominado pluralismo médico.³

Éstos y otros procesos remiten a un hecho obvio pero que hay que subrayar: el hecho de que la interculturalidad existe en la realidad social de los grupos más allá de que se la estudie o se le dé una denominación técnica, tal como ocurre con la pobreza, la desigualdad social o la estigmatización. Los diferentes grupos sociales latinoamericanos practicaban la interculturalidad respecto de los procesos de *s/e/a* mucho antes de que a los antropólogos se les ocurriera estudiar dichos procesos en términos de interculturalidad. La antropología se plantea hoy problemas de interculturalidad que han sido "solucionados" en la práctica por los propios grupos sociales.^{3,4} Y una de las tareas básicas de los estudios interculturales sería la de registrar dichos procesos gestados por los propios conjuntos sociales, para aprender de la práctica de los mismos.

Todo grupo —incluidos los grupos étnicos— ha estado en relación con otros grupos, conformando de esa forma diferentes tipos de relaciones interculturales caracterizadas, como se mencionó, por la complementación, la simetría, la equidad, la cooperación, pero también por la competencia, la asimetría, el enfrentamiento, la lucha.

Las relaciones culturales han funcionado en contextos de dominación, de explotación, de hegemonía/subalternidad, y esto se dio y se sigue dando. Más aún, la mayoría de estas relaciones —y no sólo las gestadas por la sociedad "occidental"— se caracteriza por ser etnocéntrica. De tal manera que cuando se lee que la interculturalidad está planteada en términos exclusivos de cooperación, de respeto y de tolerancia entre los grupos, luce muy interesante como deseo, pero parece reduccionista —por utilizar una palabra más o menos neutra— en términos de los procesos que operan en la realidad. Dado que el punto de partida de la interculturalidad supone reconocer su existencia prácticamente en todo contexto en el cual operen en forma conjunta sujetos diferenciados en el aspecto cultural, lo cual implica la existencia potencial de relaciones tanto de solidaridad como de opresión. Más aún, de relaciones que pueden ser de manera simultánea cooperativas y competitivas.

Por tanto, se está acorde con la propuesta del desarrollo de relaciones interculturales en las cuales no tengan lugar determinadas hegemonías, pero ocurre que en la realidad de dichas relaciones —por lo menos en América Latina— operan ideologías, poderes y sectores sociales que tratan de imponer dichas hegemonías.

Algunas trayectorias de la denominada interculturalidad

En función de lo señalado, se distinguen varios momentos respecto del proceso de interculturalidad dentro de la trayectoria de la antropología. El primero corresponde al ini-

cio de esta disciplina caracterizada por el dominio de escuelas evolucionistas y difusionistas, que si bien se diferencian en múltiples aspectos, tienen un elemento común, que es el etnocentrismo que caracteriza su producción. De tal manera que la interculturalidad es entendida en este primer momento como el encuentro del antropólogo con una cultura que por definición no sólo es diferente y distante, sino que constituye un estadio o un ciclo social "inferior" respecto de la cultura desde la cual trabaja el antropólogo inglés, alemán, francés o estadounidense, por enumerar sólo los cuatro países donde inicialmente se desarrollaron el trabajo, la metodología y las teorías antropológicas. El difusionismo en particular centró sus objetivos en las relaciones interculturales pensadas en términos de limitada o extrema difusión, lo que implica toda una variedad de relaciones directas e indirectas pero que tienen como referencia básica —al igual que el evolucionismo— a la sociedad denominada "occidental".

Se debe asumir que los antropólogos de los países centrales vivían en sociedades caracterizadas por una fuerte adhesión a teorías evolucionistas no sólo en lo cultural, sino en lo biológico; por países caracterizados por tener o haber tenido imperios coloniales (los países europeos señalados) o por tener situaciones de colonialismo interno (Estados Unidos), así como por adherir en su mayoría a teorías y prácticas eugenésicas que se aplicaban con intensidad y extensión diferenciales, en especial a determinados sujetos y grupos de los propios países centrales.

Es decir que en las ciencias antropológicas domina una aproximación a los procesos de interculturalidad caracterizada por una situación asimétrica tanto en términos culturales y económico/políticos como, inclusive, biológicos. Esto no niega la existencia de tendencias antropológicas que promovieron una mirada y situación más simétrica entre las diferentes culturas, pero no eran las corrientes dominantes al interior de la disciplina.

Entre las décadas de 1920-1929 y 1950-1959 se generaron varios hechos a nivel de la sociedad global y del mundo académico en particular, que modificarían esta situación en varios aspectos importantes. La década de 1920-1929, y sobre todo la de 1930-1939, se caracterizaron, entre otras cosas, por el paso a primer plano de los movimientos fascistas, y dentro de éstos del nacionalsocialismo alemán, que puso las cuestiones racial y étnica en el centro de la discusión no sólo política e ideológica, sino académica, como nunca había sido puesta hasta entonces. Pero ocurre que los antropólogos alemanes definieron la cuestión racial no sólo en términos de raza, sino en términos de *ethnos* y de *volk*, es decir, incluyendo en una sola unidad lo biológico, lo étnico y lo popular. La definición dominante fue en términos de unidad biocultural y no de unidad racial, lo cual complicaba la cuestión, pues asumía en términos académicos y de acción política lo que constituía la concepción cultural e ideológica dominante, en especial en las capas directivas de las sociedades europea y estadounidense, y que se expresaba

justamente en la aplicación de sus políticas eugenésicas, así como en sus políticas de dominación colonial.

Esta propuesta radicaliza la concepción etnocéntrica dominante hasta entonces, dado que explicita un patrón de interculturalidad no sólo caracterizado por la asimetría, sino por la diferencia biocultural, que reduce las posibilidades de interculturalidad en términos simétricos, y la restablece de manera explícita en términos de superioridad/inferioridad. Pero como se sabe, esta concepción teórico/ideológica correspondía al pensamiento hegemónico de los países centrales. Si la misma adquirió características de "escándalo" no fue porque planteara una nueva concepción académica e ideológica en términos de superioridad/inferioridad, sino porque acompañaba una nueva propuesta económico/política dentro del mundo capitalista, así como por actividades de todo tipo, incluidas las de exterminio, focalizadas en lo racial y en lo étnico, a través de las cuales el nacionalsocialismo implementó parte de sus concepciones respecto de toda una variedad de grupos "étnicos" como los gitanos, los eslavos y los judíos.

Debe asumirse en toda su significación que para el lapso que se analiza Alemania constituía uno de los cuatro países con mayor desarrollo de las ciencias antropológicas, y para algunos autores constituía el país líder en términos teóricos y sobre todo, metodológicos. Debe reconocerse que casi la totalidad de los principales antropólogos físicos y etnólogos se adherirán a las concepciones señaladas, e inclusive una parte significativa de ellos militaba dentro del Partido Nacionalsocialista alemán. Por tanto, no es cualquier antropología la que propone estas concepciones, sino la correspondiente a uno de los países con mayor desarrollo de la misma.

Es respecto de las propuestas alemanas del sujeto de estudio de la antropología, entendido como unidad biocultural, que los antropólogos, en especial los estadounidenses, desarrollaron desde la década de 1930 diferentes concepciones teóricas que colocan el eje de sus propuestas en el sujeto, entendido exclusivamente en términos de diferencia cultural y social. De tal manera que para estos antropólogos lo biológico se convierte en una constante que no implica diferenciaciones, mientras que la cultura es lo que determina —subrayo "determina"— la diferencia. Por supuesto que en esta fundamentación intervienen otras antropologías nacionales, en particular la británica, pero la fundamentación tanto en términos académicos como políticos surgió básicamente de las corrientes desarrolladas en Estados Unidos.

Y fue justamente durante este lapso que se estableció una noción de interculturalidad que los antropólogos actuales asumen —con diferencias— como la primera propuesta de interculturalidad. El aspecto central de esta concepción lo constituye, en primer lugar, el relativismo cultural, como respuesta al etnocentrismo que caracterizó a las orientaciones antropológicas dominantes entre 1850 y 1930. Es decir, todas las culturas aparecen colocadas en el mismo rasero cultural,

reconociendo la especificidad cultural como núcleo de la "diferencia", pero sin implicar valoraciones en términos de superioridad/inferioridad. La cultura, y en segundo lugar ciertos aspectos de lo social, constituyen las dimensiones a través de las cuales se establece el relativismo cultural, pero excluyéndose la dimensión económico/política. Las condiciones económicas diferenciales o los procesos de explotación económica no son incluidos ni tomados en cuenta por las propuestas interculturales, que reducen la diferencia a lo cultural.

Durante este lapso la metodología antropológica dio una vuelta de tuerca importante, dado que estableció algunos de los principios que dominarían como pauta ideal el trabajo antropológico. Si bien el estudio de campo basado en la larga duración en terreno venía desarrollándose desde mucho antes, no sólo propiciado por Malinovsky sino especialmente por antropólogos alemanes como Bastian, Frobenius o Boas, fue en este lapso cuando se canonizó como principal medio para obtener información directa que posibilitara observar la racionalidad, la lógica, los patrones diferenciales de cada cultura, grupo étnico o comunidad. Toda cultura estudiada por un antropólogo se caracterizaría por su distancia cultural y también geográfica con la cultura y país de origen del antropólogo.

Más aún, dicha distancia cultural —relación intercultural— sería la que legitimaría la "objetividad" de la metodología antropológica, tal como lo establecieron más tarde Levi-Strauss o Leach.⁵⁶ Durante este lapso la antropología social desarrolló toda una serie de características que expresaron el tipo de interculturalidad dominante,¹⁷ y de las cuales se deben señalar dos. La primera corresponde al desarrollo de una noción de cambio gradual referida a los grupos estudiados por los antropólogos. Se reconoce que el contacto entre culturas afecta a ambas, pero sobre todo a una de ellas, y que dichos cambios no deben ser disruptores de las culturas nativas, lo cual expresa las nuevas propuestas relativistas de la relación entre las diferentes culturas.⁸

Fue durante este lapso que se desarrollaron los conceptos de aculturación, transculturación y contacto social, los cuales incluyen en forma tácita o explícita el proceso de expansión directa o indirecta de los países capitalistas sobre las sociedades periféricas. Esta situación no se cuestionó, sino que fue observada como un proceso que "está ahí", respecto del cual sólo se pueden establecer medidas que redujeran el efecto disruptor, pero que fueron medidas que buscaron sobre todo facilitar el tránsito de las culturas periféricas en determinada dirección, pero con el menor costo posible cultural, social e incluso psicológico. El cambio, el desarrollo, la aculturación tienden a ser pensados en términos de complementariedad entre las partes en relación, donde una de esas partes —las culturas nativas— son consideradas como estables, con escasas dinámicas de cambio propias, y donde el motor del cambio es referido básicamente a los "contactos" establecidos con las sociedades occidentales.

La segunda característica es la a-historicidad, es decir la exclusión de la dimensión diacrónica dentro del trabajo antropológico, recordando que el uso de la historicidad caracterizaba en forma diferencial a la mayoría de las escuelas difusionistas alemanas. No es ninguna casualidad que la concepción histórica del área cultural en Estados Unidos o la importancia de la dimensión etnohistórica en México fueran impulsadas en especial por dos antropólogos alemanes, F. Boas y P. Kirchhoff, quienes se instalaron respectivamente en Estados Unidos y en México.

Si bien la a-historicidad de las escuelas antropológicas tiene que ver con condiciones objetivas de producción de conocimiento, también tiene que ver con condiciones ideológicas. Y en este caso tiene que ver sobre todo con la posibilidad de desarrollar una antropología intercultural, basada en el relativismo, que reconoce la racionalidad diferencial de cada grupo étnico, pero que deja de lado las consecuencias de la expansión colonial sobre los grupos étnicos y sus racionalidades diferenciales. Y es en gran medida por estas dos razones que la cultura refiere en forma casi exclusiva a los aspectos simbólicos, y que se excluye o reduce el uso de la historicidad.

Ahora bien, esta propuesta de interculturalidad —al igual que las anteriores— se generó en los países centrales y especialmente en Estados Unidos, Gran Bretaña y Francia, pero lo importante a subrayar es que, con escasas variantes, ésta es la concepción que se impuso en la antropología y en los antropólogos del denominado "tercer mundo", pese a que estos antropólogos estudiaban en general grupos pertenecientes a su propio país, y en muchos casos pese a que éstos tenían su origen mediato o inmediato en algún grupo étnico nacional. De tal manera que asumen, en forma normalizada, una metodología basada en una distancia cultural, que con frecuencia no existía en la situación cotidiana de estos antropólogos.

Durante las décadas de 1950-1959 y 1960-1969 surgieron dentro de la antropología de los países centrales y periféricos cuestionamientos a esas maneras de concebir y usar la interculturalidad. En primer lugar, se descubrió lo que era obvio, pues la mayoría de los grupos estudiados por antropólogos se caracterizaba por estar determinada por la situación colonial impuesta por los países capitalistas centrales y la sociedad dominante de los países periféricos.^{9,10} Esto se expresó en la antropología desarrollada sobre países africanos, del sureste asiático y latinoamericanos, en lo cual constituyó uno de los principales aportes los estudios realizados en Vicos (Perú) por el grupo liderado por A. Holmberg, al describir y analizar la relación entre hacendados peruanos y grupos étnicos de ese país, en términos de relaciones sociales centradas en el terror. De tal manera que el terror social, económico, pero también cultural, emergió como uno de los componentes básicos de estas relaciones interculturales.

Pero durante este lapso también se descubrió que los grupos estudiados por los antropólogos se caracterizaban

por el subdesarrollo económico y social; más aún, se caracterizaban por encontrarse en peores condiciones económicas dentro de sus respectivos países, así como por tener las peores consecuencias de esta situación, en particular en términos de desnutrición, de menor esperanza de vida, de mayores tasas de mortalidad.¹¹ Y recuérdese que el concepto de subdesarrollo se gestó en la década de 1940-1949, para alcanzar su expansión en la de 1950, y que algunas de las principales variables con que se medía el subdesarrollo se referían a procesos de salud/enfermedad/atención.

Poco tiempo después, y como parte de estas nuevas perspectivas, pasaron a primer plano los estudios y denuncias sobre etnocidio impulsados en forma especial por antropólogos europeos, y en segundo lugar, del tercer mundo, los cuales evidenciaron algunas de las consecuencias más negativas de determinadas relaciones interculturales,^{12,13} que pese a generar inclusive la desaparición de grupos étnicos enteros, no eran incluidas dentro de las etnografías escritas por los antropólogos del primer mundo, pero tampoco del tercer mundo.

Durante esas décadas se denunció la participación activa de antropólogos en las empresas coloniales, inclusive de tipo bélico, encontrándose dos de los casos más notorios en la participación protagónica de J. Soustelle en la guerra de Argelia, desarrollada por el gobierno francés, y la de G. Foster en la guerra de Vietnam, emprendida por Estados Unidos. Durante dicho lapso se denunciaron en particular para América Latina el desarrollo de investigaciones a nivel regional, como fueron el proyecto Camelot y toda una serie de proyectos desarrollados sobre la violencia en el medio rural de varios países de la región, en los cuales tuvieron un papel activo no sólo antropólogos, sino sociólogos y políticos latinoamericanos.^{14,15}

Éstos y otros aspectos evidencian la presencia de lo económico/político como uno de los ejes determinantes del tipo de relaciones dominantes entre las diferentes culturas y grupos, y que habían sido omitidas por la mayoría de los estudios antropológicos hasta entonces. Pero además, toda una serie de autores analizó determinados procesos interculturales, muchos de ellos referidos a procesos de *s/e/a*, a través de los cuales se obtuvieron importantes conclusiones de tipo metodológico. Una de las principales propuestas la constituyen los olvidados trabajos de F. Fanon.¹⁶⁻¹⁸ En este capítulo no es posible describir ni analizar los aportes de este autor, sino sólo recordar que su propuesta es una de las más eficaces en términos académicos y políticos para fundamentar el concepto de resistencia en las relaciones interculturales. Por lo pronto, lo que interesa rescatar es que, según Fanon, gran parte de la información que un antropólogo extraño a una cultura determinada obtiene de su trabajo de campo, es "falsa" en términos culturales, en gran medida porque al menos una parte de los sujetos entrevistados o inclusive, observados, le ofrece al estudioso una representación de su cultura y no los aspectos auténticos de la misma.

Éstos y otros aspectos que se han analizado en varios trabajos^{14,19} no sólo cuestionaban en forma directa o indirecta las concepciones de interculturalidad dominantes, sino que proponían otras alternativas notoriamente diferenciadas. Como se sabe, algunas tendencias marxistas cumplieron un papel especial en todo este desarrollo, que no se analiza aquí por falta de espacio. Pero no sólo fueron estas tendencias, sino determinados trabajos fenomenológicos e interaccionistas simbólicos, así como de funcionalistas críticos como A. Holmberg o R. Beals, los que se potenciaron para cuestionar las concepciones y prácticas de interculturalidad dominantes en la antropología.

Dichos cuestionamientos implican asumir que la interculturalidad dominante hasta entonces no sólo se caracterizaba por la omisión de las condiciones económicas y de poder, sino por dejar de lado algunos de los procesos determinantes de las relaciones interculturales estudiadas por los antropólogos, lo cual ponía en cuestión no sólo a gran parte de los estudios interculturales en términos ideológicos, sino en particular, en términos metodológicos. Más aún, conducía a cuestionar un aspecto sumamente significativo del trabajo antropológico, es decir, a desconfiar del dato obtenido en el propio trabajo de campo, dado que el mismo se obtenía dentro de relaciones interculturales que formaban parte de la situación colonial, de la cual era parte el trabajo antropológico.

Como se sabe, algunas de estas características se expresaron en América Latina a través del indigenismo integracionista identificado en México con la obra de Aguirre Beltrán, que justamente en la década de 1960-1969 y principios de la de 1970-1979 fue objeto de fuertes cuestionamientos por parte de algunos de los principales antropólogos regionales, y en forma particular por Bonfill Batalla. Se acusa a dicho indigenismo de buscar la aculturación integrativa, de negar autonomía a las culturas indígenas, de ocultar no sólo el etnocidio sino la situación de desigualdad e inferioridad a la que fueron y están sometidos por la sociedad dominante del primer mundo, pero también de sus propios países.

"Diferencias" e interculturalidad

El conjunto de los procesos referidos, y otros más, tuvo consecuencias en las concepciones y usos de la interculturalidad, tanto a nivel de los países centrales como de los latinoamericanos. En principio, recuérdese que a fines de la década de 1960-1969 y principios de la de 1970-1979 las principales corrientes teóricas antropológicas (estructuralismos, funcionalismos, culturalismos, marxismos, etc.) atravesaron una situación de crisis que llevaría casi a la desaparición de la mayoría de esas orientaciones. Gran parte de esta situación fue debida no sólo a los sesgos y limitaciones de dichas orientaciones, sino a la situación en la que las antropologías y los antropólogos se encontraron respecto de sus sujetos de estudio, lo que condujo a instalar una suerte

de malestar en las ciencias antropológicas y en especial en la antropología generada en Estados Unidos, que además durante ese lapso se volvió hegemónica.

Precisamente, una parte de las "nuevas" propuestas teóricas, en particular de la antropología generada en Estados Unidos, tendría un fuerte impacto en los usos de la interculturalidad. Un primer aspecto a subrayar es el énfasis colocado en el reconocimiento y estudio de la "diferencia" por varias corrientes denominadas posmodernistas y posestructuralistas; las diferencias referirán no sólo a la etnicidad, sino al género, a la edad, a la religiosidad, a la enfermedad, a la estigmatización y a casi todo lo que podía ser detectado como diferente. Si bien la diferencia no constituía una nueva dimensión, sí lo constituía la expansión de la diferencia hacia nuevos sujetos hasta entonces no considerados como "diferenciales" en términos culturales. Hasta entonces, la diferencia cultural estaba referida sobre todo a la etnicidad, inclusive a través de conceptos como "negritud" que tuvieron sus desarrollos iniciales en la década de 1930-1939 en países africanos y europeos, que serían recuperados en las de 1950-1959 y 1960-1969 en Estados Unidos, y que eran conceptos que ponderaban la legitimidad cultural de la diferencia en términos de interculturalidad, pero sobre todo en términos de etnicidad. Fue en ese lapso cuando surgieron concepciones que radicalizaban desde la perspectiva de los sectores subalternos la noción de etnicidad, planteando que los estudiosos ajenos a una cultura determinada no podían llegar a entenderla ni a ella ni a sus sujetos.

Fue respecto del conjunto de propuestas citadas que durante la década de 1970-1979 hasta la de 1990-1999 los antropólogos, y por supuesto otros estudiosos, se centraron en las diferencias de los más diversos tipos, así como recuperaron los contenidos básicos del relativismo cultural, pasando a primer plano conceptos como multiculturalismo y pluralismo cultural que en gran medida proceden de los denominados "estudios culturales" y que se caracterizaron por una unilateral orientación hacia los aspectos simbólicos de la cultura. Una parte de estas orientaciones se apoyaría en la metodología del "punto de vista del actor", que en gran medida focalizó los procesos en un actor, y mucho menos en las relaciones que operaban entre los diferentes actores sociales.²⁰

Ahora bien, la explosión antropológica de las "diferencias" implica, sin embargo, la omisión de tres diferencias fundamentales por la antropología desarrollada tanto en los países centrales como, en forma especial, en los periféricos. Durante las décadas de 1980-1989 y 1990-1999 prácticamente no hubo en América Latina estudios de las diferencias establecidas en términos raciales, de clase e ideológicos, lo cual implicó que los estudios interculturales —y por supuesto, no sólo éstos— excluyeran estudiar relaciones raciales, de clase e ideológicas. Más aún, estas relaciones no fueron estudiadas en términos interculturales justamente cuando se agudizaron algunos hechos que se expresarían

de manera particular a través de los tres tipos de relaciones sociales señaladas.

Lo anterior sucedió porque desde fines de la década de 1970-1979, y en especial durante las de 1980-1989 y 1990-1999, se aplicarían en los países latinoamericanos las denominadas políticas de ajuste estructural que tuvieron varias consecuencias complementarias, entre ellas impulsar el proceso migratorio masivo desde los países periféricos hacia los centrales, dado el notable incremento de diversos problemas sociales y en especial de la desocupación. En función de lo señalado, el primer aspecto a considerar es que las décadas de 1980-1989 y 1990-1999 se caracterizaron por constituir, según la CEPAL, las dos "nuevas décadas perdidas", lo cual refiere no sólo a que no se incrementó el desarrollo socioeconómico de la región, sino por el contrario, se generó un incremento fenomenal de la pobreza y de la extrema pobreza a niveles rural y urbano, así como un incremento de las desigualdades socioeconómicas que convirtieron a América Latina en la región más desigual a nivel mundial.

Los estudios específicos y generales para México coincidieron en señalar que los grupos étnicos presentaron los niveles más extremos y generalizados de pobreza; que en ellos se evidenciaron las mayores situaciones de desigualdad socioeconómica dentro de cada sociedad específica, así como las peores condiciones y consecuencias en términos de salud/enfermedad/atención.²¹ Los grupos étnicos fueron los más sometidos a discriminación racial tanto a nivel de los países de origen como de aquellos a donde migraban, dado que dichos grupos constituyeron un fuerte componente de la población latinoamericana que migró a Estados Unidos y Europa. Por último, la mayoría de los grupos étnicos evidenció menor presencia en términos de decisiones políticas y poder político a nivel de sus respectivas sociedades, salvo el caso de unos pocos países latinoamericanos.²²

Fue dentro de ese contexto que se "redescubrió" y se utilizó la interculturalidad en términos generales, en especial referida a los procesos de s/e/a, pero reconociendo en esta recuperación dos ejes básicos antagónicos, pero complementarios. Por una parte, el desarrollo de propuestas de autonomía cultural/política impulsada por numerosos grupos étnicos que tuvo su expresión más significativa, por lo menos en términos mediáticos, en el "levantamiento" de Chiapas encabezado por el subcomandante "Marcos"; y el otro, en las propuestas desarrolladas desde mediados de la década de 1990-1999 por parte de organismos internacionales, desde la Organización Panamericana de la Salud hasta el Banco Mundial, de tomar en cuenta especialmente la situación de pobreza y de salud de los pueblos indios afectados de manera particular por el ajuste estructural.

Fue respecto del conjunto de estos procesos que se recuperó el concepto de interculturalidad. Pero, ¿de qué interculturalidad se habla cuando hoy día se habla de interculturalidad? Porque desde mediados de la década de 1990-1999 hasta la actualidad se observan varios usos de la interculturalidad, que aquí se ordenarán en dos líneas básicas.

Hay una línea que aparece como la más difundida, por lo menos entre quienes estudian procesos de s/e/a, que maneja la interculturalidad básicamente en términos culturales. Recupera gran parte de las concepciones desarrolladas entre las décadas de 1930 y 1950 por las escuelas antropológicas estadounidenses, que fueron las primeras en estudiar los procesos de s/e/a en términos culturales, y también las que más influyeron en el desarrollo de la antropología mesoamericana.⁷ Parte de la base de que los sujetos pertenecientes a culturas diferentes desarrollan representaciones y prácticas distintas que reducen la posibilidad de una relación complementaria. Entiende por tanto las relaciones interculturales en términos de malas condiciones de comunicación cultural que se deben modificar para posibilitar una mejor interrelación.

Es decir, que el objetivo se coloca, más que en ningún otro aspecto, en la modificación de los saberes que están en relación, dejando de lado otro tipo de características como puede ser la de la autonomía de cada una de las partes en relación: "Mientras el principio de la autonomía conlleva al reconocimiento de la diversidad, el de la interculturalidad expresa la necesidad de la comunicación e interrelación entre sociedades con matrices culturales distintas".²³

Esta concepción, en términos de los procesos de s/e/a, se expresa de manera especial respecto de las relaciones que se establecen entre el sector salud y los grupos sociales "diferentes", en específico los grupos étnicos, y en particular en la relación entre el equipo de salud, sobre todo el médico, y los sujetos pertenecientes a los grupos étnicos. Se asume que hay representaciones y prácticas diferentes en el personal de salud y en los miembros de los diferentes grupos étnicos respecto de toda una variedad de procesos. Es decir, se asume que hay diferencias, y que algunas afectan en forma negativa la relación médico/paciente, por lo cual se propone informar/educar tanto a médicos como a los miembros de las comunidades para facilitar una convergencia entre las representaciones y prácticas que ambos utilizan. Se propone educar no sólo para informar, sino para establecer niveles de tolerancia y de respeto hacia los saberes de los otros.

Se asume que a través de información la población, como también el personal de salud, pueden modificar sus concepciones respectivas, y establecer un tipo de interacción que favorezca la relación intercultural, así como la eficacia médica. Este tipo de actividades pueden ser sumamente útiles sobre todo si son aplicadas en términos específicos, si tienen un fuerte referente práctico y si tienen continuidad. Pero ocurre que por lo menos una parte de estas actividades en México se caracteriza por su generalidad, por no contar con un referente práctico y por no tener continuidad. Con frecuencia estas actividades se desarrollan dentro de procesos sumamente burocratizados que buscan cumplir objetivos y metas, caracterizados por la rapidez, y por no diseñar mecanismos evaluativos respecto de los procesos educativos/informativos desarrollados sobre el perso-

nal de salud. Más aún, se lanzan programas masivos de formación de personal respecto de procesos que afectan de manera negativa a la población indígena, pero que se interrumpen de golpe en función de problemas financieros o de modificaciones en las políticas de salud, como ocurrió nuevamente en México durante los primeros años de la década de 2000-2010.

Por otra parte, si bien los procesos educativos son importantes, debe asumirse que a través de la educación sólo pueden resolverse algunos de los problemas existentes en las relaciones interculturales, incluidos aspectos de la relación médico/paciente. En el caso del personal de salud, y en especial del personal médico, opera toda una serie de procesos que tienen que ver con la orientación profesional, social y económica de los mismos. Unas pocas horas de educación "antropológica" no van a modificar los saberes de médicos cuya formación se caracteriza cada vez más por ser fuertemente biomédica, y donde los contenidos biomédicos son prácticamente los únicos a nivel de grado y de posgrado casi para la totalidad de las especialidades médicas. Eso no niega que una parte del personal se sensibilice respecto de la importancia de determinados factores y procesos socioculturales, pero dicha sensibilización constituye una variable personal que poco incide en el comportamiento de las instituciones y del personal de salud.

En un notable estudio, J. Ortega observó que en contextos rurales de Yucatán (México) el varón tiene un papel decisivo en el proceso de parto; que las reglas culturales exigen la presencia y el desarrollo de actividades específicas del varón en el trabajo de parto.²⁴ Más aún, Ortega documentó cómo el hombre —marido o padre de la parturienta— participa con su propio cuerpo en dicho proceso. Es decir que lo que aparece como un extraordinario logro en posiciones avanzadas de la biomedicina actual, como es la presencia activa del varón en el proceso de parto, Ortega observa que es parte constitutiva de la cultura de los mayas de las tierras bajas mexicanas. Pero ocurre que esta presencia del varón está en vías de desaparición por varios procesos, y en cierta medida porque las instituciones de salud no permiten no sólo que el varón tenga un papel activo, sino que ni siquiera permite que esté presente durante el proceso de parto de su mujer. Hay toda una serie de características de las orientaciones biomédicas que obedecen a condiciones institucionales y profesionales que no sólo se pueden modificar con mayor información/educación.

Desde esa perspectiva las actividades educativas desarrolladas con el personal de salud desde una perspectiva intercultural deberían partir, por ejemplo, de la existencia de concepciones racistas en una parte muy significativa de la población latinoamericana, y del personal de salud en particular, y reconocer que estas concepciones racistas son parte intrínseca de la relación personal de salud/paciente perteneciente a grupos étnicos. Pero ocurre que los estudios interculturales con frecuencia no incluyen como parte de su marco referencial la existencia de estas concepciones

y relaciones racistas. Por lo menos, no se conoce para México ningún estudio ni intervención realizada en las últimas tres décadas que trate de indagar en forma sistemática sobre la presencia de aspectos racistas en la relación médico/paciente, y en consecuencia, tratar de modificar dicha relación. Esta carencia, como se ha señalado, se corresponde con las tendencias actuales de la antropología social a dejar de lado las relaciones raciales.

Pero además, esta línea no incluye la presencia de representaciones y prácticas en términos de clase ni ideológicos en las relaciones que operan entre el personal de salud y los grupos étnicos. No asumen que el racismo constituye un fuerte componente de las relaciones de hegemonía/subalternidad que se desarrollan en forma particular a través de procesos de *s/e/a*, y que se expresan en América Latina por medio de situaciones cotidianas de muy diferente tipo. Como es sabido, en países de la región se aplicaron actividades de planificación familiar que implicaron la esterilización de mujeres y varones, y que fueron realizadas por el personal de salud en personas predominantemente de origen indígena o africano. Este tipo de actividades fueron documentadas en forma reiterada en varios países de la región, en particular durante la década de 1990-1999.

Las concepciones racistas operan en gran medida de manera inconsciente en términos culturales; más aún los mecanismos ideológico/culturales que operan en las relaciones de hegemonía/subalternidad se expresan a través de toda una variedad de actividades que han sido observadas en forma reiterada, aunque poco estudiadas de manera sistemática. Una parte de las personas pertenecientes a grupos nativos latinoamericanos ha tratado de "blanquear" y "rubiar" la piel y el cabello de sus hijos utilizando toda una serie de sustancias para ello. De manera reiterada, en los trabajos de campo realizados en muy diversas partes de México, el autor se encontró con la preocupación de cuán "blanquito" o "güerito" era el recién nacido, y esto en los diferentes sectores sociales, incluidas personas pertenecientes a grupos indígenas. Durante 2003 y 2004, en la televisión mexicana se transmitió una publicidad que prometía que las personas que utilizaban determinada sustancia iban a modificar "el tono genético de su piel" (*sic*). La búsqueda de una piel más clara, de aplicar sustancias que modifiquen el color natural de la piel morena, constituyen procesos a través de los cuales los grupos asumen la hegemonía de los sectores dominantes, y las asumen en la cotidianidad del propio cuerpo que es donde lo ideológico busca imponerse en términos culturales.²⁵ Este proceso se observa en la actualidad con mujeres adolescentes que tratan de construir una figura lo más delgada posible, lo cual opera en los diferentes sectores sociales incluidas jóvenes originarias de grupos étnicos. En principio no se cuestiona la necesidad subjetiva o grupal de construir un determinado tipo de cuerpo; lo que se señala es que a través de estos procesos cotidianos se desarrollan procesos de hegemonía/subalter-

nidad profundos y significativos, que constituyen parte básica de las relaciones interculturales.

Desde esta perspectiva la biomedicina, a través de toda una serie de procesos directos e indirectos, ha favorecido el desarrollo de procesos de hegemonía/subalternidad en sus relaciones directas e indirectas con los diferentes conjuntos sociales. Desde mediados de la década de 1970-1979 se ha verificado de manera reiterada el uso por parte de grupos étnicos, inclusive más alejados, de fármacos de tipo biomédico, hasta convertirse en parte normalizada de sus estrategias de autoatención.^{4,7} En toda América Latina se ha documentado la fuerte medicalización y automedicación de tipo biomédico que se observa en diferentes grupos étnicos, según Garnelo y Wright y Garnelo y Langdon: "Actualmente, en grupos brasileños, es bastante frecuente que el medicamento de patente sea lo primero que se use, inclusive para enfermedades tradicionales."^{26,27} Estos autores consideran que existe una hipermedicalización de los saberes de los grupos étnicos brasileños.

Asimilación, autonomía e interculturalidad

Hay otra línea que también reconoce la significación de la dimensión simbólica y de los aspectos etnicistas de la interculturalidad, pero necesariamente articulados con la dimensión económico-política, de tal manera que las situaciones de pobreza y de desigualdad social constituyen parte central de las relaciones interculturales. Propone como central la cuestión de la autonomía de los grupos en relación con la sociedad dominante; y si bien esto se da con énfasis diferenciales, en todos los casos se subraya que no sólo existen la diversidad y el pluralismo culturales, sino también oposiciones y hasta incompatibilidades entre los grupos que están en relación. Y es en función de ello que colocan en primer lugar la cuestión de la autonomía como un paso necesario para poder establecer una interculturalidad realmente simétrica.

Desde ésta y otras propuestas, esta línea asume la existencia de toda una serie de situaciones y problemas que difícilmente pueden ser solucionados a través de la educación o de mejorar la comunicación, ya que se refieren a procesos de dominación, de exclusión, de estigmatización impulsados por objetivos económico/políticos, profesionales y/o ideológicos de los sectores sociales que están en relación. Por ello se asume que si bien las relaciones pueden estar impulsadas de manera unilateral, implican no obstante el desarrollo de procesos transaccionales entre los sujetos y grupos que operan dentro de relaciones de hegemonía/subalternidad.⁴

La reducción de la interculturalidad casi en forma exclusiva a sus aspectos culturales expresa con frecuencia objetivos de asimilación e integración, así como tiende a excluir —o por lo menos opacar— los procesos socioeconómicos

que reducen o directamente impiden establecer relaciones interculturales realmente respetuosas y simétricas. Por eso esta línea asume la existencia de objetivos, intereses, trayectorias particulares entre los diferentes sujetos y grupos que están en relación, y que gran parte de estos procesos no pueden ser modificados sólo mediante procesos educativos o informativos

Entre estas dos líneas opera toda una variedad de propuestas que oscilan entre las características señaladas. Casi todas parten de algunos elementos comunes, como subrayar que pese a los procesos globalizadores siguen desarrollándose nuevos grupos, pero manteniéndose también formas culturales que estaban condenadas a desaparecer, según algunas interpretaciones globalizantes. Así como todas reconocen que cada grupo recodifica y resignifica, según sus propias matrices culturales, los problemas e interpretaciones que se juegan en sus relaciones culturales.

Por supuesto que éstas y otras características son manejadas en forma diferencial; y así hay algunos autores que proponen simultáneamente la autonomía y la integración, pero sin articular estos procesos, sino sólo convalidando su existencia. Pero ocurre que en los trabajos concretos, de por lo menos algunas de estas propuestas, lo que se observa es el dominio de tendencias aculturativas, planteadas en términos del mayor respeto posible a las particularidades, y que inclusive integran elementos de las culturas subalternas donde se pueda, pero que asumen, ya sea en forma explícita o no, que el proceso está condicionado por los sectores sociales y profesionales dominantes, de modo que la autonomía queda como un referente verbal. Esto puede observarse en múltiples experiencias desarrolladas para modificar la relación médico/paciente a través de procesos educativos.

Varias de estas experiencias parten de la necesidad de informar y sensibilizar no sólo a los sujetos y grupos, sino al personal de salud, y en consecuencia centran sus objetivos en modificar el saber y la actitud de los médicos que trabajan a nivel de atención primaria e inclusive en el segundo nivel de atención. Pero por lo general, estas actividades educativas constituyen yuxtaposiciones respecto del saber y actitudes médicas previas; no se trabaja a partir de las matrices del saber profesional y cultural biomédico para detectar cuáles son los aspectos biomédicos que más se oponen al reconocimiento de la diversidad del otro. Más aún, no se asume en todas sus consecuencias que el médico tiene una formación profesional exclusivamente biomédica, por lo menos en México. Es decir, que están excluidos los aspectos no biomédicos.⁷

Estas propuestas interculturales no suelen realizar estudios sobre el saber médico —por lo menos para la situación mexicana— para detectar cuáles son las características que más se oponen, pero también que más favorecerían el reconocimiento, la aceptación y el uso técnico de las propuestas de interculturalidad por parte del personal de salud. Se trabaja como si se supiera cuáles son las caracterís-

ticas socioculturales del saber biomédico, en lugar de realizar estudios para saberlo.²⁸

Mientras algunos proponen informar, sobre todo para generar comprensión y tolerancia en el personal de salud respecto de las representaciones y prácticas culturales que los pacientes tienen de los procesos de s/e/a, otros proponen, además, que los médicos deben conocer a profundidad la cultura de sus pacientes para utilizarla en sus propias actividades terapéuticas. Más aún, señalan la propuesta aceptada de que el médico debería manejar el lenguaje que hablan sus pacientes, sobre todo si trabaja en una zona donde el lenguaje común es el de un grupo étnico determinado. También se señala en forma crítica —y correcta—, que la mayoría de los médicos que trabajan con grupos étnicos ajenos a su cultura, no maneja el lenguaje de los sujetos que atienden. Pero ocurre que muchos antropólogos que realizan estos señalamientos y propuestas interculturales, se caracterizan porque en sus trabajos de campo tampoco manejan el lenguaje de los grupos étnicos con los cuales trabajan —al igual que los médicos—, lo cual amerita alguna reflexión en términos de la metodología aplicada a la interculturalidad por parte de los antropólogos.

Pese a las diferencias, en todas las líneas opera un hecho que ya se ha señalado. En América Latina los antropólogos “nativos” estudian diferentes problemas, y no desde la posición “distante” de las antropologías de los países centrales, sino desde una situacionalidad inmediata. Pero los antropólogos se forman aprendiendo las concepciones y metodologías desarrolladas en los países centrales, y por supuesto también en su propio país. Pero ocurre que en las antropologías de la región no existe demasiado desarrollo de reflexiones metodológicas referidas a cómo la situacionalidad del antropólogo nativo limita o posibilita la obtención de información estratégica y confiable.

El antropólogo sigue yendo al campo como siempre, es decir, basado en la confianza de obtener información “estando ahí”, pero desde un ahí que no es el de quienes desarrollaron la metodología antropológica, dado que la situación y relación interculturales son “diferentes”.

La denominada antropología *en casa*

Las líneas presentadas en este capítulo parten de asumir que la interculturalidad opera en sujetos y grupos en proceso de cambio, que se caracterizan al menos en parte por el sufrimiento, el aguante, el enfrentamiento y la resistencia. Una de las expresiones más notorias de este proceso de cambio, como se señaló, se da a través de la migración de sujetos y grupos primero al interior de sus propios países en términos de migración rural/urbana, y luego en términos de migraciones internacionales, desde la periferia al primer mundo. Hoy día no son los irlandeses, italianos, españoles, polacos y otros grupos los que migran hacia América, quienes descendieron de los barcos preferentemente en Estados Unidos, Canadá, Argentina o Uruguay. Quienes ahora migran

hacia Europa o Estados Unidos son los ecuatorianos, bolivianos, argentinos, colombianos. Así como los africanos descienden de las "pateras", en particular en países europeos meridionales. Y en prácticamente todos estos grupos el componente étnico es decisivo en términos demográficos.

El incremento constante de estos procesos durante las dos décadas perdidas de 1980-1989 y 1990-1999 condujo a la emergencia de diferentes conflictos entre la población migrante y la local, que en ciertos ámbitos adquiere características de estigmatización y de conflicto racial como documentaron y analizaron tempranamente la antropología y sociología británicas respecto de la población africana, asiática y caribeña que se asentó después de la Segunda Guerra Mundial en varias áreas del Reino Unido.²⁹⁻³¹ En gran medida, estos conflictos expresan la situación de los migrantes y sus fuertes demandas sociales, como ocurrió en los disturbios desarrollados en Francia durante los últimos meses de 2005, y que se dio básicamente en migrantes y sobre todo en la primera generación francesa de hijos de migrantes africanos. Pero en especial es interesante subrayar que una parte significativa de estos procesos se dio a través de la enfermedad y su atención, en particular dentro de sociedades que se autorreconocen como "sociedades de bienestar".³¹⁻³⁴

Éstos y otros procesos que ahora no se analizarán, son los que originarían en varios países europeos el desarrollo de la "antropología *en casa*", esto es, una antropología que encuentra la diferencia cultural ya no en espacios culturales distantes y diferentes, sino en su propio espacio europeo. Es decir, al desarrollo de una "situación" antropológica, que por lo menos en algunos aspectos es similar a la que caracterizó el trabajo de los antropólogos latinoamericanos respecto de su propio país. Y por supuesto que también caracterizó a los antropólogos africanos, hindúes y del sudeste asiático respecto de sus propios contextos.

Dichos procesos hacen pasar a primer plano toda una serie de cuestiones metodológicas que han sido opacadas o negadas de manera constante por la propia antropología, pese a constituir núcleos duros de su constitución y funcionamiento como disciplina. Lo anterior se refiere al hecho ya señalado de que la antropología desarrolló una concepción del sujeto de estudio, de su relación metodológica con dicho sujeto que asumía el distanciamiento cultural y geográfico como partes sustantivas de su manera de trabajar, y como factor determinante de la "objetividad" de su metodología.

Las definiciones del sujeto de estudio y la metodología antropológica fueron desarrolladas en un pequeño grupo de países centrales y exportadas como forma académica y profesional de trabajar hacia el resto de los países, incluidos los latinoamericanos. Pero ocurre que los antropólogos latinoamericanos, en especial los de origen étnico americano, no tienen una relación con el sujeto de estudio de las

mismas características que tiene un antropólogo francés o alemán al estudiar grupos y problemas en sociedades latinoamericanas. Los sujetos de estudio pueden ser distintos, y hasta distantes en términos culturales y geográficos, pero son parte del propio país del antropólogo latinoamericano y expresan las realidades de su propio país. Un antropólogo mexicano, cuando estudia un grupo étnico de su país, sabe que dicho grupo, como el conjunto de los grupos étnicos, presenta las condiciones más negativas de salud/enfermedad/atención y de pobreza a nivel nacional, comparado con cualquier otro grupo. Esto pasa en un grupo que por distante que sea, es parte de su propia sociedad. Por ello, cuando emergió el movimiento zapatista de raíz indígena, en su inicio conmovió y movilizó a la sociedad mexicana, no sólo a sus grupos étnicos. Los antropólogos nativos, ya sea de manera reflexiva o no, trabajan dentro de lo que se ha denominado la dialéctica del "adentro y el afuera", que constituye una nueva vuelta de tuerca metodológica.

Podrían agregarse otros elementos, pero lo que interesa subrayar es que éstas y otras características implican la necesidad de desarrollar reflexiones y propuestas metodológicas respecto del sujeto de estudio y de la metodología a desarrollar para su estudio en términos de relaciones sociales, económicas y culturales. Sin embargo, esto casi no se da, ya que se aplican los instrumentos y la metodología desarrollados por las antropologías de los países centrales a partir de la situacionalidad de las mismas, de tal manera que no se generó una reflexión y modificación respecto de una relación que incluye aspectos decisivos en términos interculturales. Esto da la impresión de que en el caso de la actual "antropología *en casa*" está pasando lo mismo. Es decir, se evita, conscientemente o no, reflexionar sobre la propia situación del investigador en términos de las relaciones interculturales, dentro de las cuales está situado al desarrollar su estudio y/o su intervención.

De la revisión esquemática de los diferentes momentos por los cuales ha atravesado lo que se denomina interculturalidad, surge toda una serie de problemas de diferente tipo, de los cuales aquí se rescatan dos referidos a procesos de *s/e/a*. La necesidad de discutir un concepto de interculturalidad que no agote la cultura de manera exclusiva en la dimensión simbólica, y la necesidad de reflexionar y proponer metodologías que posibiliten desarrollar aproximaciones que refieran a la situación de un antropólogo que cada vez más describe, analiza y/o interviene sobre grupos que pertenecen a su propia sociedad, y cada vez con mayor frecuencia a su propia cultura. De grupos que además pueden estar explotados, marginados y a veces estigmatizados por la propia cultura del antropólogo que los estudia. Éstas y otras reflexiones son decisivas para el estudio de procesos de *s/e/a* en términos de las denominadas relaciones interculturales.

Preguntas de repaso

1. ¿Cuál era el concepto de interculturalidad en el inicio de la antropología?
2. Explique las diferencias entre las propuestas sobre la interculturalidad de la antropología alemana y la estadounidense.
3. Describa los cuestionamientos en las maneras de concebir y usar la interculturalidad durante las décadas de 1950-1959 y 1960-1969.
4. Señale las diferencias fundamentales omitidas por la antropología durante las décadas de 1980-1989 y 1990-1999.
5. Mencione las dos líneas básicas que se han desarrollado sobre interculturalidad en salud desde mediados de la década de 1990-1999.
6. ¿Qué implicaciones metodológicas tienen los procesos de cambio social que se han dado en las últimas décadas?
7. ¿A qué se le llama antropología *en casa*?

Para reflexionar...

UN ENFOQUE DE LA INTERCULTURALIDAD

Definición. La interculturalidad se refiere sobre todo a las actitudes y relaciones de las personas o grupos humanos de una cultura con respecto a otro grupo cultural, a sus miembros o a sus rasgos y productos culturales.

Tipos básicos de interculturalidad. Al describir lo que sucede en la realidad cotidiana de estas relaciones interculturales puede encontrarse todo tipo de fenómenos, desde relaciones conflictivas e incluso destructivas del otro, hasta otras de pleno entendimiento mutuo y enriquecimiento de cada uno o cada grupo por el contacto con los demás. En una primera aproximación, podrían distinguirse las siguientes categorías, que forman cierta gradación de lo menos a lo más deseable, en cuanto a la calidad de las relaciones y de las actitudes que la sustentan:

1. Interculturalidad negativa:
 - Una actitud y relaciones que llevan a la destrucción de una de las partes.
 - Una actitud y relaciones que llevan a la disminución de una de las partes, por subyugarla o por crear dependencias que impiden el crecimiento.
 - Una actitud que lleva a limitar las relaciones, por prescindencia y distanciamiento.
2. Interculturalidad positiva:
 - Una actitud y relaciones de simple tolerancia. Ambas partes se aguantan sin perjudicarse, pero no hay aún una mutua aceptación.
 - Una actitud de mutuo entendimiento e intercambio, que lleva al enriquecimiento cultural de las partes.

Cada una de estas situaciones de interculturalidad, positivas o negativas, pueden ocurrir además a diversos niveles de com-

plejidad, desde el personal hasta el social y el institucional, dando lugar a otras categorías complementarias como las siguientes:

1. Microinterculturalidad (en que prevalecen las relaciones interpersonales):
 - a) Entre individuos o grupos pequeños. Por ejemplo, entre la señora y su empleada doméstica; entre el chofer o ayudante del transporte colectivo y sus pasajeros.
 - b) Entre grupos que comparten una misma región.
 - c) A través de relaciones interfamiliares, comunales o locales.
2. Macrointerculturalidad (en que se incide en las estructuras y sistemas de la sociedad):
 - a) Entre grupos de alcance nacional o mayor. Por ejemplo, las relaciones globales entre campo y ciudad, incluidos los procesos migratorios.
 - b) En instituciones de alcance nacional o mayor. Por ejemplo, el manejo estructural de la interculturalidad en el sistema educativo, en los medios de comunicación.
 - c) En relaciones internacionales. Por ejemplo, la carga étnica que puede amplificar un conflicto entre dos países; la adecuación o inadecuación cultural de las propuestas y requerimientos de una agencia internacional (Banco Mundial, DEA, UNESCO, etcétera).
 - d) En la confrontación, intercambio o articulación entre sistemas, cosmovisiones y lógicas culturalmente contrapuestas. Por ejemplo, entre lo andino y lo "occidental"; lo tradicional y lo moderno; lo global y lo local; judaísmo, cristianismo e Islam.

Tomado de: Albó X. "Interculturalidad, Estado y pueblos indígenas". En: Citarella L, Zangari A, Campos-Navarro R (ed.). *Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*. Bolivia: Cooperación Italiana/Editorial Gente Común, 2009:150-151.

Bibliografía

Referencias

1. Menéndez EL. *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Ediciones Bellaterra, 2002.
2. Menéndez EL. *El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad*. Zamora, México: Relaciones, 1997;67:239-270.

3. Menéndez EL. "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". En: Spinelli H (comp.). *Salud colectiva. Cultura, instituciones, subjetividad*. Buenos Aires: Ed. Lugar, 2004:11-48. (También en *Ciencia & Saude Coletiva* [Río de Janeiro], 2003;8[1]:185-208).
4. Menéndez EL. *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: Ediciones de la Casa Chata, 1981.
5. Levi-Strauss C. *Antropología estructural*. Buenos Aires: EUDEBA, 1968.
6. Leach E. *Social Anthropology*. Nueva York: Oxford University Press, 1982.
7. Menéndez EL. *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: Cuadernos de la Casa Chata, CIESAS, 1990.
8. Aguirre Beltrán G. *Antropología médica*. México: CIESAS, 1986.
9. Balandier G. *Sociologie actuelle de l'Afrique noire*. París: PUF, 1971.
10. Balandier G. *L'Anthropologie appliquée aux problèmes des pays sous-développés*. París: Université de Paris, Institut d'Etudes Politiques, 1954-1955. Tres vols.
11. Bonfil Batalla G. *Diagnóstico sobre el hambre en Sudzal, Yucatán*, México: Instituto Nacional de Antropología e Historia, 1962.
12. Jaulin R. *La paz blanca. Introducción al etnocidio*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo, 1973.
13. Jaulin R. *La descivilización. Política y prácticas del etnocidio*. México: Nueva Imagen, 1979.
14. Horowitz I. *The rise and fall of Project Camelot*. EUA: MIT Press, 1967.
15. Horowitz I. *The use and abuse of social science. Behavioral research policy making*. EUA: Transaction Books, Rutgers University, 1975.
16. Fanon F. *Los condenados de la tierra*. México: Fondo de Cultura Económica, 1962.
17. Fanon F. *Escucha blanco*. Barcelona: Editorial Nova Terra, 1966.
18. Fanon F. *Sociología de una revolución*. México: ERA, 1967.
19. Menéndez EL. *El malestar de la antropología o de la casi imposibilidad de pensar lo ideológico*. Revista de Antropología Social (Madrid), 2002;11:39-87.
20. Menéndez EL. "Lazos, redes y rituales sociales o las desapariciones melancólicas". Conferencia magistral presentada en el Primer Congreso Latinoamericano de Antropología, ALA, Rosario (Argentina), 2005. (En prensa).
21. Secretaría de Salud. *Programa nacional de salud 2001/2006*. México: SSA, 2001.
22. INI/PNUD. *Estado del desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de México*. México: INI, 2000.
23. Sariego JL. *El indigenismo en la Tarahumara: identidad, comunidad, relaciones interétnicas y desarrollo en la sierra de Chihuahua*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2002.
24. Ortega J. *Proceso reproductivo femenino: saberes, género y generaciones en una comunidad maya de Yucatán*. Tesis de doctorado en Antropología Social. Zamora, México: El Colegio de Michoacán, 1999.
25. Menéndez EL. *Biologización y racismo en la vida cotidiana*. México: Alteridades, 2001;21:5-39.
26. Garnelo L, Wright R. *Sickness, healing and health services: social representations, practices and demands among the Baniwa*. Cuadernos de Saude Pública, 2001;17(2):273-284.
27. Garnelo L, Langdon J. "A antropología e a reformulacao das práticas sanitarias na atencao básica á saúde". Ponencia presentada en el VII Congreso Latino-americano de Ciencias Sociais e Saude, Angra dos Reis, Brasil, 2003.
28. Menéndez EL, Di Pardo RB. *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México: CIESAS, 1996.
29. Bloom L. *The social psychology of race relations*. Londres: George Allen & Unwin, 1971.
30. Rex J. *Race, relations in Sociological Theory*. Londres: Weidenfeld & Nicholson, 1970.
31. Williams F. *Social policy: a critical introduction. Issues of race, gender and class*. Cambridge: Polity Press, 1989.
32. Bravo A. "El aborto en la población migrante: contextualización". En: Esteban y Pallarés (coord.). *La salud en una sociedad multicultural: desigualdad, mercantilización y medicalización*. Sevilla: FAAEE, ASANA, 2005:99-114.
33. Hurtado I. "De inmigrantes extranjeros, de dianas y márgenes. Contextualizando procesos migratorios para el análisis de dispositivos asistenciales". En: Esteban ML, Pallarés J (coord.). *La salud en una sociedad multicultural: desigualdad, mercantilización y medicalización*. Sevilla: FAAEE, ASANA, 2005:27-42.
34. Longo G, Morone A (coord.). *Cultura, salute, immigrazione. Una analisi interculturale*. Roma: Armando Editore, 1994.

Lecturas recomendadas

- Campos-Navarro R. *La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud*. México; 2010. Disponible en: <http://www.mayas.uady.mx/articulos/pdf/interculturalidad.pdf>
- Esteban ML, Pallarés J (coord.). *La salud en una sociedad multicultural: desigualdad, mercantilización y medicalización*. Sevilla: FAAEE, ASANA, 2005.
- Ibacache Burgos J. "Desarrollo de la epidemiología intercultural: Marco conceptual". En: *Salud, cultura y territorio: bases para una epidemiología intercultural*. Taller Nacional Salud y Pueblos Indígenas. Chile: Ministerio de Salud, Servicio de Salud Araucanía Sur IX Región, 1998:10-13.
- Quattrocchi P, Guémez Pineda M. *El modelo intercultural en el campo de la salud reproductiva: Una experiencia de investigación aplicada en Yucatán, México*. Temas Antropológicos. Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán, 2011;32(1):53-71.
- Lerin Piñón S. *Antropología y Salud Intercultural. Desafíos de una propuesta*. Desacatos, núm. 15-16. México: CIESAS, 2004.

Enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México

Roberto Campos-Navarro

CAPÍTULO

2

Conceptos clave

Antropología médica • Indigenismo • Pluriculturalidad
• Interculturalidad en salud • Enseñanza médica

Introducción

El estudio del proceso salud/enfermedad/atención, abordado desde el punto de vista médico y social, con una perspectiva etnográfica (es decir, cualitativa) es desarrollado por la antropología médica. En México, esta subdisciplina de la antropología social tiene sus primeros aportes desde la década de 1930-1939. La enseñanza de la misma en centros de nivel superior se detecta en los estudios de medicina rural implementados por el Instituto Politécnico Nacional (IPN) durante la presidencia de Lázaro Cárdenas. Desde entonces han existido muchas reformas educativas relacionadas con los propios procesos políticos y el entendimiento y reconocimiento de la pluriculturalidad mexicana, lo que ha permitido ampliar, diversificar y consolidar esta especialidad. La finalidad del presente capítulo es revisar la evolución histórica de los cursos dedicados a esta materia, los docentes que influyeron en su consolidación, y una presentación sobre el estado actual de los programas académicos que se brindan, y su orientación teórica.

La formación, adiestramiento y capacitación en el terreno de la antropología médica y la salud intercultural en México es un tema íntimamente articulado con la emergencia, el crecimiento, el desarrollo y la consolidación de la disciplina antropológica en México. La docencia se remonta a las actividades aisladas de los primeros antropólogos extranjeros y mexicanos que se dedicaron en forma directa o secundaria al campo del proceso salud/enfermedad/atención (s/e/a).

Si bien se sabe de la presencia de antropólogos extranjeros que realizaban trabajo de campo en la República Mexicana a finales del siglo XIX y principios del XX, las investigaciones de Carl Lumholtz, Frederick Starr, Alex Hrdlicka y otros se concentraron en aspectos de la antropología física, en especial la búsqueda de las características raciales propias de los indios mexicanos, con algunas aproximaciones etnográficas y muy escasas referencias al proceso s/e/a, excepto esbozos relacionados con la medicina "tradicional" de los pueblos originarios que visitaron. En ningún caso dejaron huella relevante en la enseñanza antropológica.

La antropología —en sentido propio, la mexicana— se fundó con los trabajos pioneros de Manuel Gamio sobre el mejoramiento de vida de los pobladores del valle de Teotihuacan (1922), donde la alimentación y sus efectos nutricionales ocuparon un importante lugar.¹ Gamio representó el primer intento nacionalista por establecer una política pública de incorporación de los pueblos indígenas a la modernidad. Sería el inicio informal del llamado *indigenismo* como un instrumento del Estado para la integración de los indígenas a la vida nacional.

En Carapan, Michoacán (1932-1933), aparecieron los esfuerzos educativos vasconcelianos del maestro Moisés Sáenz, quien propuso una antropología social aplicada a la política indigenista de incorporación del indio a la vida nacional. Y tal asimilación cultural se lograría, entre otros programas, mediante la introducción de la educación generalizada y la atención biomédica en pueblos purépechas.¹

Con la creación en 1935 del Instituto Politécnico Nacional (IPN), durante el gobierno revolucionario de Lázaro Cárdenas, se fundó dentro de la Escuela de Ciencias Biológicas, el Departamento de Antropología (antecedente de la Escuela Nacional de Antropología e Historia) y la Escuela Superior de Medicina Rural. A instancias del antropólogo Miguel Othón de Mendizábal, se le otorgó a esta última escuela una orientación social, que la diferenciaría de la —hasta esa época monolítica y liberal— Escuela de Medicina dependiente de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).² Se trataba de un proyecto que intentaba la formación de jóvenes médicos de extracción campesina para que retornaran a sus comunidades con el fin de introducir la biomedicina. El propósito fundamental de la Escuela Superior de Medicina Rural era lograr que la distribución de médicos en las zonas campesinas resolviera los urgentes problemas de salud pública, disminuyera las enfermedades infecciosas y abatiera los elevados índices de mortalidad materna e infantil.

Los contenidos de la carrera implicaban una formación técnica en aspectos de salubridad general y resolución de problemas médicos cotidianos, con la formación y adiestramiento en sociología y antropología social:

El currículum de la carrera —amén de las materias básicas, técnicas generales y especializadas, comunes— introdujo como modalidad la exigencia de cursos en ciencias sociales. El primero se denominó antropología médica y

fue dividido en tres cátedras: antropología física, antropología social y organización social [...]. La inclusión de la antropología física fue, sin duda, una concesión a la orientación biológica tradicional de la carrera. La antropología social enfocó el estudio de los problemas indígenas y rurales de México, y la organización social, el conocimiento histórico de los pueblos amerindios. Cualesquiera que hayan sido sus defectos, estas cátedras constituyeron una innovación trascendente en el currículum médico.²

Desde 1938, Alfredo Barrera Vásquez, Julio de la Fuente y Gonzalo Aguirre Beltrán serían los principales docentes de esta novedosa orientación de los estudios médicos de pregrado con fuerte componente social.

En las primeras generaciones saldrían médicos comprometidos con las comunidades indígenas y campesinas,³ por desgracia, este notable esfuerzo no tuvo continuidad porque posteriores egresados prefirieron las comodidades y oportunidades urbanas, y en 1965 desaparecería lo rural de la denominación oficial de la escuela.

De manera simultánea, en 1938 nació —con siete profesores y cinco alumnos— la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH) como institución educativa, primero perteneciente al IPN, y luego dependiente del Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH).⁴ Su misión explícita sería la preparación de los funcionarios que requería la nueva política pública cardenista de incorporar a los indígenas a la vida nacional. El objetivo era:

Estudiar la situación económica y social de los aborígenes, con el fin práctico e inmediato de formular planes concretos de acción, basados en la realidad misma, para obtener su mejoramiento y defender a los indios ante las autoridades federales y locales en todos sus asuntos de interés colectivo.⁴

Con la fundación del Instituto Nacional Indigenista (INI), en 1948, esta institución se convertiría en una de las más importantes promotoras y receptoras de etnólogos y antropólogos sociales formados en la ENAH.⁴ De hecho, la creación de la especialidad de Antropología Social, en 1954, se debió a un convenio donde los investigadores y funcionarios del INI daban clases de antropología aplicada en la ENAH, y las prácticas de campo de los estudiantes se realizaban en los recién creados centros coordinadores del INI en México. Así, fueron maestros Ricardo Pozas, Julio de la Fuente, Alejandro Marroquín y el mismo médico y antropólogo Gonzalo Aguirre Beltrán,⁵ cuya figura brillaría en las décadas de 1940-1949 y 1950-1959 por ser quien brindaría relevantes aportes teóricos y aplicativos en la antropología social en general (desarrollaría los conceptos de "aculturación" y "regiones de refugio"), y de la antropología médica en particular. Como discípulo de M. Herskovits y de M. Gamio, sería el intelectual indigenista más reconocido de la corriente culturalista o relativismo cultural en

México, y publicaría libros ya clásicos de la antropología médica, como: *Los programas de salud en la situación intercultural* (1955),⁶ *Magia y medicina. El proceso de aculturación en la estructura colonial* (1963),² y *Antropología médica. Sus desarrollos teóricos en México* (1986).⁷ En su amplia trayectoria como médico, investigador docente y funcionario estatal sería (y sigue siendo) punto de referencia de seguidores y contradictores. Pero nada resta méritos a su congruencia teórica/práctica, que lo hizo ser uno de los primeros docentes de antropología médica en el país; director del primer Centro Coordinador Tzeltal-Tzotzil del Instituto Nacional Indigenista en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas; director del Instituto Indigenista Interamericano; rector de la Universidad Veracruzana, entre otros cargos.⁸ No hace falta recordar que fue —como se apuntó en líneas previas— pionero de la enseñanza de la antropología médica en la carrera de Medicina del IPN, y de los epidemiólogos y salubristas egresados de la Escuela de Salud Pública en la Ciudad de México, cuyo curso se hizo célebre en los inicios de la década de 1950-1959.⁹

Cabe mencionar la participación de antropólogos estadounidense dedicados en forma directa e indirecta a la antropología aplicada en programas de salud en América Latina, quienes con su academia o sus obras escritas influyeron en la formación de discípulos en México. El primero de ellos sería Robert Redfield, de la Universidad de Chicago. A finales de la década de 1920-1929, Redfield hizo sus primeras investigaciones etnográficas en México, en las que describió las relaciones entre magia, religión y medicina en los pobladores nahuas de Tepoztlán, Morelos. Años más tarde, con su experiencia de campo adquirida en Yucatán, surgió su conocida teoría del *continuum folk-urbano* y el desarrollo de comunidad, e influiría en la formación de los antropólogos sociales de las décadas de 1950-1959 y 1960-1969 a través de Fernando Cámara, uno de sus principales discípulos en México.¹⁰

Más adelante George Foster, de la Universidad de California, autor de *Las culturas tradicionales y los cambios técnicos* (1964) y *Antropología aplicada* (1974) —textos donde aparecen innumerables ejemplos de procesos inducidos de cambio, relacionados con la salud y la medicina, partiendo de la consideración de que la antropología aplicada "[...] Se ocupa en gran medida del cambio social y cultural que se presenta en el desarrollo y modernización del mundo contemporáneo"—,^{11,12} fue enviado a la ENAH por el Smithsonian Institution para la preparación de investigadores locales. Años más tarde escribiría, con Barbara G. Anderson, *Medical Anthropology* (1978), obra que aún no ha sido editada en español.¹³

De la Universidad Estatal de Michigan, el Dr. Arthur Rubel, autor principal de la investigación sobre el síndrome del susto en México e Hispanoamérica, dictó conferencias y talleres en México, en especial con el "Seminario de medicina del hombre en su totalidad", del Hospital General de México, dirigido por el Dr. Fernando Martínez Cortés.¹⁴

Este seminario reunió a una pléyade de médicos y antropólogos que influirían en las escuelas de medicina y de antropología. Algunos de los connotados participantes fueron Gonzalo Aguirre Beltrán, Alfredo López Austin, Luis Alberto Vargas, Carlos Viesca, Noemí Quesada, Isabel Lagarriga, Silvia Ortiz, Carmen Anzúrez y Leticia Casillas.¹⁵

Otra profesora contratada por el Smithsonian Institution sería Isabel Kelly, quien realizaría trabajo de campo en Veracruz y la región lagunera compartida por Durango y Coahuila, autora de varias monografías relativas a la medicina tradicional mexicana y profesora de varios médicos y antropólogos inmiscuidos en la salubridad pública, como Héctor García-Manzanedo.

Con el movimiento de 1968 surgió en la ENAH la corriente crítica al indigenismo oficial, sobre todo el que representó Aguirre Beltrán, y a los programas de antropología aplicada generados por la corriente culturalista estadounidense. De este modo, la enseñanza de la antropología médica se estancó, y tan sólo se brindarían en la licenciatura algunos cursos aislados y discontinuos relacionados con la etnomedicina y la medicina tradicional. Cabe recordar que en esa época el Instituto Nacional de Antropología e Historia creó el Departamento de Estudios en Antropología Social (DEAS), donde Isabel Lagarriga, Silvia Ortiz Echániz y otros investigadores han dedicado sus esfuerzos académicos en la formación institucional de nuevas generaciones, siendo la antropología médica una de sus áreas de trabajo.

A principios de la década de 1980-1989 se creó en la ENAH el posgrado en Antropología Social, con talleres específicos sobre cuestiones agrarias, obreras, étnicas, cultura e ideología, añadiéndose más tarde el taller de antropología médica, mismo que fue creado a iniciativa de E. Menéndez, con el apoyo de R. Campos-Navarro como profesor adjunto, pues si bien el primero se desempeñaba como investigador en el CIESAS, en el posgrado de la ENAH dirigía sus habilidades docentes hacia la formación de antropólogos médicos. Desde 1985 y hasta el año 2000 pasarían múltiples generaciones de maestría, por lo que desde 1996 fue necesario realizar la ampliación a estudios de doctorado.

Con una orientación fundamentada en la antropología médica crítica, los cursos bianuales pretendieron y establecieron una concepción del proceso salud/enfermedad/atención más allá de sus componentes netamente culturalistas, para introducir modelos explicativos de carácter sociopolítico. Al apartarse del relativismo cultural dominante dio inicio un enfoque diferente. Así, durante el primer año se describieron y analizaron en forma crítica los modelos antropológicos explicativos vigentes del proceso s/e/a. Asimismo, se ofrecieron nociones sobre demografía, epidemiología y estructura de los servicios de salud, incluidos los que brindaba la biomedicina, las medicinas subalternas y la autoatención.

Más adelante, se profundizó en la teoría de los modelos médicos, que desarrolló E. Menéndez desde la década de 1970-1979 y plasmó en obras importantes como: *Poder, es-*

tratación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán (1981), *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica* (1990) y *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo* (2002).¹⁶⁻¹⁸ De igual forma, en el taller de antropología médica se discutió y polemizó sobre el concepto de normal/patológico, las teorías de la desviación mental y la epidemiología sociocultural.

Los alumnos egresados realizaron sus tesis con temas como salud ocupacional, estrategias urbanas ante las enfermedades, los saberes y las prácticas médicas maternas, el problema de la vacunación en poblaciones urbanas marginales, las estrategias de atención médica en desastres por volcanes, las prácticas curanderiles urbanas, la diabetes mellitus y el sida en ciudades mexicanas, los movimientos sociales de autogestión en salud, programas rurales para prevenir la desnutrición, las concepciones de la sexualidad rural, los procesos de autoatención curativa en poblaciones zapatistas de Chiapas, entre otros.

En forma lamentable, y debido a diferencias administrativas que quisieron imponerse sobre los aspectos académicos, los tres maestros que dirigían el taller de maestría y doctorado (E. Menéndez, M.E. Módena y R. Campos-Navarro) tuvieron que renunciar en el año 2000, con carácter irrevocable.

En la misma Ciudad de México, a nivel de posgrado, en 1973 se creó el Centro de Investigaciones Superiores del Instituto Nacional de Antropología e Historia (CISINAH), que en 1980 se transformaría en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), una institución autónoma dependiente de la Secretaría de Educación Pública.¹⁹ Ahí surgirían, en la década de 1990-1999, los estudios de maestría y doctorado en antropología social con línea de investigación en antropología médica,²⁰ de donde han egresado múltiples generaciones, y en la actualidad existen además cursos regulares de antropología médica en los planteles ubicados en las ciudades de Oaxaca y San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Vale mencionar profesores como el mismo Eduardo Menéndez, María Eugenia Módena, Rosa María Osorio, Sergio Lerín, Paola Sesia y Graciela Freyermuth.

Al igual que en la ENAH, la orientación corresponde a la corriente denominada antropología médica crítica. Entre los principales contenidos de la maestría del CIESAS destacan: el campo de la antropología médica; las perspectivas analíticas del proceso salud/enfermedad/atención; el pluralismo médico con modelos, sistemas y saberes médicos; la conducta de búsqueda de atención (carrera del enfermo, trayectorias de atención, el uso de los recursos de atención, etc.) y la estructura de la atención curativa en México. En una segunda parte se analizan las categorías teóricas relativas a los procesos binarios de salud/enfermedad, normal/patológico, normal/anormal, enfermedad/padecimiento y biológico/cultural. Las teorías sobre la desviación social, la construcción social, cultural, económica y política de la ve-

jez, el género, la maternidad y el alcoholismo. El proceso s/e/a como estructura social y de significado, donde se describen y analizan los temas de estratificación social, estratificación étnica, la dimensión intercultural; la economía política y el proceso s/e/a. La desigualdad en contexto indígena. Saberes, representaciones y prácticas. El cuerpo y el dolor como representaciones y prácticas. La enfermedad y la salud como metáforas. La enfermedad como identidad y estigma. Los padecimientos mentales y la enfermedad como experiencia y estilo de vida.

En el doctorado en antropología con línea de especialización en antropología médica que se inició en 2007, se pretende profundizar en los contenidos de la maestría, pero enfocados al apoyo de las investigaciones de los doctores.

Sin duda, la influencia de E. Menéndez como formador de profesionistas tanto en la ENAH, como en el CIESAS y otras instancias académicas, ha dejado una profunda huella, pues como afirman G. Freyermuth y P. Sesia: "Sus alumnos ya son líderes de grupos y están insertos en universidades, centros de investigación, organismos no gubernamentales y en la administración pública"²¹ En este sentido, se han creado maestrías y diplomados con líneas de investigación en Antropología Médica en CIESAS-Sureste (San Cristóbal de Las Casas) y CIESAS-Istmo (con sede en Oaxaca), con el apoyo académico del Seminario Permanente de Antropología Médica que se efectúa con regularidad en la capital del país.

Influidos en parte por la trayectoria de E. Menéndez en España, y por otra, por la solidez académica de su posgrado, la Universitat Rovira i Virgili, ubicada en Tarragona, daría albergue a múltiples estudiantes de maestría y doctorado en antropología médica, quienes se reincorporarían al CIESAS y otras instituciones nacionales de prestigio.

Por otra parte, dentro de la formación biomédica, la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) estableció en 1975 un programa piloto de educación médica de pregrado denominado A-36, que incluyó docencia antropológica a estudiantes y profesores.²² Pero no fue sino hasta 1985 que con la promoción y estímulo del Dr. Carlos Viesca Treviño —activo participante del Seminario del Hombre en su Totalidad— se planteó un programa curricular de pregrado que incluyó la historia de la medicina, y dentro de ella, por primera vez se abarcó en forma obligatoria el área de antropología médica. Se consideró que en la formación del estudiante de medicina se debía lograr una mayor aproximación al enfoque humanístico y, por tanto, dentro de la asignatura de Historia y Filosofía de la Medicina se debieron compartir espacios teóricos y de investigación con la ética y la antropología de la medicina.

Dada la magnitud de la matrícula estudiantil, donde la Facultad recibe en licenciatura un promedio de 800 a 900 alumnos por año, se tuvo que contratar profesores médicos que tuvieran estudios previos de antropología, o bien, antropólogos que tuvieran experiencia en cuanto al proceso salud/enfermedad/atención.

En la actualidad, el grupo colegiado de profesores ha realizado modificaciones pertinentes al curso, que permiten que el estudiante tenga una mayor cercanía a los problemas más directos de la población rural y urbana del país. En forma explícita se determina que el propósito del curso de Antropología Médica no es el de transformar a los médicos en antropólogos ni mucho menos en curanderos.²³ El temario teórico incluye cuatro bloques. En el primero se delimitan los objetivos de la antropología, sus ramas y subdisciplinas, el lugar que corresponde a la antropología médica, su campo de estudio, sus instrumentos y metodología de trabajo. En el segundo se considera el sistema de creencias y su concreción en el mundo mesoamericano. En el tercero se aborda la teoría de E. Menéndez sobre los modelos médicos, las características estructurales y coyunturales del modelo médico hegemónico, del modelo de autoatención y el modelo médico alternativo subordinado. Se particulariza acerca de la medicina popular-tradicional mexicana en cuanto a sus concepciones y cosmovisiones, sus recursos humanos y materiales, sus procedimientos curativos y los tratamientos herbolarios y rituales más frecuentes, así como un acercamiento a la epidemiología sociocultural y a los síndromes culturalmente delimitados o dependientes de la cultura. En el tercer bloque se analiza el proceso salud/enfermedad/atención como un fenómeno social, su relación con lo normal y lo patológico. Los procesos bioculturales de embarazo, parto, puerperio, alimentación, vejez y muerte. En el cuarto bloque se analiza la relación médico-paciente, sus características sociales y antropológicas, la proxemia, los procesos de salud y práctica médica intercultural y, para finalizar, una sesión sobre la concepción del hombre en su totalidad. Hasta ahora su principal falencia es la ausencia de prácticas de campo que muestren la pertinencia de los temas teóricos y, por ende, la utilidad de la asignatura.

Con la aprobación del nuevo plan de estudios 2010 de la Facultad de Medicina, el curso denominado "Antropología médica e interculturalidad" se separa de la materia de historia de la medicina y de la ética médica; así, se transforma en una asignatura independiente que se abordará en el tercer año de la carrera de Medicina. Sin duda un logro trascendente desde el punto de vista disciplinar, pero también un reto para ofrecer una asignatura de corta duración (alrededor de 20 horas) que mantenga contenidos teóricos fundamentales, pero que también ofrezca una perspectiva práctica con fines aplicativos.

Con un temario similar pero sintetizado, y por iniciativa del autor, desde 1997 se ha realizado un diplomado anual de antropología médica con presencia de estudiantes de medicina, enfermería, odontología, antropología y otras carreras. Esta iniciativa surgió ante la ausencia de estudios específicos de maestría en antropología médica desde el área biomédica, y ante la demanda creciente de un curso introductorio de posgrado que no implicara los tiempos a largo plazo que requieren las maestrías de las instituciones antropológicas.

En el diplomado participan los profesores del Departamento, y además han sido invitados antropólogos, médicos y etnobotánicos de reconocido prestigio nacional e internacional, como E. Menéndez, Carlos Zolla, Fernando Martínez Cortés, Abigail Aguilar, Arnoldo Kraus, Montserrat Salas y Rosa María Osorio, entre otros. Este diplomado ha sido dirigido por el autor, luego Zuanilda Mendoza y Elia Nora Arganis, más adelante Alfredo Paulo Maya y Adriana Ruiz Llanos, y ahora (desde 2014) por Humberto Mariano Villalobos.

Durante el periodo comprendido entre abril de 2001 y marzo de 2002, con el apoyo financiero de la Cooperación Italiana y otras instituciones internacionales, la Facultad de Medicina de la UNAM (secundada por su notable experiencia docente en el campo antropológico) realizó un primer diplomado de salud intercultural en coordinación con la Universidad Autónoma Tomás Frías de la ciudad boliviana de Potosí. Este diplomado se distinguió por su carácter teórico y práctico, donde los alumnos se graduaron con la presentación pública de sus trabajos de investigación-acción.

En dicho diplomado se incluyeron diez módulos interrelacionados. En el primero, y dada la heterogeneidad de los participantes (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, funcionarios de hospitales, profesores universitarios, e incluso, una arquitecta), se introdujeron las herramientas e instrumentos esenciales de la investigación social cualitativa que condujeran a la formulación de un proyecto de investigación-acción. En el segundo módulo se presentaron las experiencias contemporáneas más representativas de salud intercultural en América Latina. En el tercero, el concepto de cultura, sistemas y modelos médicos, medicina tradicional indígena y popular. El cuarto módulo incluyó las bases nosológicas y prácticas de la medicina indígena potosina con explicación de los conceptos de cosmovisión, pensamiento mágico-simbólico, etnoclasificación, y los elementos de aproximación y conflicto con la medicina occidental. En el quinto se trató el tema de la interculturalidad y el acceso a los servicios de salud, detallándose conceptos como multiculturalidad, Estado, nación, autonomía, administración estatal e interculturalidad. En el sexto módulo se abordó la farmacopea indígena y remedios herbolarios, con una práctica denominada "caminata botánica" que sirvió para el reconocimiento, recolección, nomenclatura y uso de las principales plantas medicinales de la región. En el séptimo se profundizó sobre la relación médico-paciente, los principales conflictos, la comunicación en contextos interculturales, técnicas para mejorarla, humanización de dicha relación médico-paciente, etc. En el octavo se estudió la epidemiología sociocultural, abordándose las dimensiones sociales y culturales de la enfermedad, los conceptos de s/e/a en zonas indígenas, los síndromes delimitados desde el punto de vista cultural. En el noveno se estudió el enfoque intercultural en el desarrollo de los programas de educación para la salud, sobre todo el manejo de los conceptos de información, educación y comunicación en el mundo quechua. Finalmente,

el décimo módulo abordó el tema de la dieta y la nutrición en términos interculturales. Cabe mencionar que se establecieron dos módulos adicionales para apoyar los trabajos de investigación de los estudiantes.²⁴

En este primer diplomado participaron profesores bolivianos y de otros países de primera línea como Xavier Albó, Jaime Zalles, Óscar Velasco, Iván Castellón, Gerardo Fernández, Andrea Caprara, Margarita Sáez, Jaime Ibacache, Abigail Aguilar, Bruno Parodi, Adriana Ruiz, Luis Alberto Vargas y otros, bajo la coordinación general de Luca Citarella y R. Campos-Navarro.

Un segundo diplomado potosino, y luego un par de réplicas del diplomado, se harían en Ayacucho, Perú, con la participación de la Universidad Mayor de San Cristóbal de Huamanga y el apoyo logístico y financiero de una agencia española llamada AMARES. El temario sería similar con algunas leves modificaciones.

En México, en 2001 se creó la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural,²⁵ en la estructura de la Secretaría (o Ministerio) de Salud, y en los años 2003 y 2004 se promovió mediante una ONG denominada Yolpahlitli (en su mayoría conformada por académicos del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, y encabezada por el autor) la capacitación de funcionarios de la Secretaría de Salud en los estados del país con mayor población indígena. Así, se realizaron cursos de sensibilización y capacitación en el occidente (Morelia y Tepic), sur (Campeche y Puebla) y un par de ellos en la Ciudad de México. El objetivo era que estos cursos fueran replicados en el resto de la República Mexicana.

En años posteriores se multiplicarían los cursos por todo el país, en especial Veracruz, Oaxaca y Yucatán. Por ejemplo, en Veracruz, la Secretaría de Salud local creó el Programa de Salud Indígena y Medicina Tradicional con Enfoque Intercultural y ofreció tres cursos en forma de taller a los que asistió personal de salud, sobre todo médicos pasantes en servicio social, enfermeras, promotores de salud y trabajadores sociales.²⁶ En Oaxaca fue retomado el tema por ONG que sensibilizaron al personal de salud de las instituciones oficiales (Grupo de estudios sobre la mujer "Rosario Castellanos", A.C.),²⁷ y en Yucatán por la Secretaría de Salud del estado, junto con la Universidad Autónoma de Yucatán.²⁸

En cuanto a maestrías y doctorados relacionados con la antropología médica y la interculturalidad, en la UNAM se encuentra el Instituto de Investigaciones Antropológicas (IIA-UNAM), que si bien no ofrece estudios específicos de antropología médica, sí brinda cursos al respecto como Antropología del Cuerpo, Etnología de la Salud-Enfermedad, Antropología de la Medicina, Antropología y Alimentación, y otros similares, que dan apoyo teórico para aquellos estudiantes que manejan protocolos de investigación que se encuentran dentro del campo temático de la antropología médica. Dependiente del IIA-UNAM se tiene el Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste (PROIMSSE), que ha desarrollado

una línea de investigación y docencia sobre medicina tzeltal y sobre las representaciones sociales de la diabetes mellitus en pobladores mayahablantes de los Altos de Chiapas.

Otro espacio universitario recién ganado en 2010 es el posgrado de Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la UNAM, que tiene un campo de conocimiento de ciencias sociomédicas, donde aparecen la maestría y el doctorado de Antropología en Salud. Esto convierte a la Facultad de Medicina en la única institución latinoamericana donde se imparten clases obligatorias de pregrado y posgrado en el terreno de la antropología médica y la interculturalidad.

A finales de 2004, en la misma UNAM se creó el Programa Universitario México, Nación Multicultural, con el propósito de dar respuesta a:

[...] los procesos generados por la notable expansión de las temáticas de la multiculturalidad, la interculturalidad, las relaciones interétnicas y el reconocimiento de la diversidad y pluralidad social y natural de México, América y el mundo. [...] La universidad aparece así como la institución más idónea para impulsar en forma sistemática el desarrollo de nuevos campos del saber, de la formación de recursos humanos, el análisis de las políticas y los proyectos culturales, la significación de los movimientos etnopolíticos y el conocimiento, preservación y desarrollo de los patrimonios culturales.²⁹

Desde 2014 transformado en el Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad.

Entre otros desafíos, este programa ha emprendido proyectos de recopilación informativa, investigación, difusión y, en lo que para este tema interesa, la docencia. El proyecto docente incluye la materia optativa *México, nación multicultural*, que se ofrece a todas las escuelas y facultades de la UNAM y otras de México (Chiapas, Tabasco) y el extranjero (Texas y República Dominicana), y entre otras temáticas se ofrece el módulo Salud y medicina entre los pueblos indígenas. Además, vale mencionar que ha presentado en forma reciente su Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana, que constituye un aporte sumamente valioso para los estudiosos de los recursos humanos, materiales y simbólicos de la medicina tradicional y que se encuentra en: www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx

Desde 1997, la Escuela Superior de Medicina del IPN, sin la adjetivación de "rural", introdujo en el tercer semestre de su programa la asignatura específica de Antropología médica,³⁰ y en la actualidad brinda cinco unidades: Introducción a la antropología (12 horas); Métodos y técnicas antropológicas (8 horas); La construcción sociocultural de la enfermedad (16 horas, y donde se incluye el tema de medicina intercultural); Procesos bioculturales (14 horas), y Relación médico-paciente (12 horas). En total son 62 horas teóricas que se complementan con 40 horas de prácticas escolares obligatorias.³¹ Quizá éste sea uno de los mejores programas de antropología médica dirigido a estudiantes de pregrado en Medicina, en función de los contenidos te-

máticos, el número suficiente de horas, la actualización constante, las prácticas de campo, y su única desventaja puede ser que se brinda en los primeros semestres del curso, cuando lo óptimo sería hacerlo antes del internado hospitalario y la práctica del servicio social, cuando los alumnos ya tienen un mayor contacto con los pacientes y sus familiares.

También dependiente del IPN, la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía ha logrado la inclusión de la antropología médica en el cuarto semestre, con articulación a la historia de la medicina, y un declarado énfasis en la medicina tradicional.³²

Ninguna escuela y facultad médica de origen privado ha impartido la asignatura, excepto la de la Universidad Latinoamericana, una pequeña institución escolar ubicada en Cuernavaca, Morelos, que mantenía dos seminarios: uno de medicina tradicional y otro de antropología médica, y la Escuela de Medicina de la Universidad Westhill, cuyos cursos son iguales a los de la UNAM por tener estudios incorporados a la misma.

Sin que exista un programa particularizado de antropología médica y salud intercultural, existe conocimiento de cursos y seminarios en la Escuela de Salud Pública (ahora Instituto Nacional de Salud Pública), el Centro Regional Morelos del INAH (con estudios centrados en los agentes [factores sociales] de la medicina tradicional), la Universidad de Guadalajara (con profundización en la investigación cualitativa en salud), el Colegio de Michoacán (con múltiples tesis sobre medicina purépecha y estudios de salud reproductiva), El Colegio de Sonora (y sus interesantes aportes en epidemiología sociocultural), la Universidad Veracruzana (en sus escuelas de Antropología y Medicina), la Universidad Autónoma del Estado de México, la Universidad de las Américas en Puebla, el Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR) y en varias escuelas de enfermería (donde a veces reducen la antropología médica a la práctica y saberes de la medicina tradicional mexicana).³³

Es posible concluir afirmando que la enseñanza contemporánea de la antropología médica a nivel de posgrado se consigue mejor mediante las escuelas de antropología como CIESAS y el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM, pero si se trata de la enseñanza de pregrado en el campo biomédico, la Escuela Superior de Medicina del IPN y la Facultad de Medicina de la UNAM son las más idóneas en la actualidad.

Sin duda, la antropología médica en México se encuentra en fase de consolidación y expansión. Su enseñanza se multiplicará en forma paralela, pues la demanda de profesores a todos niveles es y seguirá siendo creciente. Licenciaturas en Antropología, Medicina, Nutrición, Enfermería, Salud Pública, Trabajo Social y otras, así lo requieren. A su vez, diplomados, maestrías y doctorados con especialización en antropología médica se encuentran en pleno desarrollo. El fenómeno internacional de globalización no homogeneizante, de reconocimiento a la pluriculturalidad y la intercultural-

idad, así como la reciente afirmación de los derechos de los pueblos indígenas (y sus demandas centenarias), el pluralismo de modelos y sistemas médicos, entre otros procesos, han conducido a esta expansión de la antropología, y en

especial de la orientación médica. Con este panorama, el compromiso académico y la responsabilidad educativa en el campo de la antropología médica mexicana resultan ineludibles.

Preguntas de repaso

1. ¿Por qué en los últimos años ha existido un crecimiento, desarrollo y consolidación de la enseñanza de la antropología en México?
2. ¿Cuáles han sido las instituciones mexicanas pioneras en el campo de la enseñanza de la antropología médica?
3. ¿En qué consisten las políticas públicas indigenistas en México y América Latina?
4. ¿Quién es el Dr. Gonzalo Aguirre Beltrán y cuáles han sido sus aportes teóricos y aplicativos relacionados con la antropología médica?
5. ¿Quién es el Dr. Eduardo Menéndez y cuáles han sido sus enseñanzas en el campo de la antropología médica crítica?
6. ¿Cuáles son los beneficios que obtienen los estudiantes de ciencias de la salud al abordar el estudio de la antropología médica y la interculturalidad en salud?

Para reflexionar...

LOS NUEVOS CAMPOS DE CONOCIMIENTO Y ACCIÓN DE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA

Una revisión histórica de la antropología médica revela algunas certezas. Una de ellas, su crecimiento exponencial como especialidad durante los últimos 30 años. Otra, su aprehensión incesante —casi omnívora— de nuevos territorios de reflexión teórica y práctica etnográfica. Frente a la homogeneidad argumental de las monografías clásicas, a menudo circunscritas al estudio de la medicina popular y las etnomedicinas indígenas, las investigaciones de los últimos años muestran un panorama temático de una extraordinaria amplitud. De forma paulatina, pero también persistente, un gran número de temas que habían estado alejados de la inquietud de los antropólogos, como las tecnologías médicas, la ingeniería genética, las técnicas de reproducción asistida o las propias enfermedades biomédicas (tuberculosis,

depresión, artritis reumatoide, VIH-sida, etc.) han ido conformándose como objetos de investigación. Esto es así hasta el punto que en cualquier revista especializada cohabitan en la actualidad informes sobre la medicina tibetana, el *koro* o el mal de ojo, con estudios sobre el papel de la tomografía por emisión de positrones en la construcción diagnóstica de los trastornos mentales, los nuevos significantes generados por las técnicas de recombinación del DNA o las biopolíticas del comercio clandestino de órganos. Las razones circunstanciales de este desarrollo son variadas: las acomodaciones disciplinares, la ampliación del mercado profesional y las lógicas burocráticas del conocimiento, entre otras. La razón de fondo, sin embargo, es la incorporación de la biomedicina o medicina occidental como objeto de escrutinio antropológico.

Martínez Hernández A. *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos Editorial, 2008.

Bibliografía

Referencias

1. Comas J. *La antropología social aplicada en México: trayectoria y antología*. México, D.F. Instituto Indigenista Interamericano, 1976.
2. Aguirre-Beltrán G. *Magia y medicina. El proceso de aculturación en la estructura colonial*. México, D.F. Instituto Nacional Indigenista, 1963.
3. Arganis EN. *La antropología en la formación del médico rural (1938-1965)*. X Congreso Nacional y V Internacional de Historia y Filosofía de la Medicina. Morelia: Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, 2010.
4. Cámara F, Valencia E. "Aportaciones de los antropólogos mexicanos formados en la década de los cuarenta". En: Olivera M (ed.). *Cuatro décadas de la Escuela Nacional de Antropología e Historia*. México, D.F. Escuela Nacional de Antropología e Historia, 1982.
5. Bonfil G. "La generación de los magníficos y el resultado de las posiciones críticas en Antropología". En: Olivera M (ed.). *Cuatro décadas de la Escuela Nacional de Antropología e Historia*. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia, 1982.
6. Aguirre-Beltrán G. *Programas de salud en la situación intercultural*. México: Fondo de Cultura Económica, 1955.
7. Aguirre-Beltrán G. *Antropología médica. Sus desarrollos teóricos en México*. México: Fondo de Cultura Económica, 1990.
8. Báez-Jorge F (coord.). *Memorial crítico: diálogos con la obra de Gonzalo Aguirre Beltrán en el centenario de su natalicio*. México: Gobierno del Estado de Veracruz, 2008.
9. Zolla C. "Antropología médica, salud y medicina en la obra de Gonzalo Aguirre Beltrán". En: Báez-Jorge F (coord.). *Memorial crítico: diálogos con la obra de Gonzalo Aguirre Beltrán*

- en el centenario de su natalicio. Xalapa: Gobierno del Estado de Veracruz, 2008.
10. Bonfil G. "La generación de los magníficos y el resultado de las posiciones críticas en antropología". En: Olivera M (ed.). *Cuatro décadas de la Escuela Nacional de Antropología e Historia*. México, D.F. Escuela Nacional de Antropología e Historia, 1982.
 11. Foster G. *Las culturas tradicionales y los cambios técnicos*. México, D.F. Fondo de Cultura Económica, 1964.
 12. Foster G. *Antropología aplicada*. México, D.F. Fondo de Cultura Económica, 1974.
 13. Foster G, Anderson B. *Medical anthropology*. Nueva York: John Wiley and Sons, 1978.
 14. Rubel A, O'Neill C, Collado R. *Susto, una enfermedad popular*. México, D.F. Fondo de Cultura Económica, 1989.
 15. Lagarriga I. "La posesión demoníaca: una expresión popular de la concepción de la enfermedad mental". En: Báez-Jorge F (coord.). *Memorial crítico: diálogos con la obra de Gonzalo Aguirre Beltrán en el centenario de su natalicio*. Xalapa: Gobierno del Estado de Veracruz, 2008.
 16. Menéndez E. *Poder, estratificación y salud: Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 1981.
 17. Menéndez E. *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México, D.F. Patria, 1990.
 18. Menéndez E. *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Ediciones Bellaterra, 2002.
 19. García-Acosta V. "Gonzalo Aguirre Beltrán, creación y descentralización del CIESAS". En: Báez-Jorge F (coord.). *Memorial crítico: diálogos con la obra de Gonzalo Aguirre Beltrán en el centenario de su natalicio*. Xalapa: Gobierno del Estado de Veracruz, 2008.
 20. Escuela Nacional de Antropología e Historia. *Maestrías en antropología social, historia-etnohistoria y lingüística. Plan de estudios*. México, D.F. Escuela Nacional de Antropología e Historia, 1988.
 21. Freyermuth G, Sesia P. *Del curanderismo a la influenza-aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica*. Desacatos, 2006;20:9-28.
 22. Hafer F. *Plan para la educación médica al servicio del pueblo mexicano*. América Indígena, 1977;37(2):425-434.
 23. Campos-Navarro R. *La enseñanza de la medicina popular tradicional en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México*. Kallaway, 1999;6:7-18.
 24. Campos-Navarro R, Citarella L, Willačkuna. "Un programa en salud intercultural en Bolivia". En: Fernández-Juárez G (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya Yala/Agencia Bolhispana/Universidad de Castilla La Mancha, 2004.
 25. Secretaría de Salud, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. *Fortalecimiento y desarrollo de la medicina tradicional mexicana y su relación intercultural con la medicina institucional*. México, D.F. Secretaría de Salud, 2003.
 26. Rodríguez-Hernández A, Barrera I, Vázquez-Aguilar K, Cortés E. *Medicina tradicional en la Huasteca y el Totonacapan. Socialización de una experiencia de intervención institucional con enfoque intercultural en el Estado de Veracruz*. Xalapa: Servicios de Salud de Veracruz, 2007.
 27. Varios. *Salud e interculturalidad*. Oaxaca: Grupo de estudios sobre la mujer "Rosario Castellanos", AC, 2006.
 28. Quattrocchi P, Güémez-Pineda M (coord.). *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*. Mérida: Asociación de Investigaciones Etno-antropológicas y Sociales de Trieste/Unidad de Ciencias Sociales del Centro de Investigaciones Regionales Dr. Hideyo Noguchi de la UADY/Unidad Académica de Ciencias Sociales y Humanidades de la UNAM/Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya del Estado de Yucatán/Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2007.
 29. Universidad Nacional Autónoma de México. *Programa Universitario México, Nación Multicultural*. México, D.F. PUMC, UNAM, 2005.
 30. Cruz-Santacruz R, Ruiz-Belman A. "La enseñanza de la antropología médica en la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional". En: Izquierdo T, Aguirre E (ed.). *Medicina tradicional en el contexto de la antropología médica. Experiencias que iluminan la enseñanza y la práctica en las Ciencias de la Salud*. México, D.F. Universidad Autónoma Metropolitana, 2006.
 31. Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Medicina. "Temario general del curso de antropología médica (enero-junio 2010)". México, D.F. IPN, 2010.
 32. Camacho R, Guzmán C. "Constructivismo y medicina tradicional. (Una experiencia en la formación médica)". En: Izquierdo T, Aguirre E (ed.). *Medicina tradicional en el contexto de la antropología médica. Experiencias que iluminan la enseñanza y la práctica en las ciencias de la salud*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 2006.
 33. Martínez-Camilo N. "La enseñanza de la terapéutica tradicional mexicana en la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia del Instituto Politécnico Nacional". En: Izquierdo T, Aguirre E (ed.). *Medicina tradicional en el contexto de la antropología médica. Experiencias que iluminan la enseñanza y la práctica en las Ciencias de la Salud*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 2006.

Lecturas recomendadas

- Good B. *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Ediciones Bellaterra, 2003.
- Knipper M. *Más allá de lo indígena: Salud e interculturalidad a nivel global*. Rev Peru Med Exp Salud Pública, 2010;27(1):94-101.
- Martínez Hernández A. *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos Editorial, 2008.
- Organización Panamericana de la Salud. *Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos*. Washington DC: OPS, 1998.
- Perdiguero E, Comelles J. *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Ediciones Bellaterra, 2000.

Cosmovisión maya

Carlos Lenkersdorf

Conceptos clave

Mayas • Tojolabales • Cosmovisión • Cosmovivencia

Introducción

Para el historiador Alfredo López Austin, la cosmovisión se define como “el conjunto estructurado de los diversos sistemas ideológicos con los que el grupo social, en un momento histórico, pretende aprehender el universo, engloba todos los sistemas, los ordena y los ubica”. De acuerdo con lo anterior, se puede afirmar que todos los aspectos de la vida de los seres humanos están determinados por su cosmovisión, la cual, además, es un concepto dinámico, es decir, en constante transformación. Así, las interacciones en el ámbito del proceso salud/enfermedad resultan ser un encuentro con “el otro”, por lo que resulta de vital importancia reconocer el contexto del otro para lograr una buena comunicación que facilite el abordaje de ese fin común: la atención y solución de un problema de salud.

Este capítulo es una propuesta para la reflexión de este tema, tomando como punto de partida un ejemplo de aplicación teórica y práctica, expuesto en el siguiente trabajo del filósofo y lingüista alemán —quien radicó en México— Carlos Lenkersdorf.

Mayas

Los mayas viven, no son fósiles que sólo pueden ser admirados en los museos. Son nuestros contemporáneos y tienen una historia milenaria que ha vivido muchos cambios a lo largo del tiempo. En el siglo XVI, al llegar los europeos a este continente, los mayas ya habían pasado épocas de su historia muy diferentes. En los museos se exhiben las obras impresionantes del llamado periodo clásico que duró, apro-

ximadamente, de los años 300 hasta los 900. En esa época fueron construidas las pirámides, los lugares sagrados con palacios, juegos de pelota, esculturas y estelas con inscripciones glíficas labradas en piedra. Los testimonios de aquel periodo hoy día están en ruinas que abundan en el sureste de México y en los países vecinos Belice, Guatemala y Honduras. Se trata de los lugares conocidos como Palenque, Yaxchilán, Tikal y muchos otros.

Fue el periodo caracterizado por una estratificación social muy marcada en cuya cúspide se encontró una élite de reinantes y sacerdotes. Algunas excavaciones arqueológicas han mostrado que alrededor de los lugares conocidos el pueblo vivía en casas bastante modestas, no construidas de piedra, parecidas a las casas sencillas de los pueblos mayas de hoy día.

El periodo clásico terminó y este hecho causó muchos problemas entre los investigadores mayistas. Se habló del colapso de la cultura maya y se preguntó por la causa del derrumbe. Para enfocar el problema bien es necesario afirmar que al terminar el clásico se acabó la estructura social elitista y ya no se construyeron edificios suntuosos. Los mayas, sin embargo, continuaban y estaban presentes al llegar los europeos, siglos más tarde, y siguen presentes hoy día.

En efecto, los mayas del posclásico abandonaron los lugares conocidos, hoy día en ruinas. Obviamente se habían cansado de las élites y no seguían escribiendo en piedra porque habían descubierto el papel en un árbol que, en tojolabal, se llama *ju'un te'* o *papel-árbol*, tal vez mejor traducido árbol de o para papel, conocido en México como *amate*, palabra náhuatl que tiene el mismo significado y tuvo la misma función entre los nahuas prehispánicos. El abandono de la escritura en piedra parece entonces la opción más comprensible: nadie escribe en piedra si tiene papel a su disposición. De todos modos, la escritura no se echó a perder. Los contados códices que sobrevivieron al celo des-

tractor de los conquistadores marciales y espirituales, así como la quema de libros, considerados ídólatras, son testimonios elocuentes de que el arte de escribir no se perdió al terminar el periodo clásico. La cultura literaria de los mayas está bien atestiguada para los tiempos previos a la conquista, y posterior a ésta aprendieron a escribir su lengua con letras usadas para la escritura del español. Documentos del siglo XVI lo confirman, así como los libros de *Chilam Balam* de Yucatán.

Ahora bien, el abandono de los "edificios" suntuosos, combinado con un posible rechazo de las élites, se encuentra también hoy día. Hasta los tiempos del presidente Lázaro Cárdenas todos los mayas tojolabales vivían acasillados en fincas. Con el cardenismo comenzaron a fundarse los primeros ejidos, en especial entre los mayas. En algunos casos se les dotaron de tierras nacionales, en otras, recibieron las tierras de las fincas; incluso, en casos determinados se incluyó el casco de la finca con la casa grande. Los nuevos ejidatarios jamás ocuparon, ni ocupan hasta hoy, la casa grande como vivienda. A veces la usan para fines ejidales, para salones de clase o cosas por el estilo; en otros casos, todo el complejo de edificios de la finca queda abandonado. El rechazo de la vida en las fincas con la explotación, el desprecio, la discriminación fueron motivos suficientes para no ocupar los edificios, por sólidos, amplios, suntuosos que fueran. Esta clase de casas representa un tipo de sociedad diferente hasta las raíces de la vida maya-tojolabal y opuesta a la misma. El uso de la casa grande para hacerla servir de vivienda para los tojolabales simplemente no ocurre: obviamente causa repudio porque implicaría identificarse con los patronos, moradores anteriores y explotadores, lo que es una opción inaceptable. La actitud mencionada parece ofrecer una explicación probable del abandono de las "ciudades o asentamientos impresionantes" al terminar el periodo clásico.

En resumidas cuentas, los mayas no son elitistas y tampoco quieren vivir en casas de las élites, y siguen manteniendo esta opción hasta hoy. En su gran mayoría son agricultores si tienen tierras para labrarlas, asunto que en Guatemala a menudo es problemático. Muchos mayas guatemaltecos no poseen tierras y, por tanto, tienen que dedicarse a la artesanía textil y otros oficios o profesiones.

De todos modos, la cultura maya actual se edifica sobre una historia milenaria cuya particularidad sigue manifestándose también a partir de la llegada de los europeos. La conquista de la región maya se distingue notablemente de la zona centro del país, diferencia que está ligada también con la cultura maya.

Como ejemplo de comparación, véase la caída de la monarquía azteca, que al derrumbarse cayó con ella todo el imperio y, en consecuencia, no hubo una caída espectacular. Los mayas vivían en una serie de estados pequeños que los españoles tuvieron que conquistar uno por uno. A menudo, al caer alguno se levantó otro que los españoles pensaron vencido ya, y así siguió el proceso. A lo largo de 500

años, desde la llegada de los europeos, no hubo un solo siglo sin levantamiento maya. La "guerra de castas", así llamada por los no-mayas y que ocurrió en el siglo XIX, duró unos 50 años. El 1 de enero de 1994 es otra fecha memorable de un levantamiento maya al terminar el siglo XX. Dura ya más de dos décadas y la problemática de la rebelión no se ha resuelto.

Al mirar el mapa de la región maya se observa que, hasta hoy, no hay ciudad alguna en la parte interior de la región: todas están en la periferia. Dicho de otro modo, se nota la primera señal de la cultura maya. Son pueblos comprometidos con la libertad y no se someten a aquellos que los quieren someter y mandar. Así abandonaron a las élites mayas a fines del primer milenio, y en repetidas ocasiones se rebelaron —y lo hacen aún— contra otras autoridades opuestas a la cultura ligada a su libertad. Al estudiar la cosmovisión de los mayas será posible volver a encontrar la particularidad de su cultura, marcadamente política y democrática.

Los mayas del pasado y del presente viven más o menos en las mismas regiones. Es decir, en la Huasteca, el sureste de México y los países de Belice, Guatemala y Honduras, y probablemente todavía los hay en El Salvador. En total son unos 30 pueblos o naciones con idiomas relacionados pero, a la vez, diferenciados. Se derivan de un tronco común llamado protomaya, que no se habla ya y que fue en parte reconstruido por algunos lingüistas. En total se estima que hay 4.5 millones de habitantes hablantes de lenguas mayas.¹

Tojolabales

Los tojolabales son uno de los pueblos mayas que viven en los Altos de Chiapas, en la región fronteriza con Guatemala, al norte y este de Comitán, sobre todo en los municipios de Las Margaritas y Altamirano, pero también en los municipios aledaños de Comitán, Independencia y otros, así como en los nuevos municipios que se están formando en la zona de conflicto o resistencia. Los tojolabales cuentan aproximadamente con una población de 50 000 hasta 80 000 personas.¹

Los tojolabales son campesinos, cultivan el maíz que representa su alimento básico. Si les va bien, aparte de maíz en forma de tortillas y pozol, comen frijoles y chiles y beben café. Éstos son los alimentos básicos de diario, así que son, pues, vegetarianos. Raras veces durante el año se come carne. Tampoco toman leche. El ganado que tienen representa el ahorro que se puede utilizar en casos de emergencia. Así como en los tiempos del *Popol Wuj*,² los tojolabales con los demás mayas son los hombres del maíz. El *Popol Wuj*,¹¹ escrito en el maya-quiché de Guatemala, representa un texto sagrado que narra que los humanos no están hechos de lodo o barro como en la Biblia, sino de maíz. En el curso del presente capítulo hay otras referencias a ese texto, fundamental para entender y explicar la cultura maya. De hecho, permite

ver la unidad de los pueblos mayas al descubrir que algunas idiosincrasias de los tojolabales tienen sus raíces en los testimonios del *Popōl Wuj*. Convergencia confirmada, además, por compañeros mayas de otros pueblos, tanto de las tierras altas como de las bajas en la península de Yucatán.

El método

Permítanme algunas observaciones sobre el método de la presente exposición (citadas en primera persona). Hace más de 20 años que llegué a Chiapas, donde los tojolabales. No los entendí ni me entendieron. Pensé: "si llegas a México debes hablar la lengua de los mexicanos. Si no la conoces, debes aprenderla", y es así con cualquier pueblo y en cualquier país, al menos en mi opinión. Se dio, sin embargo, el caso particular y a la vez típico de que no hubo un libro para aprender el idioma, tampoco diccionario, ni maestros. La mayoría de las lenguas de los pueblos autóctonos no se enseñan, ni en México ni en otros países del continente, como tampoco en Australia. Los pueblos aborígenes, en efecto, no son iguales que los demás pueblos, sean mexicanos, brasileños, estadounidenses, etc. Sus lenguas no se enseñan, no forman parte de los planes de estudio de las escuelas, ni siquiera de las universidades. Hay, pues, lenguas y pueblos de primera y otros de segunda que tampoco se llaman pueblos sino etnias o tribus, cuyos idiomas suelen llamarse dialectos, muchos de los cuales no están transcritos.

Con esto surgió un problema: cómo y dónde aprender el idioma tojolabal. Se me ocurrió una sola solución viable: ve con el pueblo y aprende con el mismo pueblo. Pedí, pues, a algunos tojolabales que me enseñaran su idioma. Hablaron con su comunidad y avisaron del acuerdo tomado. No había maestros que lo enseñasen, pero por tres semanas un hombre casado vendría a darme clases. Digo "hombre casado", porque una persona no casada todavía no es una persona completa, desde la perspectiva tojolabal. Así pues, comenzaron las lecciones, y aprendí mucho gracias a la dedicación de quienes impartieron esta enseñanza.

Se produjo algo inesperado a causa de esta solicitud, junto con la respuesta y las lecciones: se estableció entre los tojolabales y quien esto escribe una relación particular que no se borró desde aquel entonces, sino que sigue vigente. Los tojolabales se convirtieron en mis maestros y yo, en su aprendiz.

Pocos días después de iniciar las clases, uno de los "maestros" dijo: "Eres el primero que quiere aprender de nosotros. Jamás alguien nos dijo cosa semejante. Todo el mundo quiere enseñarnos: los maestros, los padres, las madres, los doctores, los abogados, los extensionistas, el gobierno. Todo el mundo quiere que aprendamos de ellos. Para ellos, no sabemos nada de nada. Tú, en cambio, sabes que sí sabemos algo que no sabes y que quieres aprender de nosotros".

Por lo dicho, para mí, el alumno, hubo una perspectiva inédita; es decir, los tojolabales nunca han sido ni son infor-

mantes que responden a nuestras preguntas, mismas que surgen de nuestra manera de pensar, de nuestras interrogantes, de nuestra cultura y cosmovisión. Por ello, la presente exposición no es más que un testimonio de lo que los tojolabales me enseñaron y siguen enseñándome de su lengua y su cultura; exposición, pues, de un alumno que aprende de aquellos a quienes todo el mundo quiere enseñar porque parece que no saben nada. A la vez, debo confesar que el alumno sí es partidario: toma partido por sus maestros, con quienes establecí un compromiso. Me han enseñado mucho, y siguen haciéndolo. Abrieron mis ojos para captar realidades antes ignoradas o reprimidas.

Cosmovisiones

Cosmovisión quiere decir "ver el mundo", y se refiere a una manera determinada de percibir la realidad. Para hablar de la cosmovisión maya, se debe presuponer que no es la única, sino que es distinta, por ejemplo, de la occidental. Si todo el mundo tuviera la misma cosmovisión, la particularidad de ésta no sería tema para nadie porque no existiría. En el caso de una cosmovisión única, las variantes serían aberraciones patológicas, como por ejemplo el daltonismo: quien no puede distinguir los colores de los semáforos sufre de una "enfermedad" o de un "defecto" particular y la sociedad le prohíbe conducir un auto. La confusión de los colores tiene, pues, consecuencias terminantes. La razón es que el daltónico no percibe los colores "como son" o como "todo el mundo" los ve. Dicho de otro modo, la percepción de ver el mundo está relacionada con otro asunto. O bien se perciben las cosas como son, o bien se perciben de otro modo, con consecuencias graves. A la percepción alternativa se le considera patológica, es falsa, no es correcta, por ello existen "castigos" determinados de parte de la sociedad dominante cuya percepción se considera correcta.

Platón escribió un texto famoso e instructivo sobre esta temática, el cual muestra las repercusiones profundas del tema de las cosmovisiones. Se trata del "Mito de la caverna", incluido en el libro siete del tratado *La República*.⁴ Por la importancia y las profundas repercusiones de este mito, cabe recordar brevemente los datos básicos.

El mito de la caverna, según Platón

Según el mito, los hombres ven las cosas de un modo determinado porque todos están sentados y encadenados en una caverna. Las cadenas inhiben a los individuos de manera tal que les es imposible voltear para ver a la derecha o a la izquierda, tampoco arriba ni abajo. La única vista que queda es hacia el frente. Los sujetos están sentados con la espalda hacia la entrada de la caverna, la cual se encuentra lejos. Para poder ver hay una hoguera a las espaldas y algunos individuos se ocupan de cargar diversos objetos entre la fuente de luz y los hombres encadenados, a fin de que éstos vean las sombras de dichos objetos, de sí mismos y de los

demás sujetos. No se conoce otra cosa, más que dichas sombras, ni se percibe el hecho de que se está encadenado. Por ello, las sombras representan la realidad. Los sujetos hablan con los compañeros-sombras para afinar y fundar científicamente la percepción. Ésta, por supuesto, no sólo fluye en lo que se capta con los cinco sentidos, sino que, según la percepción de las cosas, cada uno se arregla de la misma manera en la vida particular, social, política, cultural, etc. Nadie puede, ni quiere, actuar en contra de esas percepciones. La cosmovisión implica, pues, el comportamiento de los hombres.

Para Platón, alguien, un filósofo, cobra conciencia del hecho de que está encadenado. Se libera, da la vuelta, pasa cerca del fuego y descubre que todo lo que había visto fueron sombras y no las cosas mismas. No se detiene en la hoguera, sino que sigue subiendo hacia la entrada de la caverna. Al alcanzarla, sale y ve la luz, el sol y las cosas como son en realidad. La luz, sin embargo, es tan fuerte que se siente cegado y sólo poco a poco se acostumbra y puede ver todo tal como es. La verdad, pues, es deslumbrante y deja atónita a la persona que la percibe.

Después de un tiempo el filósofo recuerda a los hombres en la caverna y el hecho de que sólo ven sombras, y que confunden la verdad. Entonces decide regresar para liberarlos de sus errores. Al acercarse a ellos y hablarles de su descubrimiento no quieren escucharlo. En efecto, no aceptan sus palabras, lo rechazan porque ignoran y no pueden comprobar la verdad de sus percepciones. Han desarrollado teorías rigurosas que confirman la científicidad de sus observaciones. Entre los que viven en la oscuridad y ven sólo las sombras de las cosas no hay cabida para otra visión, aunque ésta sea la verdad iluminada misma.

Cosmovisiones inquietantes

El mito resulta muy instructivo porque enseña varios aspectos de la temática de la cosmovisión. Ésta se relaciona no sólo con el sentido de la vista sino con todos los sentidos, con la imaginación y la manera de vivir del ser humano. Cosmovisión y cosmovivencia se complementan. En todos los sentidos, los hombres viven en la cueva, ven en la misma dirección, perciben las mismas cosas y conforme a esas percepciones arreglan su vida. El hecho de que comparten la misma percepción explica su convicción de que lo que ven es la realidad. Otros modos de ver las cosas son falsos, pueden ser patológicos (recuérdese el daltonismo) o son nocivos, por no decir subversivos, porque de hecho estorban la estabilidad necesaria para la investigación científica y también perturban el orden social y político. Por ello, las desviaciones no se aceptan ni se toleran. Platón mismo va al otro extremo de la escala. Al salir de la caverna, el filósofo ve la luz verdadera que le hace percibir las cosas reales. Se refiere, por supuesto, a la percepción de las "ideas", los

modelos para todas las cosas vistas en la realidad diaria. Nuevamente establece la escisión maniquea. El filósofo ve la verdad, los demás, sólo sombras.

Platón no fue el único en llegar a tal concepción. Muchas religiones e ideologías excluyentes han alcanzado el mismo fin. Sin embargo, sus opiniones, radicalmente diferentes, no tienen cabida en la sociedad. Son "importaciones" de extranjeros con ideas extrañas. Sin embargo, si los extranjeros quieren vivir en esta sociedad, tienen que adaptarse a esta manera de ver y hacer las cosas.

El pluralismo de las cosmovisiones

Al hablar de la cosmovisión maya, es importante hacer hincapié en la pluralidad de las cosmovisiones que exigen que la cosmovisión propia, la occidental, científica, globalizante, moderna, progresista, etc., *no es la única, ni es universal*. En efecto, es provinciana, es una entre otras. Por consiguiente, tiene que aprender a vivir con la pluralidad de cosmovisiones. Vivir el pluralismo en todos los aspectos: cultural, político, social, etc., exige modestia, tolerancia, respeto mutuo y el reconocimiento de las limitaciones de la propia visión, de la propia manera de arreglar la sociedad y la vida.

Hablar de cosmovisión, además, no es sólo algo teórico, sino que tiene repercusiones políticas, sociales, culturales, religiosas. Se da fin a la idea de que uno es quien sabe y determina: el líder, el sabio, el caudillo. La pluralidad de cosmovisiones representa el fin de los monismos, monoteísmos, monarquías o presidencialismos, así como de que la verdad es una sola.

Dicho dentro del marco del mito de la caverna, al salir de ahí no se entra a la luz que hace ver las cosas verdaderas y descalifica todo lo visto con anterioridad. Nada de eso. Al salir de la caverna entramos en otra caverna. Hay, pues, muchas cavernas. El ser humano es cavernícola y poco a poco comienza a conocer a sus compañeros o hermanos cavernícolas. Le falta aprender a convivir con ellos. Este camino es largo, y para quienes se aferren a las verdades únicas, será mejor que no descubran que las otras cavernas esconden misterios y secretos que faltan por captar, digerir y respetar.

De cualquier manera, hay que subrayar que el tema de las cosmovisiones puede resultar peligroso. Sócrates no fue la última víctima. El Santo Oficio o la Inquisición, así como las policías dedicadas a la seguridad del Estado (cualquiera que sea su nombre) y todos sus herederos siguen en defensa de la cosmovisión y cosmovivencia únicas y aceptadas.

Queda el problema de cómo acercarse a otra cosmovisión. Y es un problema doble: cómo salir de la caverna *propia* y cómo entrar en la de otra cosmovisión. Es un desafío porque relativiza todas las convicciones, además de que interpela, sacude y conduce a realidades y verdades ignoradas, a veces reprimidas, hasta la fecha.

Preguntas de repaso

1. Escriba, con sus palabras, una definición de cosmovisión.
2. ¿Qué aspectos considera que deben conocerse para establecer relación con un paciente, en cualquier contexto?
3. ¿Qué relevancia tiene conocer el contexto sociocultural y familiar de la persona cuando se brinda atención médica?
4. ¿Qué implicaciones tiene la cosmovisión de los pacientes en los tratamientos médicos que reciben?
5. ¿Qué importancia tiene reconocer los elementos de la propia cosmovisión al momento de establecer una relación profesional de la salud-paciente?

Para reflexionar...

CONCEPTOS DE SISTEMA IDEOLÓGICO Y COSMOVISIÓN: SU RELACIÓN CON LA MEDICINA

Por sistema ideológico puede entenderse el conjunto articulado de elementos ideológicos (representaciones, ideas y creencias) delimitados por particulares formas de acción, con los que un individuo o un grupo social operan sobre un ámbito particular del universo. Es necesario hacer hincapié en la naturaleza ideológica del sistema. El hombre pretende aprehender cada ámbito particular del universo con el fin de dominarlo y encauzar su acción en él, pero los sistemas no se van integrando, en forma simple, sólo con los elementos derivados de un consciente enfrentamiento a la realidad del mundo [...].

La indisoluble vinculación de los sistemas ideológicos produce particulares concepciones del universo. Por cosmovisión puede entenderse el conjunto articulado de sistemas ideológicos, relacionados entre sí en forma relativamente congruente, con el que un individuo o un grupo social, en un momento histórico, pretende aprehender el universo [...].

Veamos, sobre estas bases, la ubicación del campo de la medicina. En términos generales —y no es posible una mayor precisión, dadas las diferencias existentes entre las distintas

concepciones del mundo—, es factible deslindar el campo de la medicina de la siguiente manera: su ámbito particular del universo es el de la salud, la enfermedad, el dolor y la muerte del organismo humano. Debido a la acción del hombre sobre este ámbito, surge una forma particular de conciencia social que tiene como fines fundamentales eliminar el dolor, restituir la salud y prolongar la vida. Esta forma particular de conciencia social se cristaliza a su vez, en el campo de lo concreto, en formas particulares de acción que incluyen prácticas, instituciones, normas de conducta, reglas, medios de transmisión ideológica y cualesquiera otros medios encaminados al cumplimiento de los mencionados fines fundamentales; y en el campo de lo abstracto, en un sistema ideológico en el que se integran de manera relativamente congruente las concepciones acerca de la naturaleza de la salud, de la enfermedad, del dolor, de la vida, de la muerte y de cómo la acción humana, de manera directa o indirecta, puede intervenir para el cumplimiento de los fines que dan origen a esta forma particular de conciencia social.

López-Austin A. "Cosmovisión y salud entre los mexicas". En: López-Austin A, Viesca C (coord.). *Historia general de la medicina en México*, tomo I. México antiguo. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Academia Nacional de Medicina, 1984:101-102.

Citas adicionales

I No hay datos exactos por varias razones. Falta una definición válida de quiénes son indígenas. ¿Son los monolingües? ¿Los que usan huaraches? ¿Personas arriba de cinco años de edad? Éstas y otras preguntas no aclaradas dificultan el censo. Además, hay poblados muy apartados donde no llegan las personas que llevan el registro del censo. En otras ocasiones las mismas personas están mal preparadas, no conocen bien las lenguas, ni siquiera el español, para entender las preguntas del censo o las respuestas de los censados.

II Véase la edición de Albertina Saravia E. El *Popol Wuj* y los varios libros de *Chilam Balam* son textos fundamentales para introducir a los interesados en la cultura y cosmovisión de los pueblos mayas.² También se recomienda el libro-testimonio de Rigoberta Menchú, mujer quiché quien recibió el premio Nobel de la Paz en 1992.³

Bibliografía

Referencias

1. Glük H (ed.). *Metzler lexicon sprache*. Stuttgart y Weimar, Alemania: Verlag J-B Metzler, 1993.

2. Saravia EA. *Popol Wuj. Antiguas historias de los indios quichés de Guatemala*. Advertencia, versión y vocabulario de Albertina Saravia E, 18a. ed. México, D.F.: Editorial Porrúa, 1992.

3. Burgos E. *Me llamo Rigoberta Menchú, y así me nació la conciencia*. México: Siglo XXI Editores, 2013.
4. Burnet I. "Platonis opera", tomo IV. *Recognovit brevique adnotatione critica instruxit Ioannes Burnet*. Oxford, Inglaterra: E Typographeo Clarendoniano, 1957.

Lecturas recomendadas

Esquirol J. *Uno mismo y los otros. De las experiencias existenciales a la interculturalidad*. Barcelona: Ed. Herder, 2005.

Lesser C. *La medicina mapuche: cosmovisión e identidad, pérdida y recuperación*. Independent Study Project (ISP) Collection. Paper 285, 2006.

López Austin A. "La cosmovisión mesoamericana". En: Lombardo S, Nalda E (coord.). *Temas mesoamericanos*. México: INAH, 1996:471-507.

Páez Casadiegos Y. *Cosmovisiones de la medicina: una aproximación crítico-hermenéutica*. Bogotá: Universidad del Norte, 2008.

Pluriculturalidad, nación y pueblos originarios en México

Alfredo Paulo Maya

CAPÍTULO

4

Conceptos clave

Indígena • Hablante de lengua indígena • Políticas del Estado nación • Derechos de los pueblos indígenas

Introducción

México se reconoce como una *nación pluricultural*, donde los pueblos indígenas juegan un papel muy importante; sin embargo, para las instancias gubernamentales y académicas existe una indefinición de lo que se entiende por *lo indígena*, que en el mejor de los casos se relaciona con pobreza, aislamiento, analfabetismo, sistemas normativos basados en los usos y costumbres, así como por concentrar las mayores tasas de morbilidad a nivel nacional, o también, como una especie de guardián del pasado prehispánico.

El objetivo del presente capítulo es analizar la situación de los hablantes de lengua indígena en la nación mexicana, los derechos de los pueblos indígenas y la responsabilidad del Estado mexicano.

Cabe citar en este contexto el artículo 2o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (decreto publicado en el *Diario Oficial* de la Federación el 14 de agosto de 2001):

La Nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas, que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

La conciencia de su identidad indígena deberá ser criterio fundamental para determinar a quiénes se aplican las disposiciones sobre pueblos indígenas.

Son comunidades integrantes de un pueblo indígena aquellas que formen una unidad social, económica y cultural, asentadas en un territorio y que reconocen autoridades propias de acuerdo con sus usos y costumbres.

Lo indígena en la nación mexicana

Para la mayoría de las instituciones gubernamentales en la nación mexicana, las poblaciones indígenas se asocian con pobreza, aislamiento, analfabetismo, sistemas normativos basados en los usos y costumbres, así como por concentrar

las mayores tasas de morbilidad a nivel nacional, por tanto, se les considera un obstáculo o lastre para el desarrollo económico. Debido a lo anterior, no es de extrañar que a través de los análisis censales tiendan a destacar su paulatina disminución.

Otra variante se manifiesta en los museos y exposiciones de arte, que conciben a los indígenas como una especie de guardián del pasado prehispánico, que entre otros aspectos se ve reflejado por su apego a la tierra, en la que el "ciclo del maíz" resulta fundamental para la reproducción de su cosmovisión.

Lo primero que habría que aclarar es que en México los censos no registran indígenas, sino a hablantes de una lengua indígena (HLI), es decir, una categoría de carácter objetivo, que permite realizar estimaciones estadísticas.

En el censo del año 2000 se incluyó la autoidentificación para definir lo indígena, y si bien se trató de un buen acercamiento hacia criterios cualitativos, no se aplicó sobre la totalidad de la población nacional, sino a ciertas comunidades y regiones donde predominaba la población HLI, además de que se le analizó como un dato estadístico, por lo que se tendió a anular el contexto sociocultural.

Al respecto, es importante resaltar que la autoidentificación es parte fundamental de toda identidad, en la que un grupo se define frente a los otros como diferente o con características culturales particulares, es decir, se trata de un proceso relacional y dinámico.¹ Por ello, el mero registro de la definición personal, y no del grupo social al que pertenece, no da cuenta de la relación sociocultural.

Hablantes de lengua indígena

Una vez aclarado lo anterior, examinemos primero la presencia de los hablantes de una lengua indígena en México (HLI), según los censos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

La primera contradicción de los análisis censales es que, si bien en las tres últimas décadas se compara el porcentaje de HLI con los no hablantes, parecería que los primeros tienden a desaparecer en forma paulatina, tal como lo afirman las instancias gubernamentales. Sin embargo, al comparar en números absolutos la cantidad de HLI mayores de cinco años en los cuatro últimos censos nacionales, encontramos que este sector de la población mantiene una

Cuadro 4-1. Registro de hablantes de lengua indígena del año 2000 al 2010.

Censo	2000	2005	2010
Total	6 044 547	6 011 202	6 695 228

Fuente: www.inegi.gob.mx

tendencia creciente: mientras en 1970 los HLI de cinco años y más eran 3.1 millones, para 1990 eran 5.3 millones, y para el año 2000, 6 millones.

De hecho, al inicio del siglo XXI, tan sólo si se considera el sector de HLI mayores de cinco años, es evidente la tendencia hacia el incremento (cuadro 4-1).

Otra tendencia que contribuye a anular el peso demográfico de los HLI se relaciona con su análisis, ya que éste abarca sólo a los mayores de cinco años, por lo que no se contempla a un gran sector de la población y da la impresión de dicha tendencia a disminuir.

Por ejemplo, en el censo del 2000 se registró un total de 6 044 547 hablantes de lengua indígena mayores de cinco años, pero al agregársele los menores de esa edad cuyo padre es HLI (1 233 455), más los que se consideraron indígenas, pero no hablaban una lengua indígena (1 103 312), daba un total de 8 331 314 de población indígena estimada. Así, 28% (2 336 767) de este sector de la población no fue contemplado por la mayoría de los programas y políticas gubernamentales.

Distribución de los hablantes de lengua indígena en el territorio nacional

Respecto a la distribución de la población HLI en la República Mexicana, se afirma que ésta se concentra básicamente en el sureste del territorio; sin embargo, este dato tiende a ocultar que los HLI se encuentran presentes prácticamente en todos los estados del país. De hecho, del año 2000 al 2010, tan sólo en cinco entidades (Campeche, Distrito Federal, Oaxaca, Sinaloa y Tabasco) se notó la disminución de HLI. En contraste, 29 entidades experimentaron incrementos importantes (cuadro 4-2).

Por otra parte, a menudo se afirma que los HLI se localizan en poblaciones pequeñas y aisladas, por lo que se oculta la tendencia creciente de este sector de la población a emigrar y radicar en centros urbanos. Tal es el caso de Nuevo León, entidad que no se caracterizaba por presentar HLI y que en la década de 2000-2010 pasó de 15 446 a 40 137 HLI.

Otro caso es el estado de Morelos, donde se observa que desde la década de 1980-1989 los municipios que concentraron el mayor número de HLI fueron Cuautla y Cuernavaca, es decir, los dos principales centros urbanos en la entidad (figura 4-1).

Es así que en este nuevo milenio la población HLI mayor de cinco años tiende a concentrarse en los núcleos ur-

Cuadro 4-2. Hablantes de lengua indígena mayores de cinco años por entidad federativa.

Entidad federativa	2000 Total	2010 Total
Estados Unidos Mexicanos	6 044 547	6 695 228
Aguascalientes	1 244	2 436
Baja California	37 685	41 005
Baja California Sur	5 353	10 661
Campeche	93 765	91 094
Coahuila	3 032	6 105
Colima	2 932	3 983
Chiapas	809 592	1 141 499
Chihuahua	84 086	104 014
Ciudad de México	141 710	122 411
Durango	24 934	30 894
Guanajuato	10 689	14 835
Guerrero	367 110	456 774
Hidalgo	339 866	359 972
Jalisco	39 259	51 702
México	361 972	376 830
Michoacán	121 849	136 608
Morelos	30 896	31 388
Nayarit	37 206	49 963
Nuevo León	15 446	40 137
Oaxaca	1 120 312	1 165 186
Puebla	565 509	601 680
Querétaro	25 269	29 585
Quintana Roo	173 592	196 060
San Luis Potosí	235 253	248 196
Sinaloa	49 744	23 426
Sonora	55 694	60 310
Tabasco	62 027	60 526
Tamaulipas	17 118	23 296
Tlaxcala	26 662	27 653
Veracruz	633 372	644 559
Yucatán	549 532	537 516
Zacatecas	1 837	4 924

Fuente: www.inegi.gob.mx

banos, ya que 11.2% de este sector de la población se ubicó en localidades de 100 000 o más habitantes.

En el año 2000 se estimaba que en la zona metropolitana del valle de México (16 delegaciones del Distrito Federal, 58 municipios del Estado de México y uno del de Morelos) la población indígena era de 520 000 personas, es decir 2.82% del total de la población. Este fenómeno también ha rebasado las fronteras, aunque falta por estimar su impacto.²

Además de lo anterior, se debe considerar que en el último tercio del siglo pasado la violencia centroamericana, principalmente la guatemalteca, ha arrojado al país inmi-

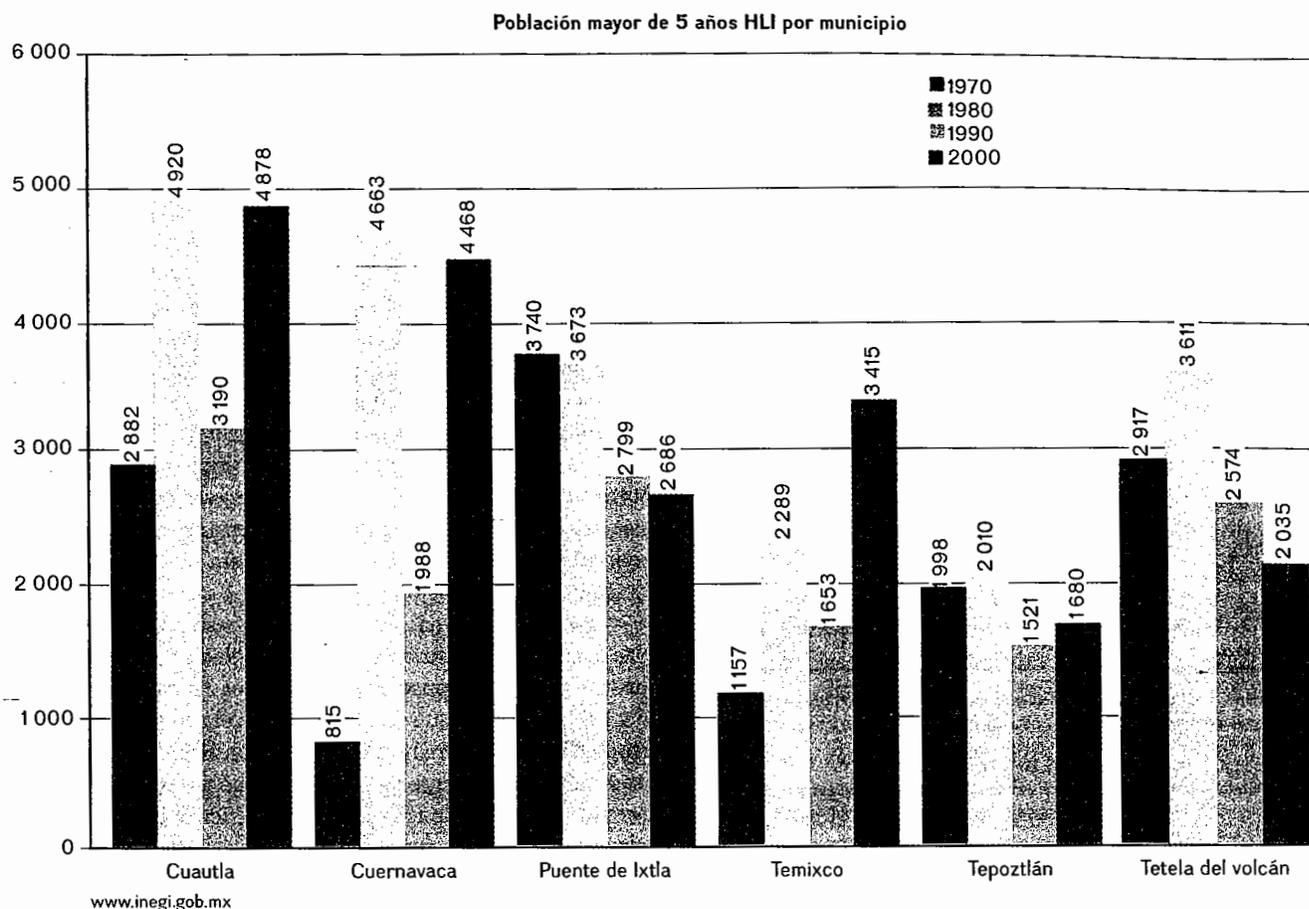


Figura 4-1. Población HLI mayor de cinco años por municipio en el estado de Morelos. Fuente: inegi.gob.mx

grantes indígenas. Se calcula que de 1978-1980 en adelante, alrededor de 140 000 a 150 000 guatemaltecos han entrado al país. Ellos han contribuido con siete nuevas lenguas a México (aguacateco, cakchiquel, chuj, ixil, jacalteco, kekchí y quiché), además ha aumentado el monto de la población de otras tres (chol, kanjobal y mam), ya que hablantes de éstas había y hay en ambos países.

La población indígena se ha incorporado a la migración nacional e internacional. Han migrado a todos los estados y municipios del país y algunos que tradicionalmente no tenían población indígena, ahora cuentan con ella.³

Hablantes de lengua indígena en México y América Latina

Finalmente, al estimar el peso demográfico de la población indígena en México respecto a otras naciones de América Latina, pueden encontrarse diferentes criterios para definir lo indígena, lo cual dificulta las comparaciones. Sin embargo, si se toman los números absolutos registrados por los censos nacionales, México es el segundo país con más HLI, pues el total de 6 695 228 sólo es superado por Perú, con 8.5 millones.

No obstante lo anterior, habría que aclarar que en el caso peruano se hace referencia a los miembros de hogares cuyo jefe(a) o su cónyuge habla lengua materna, mientras que para México sólo se consideró a los HLI mayores de cinco años.

Por lo anterior, si se tomaran los mismos criterios de Perú para definir lo indígena, el análisis colocaría a México como la nación de América Latina que, en números absolutos, cuenta con más hablantes de lengua indígena (cuadro 4-3).

Así, en México la presencia de la población hablante de una lengua indígena representa una constante fundamental de la estructura poblacional y una variable importante por considerar en el contexto del comportamiento demográfico nacional.

Significado y resignificado sobre lo indígena al inicio del milenio

En una nación, lo "étnico" o "lo indio" es un problema de fondo, pues como señala Antonio Annino, en la Europa occidental "la transición a la nación moderna se dio en el marco de una *continuidad territorial* entre los antiguos y los

Cuadro 4-3. Población indígena por países seleccionados de América, último año disponible.

Países	Año	Población	Porcentaje ^a
Argentina ^b	2001	402 921	01.1
Bolivia	2001	5 008 997	62.2
Brasil	2000	734 127	00.4
Chile	2002	692 192	04.6
Colombia ^c	2005	892 631	02.0
Costa Rica ^d	2000	63 876	01.7
Ecuador	2001	830 418	06.8
Guatemala	2002	4 610 440	41.0
Honduras	2001	427 943	07.0
México ^e	2010	6 695 228	06.0
Nicaragua ^f	2005	443 847	08.6
Panamá	2000	285 231	10.0
Paraguay ^d	2002	88 529	01.7
Perú ^g	2001	8 500 000	32.0
Venezuela ^d	2001	506 341	02.3

^a Con respecto al total de la población de cada país; excepto para México, donde se calculó con respecto al total de la población de cinco y más años.

^b Cifras preliminares a partir de la encuesta complementaria.

^c Proyección de población indígena en Colombia.

^d Incluye a la población indígena del censo de población y del censo indígena.

^e La población de México corresponde a la población hablante de lengua indígena de cinco y más años.

^f Incluye pueblos indígenas y comunidades étnicas (criollas y garífunas).

^g Considera como indígenas a los miembros de hogares cuyo jefe(a) o su cónyuge tienen el quechua, aymará, o una lengua indígena amazónica como lengua materna.

Fuente: CEPAL. *Panorama social de América Latina*, 2006. Santiago de Chile, 2007. www.eclac.org (Consulta: 06 de abril de 2010). Para México: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Fecha de actualización: 3 de marzo de 2011.

nuevos regímenes (o con una unificación) como en Alemania e Italia. En cambio, en América las naciones se formaron en una discontinuidad entre el territorio prenatal (antes de las independencias políticas) y el territorio nacional, ante la fractura de los imperios a los cuales pertenecían.^{4,5}

En este sentido, vale la pena preguntarse ¿qué es ser indígena en México?, y ¿qué relación establece con la nación mexicana?

Según Bonfil, “el indio es el colonizado y, como tal, sólo puede entenderse por la relación de dominio a que lo somete el colonizador. En el proceso de producción, en el orden jurídico, en el contacto social cotidiano, en las representaciones colectivas y en los estereotipos de los dos grupos, se expresa siempre la diferenciación y la posición jerarquizada de ambos: el amo y el esclavo, el dominador y el dominado.”⁶

Así, la categoría *indio*, al tener un origen clasista y racista,¹ es apropiada para denominar desde lo económico las relaciones profundamente desiguales en el usufructo de la riqueza. Mientras que desde una ideología dominante, se expresan formas discriminatorias que les niega ser “gente de razón”.

Pero en la actualidad, el problema de reflexionar lo étnico radica en comprender el uso que tiene para el Estado-nación denominarlo “indio”, “etnia” o “indígena” y cómo esta apropiación al grupo diferenciado es incluida dentro de un proyecto de nación. Para este fin se expondrá una breve descripción de la política indigenista que marcó el rumbo del país a partir de la década de 1940-1949. En primer término, porque al no haber hecho una distinción clara entre indios y etnias, se propuso como meta la desaparición de estas últimas y no de los indios; es decir, del orden colonial. Al no reconocer que el problema indígena reside en las relaciones de dominio que sojuzgan a los pueblos colonizados, las políticas indigenistas derivaron en general —en la teoría, pero sobre todo en la práctica— en el planteamiento de líneas de acción que buscan la transformación inducida —y a veces compulsiva— de las culturas étnicas, en vez de la quiebra de las estructuras de dominio. El indigenismo, en fin, pareció considerar que el pluralismo cultural era un obstáculo para la consolidación nacional.⁶

Así, el Estado-nación, cuyo poder se basa en la toma de las decisiones políticas y su orden establecido a través de sus instrucciones, propuso, y en ocasiones hasta impuso, una identidad cultural que se manejó como el resultado de lo que somos como nación: culturalmente constituidos con un pasado histórico común, por lo que tendió a desconocer la diversidad cultural de la nación. La política indigenista, lejos de reconocer la pluriculturalidad, anuló la existencia de las diversas culturas, lo cual expresó el desconocimiento legal y explícito de sus derechos como pueblos.

En contraparte, cuando al indígena se le analiza desde la perspectiva de los movimientos sociales, como actor de la historia, entonces se vuelve activo y se le separa de la nación. Es su no-inclusión en el proyecto de nación lo que justamente lleva a los pueblos a movilizarse y, en los últimos años, a manifestarse como actores políticos que exigen ser incluidos en el proyecto de nación y demandan una nueva relación con el Estado.⁴

En esta esfera de los movimientos sociales resalta un tema significativo que tiene relación permanente con el territorio, al que G. Giménez define como: “[...] el espacio apropiado, ocupado y dominado por un grupo social en vista de asegurar su reproducción y satisfacer sus necesidades vitales, que son a la vez materiales y simbólicas.”⁷ Esa apropiación, que conlleva siempre alguna forma de poder (porque el espacio es un recurso escaso), puede ser de carácter utilitario y/o simbólico-expresivo. Aunque en ciertos casos ambas dimensiones pueden separarse, generalmente son indisolubles y van juntas. Por eso el territorio comporta en forma simultánea una dimensión material y otra, cultural.⁸

Pese al reconocimiento oficial que hacen la constitución mexicana y la OIT a través del convenio 169 sobre el derecho a su territorio y la autodeterminación del mismo, en México los pueblos indígenas no son dueños de su territorio —lo es la nación—. De ahí que se considere que el territorio es una cuestión de tipo colectivo y de permanente

lucha por los pueblos indígenas, que articula apropiación histórica (conocimiento por el espacio) e interacciones culturales (producto cultural).

Al respecto, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Pueblos Indígenas y Tribales señala que el indígena es aquella persona “que se identifica con un grupo por el lenguaje, la cultura y la conciencia de grupo”;⁹ mientras que al complejo “pueblos indígenas” lo definió (en 1989) como: “Pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitan en el país o en una región geográfica a la que pertenecen, en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas”⁸.

De aquí se entiende que México es una nación conformada por pueblos indígenas, considerados así por su historia, fronteras, normas jurídicas e instituciones particulares, que figuran y tienen presencia desde su región geográfica, es decir, un territorio.

Alcances de las políticas del Estado respecto a los pueblos indígenas

Los limitados alcances de la planeación política del Estado-nación en la promoción de los bienes nacionales: salud, educación, procuración de justicia, nutrición, entre otros, han dado como resultado el dominio y el empobrecimiento de los pueblos indígenas.

Lejos de resolver las diferencias sociales, éstas se acumulan creando movimientos generalizados de descontento y la obligada necesidad de los pueblos indígenas a organizarse, para conseguir lo que por derecho constitucional les pertenece.

Y no se debe dejar de considerar que el olvido se hace extensivo a varios estados del país donde la pobreza ha ido en aumento al grado que amplios sectores sociales, incluidos los pueblos indígenas, han migrado a las ciudades en busca de oportunidades, o que se aventuran al país vecino, formando parte de nuevos problemas económicos, sin que a la fecha se tenga una solución a este fenómeno.

Si se realiza el análisis, precisamente por la intensidad de la pobreza, se tiene que son las entidades con peores condiciones —por arriba del promedio nacional— las que concentran a los hablantes de lenguas indígenas.

Al inicio del tercer milenio, según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, tan sólo de 2008 a 2010, la cifra de la población indígena en situación de pobreza se incrementó de 75.9 a 79.3%, para llegar a 5.4 millones. El aumento de 3.4 puntos porcentuales duplica el de la población no indígena. Por otra parte, 80% de los indígenas percibió un ingreso inferior a la línea de bienestar, lo que los convierte en pobres patrimoniales. Así, la propor-

ción de la población indígena en situación de pobreza extrema aumentó de 39.4 a 40.2%.¹⁰

Ante este hecho, las instituciones del Estado centradas en la resolución de las diferencias sociales, no han hecho otra cosa más que acrecentarlas, dadas las limitaciones y alcances de sus programas gubernamentales. Sobre todo, pretenden homogeneizar la pluralidad cultural, bajo un sentido equivocado de la nación.

Así, para las instituciones gubernamentales la población indígena es concebida de manera homogénea y bajo la preñación errónea de su disminución dramática; sin embargo, se trata de un proceso diferencial, pues hay pueblos que tienen un crecimiento alto y otros que se encuentran estancados.

Pero el poco consenso en la definición de los indígenas a partir de los datos existentes no contribuye a orientar de manera adecuada las políticas que deben seguirse en lo educativo, en la salud y en la implementación de programas de desarrollo integrales en las regiones indígenas.

Los apoyos gubernamentales deben aceptar que existen diferencias culturales, políticas y económicas que influyen en la respuesta de los indígenas a los programas del Estado. De esta misma forma, la planeación del sector salud debe referir y aceptar la diversidad con el objeto de impactar en forma positiva en la lucha por la erradicación de enfermedades, la atención a la niñez y su desnutrición, entre otros.

Por otra parte, en México la identidad indígena ha tenido dos ámbitos esenciales, el de la reproducción y el de la movilización de los pueblos originarios que, agrupados en organizaciones y movimientos, retoman la etnicidad como bandera para su identificación y su lucha.¹¹

Así, la etnicidad, que es la lucha por el reconocimiento constitucional de los pueblos indígenas como integrantes de la nación, se ha traducido en la búsqueda de la institucionalización, de la oficialización, y del reconocimiento legal de esa identidad indígena, globalizante a nivel nacional, lo que a largo plazo favorecerá construir un Estado nacional multicultural y multiétnico.

Así, en términos generales, la planeación gubernamental del Estado mexicano debería estar obligada al establecimiento de políticas incluyentes que permitan, por un lado, reconocer la pluralidad del mosaico cultural de las etnias y, por otro, generar una mejor planificación en el ofrecimiento de los bienes nacionales, de tal suerte que los efectos jurídicos y constitucionales promuevan la convivencia pacífica de todos los sectores de la sociedad que conforman la nación mexicana.

No obstante, se debe avanzar en la reflexión en torno a la posición de los pueblos indígenas frente a la oferta política del Estado, de tal forma que éstos logren tener acceso a los bienes nacionales, a los que por ley tienen derecho en igualdad de condiciones.

Tocará a los responsables de dirigir dichos programas institucionales la tarea de crear herramientas jurídicas y

prácticas para hacer efectivo el uso de dichos objetos para la promoción de un Estado-nación que busca su propia identidad política.

A su vez, el reconocimiento que el Estado mexicano da a los pueblos indígenas del país en su marco jurídico lleva a reflexionar sobre las realidades cotidianas que conviven en este mosaico de un país multiétnico y pluricultural.

Reconocimiento y defensa de los derechos de pueblos indígenas

Para hablar de los pueblos indígenas y la defensa de sus derechos en México, habrá que retomar cuál es el escenario internacional del que parten ciertas ideas consensadas que son reflejadas al interior del país, sean éstas convenciones o declaraciones que el Estado mexicano ha aceptado y, en parte, ha retomado para ejecutarlas en sus políticas gubernamentales.

En materia de derechos humanos, al compendiar la historia, se tiene que la defensa de sus derechos ha sido el resultado de reuniones, convenciones, congresos, declaraciones y movimientos indígenas a nivel internacional. Por lo que esto es el motor y soporte de los pueblos indígenas para exigir respeto a sus derechos frente a los estados.

Así, en 1989 se presentó el Convenio 169 de la OIT. Este convenio fue reformado para incidir en el derecho internacional en relación con las demandas de los pueblos indígenas, que en la actualidad promueve la integridad, cultura indígena, los derechos sobre tierras y recursos y la no discriminación en la esfera del bienestar social. Impone también a los Estados la obligación de respetar las aspiraciones de los pueblos indígenas en todas las decisiones que les afecten.⁸

En el escenario internacional, tuvo un impacto en los pueblos indígenas de México el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), que se levantó en armas en 1994 en Chiapas, en protesta contra el gobierno mexicano por la situación en la que se encontraban los grupos indígenas del país. De este enfrentamiento, en 1996, el Gobierno Federal y el EZLN firmaron en el municipio chiapaneco de San Andrés Larráinzar cuatro documentos que popularmente se conocen como *Acuerdos de San Andrés*. En ellos, el gobierno mexicano se comprometió (sin cumplir cabalmente) a reconocer a los pueblos indígenas en la Constitución, así como su derecho a la libre determinación.⁸

De esta manera, el caso de Chiapas no fue ajeno a la atención política del Estado en el ámbito nacional, pues ésta se centró en la existencia de los grupos indígenas y la importancia de la cultura de las diferencias, así como la búsqueda de las identidades culturales plasmadas en el artículo 4o. constitucional.

Así, ante esta complejidad cultural, se traduce una misma actitud de demanda de bienes y servicios postulados por derecho y consignados en la Carta Magna, hacia el Estado mexicano.

A nivel nacional, en relación con las reformas constitucionales en materia de derechos indígenas, después de que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconociera en 1994 al indígena como pueblo, a partir de 2002, 15 entidades federativas declararon el carácter multiétnico o la composición pluricultural de sus indígenas, siendo Oaxaca, Hidalgo, Sonora, Jalisco, Chihuahua, Estado de México, Campeche, Quintana Roo, Michoacán, Chiapas, Veracruz, Durango, Sinaloa, San Luis Potosí y Tabasco los que sustentaron, a través de la ley, la promoción y difusión del desarrollo de los pueblos indígenas. Cinco años más tarde, el 13 de septiembre de 2007, la Asamblea General de las Naciones Unidas, uno de los órganos internacionales del sistema de las Naciones Unidas, celebró la *Declaración sobre los derechos de los pueblos indígenas*, que según Surrallés,¹² "se trata, nada más y nada menos, de una declaración del mismo nivel que la célebre Declaración Universal de los Derechos Humanos, que consagra los derechos especiales, pero con un alcance igualmente universal, de estas colectividades llamadas pueblos indígenas".

Entre los derechos de mayor envergadura de dicha declaración, destaca el desarrollo de los derechos colectivos:

Los más importantes en esta categoría son, sin duda, los artículos 3, 4 y 5, donde se proclama que los pueblos indígenas tienen derecho a la libre determinación que deriva en la libre determinación de su condición política y de su desarrollo económico, social y cultural. Es así como los pueblos indígenas, en ejercicio de su derecho a la libre determinación, tienen derecho a la autonomía o al autogobierno en las cuestiones relacionadas con asuntos internos y locales, así como a disponer de medios para financiar sus funciones autónomas, sin perjuicio de su derecho como ciudadanos a participar plenamente, si lo desean, en la vida política, económica, social y cultural del Estado.¹²

Retomando la idea principal, sobre la determinación de los pueblos indígenas,¹¹ A. Surrallés subraya que la declaración promueve a los pueblos indígenas el libre albedrío por impulsar sus propias políticas y representaciones respecto al territorio tradicional que conserva recursos y prácticas, pero que las acciones llevadas a cabo aún están lejos de concretarse. De este argumento, cabe decir que cada país tiene sus propios alcances y, en efecto, no en todos los países se ha logrado la determinación de sus pueblos indígenas. Para el caso de México, éste ha sido un largo proceso que sigue entretejiéndose.

Exigen derechos colectivos, esto es, ser reconocidos como pueblos indígenas, con derecho a gobierno propio, autodeterminación, justicia de acuerdo a sus tradiciones y a un territorio propio donde ejercer gobierno. Estos derechos colectivos son otra de las grandes preocupaciones, tal como lo manifiestan los pueblos indígenas, ya que sus derechos colectivos les son negados, a pesar de haber firmado un acuerdo internacional (169 de la OIT) y uno nacional (los incumplidos acuerdos de San Andrés).³

Conclusiones

En México existen diferentes manifestaciones culturales heredadas del pasado histórico y que de manera sustancial son puestas en la escena social por los grupos indígenas a través de su lengua, sus usos y costumbres, sus artesanías, sus expresiones cotidianas, entre otros elementos.

Y en oposición al INEGI, que sólo registra montos y categorías aún imprecisas sobre el número de indígenas, pero no la identidad de los grupos, se reconoce en el marco de la cultura a las manifestaciones que los grupos sociales mantienen para identificarse como elementos que pertenecen a un territorio y un tiempo específico, y que los hace diferentes de otros elementos con características propias.

Por tanto, se identifican las diferencias de los pueblos indígenas, reconociendo de este modo que en México existen variadas formas de expresiones que dan como resultado que el país sea de carácter pluriétnico. Dicha referencia hecha hacia los pueblos indígenas, los hace diferentes de las manifestaciones culturales como las "bellas artes", cuyos portadores son otros grupos sociales con condiciones de vida y demandas diferentes.

Recuerde que el *Atlas lingüístico de México y el Catálogo de las lenguas indígenas de México* reconoció que en la nación mexicana existen 364 variantes lingüísticas derivadas de 62 idiomas indígenas y 11 familias lingüísticas, situación que a nivel internacional, ubica a la región como una de las de mayor riqueza lingüística.

En este sentido, se define la pluriculturalidad como la forma de expresión cultural de los diversos grupos sociales y pueblos que conforman la nación. Se dice que en todos los estados del país, particularmente en los de conocido trayecto indígena, viven y conviven múltiples manifestaciones culturales como una forma de vida que les permite subsistir y desarrollarse en su propio medio.

De esta composición pluricultural surge la necesidad de regular y establecer las condiciones de convivencia dentro del territorio nacional. Tenga en mente que para el derecho positivo el Estado es conceptualizado como un conjunto de instituciones y leyes que regulan la convivencia de los conjuntos sociales hacia los bienes de la nación. Bajo este

enfoque, la nación mexicana se identifica por un territorio común, una misma lengua (el español) y un solo sentir, cuyo legado histórico y cultural nos hace a todos llamarnos mexicanos. Sin embargo, dentro del marco de un México pluricultural, las cosas se complican cuando el Estado-nación otorga ciertos sentidos a los pueblos indígenas.

A través de la identidad se reconocen por el uso de su lengua, su propia legislación basada en el derecho consuetudinario (leyes de uso y costumbre aceptadas y reconocidas por el grupo social al que se pertenece), su territorio (región cultural), su cosmovisión.

A pesar del reconocimiento legal de la existencia y aceptación de la pluralidad indígena como en los estados de Chiapas y Oaxaca, las condiciones actuales de los indígenas no dejan de ser alarmantes ante la deficiencia y el acceso que tienen éstos a recursos como la salud, la educación, la procuración de justicia, etc. Basta con observar los conflictos recientes en Chiapas y las resultantes políticas para comprender la demanda del respeto a la autonomía indígena y del cómo no se ha logrado establecer el diálogo cultural entre las condiciones políticas del Estado y los grupos de oposición.

De aquí que la preocupación del planteamiento general del presente proyecto se fundamente en una reflexión general sobre los problemas a los que se enfrenta el Estado mexicano, ante conceptos tales como: "cultura nacional", "identidad", "etnia", "pluralidad cultural", "multietnicidad", "Estado-nación", "etnicidad", "multiculturalismo"; que en su visión global, las instituciones del Estado tienen que enfrentar para plantear proyectos nacionales aplicables bajo la realidad evidente que se presenta. De este modo, el proyecto de nación deberá contener las condiciones de entendimiento sobre las necesidades planteadas por esta diversidad social, aunado a las demandas que se suscitan tanto en el campo como en las grandes ciudades del país.

De aquí, se comparte con G. Giménez que pese a la nobleza del multiculturalismo por defender los derechos de las minorías culturales, en México tan sólo ha bastado con que el Estado los reconozca desde el punto de vista jurídico, mas no ha aceptado la oportunidad de reconocer los Acuerdos de San Andrés y otras demandas parecidas de los pueblos indígenas.

Preguntas de repaso

- En México, para realizar estimaciones estadísticas, los censos registran:
 - Indígenas.
 - Poblaciones indígenas.
 - Hablantes de lenguas indígenas.
 - Identidades culturales.
- En México, al comparar los censos nacionales de las últimas cuatro décadas, en números absolutos la cantidad de HLI mayores de cinco años señalan que:
 - Este sector de la población mantiene una tendencia creciente.
 - Este sector de la población mantiene una tendencia descendente.
 - Este sector de la población se mantiene estable.
 - Este sector de la población tenderá a desaparecer.
- En México, históricamente el Estado-nación, cuyo poder se basa en la toma de las decisiones políticas y su orden establecido a través de sus instrucciones, propuso y en ocasiones hasta impuso:
 - Este sector de la población mantiene una tendencia creciente.
 - Este sector de la población mantiene una tendencia descendente.
 - Este sector de la población se mantiene estable.
 - Este sector de la población tenderá a desaparecer.

- a) Una identidad nacional común, por lo que tendió a desconocer la diversidad cultural de la nación.
- b) Una identidad nacional multicultural, en la que se reconoció la diversidad cultural de la nación.
- c) Una identidad cultural basada en el derecho a la diversidad.
- d) El reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas.
4. La pruriculturalidad es entendida como:
- a) Las formas de expresión cultural de los diversos grupos sociales y pueblos de una nación.
- b) Formas de expresión cultural de los individuos que conforman la nación.
- c) Formas de expresión de las artes de una nación.
- d) Políticas culturales de investigación.

Para reflexionar...

CULTURA AUTÉNTICA E INAUTÉNTICA

Cultura inauténtica es cultura manipulada, sujeta a los discursos ideológicos. Cultura auténtica es cultura crítica, autónoma, fundada en las propias razones.

[...] Este sentido de autenticidad es aplicable, en primer lugar, a las formas intelectuales de una cultura, desde la ciencia y la filosofía hasta muchas creencias éticas y políticas. Esas expresiones culturales pueden tildarse de inauténticas si están constituidas por conjuntos de creencias y actitudes que no son el producto de un examen racional propio sino de la recepción pasiva del pensamiento de otros. En este sentido, autenticidad es una forma de referirse a autonomía de la razón. La cultura inauténtica es heterónoma, porque no es resultado del ejercicio de la propia razón, sino que es dependiente de un discurso ajeno.

[...] En suma, respecto a la justificación de las creencias que sustenta una cultura, autenticidad querría decir autonomía de la razón, respecto a los motivos que la impulsan, significaría congruencia con la vida real. Estos dos sentidos de autenticidad suelen ser complementarios [...] Autonomía y congruencia con la vida suelen ir de par, tanto en la vida individual como en la colectiva.

[...] La lucha contra la enajenación cultural no consiste en la afirmación de nuestras peculiaridades, sino en el ejercicio de un pensamiento libre y riguroso, en el examen crítico de todo dogmatismo, en la desmitificación de las ideologías al servicio de grupos particulares. Lo que se opone a una cultura congruente con nuestra vida, por otra parte, no es la atención a actitudes y valores originados en otras sociedades, sino el desprecio o la ignorancia de las necesidades reales de la comunidad a la que pertenecemos.

Villoro L.¹³

Citas adicionales

- I En el tiempo contemporáneo, la denominación "indio" parecería no tener sentido y estaría en desuso; no obstante, el autor señala que la carga de control y poder puede ocuparse, pero bajo otra connotación y en otro contexto, capitalista (dominador) y consumidor (sometido).
- II La etnicidad es una dimensión de la identidad, o una forma específica de identidad, que adquieren los grupos sociales cuando entran en contacto, cuando se articulan, con otros grupos sociales de identidades y culturas diferentes y se establecen entre sí relaciones de dominación-subordinación. Diferencias culturales y de identidad entre los grupos que justifican la imposición y la reproducción de las relaciones asimétricas de dominación.¹¹
- III Autoconstituirse como pueblo indígena, definir el territorio, pactarlo con los pueblos y otros colectivos a los que ello concierne, determinar el tipo de titularidad a la que se acogen y regular la forma de gobierno territorial, es practicar la libre determinación, una tarea que compete a cada pueblo indígena que quiera acogerse a esta declaración.¹²

Bibliografía

Referencias

- Barth F. *Los grupos étnicos y sus fronteras*. México: Fondo de Cultura Económica, 1976.
- Hernández Bringas HH, Flores Arenales R, Ponce Sernicharo G, Chávez Galindo AM. *Distribución y características de la población indígena dentro del sistema urbano nacional*, 2000. México: Consejo Nacional de Población. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=463&Itemid=226
- Nolasco Armas M. *La condición indígena en el siglo XXI. Del indio "indito" a los indígenas mexicanos*. Diario de Campo. Cuadernos de Etnología 5. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2008.
- Reina L. *Indio, campesino y nación en el siglo XX mexicano. Historia e historiografía de los movimientos rurales*. México: Siglo XXI, 2011: 29-30, 47.
- Annino A. "Epílogo". En: Annino A, Guerra F-X (coord.). *Inventando la nación iberoamericana*. México: Siglo XIX, Fondo de Cultura Económica, 2003:685.
- Bonfil Batalla G. *El concepto de indio en América: una categoría de la situación colonial*. México: Anales de Antropología, vol. IX, 1972: 115, 124.
- Giménez G. *La cultura como identidad y la identidad como cultura*. México: Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, 2009.

8. Sandoval Rodríguez Y. *La experiencia en la conservación del pueblo indígena Comcaac. El caso del borrego cimarrón (Mojet)*. Tesis para obtener el grado de Maestra en Ciencias Sociales. México: Colegio de Sonora, 2010: 12-14, 17, 19.
 9. Jardón AM. *500 años de salud indígena*. México: H. Cámara de Diputados, LIX Legislatura, 2004.
 10. <http://web.coneval.gob.mx>
 11. Pérez Ruiz ML. "De las relaciones interétnicas a la interculturalidad". En: Béjar R, Rosales H (coord.). *La identidad nacional mexicana como problema político y cultural. Los desafíos de la pluralidad*. México: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 2002: 53-93.
 12. Surrallés A. *Entre derecho y realidad: antropología y territorios indígenas amazónicos en un futuro próximo*. Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines, 2009;38(1):29-45.
 13. Villoro L. "Autenticidad en la cultura". En: *Concepto de ideología y otros ensayos*. México, 1985, pp. 158-162; 170-171.
- Casas Pérez ML. *La identidad nacional como problema político y cultural*. Ponencia. México, 1999.
- Chávez Galindo AM, Hernández Bringas HH, Olivera Lozano F. "Pobreza en México: el caso de los hogares indígenas en 2000". En: Giménez G. *La cultura como identidad y la identidad como cultura*. México: Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, 2009.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. Disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/5.htm?s>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). *Conteo de población y vivienda 2010*. México. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/default.aspx>
- Vargas Evaristo S. *Ensayo para el análisis de la identidad del sujeto indígena*. Primer Congreso de Egresados Colegio de la Frontera Norte (COLEF), realizado en Tijuana, BC, del 9 al 11 de septiembre de 2009.
- Zolla C, Zolla Márquez E. *Los pueblos indígenas de México: 100 preguntas*. México: Programa Universitario México Nación Multicultural. Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: http://www.nacionmulticultural.unam.mx/100preguntas/pregunta.html?c_pre=16&tema=8

Lecturas recomendadas

Acuerdos de San Andrés Larráinzar, Chiapas, 1996. En: Reina L (coord.). *Los retos de la etnicidad en los estados-nación del siglo XXI*. México: Porrúa-CIESAS-INI, 2000.

Salud intercultural en América Latina

Roberto Campos-Navarro

CAPÍTULO

5

Conceptos clave

Hospitales • Indigenismo • Antropología médica • Salud intercultural • Convenio 169 • Políticas públicas interculturales • Enseñanza de la medicina

Introducción

Desde hace tres décadas emergieron numerosas experiencias relacionadas con la atención a la salud de los pueblos originarios de América Latina. En México, Chile, Bolivia, Perú, Venezuela y otros países se implementaron programas de interrelación entre la medicina académica y la medicina indígena. Aparecieron hospitales y centros de salud denominados "mixtos" o "interculturales" que mostraron avances innovadores: aceptación de la herbolaria medicinal, relaciones armónicas entre médicos y curanderos, presencia de personal hospitalario nativo como mediador cultural, cursos y diplomados de capacitación del personal de salud sobre medicina indígena, entre otras acciones.

En este capítulo se presentan los antecedentes históricos relacionados con la implantación de los hospitales en el siglo XVI, su importancia en la época colonial y sus aproximaciones en el terreno intercultural. En la segunda parte, se describen las prácticas de salud intercultural más notables que se ubican en los últimos treinta años. El propósito es que el estudiante tenga un contexto histórico, jurídico y social de las experiencias interculturales que se están desarrollando en algunos países de América Latina.

Experiencias interculturales latinoamericanas en el pasado

La llegada de los europeos a América a partir del siglo XVI tuvo repercusiones en aspectos muy relevantes pero también muy cotidianos de la población. El "Viejo Mundo" llegaba a un espacio desconocido hasta entonces, y si bien reconoció los extraordinarios recursos herbolarios y humanos de estas nuevas tierras, de manera gradual fue imponiendo sus estructuras coloniales metropolitanas, incluidas las relacionadas con la atención de la salud y la enfermedad.

La importación del modelo médico europeo hacia América se dio de manera paralela al avance en el conoci-

miento y dominio del nuevo continente. La medicina académica se introdujo desde los mismos siglos XVI y XVII en las recién creadas universidades americanas (la de San Marcos en Lima, 1551; la Real y Pontificia Universidad de México, 1551; la Real y Pontificia Universidad de San Francisco Xavier, fundada en Charcas en 1624), y empezó a desempeñar funciones muy importantes en la salud pública. Una de ellas estaba relacionada con el control social del territorio, de la población y de la vida urbana. En esto los misioneros católicos tuvieron una importancia fundamental a través de una doble función: el control de la salud pública y el de la vida urbana en todas sus dimensiones políticas e ideológicas (evangelización, organización del espacio urbano, homogeneización, integración del indio, etc.), con lo cual contribuyeron en forma decisiva con el establecimiento de las pautas culturales de las sociedades conquistadas y colonizadas.

Recientes investigaciones históricas de los modelos práctico-ideológicos de la medicina han puesto de manifiesto la importancia de los hospitales en la época de la Colonia desde una perspectiva intercultural, hasta el punto de que algunos de estos centros de atención médica —como el Hospital de Jesús en la ciudad de México o el de Santa Bárbara en Sucre, Bolivia— han sobrevivido hasta la actualidad.^{1,2} Si hubiese que buscar una diferencia entre el sistema hospitalario actual y el del antiguo régimen, es decir, el de la época colonial, lo más destacado sería quizá el peso que tenía la Iglesia en el mundo de la salud. En los siglos XV y XVI se dio en Europa una fiebre de fundación de hospitales, que eran instituciones de carácter doble: por un lado, algunas se dedicaban a atender a los enfermos, pero otras funcionaban más como albergue y refugio para los sectores sociales más desfavorecidos. Tampoco era raro que tuviesen carácter mixto, es decir, que se dedicasen tanto a la cura de enfermos como a obras sociales con mendigos, niños expósitos, etc. El mejor ejemplo de ello es el conjunto de albergues, hospedajes y hospitales de orientación cristiana construidos a lo largo y ancho del camino a Santiago en España,³ que culminó con la edificación del Hospital Real de Santiago de Compostela en 1499, ordenada por los reyes católicos Fernando e Isabel.

Los hospitales cumplían entonces una doble función: de índole médico-curativa y de carácter ideológico, político y religioso. El personal sanitario estaba compuesto por médicos (por lo general, egresados de alguna universidad es-

pañola como Salamanca o Alcalá de Henares), así como gente de otros oficios como cirujanos, barberos, sangradores o maestros de quebraduras. Se han documentado algunos casos de curanderos locales empleados en hospitales, así como la participación en el sistema de algunos eclesiásticos, siempre y cuando estos terapeutas estuvieran bautizados bajo la denominación católica. En los hospitales de Potosí, por ejemplo, había clérigos que además eran cirujanos, de modo que a su orientación religiosa y evangelizadora unían la función de sanadores; téngase en cuenta que algunos de ellos pasaron por la universidad.

La formación y el ejercicio de la medicina se fueron reglamentando a través de ordenanzas. No hay que olvidar que los hospitales en la época colonial eran por lo general instituciones religiosas, lo que explica el perfil que tenían no sólo los sacerdotes sino también los profesionales de la salud: se trataba de instituciones y personas que curaban no únicamente cuerpos, sino sobre todo, almas. Por otro lado, en los hospitales había una estricta segregación de castas y de sexos. Los trabajadores, además, debían estar bien preparados, tanto desde el punto de vista técnico-teórico como desde el de la experiencia. Los religiosos que atendían a la población originaria debían conocer el país, en especial la naturaleza de los indios, y usarla como criterio antropológico. Con este planteamiento, no se puede hablar de interculturalidad en el sentido que se le confiere hoy, pero no cabe duda de que el interés por la salud de los indios, inducida más por la necesidad económica e ideológica que por humanitarismo, se concretó en modelos de atención "mixtos".

Un ejemplo muy completo de ello fue el Hospital Real de San José de los Naturales en la ciudad de México, un centro asistencial fundado por religiosos franciscanos con el apoyo financiero de la Corona española, y que atendía exclusivamente a los indios.¹ Este centro hospitalario fundado a mediados del siglo XVI era uno de los más avanzados del país, como indica el hecho de que el protomédico Francisco Hernández, enviado por el rey Felipe II, tuviese allí una oficina e incluso ejerciera en forma clínica y realizara autopsias. En tal sentido, era un centro de docencia e investigación de primera línea. Otro de sus aspectos más relevantes, desde el punto de vista de la orientación intercultural, es que supo integrar de manera armónica elementos europeos con recursos locales. Permitía la intervención de médicos y parteras indígenas y el uso de plantas medicinales. La alimentación incluía la comida regional basada en el maíz (tortillas, tamales, atoles); contaba con temazcales (baños de vapor indígenas), enviaba a sus pacientes a baños termales ubicados en la periferia de la ciudad, y su personal debía entender, comprender y manejar los usos y costumbres de los pueblos originarios. Así, sus ordenanzas del siglo XVII exigían a los sacerdotes hablar las principales lenguas indígenas de la región (nahua y ñañaú), y a la vez establecía que los médicos debían ser competentes y calificados:

[...] se ha de procurar que sean siempre de los más hábiles, y de mayor aceptación en ella, activos, y de largas experiencias, conocimiento del país, consiguientemente de las naturalezas y complejiones de los Indios, su modo de vivir, alimentos, y bebidas de que usan, enfermedades que por lo regular le son propias a sus naturalezas, y complejiones nativas; pues todo esto puede conducir al acierto en la curación de sus dolencias, especialmente las epidemias a que son propensos [...].⁴

El hospital funcionó durante casi 300 años, hasta el siglo XIX. En 1821, cuando México se convirtió en república, los pacientes fueron concentrados en el Hospital de San Andrés, habida cuenta de que no podía funcionar una institución exclusiva para indios en un marco jurídico de pretendida igualdad entre todos los ciudadanos.

Como puede observarse, las actividades de las órdenes religiosas (franciscanos, agustinos, dominicos y, más adelante, jesuitas) en América Latina fueron extraordinarias. Su trabajo se llevó a cabo en regiones invadidas y conquistadas, azotadas por epidemias terribles, en medio de convulsiones sociales, agresiones y violencia extrema. No obstante, supieron superar esas condiciones y lograron propagar la fe y el ideario católicos, no siempre con violencia y extorsión. Aún hoy se les recuerda en algunos lugares, como Michoacán (México), por su humanismo y actitud abierta frente a los indios. Los frailes fueron en muchos casos quienes más se comprometieron con la salud de la población indígena, e impulsaron la creación de hospitales y hospitalitos en los que la iniciativa de los pueblos originarios tenía una presencia destacada.

En este marco, la medicina colonial mexicana está ligada a la extraordinaria figura de don Vasco de Quiroga, llegado a México como miembro de la Real Audiencia, que fue un órgano político y jurídico. Poco tiempo después de su arribo decidió comprar terrenos cerca de la ciudad y creó el hospital-pueblo de Santa Fe, una suerte de comunidad en la que los indios desarrollaron un modo de vida peculiar, pues trabajaban en forma comunal en el campo y mantenían construcciones colectivas como la capilla, la escuela y otros edificios, entre los que destacaba un pequeño hospital de carácter mixto en el que se recibían enfermos y además se daba hospedaje a la gente que viajaba al occidente del país.

Es posible encontrar muchos de estos elementos en los primeros hospitales que se fueron desarrollando en la zona de la Audiencia de Charcas, con la participación destacada de misioneros. Sin embargo, en Potosí se daban ciertas circunstancias especiales: el fenómeno de la mita y de la minería y, por otra parte, la concentración y el hacinamiento de la población. En esa época, Potosí era una de las ciudades más populosas del mundo, por lo que la salud pública se convirtió en una cuestión fundamental, más allá de las exigencias propias del sistema social y económico. El funcionamiento del sistema recaía en los súbditos españoles, que

pagaban un impuesto para financiar los hospitales, incluyendo los de los criollos y los de los indios. Los médicos y los misioneros religiosos de la Colonia se encontraron en una situación en la cual probablemente la medicina nativa de esa época estaba más adelantada que la europea, que entonces tenía recursos terapéuticos limitados. Como registran los cronistas, los españoles fueron conociendo poco a poco a los pueblos indígenas, y en esa misma medida, los sacerdotes y médicos coloniales se fueron apropiando de elementos de la medicina indígena.

Hoy es posible identificar cuáles eran esas prácticas a través de su reflejo en la documentación histórica conservada en archivos. Hubo una descripción exhaustiva de todo el componente mágico y curanderil de las prácticas de los médicos originarios, pero ésta no se hizo con ánimo académico, sino como base de la represión sistemática desatada contra los rituales de la medicina andina y de su sustrato ideológico. De manera simultánea, en Europa se estaba imponiendo un determinado modelo social, económico e ideológico, y de la misma forma se apuntaba a la eliminación de toda desviación de la ortodoxia a través de un apabullante aparato represor llamado Tribunal de la Inquisición.

De ese modo, se dio un doble proceso: por un lado, se proscribió el conocimiento empírico de los indígenas acerca de las propiedades terapéuticas de las plantas medicinales, y por el otro, se procedió a reprimir el aspecto religioso, ideológico y ritual del modelo que fundamentaba la práctica de los médicos indígenas. Es decir, que culturalmente se atacó no sólo a la medicina local, sino a todo lo que le daba sentido y contribuía a explicarla. Por ejemplo, en las ordenanzas del quinto virrey del Perú, Francisco de Toledo, se ordenó quemar todos los instrumentos musicales indígenas con el pretexto de que estaban estrechamente ligados a rituales mágico-religiosos.

Con el tiempo, los médicos originarios se fueron integrando en la Iglesia católica, en algunos casos, convirtiéndose en sacristanes de los templos. Esa condición los transformaba en individuos sometidos al poder eclesiástico, pero precisamente eso los ponía a salvo de la intervención de las autoridades civiles, de manera que podían seguir realizando sus prácticas curativas.

Otra de las estrategias de los curanderos fue, por ejemplo, cambiar la denominación de las plantas medicinales en lengua vernácula por nombres de santos o relacionados con Cristo o la Virgen; por ejemplo, la hierba de la Santa María o la hierba de San Juan, que tenían usos empíricos pero también religiosos. Aunque la estratagema no pasó inadvertida para algunos sacerdotes que habían aprendido las lenguas indígenas, lo cierto es que este tipo de artimañas protegió la actividad de los médicos indígenas.

Asimismo, pueden mencionarse diversos mecanismos de resistencia por parte de los curanderos. Uno de ellos fue propalar en la zona andina la creencia de que las enfermedades relacionadas con los *kharisiris* o *sacamantecas* eran

causadas por los católicos. Se trata de una forma de desacreditar a los clérigos (y ahora a los médicos académicos y al personal sanitario), a quienes se acusaba de robar la grasa y los fluidos vitales como la sangre.¹¹

Experiencias interculturales latinoamericanas en la actualidad

En el siglo XIX, América Latina vivió luchas de independencia y conflictos ideológicos entre republicanos conservadores y liberales, que no modificaron en forma sustancial la situación de los colectivos indígenas. El cambio se produjo hacia el segundo decenio del siglo XX, cuando la Revolución Mexicana intentó dar mayor presencia social a los indios, que formaban parte de la clase de los desfavorecidos, principales protagonistas del proceso en las huestes norteafricanas de Francisco Villa, y en especial, de las sureñas dirigidas por Emiliano Zapata.

La Revolución Mexicana se hizo —supuestamente— en beneficio de la gente más pobre. El inicio de la reforma agraria y la alfabetización rural coincidió con el surgimiento de Manuel Gamio al frente de la antropología mexicana de corte integracionista, quien ya en 1915 proponía:

[...] la creación de un instituto de acción práctica inmediata en cada una de las naciones indolatinas, que se encargará de estudiar a las poblaciones aborígenes en todas sus manifestaciones sociales, en el presente y en el pasado, con el exclusivo objeto de impulsar su desarrollo e incorporarlas a la civilización contemporánea.⁷

Pero habría que esperar hasta 1938 para la creación del Instituto Indigenista Interamericano (III) y el lanzamiento del Primer Congreso Indigenista en La Paz, Bolivia, mismo que por problemas diversos se realizaría en Pátzcuaro, México, en abril de 1940.

El liderazgo mexicano se explica por la sólida política indigenista e integracionista emprendida por el presidente Lázaro Cárdenas (1934-1940), que permitió la entrada del Instituto Lingüístico de Verano (ILV). Esta entidad estadounidense, dependiente de la Universidad de Oklahoma, inició en 1935 actividades dirigidas, en apariencia, a estudiar las lenguas de los pueblos originarios, con la elaboración de gramáticas y vocabularios indígenas, sin embargo:

[...] en todo momento estaba unida a una acción educativa, higiénica, sanitaria, de mejoramiento de prácticas agrícolas, etc., es decir, de una verdadera campaña de aculturación y de integración nacional.⁷

De este modo, la costosa infraestructura que se montó en México y otros países latinoamericanos tenía como finalidad la traducción de la Biblia y la introducción de las normas y valores occidentales válidos en Estados Unidos, incluida la biomedicina. Por consiguiente, las medicinas indígenas

tradicionales, con su rica y variada cosmovisión, eran prácticamente consideradas como productos demoniacos, por lo que era necesario sustituirlas por el "modelo médico occidental" (como lo llama Durand).

Otra experiencia cardenista relevante fue la creación en 1938 del Instituto Politécnico Nacional, como alternativa a la —en ese momento— "elitista" Universidad Nacional Autónoma de México, además del diseño e implementación de una carrera de medicina donde la formación biomédica se complementara con una sólida formación socio-cultural. En otras palabras, se establecerían las materias habituales de medicina como anatomía, fisiología, histología, farmacología, además de asignaturas específicas relacionadas con las ciencias sociales: sociología y antropología social.

Por primera vez, esta denominada *Escuela Superior de Medicina Rural* contaba con los servicios de la antropología médica como una disciplina fundamental en el desarrollo del estudiante de medicina. Los profesores fueron —sin sombra de duda— hombres comprometidos con el indio y sus problemas: Miguel Othón de Mendizábal, Julio de la Fuente, Alfredo Barrera y Gonzalo Aguirre Beltrán, quienes se dieron cuenta de que el problema central era el lamentable estado de salud de la población indígena, que era preciso reconocer las limitaciones de los recursos curativos locales, que se debía incorporar la medicina científica y que la formación de los médicos debía tener una perspectiva antropológica. Por circunstancias diversas, el proyecto no prosperó, y años más tarde se eliminaría su orientación rural para convertirse en una escuela médica convencional.

El citado Congreso Indigenista celebrado en Pátzcuaro en 1940 marcaría un hito en la historia del indigenismo latinoamericano, es decir, en las políticas públicas dirigidas a los pueblos originarios, aunque todavía sin la participación de los interesados. Se darían los primeros pasos para la construcción de las estrategias indigenistas en toda América Latina, con la creación de organismos e instituciones afines en Perú, Guatemala y México.

En México, fue Gonzalo Aguirre Beltrán, un destacado discípulo de Manuel Gamio, quien establecería desde la fundación del Instituto Nacional Indigenista (INI), en 1948, la aproximación de la medicina académica al mundo indígena. Los Centros Coordinadores del INI en Chiapas, Oaxaca, Puebla, Veracruz y otros estados, brindarían servicios médicos y sanitarios en regiones indígenas e iniciarían una primera ola de la interculturalidad en salud, cuyo fundamento teórico fue una publicación ya clásica de la antropología médica: *Los programas de salud en la situación intercultural*.⁸

Aparte de estas actividades particulares del INI en las regiones indígenas, el Ministerio o Secretaría de Salud no establecía ningún programa intercultural específico en zonas campesinas de México. A finales de la década de 1960-1969, con ingresos de la exportación del petróleo se creó un importante programa médico sanitario dirigido al área ru-

ral, bajo responsabilidad del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Dicho programa estableció contacto con las parteras, y desde 1982-1983 consolidó un exitoso programa de interrelación con la medicina tradicional mexicana, con cuantificación más o menos precisa de los recursos humanos y herbolarios en todos aquellos lugares donde estuvieran presentes las Unidades Médicas Rurales y Hospitales de Campo.

Sin embargo, todas estas iniciativas fueron cuestionadas y criticadas, sobre todo por quienes entendieron que se trataba de políticas estatales en las que no existía participación de los propios pueblos indígenas. Así, se consolidó una corriente de antropólogos que propugnó el diálogo con el mundo indígena, iniciándose una renovación que se expresó en el llamado *Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo* (OIT). Se trata de un documento de 1989, relacionado con el mundo indígena (identidad, lengua, educación, territorio). En el artículo primero establece su filosofía:

Los pueblos considerados indígenas deben conservar todas sus instituciones propias: culturales, económicas, sociales y políticas, o al menos una parte de ellas.¹⁰

En cuanto al tema de la salud y seguridad social, el artículo 24 dispone claramente que:

Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicarseles sin discriminación alguna.¹⁰

Todo esto significa que deben eliminarse los prejuicios, el paternalismo y el verticalismo que presidieron las políticas indigenistas latinoamericanas de las décadas pasadas. En efecto, la gestión administrativa, los presupuestos y las prestaciones que hasta ahora ofrecen la mayoría de los ministerios de salud a los pueblos originarios son desiguales e inequitativos, lo que supone dar tratamientos diferenciados a la población en función de su procedencia u origen, y es el reflejo de la tradicional y profunda discriminación de los indígenas en América Latina. Por otro lado, los pueblos originarios no participan en el diseño de las políticas de salud, situación que es preciso corregir a través de un cambio estructural en la mentalidad colectiva e institucional. No se puede soslayar la magnitud del problema y la situación que se está planteando a partir de la secular falta de respuestas. Bolivia, Ecuador, México o Brasil son países donde en los últimos años los movimientos indígenas y las organizaciones no gubernamentales (ONG) han tomado conciencia del problema y han comenzado a buscar soluciones, habida cuenta del fracaso de los proyectos emprendidos hasta la fecha. Una primera vía de solución es la adhesión de dichos Estados al Convenio 169, que al ser elevado al rango constitucional, es de cumplimiento obligado para los poderes públicos, es decir, no es una mera recomendación legal vacía de contenido. De ese modo, firmado y ratificado el Con-

venio 169, será preciso comenzar a aplicarlo, y ello supondrá cambios en la situación.

El artículo 25, inciso 1, del Convenio 169 explicita la participación directa de los pueblos originarios en las políticas sanitarias:

1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

Construir un servicio de salud adecuado es una labor compleja y requiere de la colaboración de profesionales altamente cualificados en sus áreas respectivas: salud, economía, antropología, etc. En todo caso, debe prevalecer siempre la idea de interculturalidad hasta en aspectos considerados poco importantes. Un ejemplo son los letrados de los hospitales, a primera vista sin trascendencia pero relevantes en el nivel simbólico. Es decir que ha de adecuarse la arquitectura, los servicios, la atención, el personal administrativo, etc., de modo que puedan ser asumidos e interiorizados por toda la población. Por ello, interculturalidad significa negociación y búsqueda de consensos.

Un ejemplo de cambio institucional asertivo fue la adopción desde 1992 en el sur chileno (y después en todo el país) de una nueva figura hospitalaria que sirviera de mediador entre el paciente y los profesionales médicos. Son los llamados "facilitadores interculturales", una categoría inédita en la estructura de los servicios hospitalarios de América Latina. Se trata de funcionarios que hablan el idioma originario local, conocen la medicina académica, orientan y conducen a los pacientes mapuches (e indígenas en general) por los intrincados laberintos físicos y administrativos de los hospitales modernos.^{IV}

Otro ejemplo es la introducción planificada de hamacas en un hospital del sureste mexicano que supuso la participación de los pacientes como posibles beneficiarios (usuarios habituales de hamacas), así como del personal hospitalario (interesados en el bienestar y la comodidad de los pacientes) y los funcionarios (también interesados en una buena gestión institucional). Su éxito en México y luego en hospitales venezolanos ha significado una conjunción positiva de intereses en la que convergen la pertinencia cultural del cambio y el consenso de la comunidad.^V

En el inciso 2 del artículo 25 del Convenio 169 de la OIT se establece que:

2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

El concepto de "condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales" plantea un problema importante porque la población indígena no prioriza sus necesidades del mismo modo que otros grupos. Así, la salud puede resultar menos relevante que la conducción de aguas o la dotación de electricidad. Por otro lado, los cambios casi siempre responden a los criterios, valores y normas de un grupo no indígena que cree conocer las necesidades de la población indígena. De manera paulatina, serán los propios pueblos originarios quienes asumirán la dirección de sus proyectos en campos antes impensables. Por ejemplo, en Chile, las asociaciones indígenas mapuches se han hecho cargo de la dirección y administración de los servicios del hospital de Makewe, en la cercanía de la ciudad de Temuco, o del Centro de Medicina Mapuche, ubicado dentro del Complejo de Salud Intercultural en Nueva Imperial. Tendrán sus yerros y aciertos, pero sin duda, han iniciado un proceso político y administrativo de autogestión, único en América Latina.

Por otra parte, es preciso tener en cuenta "los métodos de prevención, las prácticas curativas y los medicamentos tradicionales", lo que básicamente supone el reconocimiento tácito de la medicina originaria, con una valoración similar a la que se asigna a la académica. El respeto y la tolerancia se constituyen entonces en las principales herramientas de los trabajadores en salud, porque no sólo se requiere aceptar el uso de terapias indígenas, sino también convenirse de sus valores y la legitimidad intrínseca de sus saberes y prácticas, y ello supone una labor reflexiva, gradual y progresiva que conduzca a una ruptura epistemológica del paradigma médico occidental, es decir, del modelo médico hegemónico.

En este cambio ideológico es relevante la formación de los médicos, sobre todo en el caso de las nuevas generaciones de profesionales que egresan de escuelas y facultades de medicina. Hasta ahora la formación paradigmática es absolutamente biomédica, con exclusión de los contenidos socioantropológicos. Las universidades latinoamericanas no han logrado superar esta barrera técnica e ideológica, y son escasas las experiencias de aproximación intercultural. Una de ellas sería la UNAM, cuya Facultad de Medicina logró desde 1985 la incorporación de la antropología como una asignatura obligatoria,^{VI} y desde 2010 existe un plan de estudios donde la antropología médica e interculturalidad constituyen una materia obligatoria en el cuarto año de la carrera.^{VI} Estas experiencias docentes permitieron que dicha Facultad pudiera brindar cursos de capacitación al personal de salud de los ministerios de Salud de México, Panamá y, posteriormente, los conocidos posgrados en Bolivia y Perú.^{VII}

Por otra parte, el reconocimiento jurídico de la medicina tradicional latinoamericana es un paso más para su legalización constitucional y su posterior reglamentación y normativación ministerial. En el caso boliviano, conocido en el mundo andino como el *Collasuyo*, ello resulta relativamente fácil, pues los rituales y el uso de las plantas medicinales son una realidad cotidiana para la población ayma-

ra, quechua y para los habitantes originarios del oriente del país. La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, promulgada en febrero de 2009, da certidumbre al proceso legal, y desde diciembre de 2013 se decretó la Ley 459 que protege cada vez más los recursos humanos, materiales y simbólicos de las medicinas originarias.^{VIII}

En el inciso 3 del artículo 25 del Convenio 169 de la OIT se hace referencia a la participación de los trabajadores de salud que pertenezcan a la propia comunidad:

3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

Así, el sistema de asistencia debe centrarse en espacios sanitarios de atención primaria, donde se privilegiará la participación de promotores y mediadores en salud pertenecientes a la propia comunidad, e incluso se pensará en la formación de médicos y enfermeras indígenas que retornen a sus regiones de origen.

Finalmente, en el cuarto y último de los incisos del artículo 25 del Convenio 169 de la OIT se indica que la salud no es independiente de otras variables colectivas:

4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

Las experiencias interculturales de Potosí y sus repercusiones en América Latina

Con la labor de aplicación desarrollada a partir de la Oficina Intercultural *Willaqkuna*, y la actividad docente realizada sobre la base de los dos diplomados de posgrado (77 egresados), así como del Seminario Internacional de Salud Intercultural en 2002, surgieron varios procesos de proyección nacional e internacional.

En el ámbito boliviano se tiene la implementación y el desarrollo de cursos de posgrado impulsados por el Ministerio de Salud de Bolivia y los servicios departamentales de salud en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. Además, cabe mencionar los cursos de especialización de médicos y capacitación de auxiliares de enfermería dentro del llamado Modelo Sanitario Familiar, Comunitario e Intercultural que implementa el Ministerio de Salud y Deportes, algunos de cuyos docentes son egresados de los diplomados potosinos.^{IX} Este modelo propone como política de salud pública la estrategia de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), en la que los equipos de salud y las organizaciones comunitarias desarrollan una "gestión compartida de la salud y la atención de la salud en el establecimiento, en el domicilio y en la comunidad";¹⁷ tomando como ejes la par-

ticipación social, la integralidad, la intersectorialidad y la interculturalidad. Esta última es entendida en este marco como "el enfoque sociocultural del ejercicio de la práctica médica con personas culturalmente distintas".¹⁷ En tal sentido, la residencia médica de la SAFCI es un elemento fundamental para una atención médica diferente en los puestos de salud ubicados a lo largo y ancho del territorio boliviano.

En el ámbito sudamericano fueron dos las repercusiones de las actividades realizadas en Potosí: primero, un proyecto en el sur-centro de Perú, que más tarde daría origen a la Comisión Andina de Salud Intercultural, y en segundo lugar, la creación, consolidación y expansión de la Dirección General de Salud Indígena en Venezuela.

La doctora Cáliz Vila, inspirada en los buenos resultados del proyecto *Willaqkuna* y el primer diplomado de posgrado boliviano, propondría un proyecto de modernización y reforma del sector salud en Perú, con la interculturalidad como eje transversal de la infraestructura sanitaria, la atención médica y la capacitación del personal de salud. Gracias al apoyo conjunto de la Comisión Europea (CE) y el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), el proyecto denominado AMARES emprendería acciones concretas en los departamentos de Ayacucho, Huancavelica y las provincias de Chincheros y Andahuaylas, en el departamento de Apurímac, todos ellos en el centro sur del país andino.¹⁸ En total se realizaron en Ayacucho dos diplomados con el apoyo académico de la Universidad San Cristóbal de Huamanga y la Universidad Nacional Autónoma de México. Como resultado, hubo 60 alumnos egresados, con 66% de participantes indígenas, la mayoría de los cuales son funcionarios del MINSA en establecimientos del primer nivel y algunos docentes de la propia universidad local.

En julio de 2005, al finalizar el primer diplomado, se efectuó un Seminario Internacional de Salud Intercultural, que dio lugar a la reunión preparatoria para la conformación de la Comisión Andina de Salud Intercultural que, con el auspicio del Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue, inició en Lima sus actividades oficiales en noviembre del mismo año.

Cabe mencionar que esta Comisión cuenta con el aval de los ministros de Salud de los países de la subregión andina (Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela). Su objetivo principal es el mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas mediante el fortalecimiento de instancias de gobierno que aseguren la adecuación intercultural de los servicios, así como incorporar políticas públicas diferenciadas relacionadas con la salud intercultural. Al mismo tiempo, ha emprendido acciones tendientes a sistematizar las experiencias exitosas y fallidas en el área, formar y capacitar al personal sanitario y, finalmente, desarrollar medidas de adecuación intercultural en los servicios públicos de salud de primero y segundo niveles.¹⁸

En forma paralela a los diplomados, AMARES apoyó cursos, talleres y encuentros que fueron realizados en distintas regiones de los departamentos peruanos de Ayacu-

cho, Huancavelica y Apurímac, con una notable participación de trabajadores de salud (94) y médicos originarios (74), entre quienes destacaron parteras, hueseros y curanderos en general. Del mismo modo, la entidad financió 32 proyectos de investigación-acción con enfoque intercultural para mejorar la atención de salud de hospitales y centros de salud en los departamentos ya mencionados.

La doctora Noly Coromoto Fernández, epidemióloga venezolana de origen *wayúú*, asistió también al Seminario de clausura del primer diplomado en Potosí, en 2002, y en su calidad de funcionaria de salud, inició una meteórica trayectoria que permitió la creación de la primera Dirección Nacional de Salud Indígena en Venezuela, para a partir de ese nivel, emprender una serie de actividades, entre las que destacan las adecuaciones interculturales en hospitales que prestan sus servicios a población originaria: apertura de 24 oficinas de salud indígena (incluidos hospitales de tercer nivel en Caracas y Maracaibo); cursos de formación y capacitación del personal de dichas oficinas; albergues o "Casas interculturales de hospedaje" para familiares de pacientes hospitalizados; formación e incorporación de agentes comunitarios de salud indígenas, y la atención intercultural a mujeres indígenas en situación de embarazo, parto y puerperio.¹⁹

Quizá el avance más espectacular sea el inicio, crecimiento y consolidación de la Oficina de Salud Indígena del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo (SAHUM), conformado por un equipo interdisciplinario de "antropólogos, trabajadores sociales, psicólogos y docentes

universitarios, con el apoyo de una secretaria, un técnico en información y estadística, dos supervisores en trabajo social, un mensajero y un comunicador social".¹⁹ Lo interesante es que dicha oficina comenzó su andar con siete trabajadores y en la actualidad se ha ampliado a 34 miembros. Y no es para menos, dado que tan sólo en sus estadísticas de abril de 2005 a mayo de 2006, atendieron 17 686 casos, sobre todo en el servicio de adultos (5 825), obstetricia (5 476), pediatría (3 316) y orientación/referencia (3 069). La mayoría de los beneficiados corresponden a la etnia *wayúú* (16 301), y en menor medida a las etnias *añú*, *bari*, *yukpa* y *japrería* (1 038), e incluso no indígenas (347).¹⁹

El espectacular ejemplo del Hospital Universitario de Maracaibo ha servido para que se abran las oficinas de facilitadores indígenas en otros hospitales del resto del país, como Caracas, Ciudad Bolívar y Tucupita.

Se ha programado la apertura del primer hospital con enfoque intercultural en Paraguaipoa, donde se pretende introducir médicos académicos sensibilizados en la interculturalidad, facilitadores interculturales, chinchorros, alimentación regional, atención médica tradicional, hospedaje comunitario, etcétera.

Este breve recorrido por las experiencias interculturales del pasado y del presente encarna la esperanza de revertir la atención discriminatoria a los pueblos originarios. Cada pequeño esfuerzo logrado a escala personal e institucional en nuestra *Abya Yala*, mantendrá vivo el desafío de establecer adecuadas políticas públicas relacionadas con la salud intercultural.

Preguntas de repaso

1. ¿Por qué se afirma que los hospitales coloniales en América Latina tenían una doble funcionalidad de control social?
2. ¿Por qué se dice que existía en los virreinos españoles una atención médica hospitalaria de carácter discriminatorio?
3. ¿Qué adecuaciones interculturales se realizaron en los hospitales para indios en Nueva España?
4. ¿En qué países latinoamericanos se inició el actual movimiento de salud intercultural?
5. ¿Qué tipo de innovaciones se realizaron?
6. ¿Qué hospitales en su país tienen o tratan de tener un enfoque intercultural? ¿En dónde? ¿Por qué se denominan o pretenden ser interculturales?
7. ¿Qué opinión le merecen estas experiencias de salud intercultural?

Citas adicionales

- I El Hospital de Jesús, fundado por el conquistador Hernán Cortés, atendía a los españoles y a la nobleza indígena, en tanto que el Real Hospital de San José de los Naturales (establecido por los franciscanos) se dedicaría sólo a indígenas *macehuales*, es decir, a los más pobres e indigentes, por lo general campesinos.
- II Para una profundización de esta creencia que permanece vigente, véanse los trabajos de Castellón y Fernández-Juárez.^{5,6}
- III En cada sitio se hizo un censo de los médicos indígenas, sus especialidades, las causas de demanda por las cuales eran llamados, y las principales plantas medicinales en la región. Programa de Medicina Tradicional IMSS-Solidaridad.⁹
- IV El Servicio de Salud de la Araucanía inició a finales de 1992 y durante 1993 el proyecto piloto de las oficinas de facilitación intercultural Amuldungún en el Hospital de Galvarino y en el Hospital Regional de Temuco, para extenderse después a otros territorios originarios.¹¹ Sus avances, limitaciones y conflictos son expuestos por Ancavil E.¹²
- V En una visita llevada a efecto años atrás, la gente de la calle en Hecelchakán, Campeche, se mostraba orgullosa de que su

- hospital fuera el único en la península de Yucatán con esa adaptación.¹³
- VI Esta posible incorporación de la antropología médica y de la interculturalidad en salud en la malla curricular significará un paso más en el reconocimiento de las competencias deseables que requieren los futuros profesionales en la comunicación intercultural necesaria para no sólo relacionarse con pacientes de origen indígena, sino también con aquellos enfermos de las clases populares que residen en las áreas urbanas.
- VII Durante 2003 se brindaron en México cursos a los funcionarios de rango medio de la Secretaría de Salud que trabajan con pueblos indígenas. En Panamá se desarrollaron en las islas kuna de Ailigandí y Ukupseni, que tienen establecimientos de salud gubernamentales. También se realizaron en Potosí, en conjunción con la Universidad Autónoma Tomás Frías y la Cooperación Italiana; finalmente, en Perú, en la ciudad de Ayacucho, con AMARES y la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.¹⁵
- VIII La Constitución Política del Estado boliviano (2009) establece el carácter plural, diverso e intercultural de la nación, reconoce de manera oficial todas las lenguas originarias a la par que el castellano, y en el terreno sanitario establece que el sistema único de salud será "universal, gratuito, equitativo,

- intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social" (artículo 18, II), e incluye la medicina tradicional (artículo 35, II); que es derecho de los pueblos indígenas que "sus saberes y conocimientos tradicionales, su medicina tradicional, sus idiomas, sus rituales y sus símbolos y vestimentas sean valorados, respetados y promocionados" (artículo 30, II); y que será el propio Estado el responsable de "promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígenas originarios campesinos", a lo que añade la protección intelectual de dichos saberes y recursos naturales (artículo 42). En el terreno de la diversidad cultural se establece el concepto de interculturalidad como el "instrumento para la cohesión y la convivencia armónica y equilibrada entre todos los pueblos y naciones" con "respeto a las diferencias y en igualdad de condiciones (artículo 99), y se establece que las mujeres tendrán el derecho a la atención del embarazo, parto y puerperio de acuerdo a una visión y práctica intercultural, es decir, tomando en consideración sus preferencias socio-culturales".¹⁶
- IX Hasta el momento se han formado tres generaciones que se han ubicado en las regiones originarias e indígenas del país.

Bibliografía

Referencias

- Gascón J. *Breve historia del Hospital de Jesús*. México, D.F.: Vertiente Editorial, 2006.
- Calvo A. *El Hospital Real de Santa Bárbara en el periodo colonial*. La Paz: OPS-Bolivia, 1992.
- Cruz J, Campo O. *Hospitalidad y hospitales jacobeos en Castilla y León*. Burgos: Fundación San Antón/Junta de Castilla y León/Universidad de Burgos, 2008.
- Campos-Navarro R, Ruiz Llanos A. *Adecuaciones interculturales en los hospitales para indios en la Nueva España*. Gaceta Médica de México, 2001;137(6):595-608.
- Castellón I. *Abril es tiempo de Kharisiris. Campesinos y médicos en comunidades andino-quechuas*. Cochabamba, Bolivia: ASONGS/PCI/MAP/PROSANA/SITUMSS, 1997.
- Fernández Juárez G. *Kharisiris en acción. Cuerpo, persona y modelos médicos en el altiplano de Bolivia*. La Paz: CIPCA, 2008.
- Comas J. *La Antropología Social aplicada en México*. México, D.F.: Instituto Indigenista Interamericano, 1976.
- Aguirre-Beltrán G. *Los programas de salud en la situación intercultural*. México, D.F.: Instituto Indigenista Interamericano, 1955.
- Lozoya X, Velázquez G, Flores A. *La medicina tradicional en México. Experiencias del programa IMSS-COPLAMAR, 1982-1987*. México, D.F.: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1988.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). *Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes*. Ginebra, 1989.
- Citarella L (comp.). *Medicinas y culturas en la Araucanía*. Santiago de Chile: Editorial Sudamericana, 1995.
- Ancavil E. "Experiencia desde los facilitadores interculturales". En: *Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas*. Saavedra, Araucanía, Chile. Chile: Ministerio de Salud, 1996.
- Campos-Navarro R et al. *La satisfacción del enfermo hospitalizado: empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México*. Revista Médica del IMSS, 1997;35(4):265-272.
- Campos-Navarro R. *La enseñanza de la medicina popular-tradicional en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México*. Kallawayá (La Plata-Salta, Argentina), 1999;6:7-18.
- Campos-Navarro R. *Experiencias sobre salud intercultural en América Latina. Perspectivas antropológicas*. En: Fernández-Juárez G (coord.). Quito: Abya Yala/Bolhispana/Universidad de Castilla La Mancha, 2004:129-151.
- Constitución Política del Estado*. Gobierno de Bolivia. La Paz: Editorial e Imprenta CJ Ibáñez, 2009.
- Ministerio de Salud y Deportes (Bolivia). *Modelo sanitario Salud Familiar Comunitaria Intercultural*. La Paz: Talita Kumi, 2008.
- Vila C (comp.). *Interculturalidad en Salud en la región Andina*. Lima: AMARES/Organismo Andino de Salud, 2006:5, 11-12.
- Dirección de Salud Indígena (Venezuela). "Servicios interculturales de salud en el tercer nivel de atención del sistema público nacional de salud". En: *Servicios Interculturales de Salud. Oficinas de Salud Indígena*. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2007.

Lecturas recomendadas

- Alarcón AM, Vidal A, Neira J. *Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales*. Rev Med Chile, 2003; 131:1061-1065.

Cunningham M. *Etnia, cultura y salud: la experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las regiones autónomas de Nicaragua*. Washington DC: Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud, 2002. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ipi20593.pdf>

Fernández JG. *Médicos y Yatiris. Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara*. La Paz, Bolivia: Ministerio de Salud y Previsión Social, CIPCA, Equipo de Salud del Altiplano, 1999.

Ramírez-Hita S. *Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud en el altiplano boliviano*. Avá, Revista de Antropología, 2009;14. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16942009000100010

Derechos humanos, ética e interculturalidad

Adriana Ruiz Llanos

CAPÍTULO

6

Conceptos clave

Ética • Derechos humanos • Protección de la salud
• Interculturalidad • Identidad

Introducción

Este capítulo presenta un conjunto de experiencias basadas en el quehacer médico y antropológico, durante largos años de trabajo en Chiapas, el cual se intensificó a raíz de la emergencia sanitaria posterior a la militarización del estado como estrategia de gobierno. La violencia armada se impuso como respuesta a las demandas de los pueblos originarios por justicia, trabajo, salud, educación y vivienda, y una nueva manera de relación con los no indígenas. Demandas que constituyen una lucha histórica por el reconocimiento y respeto a su dignidad humana. Desde la perspectiva de la autora, se abogó por una renovada búsqueda de un marco conceptual y aplicativo para un trabajo intercultural propositivo con las propias comunidades, en la construcción de su proceso autónomo y en resistencia, así como por el respeto a la vida y la protección a la salud.

Un sobreviviente de Acteal

[...] me quedé quieto, no me movía, no podía respirar, ni abrir mucho los ojos, para que creyeran que ya estaba muerto; oía y sentía las balas casi rozando mi cabeza, pero en ratos abría así apenas mis ojos y los pude ver y saber quiénes eran. Mataron a mi mamá, mi papá, mi tío y [a] tres [de] mis hermanos. Un amigo me dijo: "yo te doy arma para que te puedas vengar", y aunque tengo mucho dolor no quise, no quiero ser como "ellos" [los paramilitares].

Manuel tenía 14 años [en 1997] cuando sobrevivió a la masacre de su familia y parte de su comunidad en Acteal, municipio de Chenalhó, Chiapas, en el contexto de la violencia de una guerra de baja intensidad (GBI). Adolescente inteligente, de mirada vivaz y negríssimos ojos, agilidad notable al jugar voleibol, tejedor en el telar de pie para elaborar la falda indígena. Su imagen que ahora mismo evoco, es la del tiempo en que vivía yo en su campamento en situación de desplazamiento interno para atender el área médica. Es con su traje blanco hilado en telar de cintura, introvertido y trabajador, profundamente religioso, observador y respetuoso "del costumbre", mi maestro en el corte del café.

Ahora le cuesta trabajo estar quieto, bocabajo, y con los ojos cerrados, como requisito necesario durante las sesiones de radioterapia en su lucha nuevamente por la vida, ante la cercanía de la muerte, pero en esta ocasión, en forma de una neoplasia cerebral.

Ruiz-Llanos, *Diario de campo*, 2008

Antes y durante la preparación del presente escrito se desencadenaron múltiples acontecimientos alrededor de la denominada masacre de Acteal relacionados con la identidad, la intolerancia, la injusticia, los dilemas éticos y la sistemática violación a los derechos humanos.

En septiembre de 2009, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) ordenó la inmediata y absoluta libertad de indígenas que habían sido sentenciados como responsables materiales de la matanza de Acteal, sucedida el 22 de diciembre de 1997. La razón de la excarcelación se fundamentó en anomalías en el debido proceso, sin importar que fueran o no culpables, a pesar de los múltiples testimonios de los sobrevivientes, entre los cuales se encontraba Manuel.

El dictamen de la SCJN produjo, en un primer momento, desaliento, dolor, impotencia e indignación, e hizo recordar a los 45 fallecidos y los varios heridos. Como Catarina, una mujer indígena tzotzil —quien desde esa ocasión quedó huérfana— y que ha experimentado seis intervenciones quirúrgicas relacionadas con los efectos sufridos por armas de fuego. Como Jerónimo, con múltiples hospitalizaciones para tratar que su brazo afectado sea lo más funcional posible por los "rozones de bala" y la pérdida de tres dedos de la mano derecha. Como Zenaida, entonces una niña de tres años de edad, quien también quedó huérfana y casi ciega por una bala que atravesó su cabeza. Como Mariano, ahora viudo, con diversas heridas y una bala que aún tiene en la espalda. Como Efraín, niño huérfano de madre, con una placa metálica en la cara. Como Rosalinda, con cicatrices en su pierna y un dolor crónico que hasta ahora no desaparece. O el mismo Manuel, quien además de las huellas por arma de fuego, sufría —como el resto de sobrevivientes— de alteraciones en el área emocional y psicosocial igualmente traumáticas. En fin, la lista es larga y cada uno tiene su historia personal cargada de enorme dolor, y a pesar del duelo permanente, mantienen su lucha por lograr una vida digna y una búsqueda constante de justicia. La mayoría de ellos sin tratamiento a largo plazo, sin indemnización ni protección estatal, y sólo algunos ayudados por organismos no gubernamentales (ONG).

Estos sucesos deben hacer reflexionar de manera crítica acerca del quehacer profesional. Es necesario que lo sea también, como un imperativo ético y político, para las instituciones de salud y las personas que conforman los diferentes niveles de gobierno.

El presente capítulo pretende describir y analizar aspectos de ética, interculturalidad y derechos humanos en su relación con la (des)protección de la salud, con especial énfasis en pueblos originarios de Chiapas, incluyendo su pensamiento y su palabra.

La identidad y el respeto

En el permanente quehacer para la protección de la salud en un mundo cada vez más globalizado, no pocas veces se vulnera la identidad biológica de las personas, sino también su identidad sociocultural. El desarrollo de la ciencia médica y sus beneficios requieren de cauces efectivos para ser accesibles en sociedades pluriculturales cuya existencia obliga, por una parte, a que las decisiones sobre preceptos de derecho, programas de gobierno y de la academia, logren equilibrar las aspiraciones y convicciones de las mayorías y el respeto y tolerancia auténtica y, por la otra, no discriminar ni sólo "soportar" a los que son diferentes.

En países con pueblos originarios de enorme diversidad, históricamente han sido objeto de discriminación. Así lo refiere C. Eibenschutz, "bajo el presupuesto de la igualdad de todos los individuos ante la ley, la sociedad y el mercado, erradicar, ahí, donde fuese necesario, todo resabio de cultura mesoamericana, no reconociéndose formalmente las diferencias raciales ni culturales".¹

Por ello, se requiere un punto de partida —con acuerdos mínimos— para construir soluciones, frente a preocupaciones comunes. Dichos acuerdos deben estar fundamentados en la ética, la bioética, los derechos humanos, la interculturalidad y el bioderecho, entre otros aspectos, que favorezcan el respeto a la identidad y a la dignidad humanas en su sentido más amplio. Como lo dice A. Del Águila, un "mínimo moral, fundamento de los derechos humanos, se parece mucho más a una toma de postura política que decida incentivar en el interior de todas las culturas (las demás y la nuestra) aquellos rasgos que tiendan a desarrollar una cultura de los derechos humanos y a restringir aquellos otros rasgos que, no importa cuán incardinados o cuán tradicionales resulten ser, militan contra esa nueva cultura de los derechos".²

Los pueblos originarios, los migrantes, los refugiados, los desplazados, las personas con opciones sexuales diversas, entre otros grupos, constituyen —en el escenario actual de pluralidad— un desafío en materia de procuración de justicia. De allí la necesidad de lograr acuerdos contruados con base en el respeto para evitar vulnerar sus derechos humanos, dentro del marco regulatorio constitucional, el derecho consuetudinario y en apego a los instrumentos jurídicos internacionales. El cumplimiento del mencionado marco jurídico no es opcional, pues constituye un acto si-

nérgico, lo que posibilita el más alto grado de condiciones para una vida digna.

En este contexto de procuración de justicia, A. Tomasini refiere, en *Historia, derechos humanos y medicina*: "Existe un control por parte del Estado frente a los individuos, y es posible que las instituciones no sepan autolimitarse, pudiendo hacer mal uso del poder".³

Es evidente la necesidad de una estrategia teórica que amplíe el horizonte para abordar los asuntos de salud que hoy nos preocupan (y nos ocupan), que permita "un acercamiento transdisciplinario, aunque ciertamente preliminar; colocar en la mesa de discusión la ampliación de miradas".⁴

La aportación de los puntos de vista propios de distintas disciplinas es necesaria para intentar la resolución de un asunto en extremo complejo. El propósito de la transdisciplina "se funda, en la certeza de que el conocimiento antes descrito como un fundamento o estructura lineal hoy debe pensarse como una red o malla con múltiples nudos de conexión". En esta nueva propuesta de conocimiento, prevalecen los procesos de "pluralidad, relacionalidad, diálogo, interacción y negociación", de acuerdo con J. Thompson.⁵

En la amplia área geográfica denominada Mesoamérica, se compartían en forma articulada (y por ello-su delimitación) conocimientos y prácticas comunes, generadoras de saberes en todos los campos y que han trascendido en forma significativa hasta la actualidad. En la región se construyó un proceso de identidad particular y diferenciada. Pues como afirma S. Molina: "Todas las sociedades se mueven de manera permanente en el establecimiento de pautas de identidad y diferenciación que no está exenta de sobrevalorar la perspectiva propia, así como el no aceptar aquello que no concuerda con las pautas que el colectivo acepta como válidas".⁶

La identidad surge a partir de la muy particular manera de percibir la realidad de parte del observador. La identidad es el referente de toda diferenciación. El observador "selecciona lo que va a observar y conduce sus observaciones de manera sesgada a partir de su propio interés o desinterés, experiencia o inexperiencia, conocimiento o desconocimiento o ignorancia, expectativas o convicciones, los criterios para diferenciar y las diferencias mismas".⁶

En las relaciones de tolerancia e intolerancia la identidad juega un papel fundamental, sobre todo en el encuentro de diversas identidades. Por ejemplo, se puede observar este fenómeno en el caso de invasiones u ocupaciones militares en países ajenos, los movimientos migratorios, la situación de desplazados y refugiados, ya sea por causa de violencia estructural o armada, y persecución política, entre otros. La población receptora genera respuestas, ante la población que arriba por periodos variables.

Según Crovi: "La identidad posee una dimensión histórica, se conforma dentro de fronteras simbólicas y tiene un carácter relacional, es decir, contribuye a conformar vías de comunicación y expresión, que favorecen la construcción de los criterios de tolerancia e intolerancia".⁷

L. Ocaña realiza un análisis bajo la visión de K. Jung, “mediante el cual muestra cómo los mayas pudieron sobreponerse a sus opresores a lo largo de la historia y continuar evolucionando hasta nuestros días porque generaron su propio mito redentor: el de las eras sucesivas para el futuro.”⁸

Hasta estos días es patente cómo la identidad de muchos pueblos originarios mesoamericanos tiene un sustento en la relación armoniosa con la naturaleza y con sus dioses. Relación compleja donde el cumplimiento de la función de cada uno es esencial para mantenerla. De lo más importante resulta preservar esta armonía debido a que constituye el fundamento para que la vida se despliegue, lo cual implica el respeto. No había dioses autoritarios, pues cada elemento, cada actor social, cumple una función que repercute en todos los demás.

El quebrantamiento de la cosmovisión por la imposición de creencias ajenas provoca procesos complejos de adecuación como la hibridación y la resistencia, en el permanente caldo de cultivo que es el conflicto.

El interés maya en preservar parte de sus propios referentes culturales, anota M. Ruz, se presenta sobre todo en el espacio ritual: “Ahora sabemos que si se conserva el signo se puede recuperar el significado.”⁹ Cuando la estrategia de conquista violenta incide en este rasgo de la población, se dirige a las representaciones rituales cuyos significados están representados por una enorme riqueza de signos, la reacción frente a tal embate es ampliamente conocida en el registro histórico. El resultado está marcado por la hostilidad, la amenaza a la identidad, la franca falta de respeto a la diferencia. Una estrategia interesante es la que se observa en varias culturas, esto es, el surgimiento de personajes que asumen la defensoría, frente a la “exclusión, violencia, discriminación en el mejor de los casos;”⁹ así como de su eliminación en sus más diversas formas, denominado el defensor del pueblo, ya sea personas del grupo agraviado o pertenecientes al grupo que infringe el agravio o violenta la dignidad humana. En este sentido, véase la excelente obra de M. León Portilla, *Francisco Tenamaztle*.

Como dicen los mayas, han tenido que pasar muchos soles y muchas lunas para ir aprendiendo que aquel que no se comporta de acuerdo a parámetros homogeneizantes, no se considera el enemigo a combatir.

Recordemos la importancia de los mitos en las poblaciones recién “descubiertas” y el papel que tuvieron en la resistencia y conservación como pueblos. En el área mesoamericana, el mito de Quetzalcóatl es el fenómeno profético más asombroso, considerado el gran rescatador de la humanidad, cuya misión es preservar la semilla del “Quinto Sol”.

En contraste, los franciscanos sugerían que Dios, nada menos, había guardado a los habitantes del “Nuevo Mundo” como una reserva espiritual para reconquistar. Ch. Domínguez señala en su biografía sobre Fray Servando Teresa de Mier que: “En el debate de tal situación, hubo abstención en el 5o. Concilio de Letrán (1512-1517) acerca de asuntos medulares, a pesar de que a sus sesiones asistieron misioneros

del Nuevo Mundo. Hubieron de ser los dominicos españoles Francisco de Vitoria y Domingo de Soto quienes, al mismo tiempo, justificaran tanto la falla jurídica de la conquista, como el problema de la salvación de los indios.”¹⁰ Este es un hito histórico con otros actores sociales, otros espacios de debate, donde se decide sobre temas vitales y trascendentes de los pueblos, sin su participación, recordemos las políticas indigenistas y su fracaso por excluyentes y carentes de respeto a los valores y cultura propios de su pretendido “objeto de ayuda”.

Se ha registrado, desde entonces, una larga transformación cultural de los países americanos con una historia de conquista europea, que imprimió una mayor complejidad a la situación prevaleciente y que se incrementó con la importación de los esclavos de origen africano.

Ética

En el trabajo médico antropológico, como en toda labor profesional, la ética es un eje fundamental (o debiera serlo), y en este quehacer cotidiano la ética, de acuerdo a A. Sánchez-Vázquez: “... es la teoría o ciencia del comportamiento moral de los hombres en sociedad. O sea, es una ciencia de una forma específica de conducta humana”, y más adelante afirma: “La moral no es ciencia, sino objeto de la ciencia, y en este sentido [es] estudiada, [e] investigada por ella.”¹¹ En este sentido: “El valor de la ética como teoría está en lo que explica, y no prescribir o recomendar con vistas a la acción en situaciones concretas”. Por tanto, dicho autor refiere que “la ética toma como objeto de su reflexión la práctica moral de la humanidad en su conjunto [enfocando] su explicación [y] no sólo su descripción.”¹¹

Participar en el debate ético antropológico requiere de una intensa reflexión acerca de nuestros marcos referenciales de la disciplina científica en general, y de manera específica, cómo se registra la etnografía. Lo anterior cuestiona la responsabilidad no sólo científica, sino práctica, y en palabras de L. Gazzotti, es una “retroalimentación reflexiva, enmarcada en el devenir de una comunidad histórica y moral que modela nuestro conocimiento y establece los parámetros de lo que se espera como un buen ejercicio profesional”,¹² y que se encuentra además con el “devenir de la comunidad histórica y moral” donde realizamos nuestro trabajo.

Es necesario, sin embargo, que no sea de manera discursiva, sino como posibilidad viable y práctica para la reflexión, el análisis y la comprensión de añejos y nuevos fenómenos emergentes. Como señala el filósofo español F. Savater: “Es indudable que los filósofos, en el mejor de los casos, tratan de ocuparse de manera laica de lo mismo que preocupa a sacerdotes y teólogos. Unos y otros se plantean preguntas no instrumentales, que no pueden ser zanjadas por ninguna respuesta que nos permita despreocuparnos de ella y pasar a otra cosa (como ocurre en el caso de la ciencia) y que no se refieren a cómo podemos ‘arreglarnos’ con las cosas del mundo, sino a lo que somos y a lo que significa ser como somos.”¹³

El respeto al hombre en la diversidad encuentra su fundamento en la ética y en los mitos y leyendas de las variadas culturas, las cuales generan una fuerza propiciatoria para la convivencia humana. Una estrategia ética-intercultural propositiva, es el puente articulador mediante el cual se concreta la relación de intercambio horizontal con el otro, con un pertinaz e irrenunciable objetivo: no perpetuar el modelo de discriminación.

Por ello es imprescindible intentar, de manera permanente, entender (o por lo menos conocer), antes que condenar, las múltiples expresiones de resistencia y/o hibridación cultural de parte de las poblaciones. Dichas expresiones constituyen más bien un esfuerzo constante de los individuos y colectivos frente a los intentos de homogeneizar las sociedades plurales y dinámicas, en el entendido de que son respuestas que se han ido modelando de acuerdo al momento histórico y la intensidad de la intolerancia. Desafortunadamente, intolerancia y discriminación como formas de exclusión se presentan en el diseño de políticas sanitarias y en la relación médico-paciente.

De tal modo que, como anota S. Molina: "Las consecuencias de la emergencia de la intolerancia en la sociedad devastan su propio seno y, en un mundo global, amenazan su integridad"⁶

Parte de ese conocer y entender es adentrarse en la subjetividad del otro, en su sensibilidad, aquella donde —como diría Levinas— se expresa el dolor. No en una sensibilidad vulnerable sino aquella que exige y demanda un cambio transicional. Cambio que invita al descubrimiento del otro, al enfrentamiento cara a cara, para estar inmersos en su realidad que es a la vez una cercanía lejana a la propia comprensión, que cuestiona y arrastra hacia uno mismo, pero también obliga a confrontar e interpelar con los otros, para alcanzar un nosotros, fundamento de la filosofía maya tojolabal de la que habla C. Lenkersdorf.¹⁴

El paso propiamente ético (acto ético), que el mismo E. Levinas refiere, es pasar de los enunciados a los hechos, generado tal acto por la búsqueda del contacto y la sensibilidad del lenguaje, es construir la relación con el otro no como un tema o como un objeto de investigación, sino como una experiencia ética, la cual es guía para la toma de conciencia de ese otro.

Tal condición dinámica, la del "paso ético", y la de la vivencia, es decir, la propia "experiencia ética", emanan de considerar a la ética como una disciplina teórica con un carácter práctico. Por ello su labor de investigación y explicación —para aclarar una realidad sociohistórica determinada— posibilita la construcción de conceptos, los más adecuados posibles a dicha realidad.

Tales bases éticas son imprescindibles en países conformados por culturas diferentes y en constante relación conflictiva con el Estado y sus instituciones.

Aquí cabe mencionar cómo la historia se desborda en ejemplos que muestran al actor social ejecutor o cómplice de acciones que no reconocen y violentan la dignidad humana.

Actor que —según la caracterización de N. Bilbeny— corresponde al llamado "idiota moral".

Para Bilbeny, el idiota moral es una persona afectada que posee un vacío en su pensamiento práctico. Son personas inteligentes que se caracterizan por su *incapacidad* de ubicarse en el lugar del otro (*lack of role taking*), de generar empatía, y que muestran *ineptitud* para observarse a sí mismos (*lack of insight*). Por tanto, dice Bilbeny, "asumir el papel del otro es una habilidad y un acto cognitivo no emocional".¹⁵

Éste es uno de los puntos en donde ética e interculturalidad se articulan, lo cual potencia la relación. El diálogo intercultural ético se da con estos elementos no sólo de manera empática, pues la empatía es una función y no un estado de afinidad con el otro.

Se requiere además un proceso dinámico que implica una fase de introyección, donde el individuo se relaciona con el otro tratando de ver su situación y decisión como si fueran propias, y otra de proyección, cuando se dirige a él en un trayecto inverso, procurando observar la propia situación y decisión, como si fueran del otro.¹⁵

Derechos humanos y salud

Durante la mayor parte del ejercicio profesional de la autora como médica e iniciada en la antropología social, la opción de trabajo en coparticipación con personas excluidas de los beneficios de los avances tecnológicos, de los aportes de la investigación de punta y de los programas de salud (fuera en el ámbito urbano, suburbano y rural), exigió en un inicio ser autodidacta ante las ausencias en la currícula de la formación académica universitaria.

Es importante subrayar y agradecer la valiosa riqueza del aprendizaje obtenido gracias a la cosmovivencia con personas y colectivos de diversas etnias, los cuales compartieron su saber, su cosmovisión y su muy particular manera de ver y entender el mundo con quien esto escribe. También permitieron compartir su experiencia humana de enfermedad, de salud, de sufrimiento y de muerte. Este proceso ha requerido de la búsqueda y formación desde otros campos disciplinarios, para poder articular e intentar entender otras realidades y abonar el trabajo profesional con las comunidades que así lo aceptan.

Esta labor como médica con orientación intercultural se ve severamente lastimada por la insoportable, ofensiva e injusta relación que desde diversas instituciones de gobierno, personal de salud y miembros de las fuerzas armadas usan (y abusan) del poder, estableciendo con el que es diferente una franca consolidación del dominio y el ejercicio de la subalternidad sobre el otro.

Ante las omisiones de las autoridades (federales, estatales y municipales) que tienen una obligatoria responsabilidad ética y política en cuanto a la procuración de justicia en el área de salud, se requiere de una urgente e inaplazable transformación.

A partir del levantamiento zapatista en Chiapas (México), en enero de 1994, el trabajo voluntario en atención médica se tornó difícil y complejo por la violencia armada militar y paramilitar que provocó desplazamientos poblacionales internos, estigmatización a las personas que trabajan con "indios" y las amenazas abiertas y soterradas a indígenas y no indígenas "sospechosos" de participar en actividades insurreccionales. Y en este clima de "guerra de baja intensidad" que se desarrolló años más tarde, ocurrió la matanza de mujeres, niños y hombres desarmados en Acteal, crimen de lesa humanidad que constituye una agresión a los derechos humanos, que potencia la violencia estructural que ya es histórica (por siglos) y continúa cobrando vidas hasta hoy. La violación de los derechos humanos no sólo afecta a la población indígena, sino también al personal de salud de organismos no gubernamentales (ONG) que se suponían protegidos por tratarse de organismos de ayuda humanitaria internacional y por los tratados internacionales vigentes, en conflictos violentos.

Entonces, como personal de salud, se debe conocer y entender de qué se habla cuando se hace referencia a la defensa de los derechos humanos.

Al referirse a los derechos humanos (DDHH), se retoma el concepto de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), el cual hace alusión al "conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de la persona. Este conjunto de prerrogativas se encuentra establecido dentro del orden jurídico nacional, en nuestra Constitución Política, tratados internacionales y las leyes".³¹

Lo anterior se compara con las aportaciones de D. Sánchez-Rubio, las cuales son resultado de su propio proceso académico, para salir "de la burbuja o élite académica a otras realidades de la práctica diaria de la gente que sufre [...] como el resultado no oficial o institucional de esta singular dinámica de articulación entre la 'asepsia del cubículo de investigación' a las diversas realidades". Donde los DDHH "son expresión de luchas y procesos sociales abiertos e inacabados desarrollados por grupos humanos con diversas racionalidades conflictivas, construidas históricamente a partir de tramas sociales de multitud de interacciones humanas, que tienen como objetivo ser reconocidas como sujetos con autoestima, autonomía y responsabilidad".¹⁶

H. Gallardo, citado por Sánchez-Rubio, define los DDHH como "un conjunto de prácticas sociales, simbólicas, culturales e institucionales en las que los seres humanos reaccionan contra los excesos de poder y que les impide constituirse como personas. Hablar de dignidad, derechos humanos, libertad, no es un dato sino un compromiso".¹⁶

De acuerdo a la naturaleza del derecho, los especialistas establecen la siguiente clasificación:

1. Derechos civiles y políticos, como el derecho a la vida, a la libertad, seguridad personal, participación política y otros.

2. Derechos económicos, sociales y culturales, aquellos que se refieren a las condiciones para una vida digna, como lo son: educación, salud, trabajo, protección social.
3. Derechos de los pueblos, se refiere a la protección de las naciones o pueblos como unidades culturales que habitan un territorio, como lo son los pueblos indígenas (derecho a la paz, autodeterminación, desarrollo sostenible).

De acuerdo con la persona que ejerce o exige el derecho están los siguientes tipos:

1. Los derechos individuales, que están en relación a los intereses personales del ser humano.
2. Los derechos sociales, con relación a los intereses colectivos o de grupos sociales.

Su protección es tarea de toda la sociedad, de manera especial por el Estado, por las autoridades gubernamentales en ejercicio de la función pública, cuya obligatoriedad se fundamenta por mandato constitucional.

La responsabilidad finalmente es tripartita: ciudadanos con participación activa; el Estado por medio de la expedición de leyes, políticas públicas y programas específicos, y los organismos que laboran en el ámbito jurídico internacional, a través de múltiples instrumentos, como pactos, convenios, tratados, protocolos y declaraciones. Estos últimos deben considerarse con carácter obligatorio por los gobiernos que los suscriben y ratifican.

La característica fundamental de los DDHH es el cumplimiento paulatino del bienestar común de parte del poder público para superar la desigualdad, la pobreza y la discriminación, sólo posibles en una situación de justicia, paz y libertad.

El trabajo por la salud implica una labor permanente por los DDHH, ya que todos ellos, bajo una concepción integral, repercuten en su conformación y preservación.

Las siguientes relaciones propuestas por J. Mann y S. Gruskin,¹⁷ son muy claras; cada una enfoca un aspecto particular de esta interrelación crítica.

Salud  Derechos Humanos

Relación 1. Impacto potencial de políticas, programas y prácticas de salud, sobre los DDHH. Reconocer la complementariedad de objetivos de salud con normas de DDHH para propiciar políticas en salud y programas más efectivos. Reto: negociación balanceada para alcanzar un nivel óptimo entre promoción y protección de DDHH y salud.

Salud  Derechos Humanos

Relación 2. Expresa la idea de que las violaciones o la falta de cumplimiento de alguno o todos los derechos humanos tienen efectos negativos en la salud. Verdadero en tiem-

pos de paz, periodos de conflicto y de represión política extrema.

Salud ↔ Derechos Humanos

Relación 3. Basada en la idea de la conexión íntima entre ambos campos. La idea central del movimiento por la salud y los DDHH es que actúan en sinergia. La promoción y protección a la salud requiere esfuerzos explícitos y conceptuales para promover y proteger los DDHH y, por ende, la dignidad. Y una realización completa de los DDHH necesita poner gran atención a la salud y sus determinantes sociales.

La perspectiva de DDHH y salud se refiere al acceso no sólo geográfico sino también cultural a la atención de la salud, o bien, frente a un daño evidente a la salud, como manifestación inicial del abuso de un derecho humano, como es la tortura.

La orientación de DDHH ya es parte del análisis y las propuestas desde los organismos internacionales; así, R. Rojas refiere: "La salud como derecho se incluye en todas las generaciones de derechos. Los derechos de primera generación resguardan la salud del individuo; los de la segunda generación, obligan al Estado a proveer servicios y acciones de salud en el espacio individual y colectivo; de la tercera generación, incluye nuevos paradigmas que permean la intersectorialidad y transdisciplinariedad del sector salud, instando a la discusión de asuntos éticos".¹⁸

Derechos indígenas

Existen fuentes variadas con cifras que no coinciden con precisión; una de ellas refiere que la población indígena corresponde a 12% de la población total de México. Preocupante en extremo es el binomio indígena-pobreza (como complejo histórico), e igual lo son también las violaciones a sus DDHH fundamentales. Múltiples instituciones gubernamentales, programas, comisiones, se han encargado de "protegerlos" o "ayudarlos", siempre en una relación subordinada, pues los programas sociales sin perspectiva de DDHH son fácilmente manipuladores, por ello la participación con su propia sabiduría, palabra y acción es fundamental.

Como parte del trabajo para la salud con pueblos originarios, uno de los primeros aspectos relevantes e imprescindibles a investigar es cuáles son las ideas acerca de la concepción de su cuerpo; qué es (para ellos) la salud, la enfermedad y la muerte. En un taller de salud organizado en Ecuador, en 1995, el colectivo concluyó que salud es: "la convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social".¹⁸ Otra forma de decirlo la proporcionó una mujer anciana de origen tzotzil, en una forma muy simple: "Que esté contento mi corazón".

Como se puede apreciar, la salud —para ellos— es un asunto cuya dimensión es colectiva, relacionada con el en-

torno ecológico, sociocultural, económico, político y espiritual, y sólo así el corazón estará contento. E incluso en ciertas comunidades indígenas chiapanecas en resistencia (p. ej., los zapatistas o la agrupación católica de Las Abejas), la salud siempre es un problema de todos. En cambio, en las comunidades que reciben programas institucionales, la salud es una decisión exclusiva del gobierno, el cual resuelve cómo y a quién beneficia sin la participación de la población en el diagnóstico, la planeación, ejecución y evaluación de dichos programas. En las comunidades divididas, la salud es un problema de nadie.

Para lograr la participación en acciones inclusivas con justicia y dignidad, como mexicanos y parte importante del país, las negociaciones ante las comunidades indígenas representadas en el EZLN firmaron los Acuerdos de San Andrés en febrero de 1996, con representantes del gobierno federal, donde los segundos actores sociales se comprometen a modificar la Constitución para reconocer los derechos de los pueblos originarios del país. Su incumplimiento condujo a reformas constitucionales parciales e insuficientes. En este sentido se incorporó en 2001 el reconocimiento a los pueblos indígenas y sus derechos de manera incompleta y sin reflejar el espíritu indígena originalmente aprobado.

El artículo segundo de la constitución mexicana señala que: "La Nación Mexicana es única e indivisible (...) La Nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas, que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas".

Años más tarde, aparecieron leyes e instituciones que se relacionaron; por ejemplo, en 2003 surgió la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas y la creación del Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI). A su vez, el Instituto Nacional Indigenista (INI), que desde 1948 era el agente de la política indigenista gubernamental (mediante la aculturación de las comunidades indígenas), quedó reducido a una Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) cuya labor está por evaluarse.

Por otro lado, a nivel de instrumentos jurídicos internacionales hay que tener en cuenta los siguientes:

- Artículo 26 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos, Pacto de San José (1969).
- Artículo 10 del Protocolo de San Salvador (1988).
- Resolución CD37.R5 de la OPS (1993) sobre salud de los pueblos indígenas ("Resolución V"), que adoptó la iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas (SAPIA).
- Artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966).
- Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Resolución 1966, que entró en vigor en 1967.

- Artículo 25 del Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, de la Organización Internacional del Trabajo (OIT; 1989).
- Artículo 8 del Convenio sobre la Diversidad Biológica (1992).
- Artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos de los Pueblos Indígenas, ONU (2007).

Todos estos instrumentos son vigentes cuando los gobiernos los firman y los ratifican. Es el caso de México y el resto de América Latina.

En cuanto a México, en junio de 2011 se modificó el artículo primero constitucional, que ahora señala de manera explícita: “En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección...”.

Por otro lado, una sana e importante práctica que se observa en los últimos años es la formación de promotores indígenas de derechos humanos. Reconocidos por su respectiva comunidad como “nuestros abogados indígenas”, apoyan a las autoridades Locales en la resolución de problemas concretos, haciendo uso cada vez más de los instrumentos y mecanismos nacionales e internacionales. Intervienen actores de la sociedad civil, una fracción de la Iglesia católica y organismos no gubernamentales. Así han surgido en Chiapas los Centros de Derechos Humanos “Fray Bartolomé de Las Casas” y el “Fray Lorenzo de la Nada”, o el de la Montaña “Tlachinollan” en el estado de Guerrero.

Es importante subrayar que el derecho indígena a la salud es vinculante con otros derechos relativos a la tierra, el territorio, la identidad, la cultura, la autodeterminación, los recursos naturales, la educación, la vivienda, la nutrición, entre otros elementos importantes necesarios para el buen vivir.

Algunos retos:

- Acceso garantizado a servicios de salud, con disposiciones afirmativas de tipo legal orientadas a la eliminación de diversas barreras para el uso y disfrute irrestricto de los servicios públicos y la gratuidad en todos los niveles de atención.
- Reconocimiento de la medicina tradicional indígena, en forma efectiva y no simplemente declarativa.
- Protección jurídica de las plantas y conocimientos medicinales, ya que aquí la propiedad intelectual es relevante.
- Adaptación de los servicios de salud a los usos y costumbres indígenas.
- Formación intercultural al personal de salud que trabaja en territorios con mayoría de población indígena.
- Infraestructura material con pertinencia cultural de las instalaciones de salud (arquitectura, albergues para familiares del paciente).

- Auténtica participación indígena en el diagnóstico situacional, la planeación y la evaluación de proyectos de salud preventiva y asistencial.
- Revisión del marco jurídico de cada país, su constitución, sus leyes, decretos e instrumentos internacionales firmados, para cumplir con ellos.

La Constitución Política mexicana, con las reformas realizadas en 2001, marcó —en el artículo segundo— el “acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición indígena mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil”. Son cambios constitucionales que requieren ser reglamentados y normados para ser congruentes y poder operar en la realidad.

En países multiculturales y multinacionales, es necesario no perder de vista la necesidad y obligación de transformar la relación con la diversidad, que permita mejorar la comprensión al respecto, así como generar “mecanismos compartidos para la resolución de conflictos”, condición favorable para “desarrollar una civilización de los DDHH sin la coletilla imperialista, sino de ideas de mutuo respeto y no discriminación”.²

No olvidar que el trabajo en DDHH plantea y exige posiciones ético-políticas para la autoidentidad, y es utilizado como una herramienta de gestión por distintos actores sociales. Cada vez es más prescindible, innecesaria e insuficiente la “voz pasiva” como cuando se exclama: “¡La injusticia debe acabar, no deben morir más niños por desnutrición!”, etc. La “voz pasiva” evade la responsabilidad sin costo, sin trabajo, con ausencia de solidaridad. Son buenos deseos que no comprometen, posiciones delimitadas en el *narcisismo* y el *hybris*; “sin embargo, es posible que *narcisismo* e *hybris*, convenientemente domesticados, pudieran ser de interés a una política solidaria”.²

A continuación se presenta en forma textual el resumen del mismo autor: “Si bien es cierto que no existe, hablando con propiedad, una concepción de los derechos humanos que suscite un acuerdo unánime, no lo es menos que en todo ámbito cultural, parecen estar dados elementos que permiten la comprensión mutua intercultural o, al menos, la generación de una esfera de discusión sobre esos asuntos.

Este ámbito es quizá la base de un proyecto político que mantiene la esperanza de un consenso intercultural relativo a los derechos humanos, contingente y trabajosamente creado, pero no por ello menos importante”.²

Marco constitucional para la protección de la salud en México

En el ilustrativo informe denominado *Pueblos excluidos, comunidades erosionadas. La situación del derecho a la sa-*

lud en Chiapas, México, se reporta que tras esta investigación, México se ubica con mayores niveles de desigualdad que países africanos como Malí, Zambia y Nigeria. En 2003, el gasto total en salud alcanzó el 6.2% del producto interno bruto (PIB), para ubicarse entre los países con menor gasto en salud. También obtuvo el 15o. lugar en desigualdad, que se relaciona con el gasto público per cápita, siendo 12 veces menor en aquellos que no poseen seguridad social comparada con la población asegurada. Así, Chiapas tuvo un gasto per cápita en salud de 581 pesos mexicanos, en tanto que para Baja California Sur fue de 2 255 pesos. Sin duda, la inequitativa distribución de los recursos para la salud es una manera de perpetuar la pobreza y la marginalidad.¹⁹

Es una imperiosa necesidad revertir la relación de injusticia distributiva y la conservación del *statu quo*.

No obstante, allí está el mandato constitucional que dice:

Artículo 4. Toda persona tiene derecho a la protección a la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XXVI del artículo 73 de esta Constitución [...].²⁰

El derecho a la protección a la salud está contenido en el marco de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), consagrado en los instrumentos del sistema de Naciones Unidas y el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, así como en las constituciones de varios países.

Por ello, es ineludible la obligación del Estado mexicano al respecto. De la investigación realizada por *Physicians for Human Rights*, El Colegio de la Frontera Sur y el Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos-Defensoría del Derecho a la Salud, se desprende que “después de analizar diversos indicadores sociodemográficos y socioeconómicos, indicadores de salud (materna, infantil, desnutrición, etc.), nuestro país no está cumpliendo con sus obligaciones en lo que al derecho a la salud se refiere. Es necesario atender la equidad, la no discriminación, promover la participación activa de la población en todos los niveles de toma de decisiones”.¹⁹

Y cuando el derecho a la salud es violado, no hay cauces explícitos para tener acceso a la instancia encargada de orientar, negociar o dirimir una queja o una denuncia (CONAMED, con baja cobertura en algunos estados del interior). “El artículo 60 de la Ley General de Salud no contempla la demanda por falta de cobertura o acceso a los servicios de salud como una cuestión institucional o sistémica”.¹⁹

Por el contrario, es pertinente mencionar como antecedente histórico relevante el caso *Mininuma*, donde este pueblo indígena de la mixteca guerrerense ganó en 2007 el juicio contra la autoridades estatales que obligó a que estas últimas construyeran un centro de salud, pese a la constante y reiterada oposición de los funcionarios de salud.²¹ Ca-

sos similares se suceden en Colombia, Brasil, Argentina y otros países.

Derechos humanos e interculturalidad en salud

En esta frecuencia de crear condiciones favorables para el ejercicio de los derechos humanos dentro de la complejidad de las políticas públicas en salud, se entiende la interculturalidad como una propuesta de diálogo, intercambio y complementariedad, que —bajo el lema “la unidad en la diversidad”— apunta hacia la articulación de las diferencias, pero no a su desaparición. Es necesario diferenciarla de la pluriculturalidad y de la multiculturalidad, porque no es un término descriptivo sino propositivo, que surgió tras un proceso de análisis de relaciones desiguales hacia las personas y colectivos diferentes. Se conforma como alternativa al mestizaje, uniformador e integracionista de las políticas estatales que ejerce un fuerte impacto en variados espacios de la vida.

De acuerdo con el Manual de contenidos sobre Salud Indígena y derechos humanos publicado por el Instituto Interamericano de Derechos Humanos se establece que: “El tema de la interculturalidad en América Latina surge asociado directamente con lo llamado ‘el otro’, que en nuestro contexto se refiere principalmente a los pueblos indígenas y afrodescendientes”, pero no sólo a su presencia, sino a partir de un proceso al cual antecedió y enriquecieron las ciencias sociales, reflexivo, analítico, crítico, de las formas de relación que históricamente se han construido frente a dichas personas. El surgimiento del movimiento indígena y afroamericano, al visibilizarse como actor sociopolítico y su lucha por ser reconocido, es parte del reforzamiento de su identidad y ha tenido un impacto en la conciencia social. De esa forma, “surge la interculturalidad como alternativa al mestizaje uniformador e integracionista de las políticas estatales”.

La interculturalidad es una exigencia que abona la semilla del acto ético, y permite concretar, dar el paso de la teoría a la praxis. Si bien la interculturalidad como proceso dinámico y permanente, propositivo al diálogo, al intercambio y la complementariedad hace referencia a la diversidad cultural, “conceptualiza esa diversidad” y “desarrolla prácticas relacionadas con esa diversidad en la sociedad y sus instituciones sociales”. Así, un aspecto relevante de la interculturalidad propositiva es que no sólo “reconoce”, sino que actúa, y por tanto es una meta por alcanzar.

Este paso de la teoría a la praxis como un acto ético, proporciona uno de los episodios vitales más valiosos, no siempre fugaces, pero sí difíciles de construir.

Entre las variadas tareas del quehacer médico-antropológico con la población indígena en situación de desplazamiento, está la de formar promotores indígenas para el cuidado de la salud comunitaria, y para favorecer el diálogo el intercambio y la complementariedad; como colectivo, la

autora de este capítulo realizó: "Una estrategia intercultural de gran utilidad con los promotores indígenas de salud, en los talleres denominados 'Compartiendo saberes para la salud', fue la dinámica grupal 'de los sueños'. Esta dinámica contribuyó a la reafirmación de su identidad cultural, a la cohesión entre todos los participantes, con los cuales tenemos una preocupación común y que además, motivó finalmente el compromiso de trabajo grupal".

Los sueños constituyen un fenómeno de gran importancia en la cultura maya.²²

En un campamento maya de desplazados en la montaña en México, un ejercicio para conocernos, consistió en preguntar a los promotores indígenas tzotziles de salud por qué se dedicaban entre otras cosas a los asuntos de la salud y la enfermedad; ¿qué les hizo tomar ese camino? Todos hicieron alusión a los sueños. Éstos eran el medio por el cual se aclaraban las dudas, favoreciendo la toma de decisiones calmando los temores para aceptar nuevas responsabilidades. Ya sea en la figura de autoridades antepasadas del ámbito religioso católico, religioso tradicional o la presencia de animales como el *tsunun* (colibrí) o un *bolom* (jaguar), personajes y animales que comunicarán a la persona que sueña que es la elegida para atender problemas de salud. Algunos de ellos tuvieron el sueño "de por sí" y se involucraron en la atención de enfermos, otros experimentaron el sueño después de haber sido elegidos por la asamblea comunitaria y sus *amtel'etik* (autoridades), y si acaso hubiese habido algún resquicio de duda, el sueño la aleja, el cargo se asume y el reconocimiento comunitario se otorga.

A la par, en el terreno de la medicina, la tecnología en la ciencia proporciona información y aclara dudas en relación con la prolongación de la vida y solución de enigmas biomédicos, pero también resulta innegable que, en sociedades multiétnicas y pluriculturales, la biomedicina sostiene una relación inversa con el desarrollo de capacidades y estrategias interculturales del personal y políticas de salud, para la aplicación de los beneficios de la misma. No existe como una estrategia oficial.

Como personal de salud, es necesario no perder la brújula ante la necesidad de aprender junto con las personas, en lo individual y lo colectivo, cometiendo errores e insistiendo, armando la estrategia en la construcción de la salud, desde una relación simétrica, horizontal, que posibilite la resolución de problemas y conflictos.

En largas sesiones, la autora reflexionó con los promotores de salud y analizaron en un diálogo doble, entre ambos factores y en forma introspectiva. "[...] jóvenes indígenas promotores de salud en reunión, dando su palabra, y después de varias horas nos dispersábamos en el campo en silencio para retornar y 'tomar acuerdos'; el ejercicio es de gran riqueza en sí, pero quiero confesar que a veces requería de repetir el proceso. La música de marimba o grabada, el baile y el juego eran parte de todo, se nos aclaraba la palabra y el pensamiento a veces después de jugar básquetbol en plena noche, después de atender la consulta y demás traba-

jos. En el silencio aparente éramos más fuertemente 'nosotros'".

Es necesario recordar que el profesional de la salud es sólo un actor social más, dedicado a la prevención, promoción y curación en pueblos originarios, y que la etiología, patología y tratamientos deben entenderse en el entretendido de su cosmovisión. Cabe reconocer que no siempre se resolvieron las situaciones; existió conflicto con otras instituciones y personal de salud, hubo hostilidad por pertenecer a un organismo no gubernamental, sumado a la acogida manifiesta de la comunidad a la autora, quien experimentó en carne propia la discriminación de parte del personal de salud institucional público y privado a "primera vista" por su apariencia exterior, la cual había adecuado a las condiciones de las largas caminatas por los caminos de terracería, así como el olor característico del humo de leña absorbido por la ropa y sin mostrar identificación profesional, ya que no utilizaba la bata blanca; así, promotores de salud indígenas, pacientes y quien esto escribe, sufrieron desprecio en ambulancias, hospitales y por diversas "autoridades". Esto fue lo menos, comparado con el trato humillante y de hostigamiento franco en los retenes militares y durante sus labores de patrullaje por militares varones, pero el trato más violento lo realizaron las mujeres militares "empoderadas", que en tono de burla apoyaban el discurso machista de sus compañeros varones.

El siguiente suceso ejemplifica lo anterior. "Al encontrarme a la orilla de la carretera cerca de un campamento militar en compañía de uno de los niños indígenas heridos, sobreviviente de la masacre de Acteal, tres soldados me dijeron: Lárgate de aquí, vieja cabrona, vete a tu país (¿?). Te vas a arrepentir. ¿Para qué vienes con estos pinches indios malagradecidos?" Otros colegas médicos tuvieron experiencias parecidas, con intimidación en la que preguntaban sobre nuestras propias familias, e incluso a otro le entregaron —simbólicamente— una bala en una cajita de cerillos.²²

Además, se observó de manera cotidiana el uso perverso del idioma local por las fuerzas armadas, aunado a otras prácticas de contrainsurgencia, como la supuesta "labor humanitaria en salud" por medio de consulta médica, lavado de manos por la enfermera militar frente a largas filas de niños con desnutrición. Fue posible conocer casos de militares que aprendieron el idioma, la dinámica y estructura sociales de la población donde se enclavaba su campamento, quienes violaron a mujeres indígenas y usaron a los niños como informantes. Todo ello se sumó a los actos de prepotencia, como la marcha de los domingos en pelotón por las calles del pueblo cercano a Acteal, gritando: "¡Somos fuertes, somos los mejores!" frente a los rostros desencajados y expectantes de las personas indígenas.

Frente a las limitaciones en la comunicación, algunos médicos hicieron un esfuerzo por aprender lo más posible el idioma tzotzil, para mejorar la relación con los pacientes, si bien lamentablemente fueron casos muy aislados. La situación de emergencia e inseguridad, junto a la falta de insumos permanentes para las acciones médicas, no eran condi-

ciones propicias para resolver tal necesidad de aprendizaje, y sin embargo, precisamente eran estos sucesos los que demandaban hablar la lengua local. En muchas ocasiones, después de un internamiento tras largas horas de transporte, como parte de la terapia de un paciente torturado por miembros del ejército era necesario elaborar informes dirigidos a la organización Amnistía Internacional o una denuncia a la CNDH por las violaciones a sus derechos y el trato prepotente y soberbio del personal hospitalario, o la petición de un salvoconducto para transportar pacientes fuera del estado para su atención especializada.

Frente a este escenario de inseguridad a la integridad, la protección vino por parte de las propias comunidades y una ayuda fraternal de ciudadanos solidarios, algunas ONG y la Cruz Roja Internacional.

Finalmente, fue de gran valía el conocimiento que brindó la experiencia del lingüista y filósofo alemán C. Lenkersdorf (entrañable amigo y maestro), y de la misma población indígena en resistencia. Por ello, cabe reconocer la enorme utilidad reflexiva de la filosofía del pueblo tojolabal, acerca de que nadie manda a solas, para evitar lo más posible que uno se coloque sobre el otro, “donde la relación ética es ‘nosótrica’, con profunda raíz histórica que la mantiene firme y sólida, y a la vez, flexible al acontecer histórico que impera entre ellos, lo cual permite una coordinación en la que se desplaza a los objetos (subordinados), se les da vida como sujetos (coordinados), los cuales asumen funciones diversas”.¹⁴

Esta estrategia con implicaciones éticas se encamina en la diferencia cultural hacia la igualdad de derechos y respeto mutuos. En la arquitectura constante y cotidiana de la interculturalidad se tiene —como desde la cosmovisión y, mejor aún, de la cosmovivencia— los elementos que dirigen y orientan esta obra.

Las reflexiones posteriores al trabajo de más de 40 años con los indígenas, enriquecen al decir nuevamente de C. Lenkersdorf en su libro *Filosofar en clave tojolabal*: “Es esa misma intersubjetividad la que propicia que las interrelaciones personales sean bidireccionales o multidireccionales, en lugar de unidireccionales. Es decir, que la comunidad no va de arriba hacia abajo, del sujeto agente al objeto pasivo, del sujeto mandón al objeto sumiso, sino que camina al nivel horizontal entre iguales. Por ello las interrelaciones éticas se realizan entre emparejados, dispuestos a escuchar y en busca de consensos”.¹⁴

Finaliza este apartado con una propuesta de Abadio Green, sabio indígena *kuna*, de Colombia: “Ir al otro, y volver del otro, no es problema intelectual, es un problema del corazón. Claro que uno puede estudiar al otro, es más, es un deber hacerlo. Pero comprenderlo es algo distinto. Conocer la vida de los pueblos, hacer las preguntas necesarias que conduzcan al saber, no sale del conocimiento científico sino del corazón del hermano o de la hermana. Sólo así es posible que las personas puedan salir de su mundo y entrar en los otros mundos. De lo contrario, es posible que vayan

y regresen, pero sin comprender, pisando las hierbas que dan vida, porque imaginan que son maleza, profanando la tierra, porque la ven como negocio, violando el agua con su indiferencia. Se podrá ir a muchos mundos, pero si no se tiene el corazón preparado, NO VEREMOS NADA”.³²

Consideraciones finales y perspectivas

Resulta insuficiente e inoperante esperar un actuar ético como decisión sólo de “buena voluntad” o como un hecho aislado ocasional. El imperativo es participar donde se hace imprescindible y urgente una política de Estado *incluyente*, que dé cumplimiento al derecho a la protección de la salud, en atención a la procuración de justicia en un área fundamental para una vida digna, en los márgenes de la perspectiva étnica, de género y de los DDHH.

La adecuación de la currícula en la formación de profesionistas en el área de la salud que contemple las perspectivas señaladas de manera formal y oficial —las cuales han sido propuestas no sólo por los movimientos sociales y espacios académicos, sino además por la OPS, la UNESCO y otros organismos nacionales e internacionales—, responde al requerimiento de un perfil renovado que haga frente a realidades nuevas y emergentes, lo cual no está reñido con su opción a convertirse en un médico especialista en el área de la biomedicina o de la investigación. Al contrario, lo potencia.

También es necesaria la creación de comités de bioética en los hospitales donde no los hay, y su reforzamiento donde ya existen, con las perspectivas descritas, en la frecuencia de la *interculturalidad propositiva*.

Lo mismo aplica para la creación de órganos de arbitraje médico cuyo ejercicio ético y bioético se enriquezca con la perspectiva intercultural, haciendo presencia en regiones de conflicto y marginalidad elevadas, en zonas rurales y no únicamente en urbanas.

Todo lo anterior despliega el abanico de beneficios no sólo para la tarea profesional, sino ante todo, para la población: como fuente de insumos para colocar en la agenda pública y el diseño de políticas públicas, además de los aportes de la investigación desde las ciencias sociales, seminarios académicos, encuentros y congresos indígenas y de minorías excluidas, movimientos sociales, diagnósticos por algunos centros de DDHH nacionales e internacionales, sin olvidar las experiencias exitosas y fallidas en países latinoamericanos con realidades semejantes, como valiosas lo son, por supuesto, de otras latitudes del mundo.

Es necesaria —y queda como propuesta— la existencia de un *ombudsman* (defensor del pueblo) en el ámbito propio de la salud a niveles nacional y estatal, que contribuya a la justicia distributiva, la equidad y el respeto a la dignidad humana en el cumplimiento de la obligación del Estado y los distintos niveles de gobierno, del derecho a la protec-

ción de la salud y la no discriminación. Asimismo, se requiere el reforzamiento de uno de los valiosos aportes del ilustre Dr. Gustavo Baz Prada, sobre la realización de un servicio social de calidad en aquellas regiones del país con poblaciones en franca desventaja socioeconómica y en situación de discriminación. Servicio social que quizá represente la única ocasión de acercamiento y cosmovivencia con el “México profundo”, ése que en forma tan acertada describió y analizó el antropólogo Guillermo Bonfil Batalla. Para ello es indispensable acudir preparado no sólo en el aspecto biomédico (lo cual es imprescindible), sino con las herramientas que brinda la transdisciplinariedad.

A manera de colofón

Al término de la revisión del presente capítulo, Manuelito, el sobreviviente tanto de la masacre de Acteal como de un tumor cerebral diagnosticado en 2007 —resuelto de manera favorable en la Ciudad de México—, falleció el 10 de noviembre de 2012 en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Su atención y muerte en el “Hospital de las Culturas”, en su estado natal, se caracterizó por una cadena de actos discriminatorios, negligencia médica y vaguedades diagnósticas sin comprobar. Descanse en paz.

Preguntas de repaso

1. ¿Qué importancia tiene la identidad sociocultural de la población que acude a los servicios de salud?
2. ¿Qué son los derechos humanos, según la CNDH?
3. Exponga ejemplos —de cada una de las interacciones entre DDHH y salud— según la orientación de J. Mann y S. Gruskin.
4. ¿Qué relaciones existen entre ética e interculturalidad?
5. ¿Es relevante el estudio de los DDHH en los estudios de ciencias de la salud? ¿Por qué?

Para reflexionar...

INTERCULTURALIDAD EN SALUD Y DERECHO

Los derechos de los pueblos originarios, a través de declaraciones internacionales y nacionales, constituyen uno de los ejes que fundamentan y respaldan la interculturalidad en salud.

Declaraciones internacionales:

1. Declaración Universal de Derechos Humanos (1948):²³

Artículo 1o. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Artículo 25. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946):²⁴

Artículo 1o. La finalidad de la Organización Mundial de la Salud será alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud.

3. Convenio núm. 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, Organización Internacional del Trabajo (1989):²⁵

Artículo 25. 1) Los gobiernos deberán velar por que se ponga a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados, o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia

responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental. 2) Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

4. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas OPS/OMS (1993):²⁶

Metas:

- Determinar pautas, metodologías y programas de capacitación para el establecimiento y desarrollo de planes, políticas y procesos (incluyendo formación de recursos humanos), nacionales y locales que favorezcan a los pueblos indígenas de la región.
- Definir y/o apoyar proyectos con comunidades indígenas dirigidos a la solución de problemas prioritarios.
- Determinar pautas, metodologías y programas de capacitación para el desarrollo de los sistemas de salud tradicionales.
- Identificar y desarrollar mecanismos eficaces de coordinación, promoción, difusión e intercambio de información científica y técnica.

5. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de Pueblos Indígenas (2007):²⁷

Artículo 23. Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernen

y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones.

Artículo 24. 1) Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud. 2) Las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo.

6. Pacto internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2007):²⁸

Artículo 12. 1) Los Estados Partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Observación general 14 (al artículo 12). El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte:

- a) Disponibilidad: cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.
- b) Accesibilidad: contempla: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información.
- c) Aceptabilidad: todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.
- d) Calidad: además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico, y ser de buena calidad.

Declaraciones Nacionales (México)

1.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:²⁹

Artículo 1o. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece. [...]

Artículo 2o., B, III. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil.

2. Ley General de Salud (2006):³⁰

Artículo 6o. VI Bis. Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas.

Artículo 54. Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran, así como mecanismos para que los usuarios o solicitantes presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias respecto de la prestación de los servicios de salud y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos. En el caso de las poblaciones o comunidades indígenas las autoridades sanitarias brindarán la asesoría y en su caso la orientación en español y en la lengua o lenguas en uso en la región o comunidad.

Artículo 93. La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud, promoverá el establecimiento de un sistema de enseñanza continua en materia de salud. De la misma manera reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena. Los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán adaptarse a su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos.

Bibliografía

Referencias

1. Eibenschutz C, citada en Page J. *Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de Chiapas 1857-1995*. México: UNAM, 2002.
2. Del Águila R. *Los derechos humanos y algunos de sus problemas en el mundo de hoy en los derechos humanos en tierras mayas. Políticas, representaciones y moralidad*. Madrid: Sociedad Española de Estudios Mayas, 2001:30-34.
3. Tomasini A. *Historia, derechos humanos y medicina*. México. 1996: 16.
4. Valencia G. *Transdisciplina y fronteras disciplinarias, una aproximación a las encrucijadas del tiempo social*. Disponible en: www.orus-int.org/docs/valenciaguada.pdf [Consulta en mayo de 2007].
5. Thompson J. *Interdisciplinarietà y complejidad, una relación en evolución*. Disponible en: www.orus-int.org/docs/valenciaguada.pdf [Consulta en mayo de 2007].
6. Molina S (coord.). *Identidad e intolerancia*. México: UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, 2000:8-15, 28.

7. Covi D. "Juventud, identidad y comunicación". En: Molina S (coord.). *Identidad e intolerancia*. México: UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, 2000.
8. Ocaña L. "Identidad cultural. Los arquetipos en las leyendas mayas". En: Molina S (coord.). *Identidad e intolerancia*. México: UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, 2000.
9. Ruz M. Citado en Molina S (coord.). *Identidad e intolerancia*. México: UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, 2000.
10. Domínguez C. *Vida de Fray Servando*. México: Biblioteca ERA-Conaculta-INAH, 2004:32.
11. Sánchez V. "Introducción a la ética". En: Careaga G, Figueroa JG, Mejía C (comp.). *Ética y salud reproductiva*. México: Miguel Ángel Porrúa/UNAM, 1996:36-39.
12. Gazzotti L. *Dilemas de la práctica profesional: cuando la ética y la moral devienen en problemas antropológicos*. Runa (Buenos Aires), 2007;28(28). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-96282007000100002
13. Savater F. *La vida eterna*. Barcelona: Ariel, 2007:16.
14. Lenkersdorf C. *Filosofar en clave tojolabal*. México: Ed. Miguel Ángel Porrúa, 2002:54.
15. Bilbeny N. *El idiota moral. La banalidad del mal en el siglo xx*. Barcelona: Anagrama, 1993:132, 134.
16. Sánchez-Rubio D. *El pensamiento humanista de Leopoldo Zea. Conciencia histórica y derechos humanos*. San Luis Potosí: Colegio de la Frontera Sur, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, 2008:12-13.
17. Mann J, Gruskin S. *Conceptos básicos: derechos humanos y salud pública*. Lima: Seminario-Taller Salud Pública y Derechos Humanos, 1999:2.
18. Rojas R. *Manual de campaña educativa sobre derechos humanos, salud indígena y derechos humanos*. San José, Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2006: 62-63.
19. Sánchez Pérez HJ, Arana Cedeño M, Ely Yamin A. *Pueblos excluidos, comunidades erosionadas. La situación del derecho a la salud en Chiapas*, México: Physicians for Human Rights; Colegio de la Frontera Sur; Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos-Defensoría del Derecho a la Salud. 2006:2, 6.
20. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, vigente 2012. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>
21. Gutiérrez-Rivas R, Rivera Maldonado A. *El caso Mininuma, un litigio estratégico para la justiciabilidad de los derechos sociales y la no discriminación en México*. México: UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2009. Disponible en: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/facdermx/cont/251/pr/pr5.pdf>
22. Ruiz-Llanos A. *Diario de campo*. Chiapas, 1994-2008.
23. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
24. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la OMS. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
25. Organización Internacional del Trabajo. Convenio No 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Disponible en: http://www.oit.org.pe/WDMS/bib/publ/libros/convenio_169_07.pdf
26. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Iniciativa de salud de los pueblos indígenas. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/pi31304.pdf>
27. ONU. Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. Disponible en: http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf
28. Organización de las Naciones Unidas. Pacto internacional de los derechos económicos, sociales y culturales. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm>
29. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, vigente 2012. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>
30. Ley General de Salud, vigente 2012. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
31. CNDH. Disponible en: http://www.cndh.org.mx/Que_son_Derechos_Humanos
32. Disponible en: revistas.udenar.edu.co/index.php/ryachayk/article/view/2619

Lecturas recomendadas

- Careaga G, Figueroa J, Mejía MC (comp.). *Ética y salud reproductiva*. México: Miguel Ángel Porrúa/UNAM, 1996.
- Cué R, Ramos J. *Medicina y legislación*. s/ed: Cuernavaca, 2004. Instituto Interamericano de Derechos Humanos y Organización Panamericana de la Salud. *Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas; salud indígena y derechos humanos*. Manual de contenidos. San José, Costa Rica, 2006.
- León Portilla M. Francisco Tenamaztle. *Primer guerrillero de América. Defensor de los derechos humanos*. México: Diana, 2005.
- Ruiz-Llanos A. *La interculturalidad y el derecho a la protección de la salud: una propuesta transdisciplinaria*. Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina, 2007;10(2):99-107.



-

(
I
:
:

Interculturalidad, corporeidad e identidad

José Carlos Aguado Vázquez

Conceptos clave

Interculturalidad • Corporeidad • Identidad • Ideología
• Autonomía • Cultura • Psicoanálisis • Antropología
• Ética

Introducción

La interculturalidad ha sido objeto de discusión y análisis, de manera particular a partir de pensar al otro desde una perspectiva no colonialista. En este capítulo se discuten, desde la teoría de la corporeidad, las implicaciones teóricas y prácticas de las relaciones entre diferentes culturas. Se parte de la tesis de que el diálogo intercultural no es sólo, ni fundamentalmente, un intercambio de ideas, creencias o propuestas, sino una interacción de *habitus*,^I de evidencias ideológicas incorporadas (*exis*); en síntesis, de corporeidades. Esto implica una comprensión dinámica de las identidades sociales como productos de procesos que se *anclan* en el cuerpo.

La interculturalidad y el conflicto de las interpretaciones^{II}

La teoría de la interculturalidad plantea problemas prácticos y teóricos que pueden resumirse en tres tendencias:

- La diferencia entre culturas es irreductible a universales. En esta tesis se fundamenta el relativismo.
- La diferencia entre culturas es resuelta a partir de universales humanos, predefinidos. Esta posición se expresa en el universalismo.
- La diferencia entre culturas puede (o no) generar un intercambio mutuamente benéfico para los participantes dependiendo de cómo se trabaje la diferencia, lo que incluye la comprensión del otro.

Sobre la primera posición, hay que señalar que reconoce la diferencia como un hecho y frecuentemente la defiende como un derecho. Llevada al extremo, plantea un problema teórico insoluble al presuponer que cada sistema cultural tiene sus propios referentes culturales, éticos y epistemológicos, lo que haría imposible un verdadero diálogo e intercambio productivo. Esta posición es lo que Popper llama, críticamente, *el mito del marco*, que supone una imposibilidad de intercambio entre dos maneras diferentes de comprender el mundo (1997:194):

[...] el [mito del marco] es una opinión, ampliamente difundida, y con frecuencia aceptada, incluso en forma inconsciente, de que todo argumento racional debe tener lugar siempre dentro de un marco de supuestos, de tal modo que el marco en sí siempre esté fuera del alcance del argumento racional. Esta opinión se podría denominar asimismo *relativismo*, ya que implica que hay que considerar cada afirmación en relación con un marco de supuestos.

La segunda tendencia busca reivindicar los fundamentos del monismo antropológico, de tal forma que posibilite concebirnos como una misma especie a pesar de las diferencias.^{III} Los abusos de esta postura radican en que frecuentemente reducen lo humano a una visión etnocéntrica del mismo. Una versión de esta tesis se fundamenta en la universalidad de los derechos humanos, los cuales, se sostiene, son aplicables, sin más, a cualquier cultura, presuponiendo que el concepto de lo humano, de persona, de ciudadano, la dignidad humana, etc., es reductible a la versión occidental del mismo.^{IV}

La interculturalidad incluye la realización de valores comunes a toda ética, más allá de los valores particulares a cualquier moral. Una ética intercultural no podría identi-

ficarse con los valores de una cultura específica. Por eso no podría estar basada en una doctrina universal de los derechos humanos.³

La tercera posición es un presupuesto que puede quedarse en buenas intenciones o caer en una visión romántica o ingenua de la realidad intercultural. Sin embargo, si se trabaja (en el sentido epistemológico) puede resolver los problemas de las otras dos posiciones y, en cierto sentido, rescatar sus aportes históricos.^v

La tesis a desarrollar en este capítulo se puede resumir de la siguiente forma: la interculturalidad puede ser productiva en la medida en que las partes involucradas se apropien "libremente" de los elementos culturales del otro, conservando su identidad. Esto implica poner en juego la corporeidad de los grupos sociales involucrados.

Sobre el concepto de interculturalidad, es necesario plantear algunas tesis previas para poder avanzar en la discusión. *Inter* hace referencia a una relación (social). Esto implica una acción social que involucra grupos humanos concretos (determinados en sentido histórico); acción social que presupone el contacto con lo diferente. Relación entre culturas, es decir, relación entre identidades que se nutren del otro, pero que afirman su especificidad frente al otro (se distinguen). Recuerde los dos aspectos fundamentales de la identidad propuestos por Ricoeur: la identidad *ipse* y la identidad *idem*. Esta última es el proceso que recrea la mismidad (en el cambio); la identidad *ipse* incluye una otredad propia que de cierto modo determina la relación con el otro.⁵ La mismidad es la parte del proceso que procura la permanencia, por ello enfatiza la reproducción. La *ipseidad* es la parte del proceso que permite el cambio identitario y por ello actualiza al sí mismo.

La dialéctica *ipse-idem* está en la base del proceso identitario, el cual implica la apropiación histórica de identificaciones:

[...] la identidad es un proceso de identificaciones históricamente apropiadas que le confieren sentido a un grupo social y le dan estructura significativa para asumirse como unidad.⁶

Estas identificaciones son evidencias ideológicas,⁷ que son incorporadas (*exis*) a partir de la experiencia. De esta forma, la relación intercultural es una relación que genera posibles identificaciones (y distinciones). Dichas identificaciones no generan pérdida de identidad cuando han sido incorporadas en "libertad". Esto quiere decir que no se ha violentado la autonomía del grupo.^{vi}

Autonomía, identidad y corporeidad

Toda identidad social requiere para su reproducción de un grado de autonomía. Por ello, las relaciones sociales mediadas por la dominación, el sometimiento o la imposición tienden a minar las identidades sociales.

Cualquier relación intercultural que pretenda un desarrollo requiere de un cuestionamiento del poder, una visión crítica sobre las diversas formas de dominación. Esto ha sido uno de los puntos de mayor resistencia de los grupos sociales subalternos, sin embargo, esta crítica, aunque necesaria, no es suficiente para comprender un proceso de intercambio cultural.

La interculturalidad es, y ha sido, una de las fuentes de desarrollo de los pueblos, aunque no ha sido ajena a la desigualdad, la imposición, la violencia y la hegemonía. Por ello ha sido difícil separar este contacto con el otro, de una historia de dominación.

La identidad es por definición un proceso de reconocimiento del sí mismo que parte de un autorreconocimiento. La autonomía genera, en el proceso de identidad, la posibilidad del autorreconocimiento. El heterorreconocimiento juega un papel importante pero, cuando predomina, favorece el sometimiento. De hecho, la heteroidentificación es la fuente ideológica de la hegemonía.

Por ejemplo: la dominación colonial del siglo xvi fue mediada por un heterorreconocimiento del español al indígena, señalado éste como salvaje, demoniaco, menor de edad y, eventualmente, digno de humanidad completa, pero con una *humanidad* bajo los criterios europeos. El autorreconocimiento del indígena fue cuestionado, pero no desapareció gracias a las formas *soterradas* de autoidentificación, generadas como estrategias de identidad. Otro ejemplo de conservación en condiciones extremas de dominación, son los grupos africanos traídos a América en calidad de esclavos, a los que por siglos se les desterritorializó, se les impidió toda posibilidad de autoidentificarse, impidiendo incluso el uso de sus nombres originales y su lengua. Sin embargo, la identidad étnica no se perdió del todo al recrearse en prácticas soterradas como la medicina, la religión y la música.

Estas formas *soterradas*, en México, son prácticas que reproducen una determinada corporeidad como fueron, y aún lo son, la medicina tradicional, los rituales de paso, las festividades religiosas (con un contenido explícito cristiano pero cuya estructura conserva los referentes a la sacralidad prehispánica), prácticas ceremoniales, sexualidad, erotismo, puericultura, etc. Como se puede apreciar, la corporeidad ha jugado un papel central en la resistencia identitaria frente al colonialismo. Es por tanto necesario comprender el papel de la corporeidad en la reproducción identitaria y, por esa vía, plantearse el sentido profundo de la interculturalidad.

Corporeidad como fundamento de la cultura

Para los fines de la presente exposición, *corporeidad* queda definida como la estructura simbólica del cuerpo. Dicha estructura presenta dos dimensiones con igual importancia y relacionadas: la dimensión social y la dimensión del sujeto.

Ambas son objeto y punto de partida de la cultura. Es decir, que la construcción del sujeto está engarzada con la reproducción cultural a través de la corporeidad, a la vez que la acción del sujeto recrea, en forma necesaria, los principios culturales que le dieron sustento.⁸

La existencia social de la corporeidad se sostiene en las prácticas sociales ritualizadas que orientan el sentido profundo de una cultura determinada. Dichas prácticas forman el conjunto de saberes tradicionales e implícitos de un grupo social, es decir, todas las prácticas socialmente normadas que permiten la reproducción de la identidad del grupo social. Por ejemplo: las prácticas de cuidado de los niños (alimentación, control de esfínteres, formas de esparcimiento, de educación, etc.); las prácticas de autocuidado en las que se incluyen alimentación, recreación, cultura física, atención de la salud, prácticas curativas, etc.; las prácticas sociales que orientan y estructuran los momentos vitales del grupo: nacimiento, paso a la adultez, matrimonio, muerte, etcétera.

El proceso cultural de reproducción de la cultura se arraiga en la corporeidad del sujeto, para lo cual es necesario construir un sujeto determinado, propio para cada cultura, pero único en su individualidad.

Es en esta relación, en apariencia contradictoria, de unicidad y generalidad en donde se inscribe la corporeidad social.

Cuando dos culturas entran en contacto, el nivel profundo de intercambio y también de desencuentro radica en la corporeidad que, si bien presenta elementos conscientes, una buena parte es vivencial e inconsciente, lo que plantea un problema para su cabal comprensión.

Luis Villoro propone tres pasos para el intercambio intercultural: identificación, comprensión y valoración.³ Estos pasos sugeridos implican, por necesidad, la corporeidad de las culturas involucradas, y es aquí donde se encuentra la mayor dificultad. El tratamiento de la diferencia a través de la razón, en forma exclusiva, presenta el problema de no lograr comprender la totalidad de la diferencia. Frente a esta dificultad, Lazo propone una hermenéutica simbólica.⁹ Ahora bien, se habla de hermenéutica porque el objeto de comprensión es en sí mismo simbólico. En este punto, la antropología de Geertz y la semiótica de Ricoeur coinciden y prestan una gran ayuda.^{5,10} Esto se explica al considerar que cada cultura particular habita en un universo simbólico que le da sentido. Es decir, habita en un universo particular de sentido que:⁹

[...] son coherentes como totalidad de elementos hacia adentro. Sólo en esto radica su analogía universalizable con otros mundos simbólicos: todos ellos son "sistemas de símbolos" que pueden ser interpretados y reconstruidos con coherencia interna según el sentido que expresan, y, agrego [...] cuyos elementos se encuentran fuertemente "complicados".

En antropología, esto se conoce como cosmovisión. El diálogo intercultural requiere tener presente cuáles son los

presupuestos propios de cada cosmovisión para que se pueda tener acceso a una mínima comunicación efectiva entre culturas. Esto implica lo que en términos de Gadamer sería la *recuperación hermenéutica de los prejuicios*.³ Ante ello, Pablo Lazo propone (42):⁹

[...] frente a la exigencia de comprensión hermenéutica de las intrincadas esferas multiculturales actuales, es más adecuado hablar no de un método, sino de "indicaciones metódicas orientativas", como la crítica a los prejuicios [...].

Sin embargo, si bien esta tesis resulta indispensable para la comprensión del otro, es insuficiente. La autocrítica y recuperación (racional) de los presupuestos permite ponerlos entre paréntesis a la hora de realizar una interpretación del otro. Pero todos los preconceitos o prenociones que con frecuencia son inconscientes y que forman parte de las disposiciones implícitas de la acción (*habitus*) no pueden ser sometidos a revisión más que a través de hacerlas conscientes.

Esto es un trabajo que, en lo individual y con propósitos de autoconocimiento, ha desarrollado de manera productiva el psicoanálisis por más de una centuria. Entonces, es posible recuperar esa experiencia para la realización de un diálogo intercultural productivo.

George Devereux,¹¹ psicoanalista y antropólogo, propone un trabajo psicoanalítico aplicado a la investigación antropológica que inspira para la reflexión que se realizará a continuación.

Interculturalidad, psicoanálisis y antropología

¿Cómo evitar una lectura intelectualista, y por ello arbitraria, de un fenómeno cultural, a la vez que precaverse de caer en la ilusión de fusionarse con el otro? En el terreno de la investigación antropológica, este dilema lo trata Devereux en relación con el conocimiento y la comprensión de la sexualidad del otro.¹¹ Pretender experimentar una sexualidad ajena para comprenderla es un autoengaño en el cual puede caer el investigador (algo más que observación participante), pero interpretar de forma intelectual el fenómeno, sin considerar la vivencia, es también fuente de error. Ricoeur propone una tesis mediadora para resolver esta cuestión:⁹

La mediación quiere ubicarse entre los extremos de una racionalidad objetivante total, que desvirtúa el contenido de los símbolos, ya que se lleva a cabo desde su exterior, y una vivencia en los símbolos, que termina por obligar a fusionarse con las prácticas culturales que los encarnan.

La recuperación de Freud por Ricoeur permite comprender las relaciones entre la cultura y el sujeto, y por esa vía realizar una propuesta hermenéutica útil para las ciencias sociales.^{2,12}

Ricoeur propone tres etapas del reconocimiento que, si bien no son ajenas a la economía libidinal, tampoco se reducen a ella y por eso mismo son los puentes necesarios para comprender la dialéctica sujeto-cultura. Estas etapas las distingue como esferas de sentido como una trilogía del **tener, el poder y el valer**.

El tener hace referencia a las relaciones de apropiación y del trabajo; el poder engendra la relación mandar-obedecer, y el valer establece las relaciones de reconocimiento culturales (propriadamente dichas) en relación con la *estima de sí*.

A partir de Ricoeur, se elabora la siguiente reflexión sobre estas esferas de reconocimiento relacionadas con los procesos de identidad.

El tener se sostiene, entonces, en una economía del trabajo; el poder, en una economía política, y el valer, en una economía ideológica. Se analiza a continuación cada esfera por separado, aunque al final se establecerán las interrelaciones entre ellas a la manera de conjuntos que se imbrican:

1. Una economía del trabajo.
2. Una economía política.
3. Una economía ideológica.

Trabajo, identidad y cultura

El trabajo es, sin duda, una práctica social definitoria de la especie humana, y por lo mismo puede ser considerado un universal de todos los grupos humanos. Sin embargo, cada cultura se define a su vez por una especial manera de realizar esta práctica social. Es el trabajo en su dimensión simbólica lo que puede permitir comprender la identidad social de una cultura particular.^{VII} El trabajo humano, que es al que se hará referencia, es por definición una acción cultural, es decir, tiene una estructura simbólica. Está vinculado de manera inextricable al sentido de la cultura, y a la vez le da sentido al grupo humano que lo realiza. Por esto, el trabajo es uno de los sustentos de la identidad, tanto individual como social.

En este sentido, el trabajo es fuente inestimable de identificaciones sociales que le dan sentido al sujeto y al grupo social. Es necesario aclarar que en el nivel social, la participación de los miembros de una cultura puede ser diferenciada, pero lo importante es la coherencia interna entre las acciones de los participantes con un sentido abarcador. Por ejemplo, en el estudio de los *Sioux* realizado por Erikson,⁷ lo que define al pueblo es: que son cazadores de las praderas vinculados al bisonte. Son cazadores cuya identidad está definida desde el ser guerrero. En este caso, ser guerrero y ser cazador son elementos mutuamente relacionados en el ámbito ideológico. Existen miembros de esa comunidad que no realizan de manera directa dichas prácticas, como las mujeres los niños y algunos hombres, pero que también se definen por la práctica estructuradora de la identidad social *Sioux*.^{VIII} En todos los casos, la relación entre trabajo e identidad es similar aunque, hay

que decir, en las sociedades modernas tecnificadas esto adquiere una complejidad mayor que se debe desentrañar a través de la interpretación densa. De cualquier forma, las sociedades modernas tecnificadas se definen por un modo de producción (capitalista), y esto permea a las identidades sociales involucradas, así como impacta a los diferentes niveles de identidad: de clase, de género, étnico, etario, regional y nacional.

El trabajo fue, en los orígenes de la especie, el punto de partida de la hominización, precisamente porque es fuente de identidad. Ahora, todas las culturas se autoidentifican en función de sus maneras de autosubsistencia y el universo simbólico que las estructura. El trabajo es la fuente primordial de apropiación, no sólo en referencia al trabajo productivo, sino al trabajo humano que permite hacer suyo un espacio-tiempo específico, por ejemplo, el trabajo necesario para nombrar y ordenar el entorno.

El trabajo, en la relación intercultural, es y ha sido —desde el punto de vista histórico— uno de los puentes con el otro. También es y ha sido uno de los puntos de conflicto y desencuentro entre culturas. Es posible identificar que, casi como regla, es fuente de conflicto cuando la relación social con el otro implica explotación, dominación y sometimiento. Por ello es necesario analizar la economía del poder.

Poder y cultura

El poder, entendido como producto necesario del intercambio social y como una resultante de las relaciones sociales, es también característico de la especie humana, al constituir su dimensión política. El poder es una ganancia de la cultura que se genera a través de la red de significados que estructura cada cultura. Cada intercambio significativo dentro de un campo de sentido compartido genera posibilidades de acción social que multiplica los esfuerzos de los participantes. Es, en este sentido, una ganancia evolutiva, pues amplía las capacidades reales de acción del grupo social sobre sí mismo y en relación con el entorno. Por ejemplo, los antiguos nahuas generaron una convicción cultural basada en el mito de origen, que les permitió apropiarse *legítimamente* de la cuenca del valle de México. Generaron un consenso que dio sustento a una acción de rápida apropiación del entorno y en pocos años dominaron los aspectos sociales y naturales de su medio. Ellos mismos perdieron poder en el siglo XVI, al asumir al español colonizador como un retorno de Quetzalcóatl, porque este significado le transfirió la legitimidad al conquistador.

En la relación intercultural siempre se pone en tensión el poder de cada cultura. Poderes que, en principio, parten de diferentes universos de significado; por ello, lo que se observa es una lucha ideológica que puede ir o no acompañada por una lucha política (inclusive la guerra como una de sus formas).

El contacto entre dos culturas diferentes, que no es mediado por el imperativo de la dominación, permite am-

pliar la red social y genera un ámbito de poder mayor. Pero esta posibilidad está determinada por la capacidad de identificar, comprender y valorar al otro como un igual. Como puede verse, esto implica un trabajo de reconocimiento, tolerancia y aceptación, cuya realización no es fácil. Aquí es donde la diferencia no trabajada puede ser el obstáculo para que el intercambio sea mutuamente benéfico. Para abrir esa posibilidad es preciso comprender la economía del valor.

Ideología, valor y reconocimiento social

El valor es, por definición, un estimativo; es un proceso de atribución que se genera en los intercambios sociales, y de acuerdo al tipo de intercambios es el tipo de valor; por ejemplo, el valor que se genera en el proceso productivo a partir del trabajo acumulado, que analizó Karl Marx con maestría. También puede mencionarse el valor que se genera en la práctica artística, que se vincula con el proceso creativo y tiene su propia lógica. Ahora, detengámonos en el valor que se genera en el proceso de reconocimiento, es decir, en el proceso ideológico vinculado a las identidades sociales.

El proceso de reconocimiento atraviesa todas las prácticas sociales (ésta es la cualidad del proceso ideológico), se caracteriza por realizar una identificación del otro y del sí mismo en la que se establece una determinada estimación que produce mayor o menor aceptación, confianza y, eventualmente, poder social. El proceso de reconocimiento es constitutivo del proceso identitario, por ello forma parte de todos los intercambios sociales. Es precisamente en el proceso de reconocimiento/desconocimiento donde la relación intercultural define sus posibles salidas. Es en este proceso donde los participantes reafirman o cuestionan su mismidad y aceptan o rechazan al otro, también en su mismidad.

Por ello, para que dos culturas diferentes puedan realizar un contacto productivo y mutuamente beneficioso es indispensable una determinada transformación de los involucrados. Reconocer al otro como igual en la diferencia, confronta con la *ipseidad*. Toda confrontación con la *ipseidad* genera un sentimiento de extrañamiento que es necesario recuperar para restablecer una mismidad modificada (a partir del contacto). Como se puede apreciar, el contacto productivo con el otro requiere una resignificación del sí mismo.

En síntesis, los tres elementos mencionados: trabajo, poder y valor, están en la base de cualquier intercambio cultural, pero también, y esto es lo más relevante, en la base de la identidad. Las identidades sociales, al igual que las individuales, presentan estructuras de significado que no son evidentes salvo a través de la interpretación. Lo que en el individuo es el inconsciente, en la cultura es latente,^{IX} entendiendo por latente lo que no aparece de inmediato en el universo de significado, pero que forma parte constitutiva del entramado de significado de determinado hecho social.

Por ejemplo, el matrimonio como acción social en nuestra cultura presenta un significado explícito o manifiesto que se relaciona con la voluntad de vincular a un hombre y a una mujer (aunque esto ha sido ya cuestionado por el matrimonio entre personas del mismo sexo) con fines de compartir una vida para construir una familia. Los implícitos son muchos y diversos, por ejemplo: qué se entiende por hombre y mujer en un mundo familiar, qué por familia, cuáles son las reglas relacionadas a la sexualidad y el erotismo, etc. Estos implícitos han venido modificándose con el cambio social relacionado con la identidad de género y están provocando conflicto al interior de las parejas.

Es por ello que una recuperación antropológica de Freud puede facilitar la construcción de una hermenéutica de la cultura que permita profundizar en la comprensión del otro, y por esa vía, ampliar la visión de lo propio.

La mirada psicoanalítica ha permitido plantear el problema del conocimiento del otro en sus justos términos, al reconocer las dificultades inherentes a una interpretación. Ha permitido, a través de una reflexión antropológica, establecer los fundamentos para una interpretación que trascienda la paradoja de Mannheim,^X misma que, llevada a la cuestión intercultural, presenta la dificultad para interpretar otro sistema ideológico partiendo, sin cuestionar, del propio sistema ideológico.

El primer obstáculo, entonces, es la propia cosmovisión: las evidencias ideológicas que le dan sentido a una idea de mundo y que en principio se asumen como verdades. La confrontación intercultural requiere el valor de cuestionar la propia cosmovisión, pero ello genera una experiencia de vacío que en términos emocionales se manifiesta como angustia. Los grupos sociales y los sujetos tienden a rechazar las fuentes de angustia, de manera que puede decirse, en este orden de ideas, que toda relación intercultural es *ansiógena*, lo que plantea un problema en principio psicosocial, mismo que puede ser planteado también como un problema ético. A continuación, se reflexiona en busca de establecer las relaciones entre la ética y la cuestión psicosocial en el ámbito de la interculturalidad.

Interculturalidad, corporeidad y ética

Olivé propone algunos principios heurísticos para resolver los problemas propios del multiculturalismo.¹⁴ Pluralismo y constructivismo son los ejes de su propuesta, que aquí se retoma para poder elaborar una tesis propia. El pluralismo busca resolver los problemas del relativismo, del universalismo y de una de sus vertientes: el absolutismo:

[...] las sociedades reales se componen de comunidades y de culturas diversas, cada una con diferentes estrategias y formas para obtener conocimientos acerca del mundo, así como estándares de evaluación cognitiva, moral y estética.

Más adelante agrega:

[...] el pluralismo difiere en una parte del absolutismo, en tanto que no requiere el supuesto de una racionalidad absoluta, entendida como un conjunto de reglas, principios o criterios fijos y absolutos para la aceptación y rechazo de creencias o de normas morales. Pero también difiere del relativismo en tanto que permite suponer que si se cumplen determinadas condiciones, entonces es posible que *agentes de diferentes culturas lleguen a acuerdos racionales*.

Ante este planteamiento es necesario agregar que los estándares de evaluación y las estrategias propias de cada cultura tienen una dimensión corporal-vivencial, y no sólo cognitiva. De igual forma, la moral y la ética hacen referencia a una determinada corporeidad. Contemplar esta dimensión permite identificar la dificultad de la relación intercultural sólo basada en la razón. No se propone, entonces, una sinrazón sino una racionalidad que no se restrinja a la comprensión lógica, sino que se permita adentrarse en las profundidades del ser, es decir, del inconsciente.

En síntesis, la interculturalidad requiere de una estrategia que contemple los aspectos vivenciales (sensoriales, emocionales, afectivos, cognitivos) conscientes e inconscientes. A continuación se hace una propuesta metodológica que ha sido útil en la relación con el otro en el nivel social.

En la búsqueda del otro

La interculturalidad implica una búsqueda del otro y, a través de ello, del sí mismo. En este sentido, la interculturalidad es una forma ampliada de una búsqueda permanente del sujeto. En cierto sentido, la interculturalidad sería un proceso *natural*, propio de la identidad. Sin embargo, en su inicio se presenta con grandes dificultades y obstáculos. Esto es así por la necesidad de todo proceso identitario de consolidar cierta estructura (*permanente*) que garantice la mismidad (identidad *idem*) del grupo social. Es decir, las tendencias conservadoras de la identidad tienden a oponerse a la aceptación de la otredad, en forma particular si desde el punto de vista ideológico se asume como extraño.

Realicemos una discreta digresión para hablar del extrañamiento como proceso ideológico. El extrañamiento no es la reacción propia frente a lo absolutamente desconocido, sino la reacción propia de lo *conocido* no reconocido. Es parte del proceso de reconocimiento/desconocimiento y se genera cuando los elementos apreciados se apartan de los patrones o esquemas ideológicos con los que se coteja lo nuevo. El extrañamiento es parte de la dicotomía ideológica familiar/no familiar, más que conocido/desconocido. Con esto cabe decir que hay una disposición (*habitus*) que encierra una experiencia (corporeidad) propicia o no propicia para la aceptación del otro.

El extrañamiento es una disposición no propicia para la aceptación, y en sí mismo puede constituirse en un obstáculo para la búsqueda del otro. Esta disposición tiene elementos inconscientes y primarios —lo ominoso— que es nece-

sario autoobservar para vencer este obstáculo si se quiere identificar, comprender y aceptar al otro. En otras palabras, se puede decir que es un proceso ideológico que va del extrañamiento al cabal reconocimiento. Esto es, como se dijo, un proceso vivencial (corporal) y no sólo un procedimiento intelectual. Toda la polémica realizada por De las Casas con Ginés de Sepúlveda en el siglo XVI en Valladolid, sobre la naturaleza del indio americano, es un ejemplo de este proceso.¹⁵

En antropología, este proceso ha sido parte de la historia de la disciplina aunque no siempre de forma muy consciente; se ha ganado terreno con sólo reconocer la necesidad de vencer estos obstáculos, que en el área de las ciencias sociales son verdaderos obstáculos epistemológicos.¹⁶

A continuación se describe una metodología que se ha venido utilizando en el trabajo de campo y que aplica los principios del psicoanálisis para la investigación antropológica. Dicha metodología, creada en la década de 1970-1979 por José Cueli y Carlos Biro con fines de desarrollo comunitario, es particularmente valiosa en la relación intercultural. Esta técnica se denomina *Psicocomunidad*.

Psicocomunidad en la interculturalidad: el caso de un grupo otomí radicado en la Ciudad de México

Los parámetros de *Psicocomunidad* han sido tratados en otros trabajos del autor, por lo que aquí no se consideran.^{17,18} Baste decir que se establecen parámetros fijos de tiempo, espacio y persona, previsibles, no prejuiciosos y no demandantes, para realizar un intercambio no directivo entre los involucrados. Aunque se ha trabajado en muchas ocasiones con dicha metodología (al cabo de más de tres décadas), es hasta la última experiencia (en curso) que se está trabajando en una situación intercultural propiamente dicha. Es decir, es la primera vez que se realiza este trabajo con un grupo indígena con resultados, que si bien están en proceso de sistematización, permiten desde ahora ejemplificar los alcances heurísticos de la metodología en situación intercultural.

Un grupo de profesionistas independientes (10 en total) trabaja con la metodología de *Psicocomunidad* con un grupo otomí de la calle de Querétaro, en la Colonia Roma de la ciudad de México. Este grupo migró recientemente a ese predio (alrededor de dos décadas), y hace escasos nueve años que el gobierno de la ciudad les construyó unos departamentos a partir de la pérdida sufrida por sus habitaciones a causa de un incendio accidental. El grupo de profesionistas se presentó para ofrecer una escucha, interesados en la familia otomí y con un enfoque psicoanalítico; ellos, previa asamblea comunitaria, decidieron que la visita podría ser útil.

Se visitaron de manera sistemática 47 departamentos, una vez por semana, y al día siguiente se revisaba el mate-

rial de la experiencia en una sesión psicodinámica del grupo visitador con la intervención de un psicoanalista. El trabajo reseñado será motivo de un análisis cuidadoso y objeto de una publicación posterior. En esta ocasión se ha tomado parte del material a manera de ilustración.

En el primer contacto entre el grupo visitador y el grupo otomí apareció una imagen del indio que representó el primer obstáculo a analizar, y que puede ilustrarse con el siguiente material etnográfico:

1. Una joven otomí le dice al visitador que las familias otomíes son *normales, sólo que indígenas y pobres*. En este caso, el término *sólo* presenta una carga ideológica de discriminación (autodiscriminación), es decir, una heteroidentificación incorporada como propia. Es resultado de una experiencia continuada de rechazo y discriminación en el ámbito urbano. Por parte de los visitadores se pudo analizar en la sesión psicodinámica una imagen del indio menesteroso y atrapado en las adicciones, imagen que, si bien no es lo que piensan los investigadores, aparece de manera inconsciente como un primer obstáculo para el trabajo con el otro. Este material, en caso de no haberse trabajado, generaría una idea del indio distorsionada, pero que al ser corroborada por ambos participantes se constituiría en una **evidencia ideológica** difícil de cuestionar.
2. Otro ejemplo de la dinámica de discriminación la dio la madre de un joven (ambos otomíes) que tiene problemas fisicocerebrales, por lo que presenta discapacidad. Este joven es objeto de rechazo y discriminación por sus iguales en la vecindad. Según la madre, su escape, a través de las drogas, se debe a su necesidad de *evadir este hecho*. Puede observarse en este caso cómo la discriminación es reproducida hacia adentro en el caso de un diferente por discapacidad física.
3. Durante la sesión psicodinámica, una visitadora compartió con el grupo un sueño que tuvo con motivo de la visita comunitaria: era un joven indígena drogado y menesteroso cuya imagen se multiplicaba formando un cerebro gigante. El análisis del sueño como material de la sesión permitió comprender que esa imagen no es sólo un preconcepción de la visitadora, sino una imagen compartida tanto por los visitadores como por los visitados. Esta imagen es una estructura ideológica que recogen los visitadores, y si no fuera analizada y pudiera interpretarse, simplemente reproduciría dicha imagen, de muchas formas, como una *verdad* sobre el grupo otomí. Analizar dicha imagen permitió comprender que existe una experiencia real continuada de discriminación. Que dicha experiencia se ha incorporado hasta cierto punto, pero que el grupo guarda otras imágenes de sí mismo basadas en su capacidad de trabajo, en ser mujer o ser hombre indígena, en sus tradiciones (que cultivan manteniendo contacto permanente con su lugar de origen), y en su organización comunitaria. Esta

organización, por cierto, no es ajena a conflictos y divisiones que se están empezando a desentrañar.

Los siguientes son ejemplos de otras imágenes del grupo otomí que se han podido recuperar en la escucha gracias al análisis y cuestionamiento de la evidencia ideológica del indio menesteroso y carenciado.

1. Como se dijo antes, cuando el grupo de visitadores se presentó por primera vez se habló con uno de los líderes de la comunidad. Un hombre otomí que al escuchar el propósito de trabajo refirió estar interesado porque había madres con problemas con sus hijos (de adicción), pero que tenía que consultar con las mujeres antes de contestar. Así lo hizo, realizaron una asamblea en la que las mujeres tienen voz y capacidad de decisión importante. Al parecer, en este grupo el hombre da la cara externa, pero las mujeres deciden en el interior. Esto coincide con el **poder** que los otomíes le atribuyen a las mujeres.^{19,20}
2. Una madre de familia otomí le mostró a la visitadora una muñeca hecha por ella, la cual era su fuente de ingreso. La mujer indígena presentó su producto con orgullo, y señaló que ella la hacía con seda y que ya pocas mujeres las elaboraban así (con ese cuidado). Como tema de conversación se había llevado la pregunta del papel de la madre en la familia otomí. La visitadora se conmovió y le dieron ganas de comprarle la muñeca. En la sesión psicodinámica se pudo apreciar que dicho objeto no era sólo un producto para la venta, sino también un símbolo de la **identidad** femenina otomí. En este ejemplo fue posible ver integrados los referentes relativos al **trabajo**, al grupo étnico (la muñeca está vestida a la manera tradicional otomí) y el referente de género.
3. Una adolescente de 14 años le comentó al visitador que le gustaría tener lo bueno de su pueblo y lo bueno de la ciudad. Esta *chica* nació en la Ciudad de México y había visitado su pueblo tres o cuatro veces solamente. Se hizo evidente que la **apropiación** de su pueblo la realizaba a través de su madre, de las festividades tradicionales y también de aprender el oficio artesanal tradicional (la confección de las muñecas).
4. Otro ejemplo de apropiación espacio-temporal fue el de una mujer madura otomí que señaló que les construyeron esos departamentos a raíz de que se quemaron sus casas por un accidente, nueve años atrás. Comentó que estaban bien, *pero que antes estaban más unidos*. Se refirió a cuando vivían en el predio con construcciones provisionales, pero con una proximidad más parecida a la de su lugar de origen. Los departamentos fueron construidos con una proximidad urbana y más propia de la clase media.^{XI} Los visitadores, pertenecientes a dicha clase social, mencionaron que les gustaría tener un departamento así en la colonia Roma. Éste sería un motivo de desencuentro e incompreensión si no se analizara que los referentes espaciales

indígenas y los de los visitantes (que coincidieron con los constructores) no eran los mismos.

- Una joven otomí sintetizó en una frase la tensión del grupo como migrante recientemente inserto en un contexto complejo y ajeno: "*No soy naca, soy de pueblo*". Esta frase encierra la crisis de identidad que viven los miembros de esta comunidad. Son y siguen siendo de pueblo en condiciones de desterritorialización, mantienen un vínculo con su lugar de origen a través de sus festividades y de sus referentes simbólicos identitarios (como su artesanía ejemplificada en una muñeca vestida como mujer otomí).

Conclusiones

La imagen del indio ha sido objeto de múltiples interpretaciones desde lo nacional. Interpretaciones que van del indio marginal empobrecido y menesteroso al indio orgulloso de su origen que reivindica un pasado heroico y portentoso. Esta imagen dual o contrapunto ideológico afecta a todos quienes han vivido en este contexto nacional, incluyendo a los propios indígenas, en este caso otomíes. Aproximarse al conocimiento del grupo otomí en particular requiere poner en cuestión dicha imagen. Pero esto no es sólo un ejercicio intelectual, sino un proceso de trabajo hermenéutico que involucra la vivencia de los indígenas-sujetos-particulares y la experiencia de los visitantes-promotores-investigadores, también sujetos-particulares. El primer paso es, necesariamente, identificar esta imagen —en este caso, la del indio menesteroso—, e interpretarla, que es en sí una manera de

ponerla en movimiento. Este primer paso se consiguió en el trabajo antes descrito. Después, se hace el seguimiento de cómo se mueve dicha imagen en el grupo trabajado, para al final no reducirse a esa evidencia sino, a la vez, desentrañar las prácticas sociales que le dan sustento —en este caso, prácticas de discriminación, conductas adictivas, etc.—. El ejemplo presentado permite aprovechar las evidencias ideológicas como objeto de análisis e interpretación, y por esa vía no consolidarlas como obstáculos epistemológicos infranqueables. Gracias al trabajo hermenéutico es posible tener acceso a otras imágenes del indígena otomí que permiten conocer a este grupo social en su particularidad histórica.

Psicocomunidad es una metodología que al ser no directiva, permite identificar estos presupuestos, ponerlos en tela de juicio y trascender a una interpretación más profunda que dé cuenta del proceso identitario del grupo trabajado en relación con el proceso identitario del grupo de investigadores. La relación intercultural es, a la vez, un reto para la razón y para la experiencia. Es la oportunidad de cuestionarse para conocer al otro.

Puede concluirse que la ética, en un contexto intercultural, es un verdadero proceso de trabajo que implica el replanteamiento del sí mismo frente al otro, para que conceptos como pluralismo, constructivismo, aceptación, comprensión, no sean sólo ideas o buenas intenciones, sino parte de una experiencia de contacto intercultural. La antropología, como ciencia, requiere de una metodología sistemática que le permita realizar este ejercicio en cada investigación. *Psicocomunidad* es un recurso excelente para este fin.

Preguntas de repaso

- ¿Qué implicaciones tiene para la identidad del sujeto el conocer una otredad?
- ¿Cuál es el impacto de la interculturalidad en el proceso de conocimiento social?
- ¿Qué ventajas representan el análisis e interpretación de la subjetividad del investigador en el proceso de conocimiento antropológico?
- ¿Qué implicaciones éticas tiene la comprensión de la interculturalidad desde un pluralismo antropológico?

Para reflexionar...

[...] Las cosmovisiones corresponden a "dispositivos" que determinan, mejor dicho, predeterminan nuestra manera de percibir la realidad. Por decirlo así, nos "encarrilan" hacia percepciones diferentes. Por ello la pluralidad de cosmovisiones nos enseña que todo tipo de percepción del mundo produce una captación

y arreglos relativos y no absolutos ni universales del mundo. En ese sentido, la pluralidad de las cosmovisiones es el antídoto que libera cada cosmovisión particular de la presunción de ser la única y verdadera, la mejor, la más avanzada, la más científica, etcétera.

Lenkersdorf C. *Cosmovisiones*. México: UNAM, 2008:34.

Citas adicionales

- I Este concepto se utiliza siguiendo a Bourdieu (1991:91).¹
- II Se retoma la frase de Ricoeur, porque su planteamiento ha sido inspirador en el presente trabajo.²
- III Lazo P. desarrolla una reflexión interesante sobre la hermenéutica de los imaginarios multiculturales que vale la pena analizar.³
- IV Sobre esta discusión se puede consultar a De Sousa Boaventura.⁴ También a Villoro Luis, en Lazo P.³
- V Dichas posiciones no son sólo propuestas o ideas, sino han surgido como respuestas a problemas sociales reales. En particular, al colonialismo, el imperialismo, el racismo, etcétera.
- VI La autonomía es uno de los aspectos fundamentales en el proceso identitario. Al respecto puede consultarse a Erikson,⁷ en una perspectiva psicosocial, o a Villoro,³ en una filosófica.
- VII Erikson realiza un estudio etnográfico de los *Sioux* en el que demuestra la potencia de esta tesis.⁷
- VIII El caso de los mexicas mesoamericanos prehispánicos es similar.
- IX No me convence el concepto de *inconsciente colectivo* por sus connotaciones deterministas y psicologistas.
- X Acerca del problema que plantea la paradoja de Mannheim para el conocimiento antropológico véase Geertz C, en Lévi-Strauss y otros.¹³
- XI Se utiliza aquí el término *proxemia* como la relación de significado del espacio, y que se puede analizar en la arquitectura y el ordenamiento espacial. Al respecto, véase Hall E. *La dimensión oculta*.²¹

Bibliografía

Referencias

1. Bourdieu P. *El sentido práctico*. México: Taurus, 1991.
2. Ricoeur P. *El conflicto de las interpretaciones. Ensayos de hermenéutica*. Argentina: Fondo de Cultura Económica, 2003.
3. Villoro L. En: Lazo P (comp.). *Ética, hermenéutica y multiculturalismo*. México: Universidad Iberoamericana, 2008:32.
4. De Sousa B. *Por una concepción multicultural de los derechos humanos*. México: Colección Las ciencias y las humanidades en los umbrales del siglo XXI, Universidad Nacional Autónoma de México, 1998.
5. Ricoeur P. *El sí mismo como otro*. México: Siglo XXI, 1996.
6. Aguado JC, Portal MA. *Identidad ideología y ritual*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-I, 1992.
7. Erikson E. *Infancia y sociedad*. Argentina: Hormé, 1978.
8. Aguado JC. *Cuerpo humano e imagen corporal. Notas para una antropología de la corporeidad*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2011.
9. Lazo P (comp.). *Ética, hermenéutica y multiculturalismo*. México: Universidad Iberoamericana, 2008:42, 47.
10. Geertz C. *La interpretación de las culturas*. México: Gedisa, 1987.
11. Devereux G. *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. México: Siglo XXI, 1983.
12. Ricoeur P. *Freud: una interpretación de la cultura*. México: Siglo XXI, 1983.
13. Geertz C. Lévi-Strauss C. *El proceso ideológico*. Argentina: Tiempo Contemporáneo, 1976:14.
14. Olivé L. En: Velasco Gómez A (coord.). *El concepto de heurística en las ciencias y las humanidades*. México: Siglo XXI/Universidad Nacional Autónoma de México, 2000:188, 194.
15. Álvarez-Cienfuegos J. *La cuestión del indio: Bartolomé de las Casas frente a Ginés de Sepúlveda*. México: Universidad Nacional Autónoma de México/Universidad Autónoma de San Luis Potosí, 2010.
16. Bachelard G. *La formación del espíritu científico*. México: Siglo XXI, 1982.
17. Aguado JC, De la Garza MA. *Psicocomunidad, diagnóstico psicosocial cualitativo de dos vecindades del Centro Histórico de la Ciudad de México*. México: Fundación del Centro Histórico, 2010.
18. Cueli J, Biro C. *Psicocomunidad*. México: Prentice/Hall Internacional, 1975.
19. Galinier J. *La mitad del mundo. Cuerpo y cosmos en los rituales otomíes*. México: Universidad Nacional Autónoma de México/Centro de Estudios Mexicanos y Centroamericanos/INI, 1990.
20. Martínez R. *Vivir invisibles, la resignificación cultural entre los otomíes urbanos de Guadalajara*. México: Publicaciones de la Casa Chata, 2007.
21. Hall E. *La dimensión oculta*. México: Siglo XXI, 2001.

Lecturas recomendadas

- Brenna J. *Conflicto y democracia. La compleja configuración de un orden pluricultural*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-X, 2006.
- García Canclini N. *Consumidores y ciudadanos. Conflictos multiculturales de la globalización*. México: Grijalbo, 1995.
- Reygadas L. *La apropiación. Destejiendo las redes de la desigualdad*. México: Anthropos/Universidad Autónoma Metropolitana-I, 2008.

Proceso biosocial sexo-sexualidad en la adolescencia

Edith Yesenia Peña Sánchez

CAPÍTULO

8

Conceptos clave

Adolescencia • Sexualidad • Salud

Introducción

El sexo y la sexualidad en la adolescencia pueden ser reflexionados como un proceso biosocial o biocultural que eslabona hechos que afectan el cuerpo biológico y psicosocial de la persona, cuyas consecuencias son mediadas por la sociedad y la cultura. Conjunta las formas complejas de la satisfacción de las necesidades básicas humanas y de comportamiento, cuyas condiciones y estilos de vida pueden generar riesgos y deterioros a la salud sexual y reproductiva o ser positivas para el desarrollo humano. De ahí que este capítulo tiene por objeto reflexionar sobre algunos problemas biosociales de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes.

Adolescencia y proyecto de vida

La adolescencia es considerada como un periodo transitorio de ajuste biosocial en el desarrollo de las personas entre la niñez y la edad adulta, y comprende a hombres y mujeres de 10 a 19 años (adolescencia temprana de 10 a 14 y adolescencia tardía de 15 a 19).¹ En culturas occidentales,² inicia con los cambios fisiológicos de la pubertad (funciones sexuales y reproductivas) y concluye cuando se logra la madurez social, al establecerse un sentido personal de identidad psicosocial y colectiva, que permite independencia familiar, consolidación de la formación educativa, inicio de la vida laboral y formación de una unidad doméstica específica. Sin embargo, esta apreciación, que es validada por la mayoría, arroja un “deber ser” del adolescente bajo esquemas tradicionales, el cual es rebasado por características y necesidades específicas de cada grupo generacional y las particularidades contextuales y situacionales de cada persona, lo que hace posible, tal como lo manifiesta Schiavon (2008: 305) que existan “varios tipos de adolescencias”.

Es un periodo destinado a la preparación integral de las personas antes de asumir sus roles de adulto, en el que se aúna la sobrevaloración de la adolescencia y la juventud como una etapa de inmortalidad, libre de problemas de salud, momento de experimentación y potenciación sexual, dis-

frute, recreación y ocio, falta del sentido de responsabilidad y conciencia, que reconoce la necesidad de vivenciar identidades sociales y sexuales, afinidades, estilos o modas permanentes o móviles.³ Imaginario muy arraigado que permite la internalización social y personal de que existe cierta incapacidad para asumir en su totalidad las conductas sociales y sexuales, desde su planeación hasta su realización, lo que los expone a situaciones, conductas y consecuencias riesgosas para su desarrollo humano que impactan su salud sexual y reproductiva.

Los adolescentes en México constituyen alrededor de 21% o la quinta parte de la población,³ por lo que requieren de condiciones que permitan su desarrollo y bienestar, pues en el ámbito demográfico el aumento de este grupo poblacional genera una demanda creciente de los sistemas de salud, educación y trabajo, entre otros, los cuales se han visto rebasados para entender y satisfacer sus necesidades. Chávez Galindo manifiesta que la actual crisis económica expulsa a los adolescentes y jóvenes de las opciones educativas y trabajos formales no precarizados.⁴ Al respecto, Chacaltana declara que a pesar de que se abrieron espacios de empleo de tiempo parcial, existe disminución de la cobertura provisional y creció el trabajo informal.⁵ Esta situación impacta en el curso y proyecto de vida de los jóvenes, quienes pueden ver limitado su desarrollo escolar por embarazo, cuidado de los hijos y enfermedad, integrarse de manera temprana al mercado laboral formal e informal por responsabilidades contraídas y cambio de estatus para enfrentar los aspectos económicos de la maternidad y paternidad, además de que, en México, se llegan a conformar nuevos hogares a edades todavía muy tempranas.

Algunas cifras

Es en la salud donde se encuentra una de las determinantes más importantes entre las y los adolescentes mexicanos: su estilo de vida, entendido como los patrones de comportamiento, valores y forma de vida que caracterizan a un individuo o grupo, que pueden condicionar o no riesgos y afectaciones a la salud del individuo. Muestra de ello son las estadísticas de 2005 sobre las principales causas de muerte en adolescentes mexicanos, en las que se presentan para el caso de los varones: accidentes sobre vehículos de motor (tránsito), agresiones (homicidios), lesiones autoinfligidas en forma intencional (suicidio), ahogamiento y sumersio-

ne
A
vel
cic

ad
gic
de
nc
tal
ca
64
nc
dr
si
ar
m
ci

ci
se
p
d
li
n
d
p
c
r
y
e
e
r
F
v
F
i
s
c
c
z
i
c
i
i
i

nes accidentales y atropellamiento por vehículo de motor. A su vez, entre las mujeres se ubican los accidentes sobre vehículos de motor, leucemia, suicidio y agresiones (homicidios).⁶

De igual manera, las consultas por las que acuden los adolescentes son principalmente por la aplicación de biológicos, salud reproductiva, planificación familiar, trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia), violencia familiar y no familiar, tratamiento de adicciones (según edad y sexo): tabaco, alcohol y farmacodependencia.⁷ Como principales causas de egreso hospitalario se encuentran, en hombres: 64% fracturas, heridas y trauma etc.; 4.5% tumores malignos; 3.3% trastornos mentales, y 1.7% envenenamiento por drogas. En tanto, en mujeres: 94% causas maternas; 4% lesiones y fracturas; 0.5% envenenamiento por drogas.⁸ Lo anterior, además de la violencia sexual y no sexual —que es más alta en mujeres—, el aumento de la depresión y los suicidios entre adolescentes.⁹

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, el total de adolescentes que tuvieron relaciones sexuales no tenía en mente la procreación al ejercer una práctica sexual; 63.5% de ellos declaró haber utilizado condón; cerca de 8% indicó el uso de hormonales, y 29% no utilizó ningún método. En las mujeres, el uso reportado es menor: sólo 38% mencionó que su pareja usó condón, y 56.6% declaró no haber utilizado métodos anticonceptivos en la primera relación sexual. La tasa de embarazo en las adolescentes de 12 a 19 años de edad fue de 79 por cada mil mujeres, por lo que se estima que 695 100 adolescentes entre 12 y 19 años han estado embarazadas alguna vez. La tasa de embarazo en edades de 12 a 15 años fue de seis por cada mil; en las jóvenes de 16 y 17 años correspondió a 101 por cada mil, y en las adolescentes de 18 y 19 años, 225 embarazos por cada mil mujeres, lo que indica la gran demanda de servicios de salud para la atención del embarazo y parto en esta población.¹⁰ A la par, avanza la reducción de la edad para el inicio de la vida sexual, de 17.2 a 15.8 años de edad en ambos sexos, pero es más frecuente y temprana en hombres, y siete de cada 10 adolescentes no usan ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual.¹¹ La iniciación sexual a temprana edad de la mujer está acompañada por la interiorización del amor romántico y la satisfacción de otras necesidades, así como por problemas de género inter o intragrupal que llegan a subordinar, presionar o coaccionar a la mujer de manera directa, indirecta o simbólica para llevar a cabo prácticas sexuales. Entre los hombres, por lo general se da por la expresión del impulso de la satisfacción sexual.¹² En cuanto a las infecciones de transmisión sexual (ITS), se encuentra que la candidosis urogenital, el herpes genital y el virus del papiloma humano ocupan los tres primeros lugares.¹³ De acuerdo con el Registro Nacional de Casos de Sida, de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud de México, el número de casos acumulados en jóvenes de entre 10 y 19 años de edad, hasta el 30 de junio de 2007, fue de 2 331, lo que representó 2.07% del total de per-

sonas con sida; la mayoría de los casos se presentó entre los 15 y 19 años de edad, y la categoría de transmisión registrada fue la sexual, con 65.44%, considerando las prácticas heterosexuales y homosexuales.¹⁴

Incidencias y prevalencias que enmascaran los estilos de vida que conllevan: problemas emocionales, violencia, adicciones y prácticas sexuales de alto riesgo. De manera paradójica, según la Encuesta Juventud 2000, la sexualidad y el sexo son de los primeros cinco temas que se hablan en la familia; además, los adolescentes mencionaron que tienen confianza para hablar de ello a médicos, maestros, sacerdotes y activistas, y que consideran que en la actualidad el peso de las creencias religiosas en su actitud sexual influye poco, según 75.2% de los jóvenes encuestados.⁹

Todo lo anterior pone de manifiesto que el sexo y la sexualidad conforman un complejo proceso biosocial o biocultural, donde la expresión de los riesgos cuantificados en la morbilidad y mortalidad de las y los adolescentes por el sistema de salud del Estado pueden ser prevenibles mediante actividades de promoción de la salud,¹⁴ o prevención primaria que entronquen la idea de un estilo de vida saludable, y que dichas acciones sean coadyuvadas por otras instancias públicas y privadas que brinden información científica y ética, que permita orientar en el empoderamiento y toma de decisiones asertiva de las y los adolescentes sobre su salud sexual y reproductiva,¹⁵ que reduzca los factores de riesgo,¹⁶ y la adquisición precoz de responsabilidades basadas en estos ámbitos de la vida, en particular los relacionados con embarazos no planeados y abortos, contagios de ITS y ser víctimas de violencia. De particular interés es el embarazo adolescente, tal como lo manifiesta Zúñiga E:¹⁵ “no sólo por los riesgos que tiene una fecundidad precoz para la salud de la madre y su descendencia, sino también porque puede contribuir a limitar las oportunidades de desarrollo de la mujer”, y eso puede ocasionar circuitos continuos de vulnerabilidad, discriminación y violencia.

Adolescencia y violencia

Existe una lógica en la que cada grupo social estructura sus formas de organización que finalmente clasifica y valora a sus individuos, dada a partir de conocimientos, normas y valores que se interiorizan o integran como identidad colectiva. Ello establece un *continuum* de normalidad-anormalidad simbolizado de diferentes maneras, que genera clasificaciones de tipo biológico-funcional, estadístico e ideológico sobre características valoradas al interior de cada grupo. Lo anterior permite una relación dialéctica entre potencialidad/vulnerabilidad de rasgos y características que brindan semejanzas y diferencias físicas, sociales, económicas, políticas y culturales, donde en forma implícita surgen desigualdades estructurales como el desequilibrio de poder entre mujeres y varones, que conllevan a formas de exclusión social cuando entran en interacción, la cual refiere a la situación y contextos en los que personas, grupos e incluso co-

comunidades territoriales se ven excluidos de la participación en los intercambios, las prácticas y los derechos sociales que constituyen la integración social.²⁰

En ese sentido, la exclusión puede generar desigualdad, vulnerabilidad, discriminación, estigmatización, minusvalía, marginación y violencia. Muchos de los adolescentes y jóvenes llegan a experimentar estos estadios por las faltas de oportunidades, los fracasos y frustraciones educativas y laborales, e incluso pueden sentir la pérdida del llamado "factor esperanza",²⁴ que impide el empoderarse y emprender un proyecto de vida. El Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación manifiesta en su encuesta de 2011 que las y los adolescentes más discriminados son los que padecen una enfermedad crónica o terminal o una discapacidad, los indígenas, los de bajos recursos económicos, los obesos, los de lento aprendizaje, los de coeficiente intelectual alto y aquellos que son calificados como "afeminados".²¹

En estos contextos y situaciones, para algunos la violencia es una estrategia de empoderamiento que buscaba invalidar la razón o aprovechar la vulnerabilidad existente o creada del otro. A la vez, se suele hacer uso de la violencia como una forma eficaz para resolver conflictos interpersonales, sobre todo si se han producido en el hogar, con la pareja, en el noviazgo, en la escuela, el trabajo y espacios públicos, ya sea que se participe como víctima, testigo o generador de violencia. La violencia se considera un problema aprendido a través de las relaciones interpersonales dentro de la familia, el entorno social y las instituciones educativas; además, los medios masivos de comunicación difunden patrones de conducta agresiva y violenta.^{22,23} La violencia suele ser transformada en una actitud o modo especial de expresar los distintos estados emocionales: enojo, frustración, miedo e incluso alegría, que se ha vuelto un ejercicio continuo.

La Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo (ENVINOV) 2007, menciona que 15.5% de los mexicanos de entre 15 y 24 años con relaciones de pareja ha sido víctima de violencia física; 75% ha sufrido agresiones psicológicas, y 16.5% ha vivido al menos una experiencia de ataque sexual. Se considera que la violencia en el noviazgo es precursora de la violencia en la vida marital.^{23,24} Se destaca a este grupo etario como altamente vulnerable, donde un factor de protección es que el adolescente o joven se encuentre estudiando para disminuir la posibilidad de desarrollo de conductas de riesgo, pero aun en ese espacio llegan a ser víctimas de violencia de género, tanto simbólica como por coerción sexual.²⁵ Asimismo, se observa que existe entre los adolescentes y jóvenes una falta de tolerancia a la frustración:¹⁹ "La frustración produce varios tipos diferentes de respuestas, una de las cuales consiste en alguna forma de agresión" y violencia.^{25,26} Lo anterior revela una "fragilidad o vulnerabilidad no asumida" y conlleva a todos aquellos comportamientos considerados riesgosos en la adolescencia: violencia hacia sí mismas(os) y hacia otras(os); búsqueda del riesgo y descuidos intencionales por pensar que sus cuerpos están "nuevos" y "listos" para resistir; hábi-

tos de alto consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y sustancias alucinógenas, que se consideran necesarios para tener iniciativa, manejar el miedo y la temeridad o simplemente para ser considerado con otro estatus.

A la par de que consideran poder tener el control de cualquier situación interpersonal y la percepción de que difícilmente pueden ser engañados, manipulados o extorsionados. Esta última apreciación se intensifica a pesar de los actuales contextos que prevalecen en torno a una cultura del silencio, la saturación de información que genera desinformación, la exigencia familiar para que otros eduquen, curen o resuelvan sus problemas en el ámbito de salud sexual y reproductiva, la inmersión de modas y estilos de consumo y mercado, la necesidad personal y colectiva de experimentar en un contexto donde se fragmenta el cuerpo y la mente, se incentiva la conciencia de que se puede ser un sujeto de placer de otros bajo las reglas de la adultocracia y consideran que difícilmente serán objeto de maltrato, agresión y abuso. Sin una estimulación reflexiva, este contexto potencializa conductas de riesgo que algunos adultos y el Estado perciben como amenazantes.

La importancia de incorporar nuevos enfoques

Debido al impacto que las conductas de riesgo tienen en las y los adolescentes en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva (inicio temprano de la actividad sexual, embarazos no deseados en aumento, incremento de la mortalidad materna así como en las infecciones por transmisión sexual, mayor incidencia en la morbilidad y mortalidad por accidentes y mortalidad materno-infantil, mayor número de trastornos de la alimentación [anorexia y bulimia], violencia familiar y en el noviazgo, tratamiento de adicciones [tabaco, alcohol y farmacodependencia], así como acentuación de enfermedades emocionales y psiquiátricas [ansiedades, depresiones y suicidios]), el Sistema Nacional de Salud genera políticas y ejes estratégicos basados en acciones específicas hacia la población adolescente a través de la implementación de programas de salud reproductiva, planificación familiar, trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia), violencia familiar y no familiar, y tratamiento de adicciones (según edad y sexo) a tabaco, alcohol y farmacodependencia. Sin embargo, el modelo de atención vigente pasa por alto la realidad social y cultural del contexto en que viven y se desarrollan los sujetos, el cual influye en la manera como se tiene acceso a estereotipos, estilos y mercados del llamado sexo global, que incitan a hacer válido un conjunto de derechos asociados con la política neoliberal y llevados al ámbito individual, en una suerte de derechos individuales a la propiedad privada, a la intimidad y al placer, sin indicar las obligaciones y riesgos de su ejercicio no responsable. Por ejemplo, condiciones como la anorexia, que es reconocida como un problema de salud por el sistema,

para algunas jóvenes que pertenecen a tribus urbanas como las de los "fresas" y "pelolais", es un atributo o rasgo que se requiere para formar parte del grupo, aunque ello ponga en riesgo su salud. Lo mismo pasa con la vigorexia entre los hombres y la escarificación o marcas autoinfligidas como símbolos grupales, los pactos de pérdida de virginidad y las prácticas de "sexo a pelo" como forma de diversión. Asimismo, la necesidad de cambio de estatus obtenido por tener relaciones con cierto tipo de personas o a través de la maternidad son realidades que se presentan. De ahí la dificultad del manejo preventivo y la atención, ya que muchas de las razones científicas y programáticas no coinciden con el sentido que los adolescentes le asignan a dichas prácticas sexuales o reproductivas.

En ese sentido, se requiere explorar la problemática a través de otros filtros conceptuales o enfoques como el de la perspectiva de género y su transversalización en la salud,^X que desde las últimas décadas del siglo XX ha permitido que haya un reconocimiento de las especificidades entre la *salud sexual* y la *salud reproductiva*, en la que se reconoce el ejercicio de la sexualidad como práctica que busca placer con libertad y sin riesgos, y a la par el ejercicio de la sexualidad como medio para la reproducción en su sentido biológico. De igual manera, otros enfoques complementarios son el intercultural y psicosocial,^{XI, XII} además del enfoque en derechos que permea a todos los demás enfoques.^{XIII} La antropología también ha intentado salir de los postulados clasificatorios de lo que Vendrell llama "proyecto sexológico de la biomedicina" para generar posturas socioculturales donde destaca el construccionismo social, pero también ha impactado al campo de la antropología biológica o física, lo que le ha permitido generar posturas más integrales como la biosocial o biocultural (reconocido también como el biopsicosociocultural o integral), que puedan brindar nuevos elementos para la prevención y atención de dichas problemáticas poblacionales y que se desarrollan en el siguiente apartado.²⁸

El proceso sexo-sexualidad

Como se observa, la problematización de "lo sexual" es muy compleja, ya que la especie *Homo sapiens sapiens* desarrolla sociedades con comportamientos esencialmente adquiridos cuyas formas de interacción entre sus sujetos obedecen más al ámbito de significación cultural, aprendizaje y experiencia que al sentido innato del devenir biológico. De ahí que la biología potencializa las capacidades sexuales con base en el hecho perceptible del sexo presente en los cuerpos y la cultura flexibiliza y modifica las conductas y comportamientos al construir e integrar la sexualidad dentro de las pautas de socialización humana que canalizan lo sexual bajo sus fuerzas estructurantes y normalizadoras, pero también dinámicas.³³

En ese sentido, biología y cultura entran en interacción a través del establecimiento del *continuum* sexo-sexuali-

dad, que es abordado por diferentes ciencias como las naturales (biología y etología), el conglomerado de las ciencias de corte biomédico (medicina y psiquiatría, además de la psicología y sexología que presentan especificidades que le otorgan cierta independencia en su desarrollo, mas no su génesis), las humanistas y sociales (antropología, sociología, demografía, derecho y pedagogía). Al centrarse en la antropología, es posible observar que aborda dicho *continuum* de manera holística, ya que como disciplina científica estudia al ser humano a nivel biopsicosociocultural en su amplia complejidad contextual: adaptativo-evolutiva, sociohistórica y cultural. Para ello hace uso de sus campos del conocimiento disciplinar como la arqueología, lingüística, etnohistoria y, en forma particular, antropología física y antropología social y/o cultural. Estas últimas disciplinas dan cuenta de los procesos de variabilidad y diversidad biológica de los grupos humanos en relación con sus ámbitos de interacción: biológico, ambiental, histórico, social y cultural, y de las formas de relación que se establecen entre los individuos dentro de sus organizaciones sociales y tradiciones culturales, respectivamente.

De ahí que el estudio de "lo sexual" en antropología parta de la descripción, comparación y análisis del *continuum* sexo-sexualidad, proceso que eslabona hechos que afectan el cuerpo biológico y el ámbito psicosocial de la persona, cuyo sentido y consecuencias son mediados por la sociedad y la cultura, conjunta las formas complejas de la satisfacción de las necesidades básicas humanas y comportamentales con aportaciones de la vida social y su cultura, cuyas condiciones y estilos de vida pueden generar riesgos y deterioros a la salud sexual y reproductiva o ser positivas para el desarrollo humano.³⁴ Dicho proceso abarca desde el origen y aparición del sexo en las especies que antecedieron al humano, la genética, anatomía y fisiología sexual y reproductiva del *Homo sapiens sapiens*, la capacidad mental y social de crear un lenguaje que le permitiera explicar lo que le rodea y autoexplicarse para generar un contexto humanizado hasta la expresión polimórfica del comportamiento, socialización, organización social y gestión o administración del cuerpo y sujeto sexuados en los diferentes grupos humanos.³⁵ Complejidad que da cuenta de que los *sexos*, *los sexo-género*, *las identidades sexuales* y *los erotismos* no sean programados biológicamente ni programables socialmente, sino virtualizados por los afectos y la cultura, por las significaciones e implicaciones bioéticas.³⁶ Así, se justifica para su estudio un acercamiento interdisciplinario y multidisciplinario de los distintos campos del conocimiento.

En antropología, la subdisciplina que integra modelos teórico-metodológicos que posibilitan investigar sobre alguna problemática específica del complicado *continuum* sexo-sexualidad desde un enfoque sociocultural y biosocial es la antropología de la sexualidad o antropología sexual:

[...] podemos decir que tiene por objeto conocer, describir, comparar y analizar la diversidad sexual de nuestra especie

a nivel filogenético y las prácticas y representaciones sexuales que desarrollan los diferentes grupos humanos, su posible relación transcultural en tiempos y espacios determinados y la cotidianidad a través de la experiencia subjetiva, respectivamente. Disciplina que se autodefine en función del enfoque del que se parta para problematizar algún punto del proceso sexo-sexualidad.³⁴

El enfoque biocultural aplicado al proceso sexo-sexualidad en la adolescencia

Al enfocarse al análisis del sexo y la sexualidad como proceso biocultural ligado a la satisfacción de necesidades básicas humanas, puede encontrarse que dichas interacciones en la adolescencia pueden:

- Alterar de manera definitiva o temporal el cuerpo (se generan cambios en el biotipo corporal e imagen corporal, como las modificaciones y tratamientos con *piercing*, tatuajes, escarificaciones, implantes y, en su caso, hasta del sexo, por lograr una potencialización de los rasgos dimórficos o, todo lo contrario, para establecer una congruencia de identidad sexo-genérica, como en el caso de la transexualidad, etcétera).
- Generar padecimientos que afectan el cuerpo por enfermedades (se hacen presentes infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH-sida, depresión y disfunciones sexuales), presiones sociales (estrés, *mobbing*, anorexia y bulimia) y estados fisiológicos como el embarazo.
- Modificar funciones biológicas (se logra detener la menstruación, generar y prolongar una erección o abortar, etcétera).
- Modificar funciones básicas para satisfacer necesidades sociales (así como se bebe y come cuando no se tiene hambre y sed, se llegan a tener relaciones sexuales cuando no se tiene el impulso o la voluntad para satisfacer la necesidad o deseo).
- Transformar las necesidades biológicas por los productos sociales (la tecnología influye la vida y para algunos es el eje de la misma a través de la utilización de fármacos para potencializar la respuesta sexual, anticonceptivos para evitar embarazos, juguetes sexuales para intensificar la expresión del deseo, la internet y el sexo cibernético para facilitar o evitar el contacto directo entre personas, etcétera).
- Modificar las condiciones corporales y funciones por situaciones extremas (la presencia de problemas de infertilidad por la praxis de un aborto mal practicado, cambios en las prácticas sexuales por la condición de discapacidad, obesidad mórbida o delgadez extrema, etcétera).

En la actualidad, las y los adolescentes comienzan a perder credibilidad en las formas de socialización, sexualiza-

ción y normalización que les brindan el Estado y las instituciones en las que se incluye la familia. Por lo que se puede decir que aunque estos sujetos están inmersos en el mismo sistema sexo-género estatal que modeló las pautas comportamentales de sus padres y abuelos basadas en una tradición del ser hombre y mujer que generan desigualdades estructurales entre ellos y marcaron los estereotipos del machismo y el hembrismo, el matrimonio, la reproducción y la cultura del silencio, ahora los adolescentes y jóvenes flexibilizan o niegan estos roles. Además, no sólo aprenden y confrontarán los esquemas tradicionales del sistema sexo-género, sino también estarán sujetos a las formas de normalización de usos y costumbres tradicionales del grupo (presentación en sociedad, edad al matrimonio, robo de la novia, dote, etc.) del que formen parte, la ideología religiosa o filosófica a la que se adscriba su entorno doméstico (en el que hay un conjunto de preceptos por tomar en cuenta como inmorales, como la actividad sexual extramatrimonial, la masturbación, el adulterio, la poligamia, la pornografía, la prostitución, la violación, los actos homosexuales, los métodos anticonceptivos, el aborto, entre otros) y la incitación del consumo del mercado del sexo global donde se percibe que se llega a romper con los valores y tabúes existentes sobre el sexo y la sexualidad, pero no con el sistema sexo-género (en el que aparece una convergencia gradual de patrones de comportamiento sexual entre sociedades, se incrementa el consumo de productos sexuales [entre ellos la pornografía], se presenta una *pérdida* de la influencia de creencias religiosas sobre actitudes y prácticas sexuales, se incrementa el sexo prematrimonial, hay un patrón más liberal del comportamiento sexual de las mujeres, disminuye la importancia de la virginidad prematrimonial, se aceptan los roles sexuales occidentales de carácter individualista, se amplían los derechos al ámbito de la autodeterminación sobre el cuerpo, la interrupción temprana del embarazo, la elección de preferencia de identidad erótica y la generación de familias diversas, etc. A la par se presenta la pérdida o asimilación de identidades colectivas y dilución de movimientos sociales).

Por lo anterior, es posible manifestar que el proceso biocultural sexo-sexualidad no es una correspondencia natural entre lo biológico y el comportamiento social, sino que es mucho más complejo y engrana la experiencia de la vida humana a nivel individual-colectivo y objetivo-subjetivo. Entonces, ¿qué sucede en la adolescencia y juventud? Que se encuentra una serie de características que rebasan el actuar tradicionalmente esencialista y biologicista del sexo y la sexualidad.³⁷

- El desarrollo psicosexual o brote puberal que en la actualidad empieza más temprano (nueve años en las mujeres y 12 años en los varones, aproximadamente).
- Las representaciones y prácticas sexuales adolescentes rebasan la conceptualización tradicional.
- Las formas de educación tradicional sobre la sexualidad en la familia se incorporan de manera muy tardía o

la información que se brinda no está acorde a la realidad que enfrentan. Lo mismo ocurre con la educación sexual en las escuelas.

- Las formas del desarrollo entre los roles de hombres (crisis de la masculinidad y salida del clóset emocional) y mujeres (empoderamiento) se han modificado y se encuentran fuera del equilibrio tradicional, por tanto, impactan en las esferas de su futuro desarrollo personal, en la conformación de parejas, en la construcción de tipos de unidades domésticas, la salud sexual y reproductiva y el ámbito laboral y social, entre muchas otras esferas del proyecto de vida.
- Continúa la reafirmación del estereotipo de la juventud: bello, sano, inmortal, con coraje y exposición a riesgos: hombre (violento contra la mujer, contra otros hombres y contra sí mismo) y mujer (disponibilidad construida desde la visión de las necesidades masculinas).
- Falta de conciencia y memoria sobre los movimientos identitarios sociales.
- Se generan nuevas identidades fluidas y temporales por afinidad.
- En la actualidad se habla de una cierta autoconciencia y entendimiento de que la sexualidad se universaliza de una forma nueva por completo a través de la moderna industria de las comunicaciones y que trae problemas en la construcción y asimilación conceptual a nivel intergeneracional.
- El adolescente se reconoce como sujeto sexuado.
- Se observa un nomadismo sexual, donde el compromiso y responsabilidad no son necesarios para tener encuentros sexuales, así como el sexo de la otra persona.
- Se personalizan las prácticas sexuales y tratan de no tener etiquetas médico/sociales que los clasifiquen.
- Aumento de las prácticas de intercambio de favores sexuales por beneficios sociales o materiales que se les reconoce como sexo recompensado.
- Intentan superar profundos sentimientos de soledad y rechazo realizando el acto sexual sin compromiso o afecto y sin intimidad.
- Inicio de la actividad sexual a edades más tempranas y también se tiene mayor número de parejas sexuales.
- Iniciación sexual que puede tener un vínculo emocional o no, el que sin embargo puede incluir abuso y violencia.
- Algunas prácticas se contraponen con las de sexo seguro establecidas por el sistema de salud.
- Se continúa centralizando la prevención del embarazo hacia las mujeres (se ignora el rol de los varones y se refuerza el estereotipo tradicional de la mujer).
- La tecnología, uso de teléfonos celulares, internet y redes sociales como formas de comunicación y vinculación que pueden generar desacuerdos conceptuales y de interacción intergeneracional.
- Altos contenidos de información pero poco conocimiento, criterio de selección y reflexión, que conlleva a un sentido de consumo y estereotipos.

- Pensar la sexualidad como escenario importante para tener acceso al bienestar de la modernidad.

Las y los adolescentes del siglo XXI transitan por estos cuatro sistemas, ideologías y políticas (el sistema sexo-género estatal, los usos y costumbres tradicionales de sus grupos, localidades o regiones, la ideología religiosa o filosofía que se desarrolla en su contexto doméstico y local, además de la política neoliberal que posiciona al sexo y la sexualidad en su carácter de bien y servicio de consumo en la etapa global del actual sistema económico). Por ello, se puede decir que el adolescente enfrenta su desarrollo psicosexual como un valor en sí mismo, solo o en su grupo, sin contar con el apoyo de una dirección comportamental social alternativa "válida", más allá que la que brindan estos ejes. Esto genera una constante creación de identidades, retos nuevos y desconocidos por las y los jóvenes y las generaciones que les anteceden, además de una falta de conciencia del "deber ser sociosexual" que la mayoría de las veces es suplida por los medios de comunicación, quienes se presentan como los representantes de "la nueva verdad sobre sexualidad y adolescencia", como los nuevos normalizadores de la sexualidad culturalmente aceptada que direccionan las conductas hacia un mercado y consumo en pro del sexo global mercantilizado que incluye el individualismo como base del acceso a derechos.

Para seguir reflexionando

Esta realidad contemporánea en torno al sexo y la sexualidad de las y los adolescentes y jóvenes requiere ser incorporada en el primer nivel de atención y manejo preventivo de acciones específicas desarrollados en programas de salud reproductiva, planificación familiar, trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia), violencia familiar y no familiar, tratamiento de adicciones (por edad y sexo; tabaco, alcohol, farmacodependencia), dirigido a modificar sus patrones y estilos de vida y reducir así la aparición de conductas de riesgo. Por ende, sería necesario incluir algunas variables de carácter biosocial a dicha atención, como integrar en la higiene sexual y mental (egodistonia y sociodistonia genérica y sexual) la relación con imagen corporal, género y sexo; el sentido de los límites y fronteras físicas y fisiológicos del cuerpo y la utilización de auxiliares sexuales, a la par de las formas de vinculación afectiva y la expresión de agresión, abuso y violencia sexual; los juegos y prácticas sexuales riesgosas que condicionan el contagio (ruleta rusa, *bareback* [sexo a pelo] y *serosorting* [selección serológica]), por mencionar algunas.

A la par es necesario que los prestadores de servicios de salud, así como los funcionarios e investigadores encargados de integrar el Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia —en el caso de México— reflexionen sobre el hecho de que las y los adolescentes y jóvenes no ven su actividad sexual como un problema de salud pública, sino como una

acción de libertad y derecho. Es pertinente que más allá de las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que realiza el sector salud, se tome en cuenta toda la parafernalia de información, imágenes y realidades que enfrentan las y los adolescentes, como la panacea del mercado global que exalta los estereotipos de la hipermasculinidad y la hiperfeminidad a través del desempeño sexual, la posibilidad de vender desde una virginidad por internet, hasta ampliar el paradigma de la entrada de recursos económicos a través del establecimiento de pornografía y *pornolab preteen* y *teen*, y como forma de demostración de amor el *sixteen* entre adolescentes y jóvenes. Amén de los peligros de la trata, explotación, esclavitud y pornografía sexual.³⁷

En ese sentido, a continuación se enlista un conjunto de repercusiones que presentan las y los adolescentes en la actualidad, mismos que influyen en forma directa o indirecta en su salud sexual y reproductiva:

1. La construcción de la identidad femenina sin el referente de la madre o familia, ya que las adolescentes no las consideran alternativas de imagen adecuadas. Los cambios de roles en las mujeres no son sólo para autoafirmación, autocuidado e independencia, sino también las lleva a someterse a situaciones de riesgo que eran exclusivas de los varones: adicciones y relaciones con múltiples parejas.
2. En el caso de los hombres, ser impulsivos, estar en crisis y salir del clóset emocional es lo común, por lo que han empezado a recurrir al fortalecimiento de los valores tradicionales.
3. Los adolescentes han ampliado sus prácticas de autoerotismo (masturbación) hacia las prácticas de tocamientos mutuos y coitales o no con otras personas.
4. El noviazgo ya no tiene como fin el matrimonio, sino tener una pareja con quien explorar relaciones y experiencias sexuales.
5. Comienza a haber cambios en la denominación de la pareja, considerando que la otra persona puede ser alguien transitorio, con quien se comparte situaciones de sexo rápido y, muchas veces, inseguro.
6. Recurren a la impulsividad, que lleva a prácticas sexuales deserotizadas y hedonizadas, donde se someten a conductas de riesgo: ITS, VIH-sida, embarazos adolescentes, maternidad temprana, abortos y muerte, donde se pone a disposición del otro como un cuerpo a ser gozado, pero son los demás quienes deciden sobre él.
7. Transacción de sexo por beneficios: adolescentes y jóvenes (hombres y mujeres) dispuestos a tener sexo por compras básicas de artículos suntuosos (tecnología) y dosis de droga, prácticas sexuales por regalos o como estrategia momentánea de supervivencia económica. Se dan en relaciones ocasionales y en noviazgos y es una opción de tener acceso a bienes a corto plazo, que no pueden alcanzar por sus propios medios.

8. Esta práctica aumenta las diferentes formas de vulnerabilidad de los adolescentes ligada a los rasgos de desequilibrio (edad, sexo, nivel socioeconómico, de poder, etc.) que impactan de manera negativa en la negociación del sexo seguro.
9. Hay aumento de prácticas de sexo recompensado en el noviazgo. En este sistema las jóvenes son menos criticadas y rechazadas.
10. Las diferencias entre los participantes de la práctica de sexo recompensado pueden generar vulnerabilidad en la o el adolescente por ingreso, edad, género y poder, lo que dificulta negociar sexo protegido (traducido en el uso del condón), y esto incrementa la exposición a ITS/VIH-sida.
11. La carencia de recursos económicos, la falta de espacios personalizados en el hogar así como de intimidad y respeto hacia la y el adolescente suelen condicionar ambientes de riesgo (uso de espacios públicos para tener prácticas sexuales como calles oscuras, bancas en parques, entre otros) así como la falta de profilaxia (improvisar condones con el uso de bolsas plásticas, lubricantes con aceites comestibles, etcétera).
12. Existe un reforzamiento de los valores tradicionales para algunos cuando se localiza a un individuo con preferencia sexual alternativa, y para otros, les da lo mismo mientras no se metan con ellos; sin embargo, en algunos contextos pueden interactuar incluso de manera íntima.
13. Problemáticas familiares y legales de interacción entre una o un adolescente y personas adultas que comparten las mismas prácticas homoeróticas.
14. Cuestionamiento familiar, social, agresiones y también búsqueda de espacios de libertad y desarrollo de la práctica o identidad.

Esta compleja red de interacciones hace que la construcción y la vivencia de la adolescencia y la juventud sea compleja y atravesada por grandes dificultades; sin embargo, es claro observar que puede llegar a integrarse una conciencia de expectativa o proyecto de vida. Por esto, vale la pena una reflexión biosocial cuando se problematiza la adolescencia como etapa transicional en la cultura propia.

Es indispensable que tanto las instituciones encargadas de los servicios de salud dirigidos hacia las y los adolescentes, así como el sector educativo y las familias, pongan especial atención a la realidad que viven para tratar de transformar tanto las políticas como los programas e información que se les brindan para que respondan a sus contextos, situaciones y necesidades actuales, donde el principio sea no ver a la adolescencia homogénea ni a sus prácticas sexuales y reproductivas solamente como un problema de salud pública, sino en una dimensión más amplia, que permita cambiar la medicalización de éstas hacia una práctica de acompañamiento y concienciación de su desarrollo humano que desconstruya el sentido medicalizado y sobrevalorado de la

adolescencia por el sujeto que la vive. En ese sentido, se trata de que puedan hacer la toma de decisiones respecto a sus prácticas sexuales de manera informada, que contribuyan a su desarrollo para reorientar la percepción de las formas de prevención y atención ajenas a su realidad y vida concreta. Por ello se requiere potenciar la confianza del adolescente hacia los servicios de salud, preparar profesionales en el área sensibilizados sobre las realidades actuales

del adolescente, que generen empatía para que orienten en la toma de decisiones y la evaluación de sus consecuencias, bajo un enfoque de transversalización de género e interculturalidad para eliminar barreras culturales, evitando así el maltrato y permitiendo brindar información y acompañamiento psicosocial y un conocimiento biosocial que se inserte en la prevención y atención de las y los adolescentes en el Sistema Nacional de Salud.

Actividades de evaluación

Resolver de manera individual o en equipos de trabajo.

1. Sitúe dentro de los círculos dimensionales de la vida los problemas de salud sexual y reproductiva que pueden tener las y los adolescentes. En las intersecciones de dichas dimensiones ubique los factores que llegan a incrementar o reducir su vulnerabilidad frente a ellos.
2. Proporcione tres ejemplos de las situaciones y circunstancias biosociales o bioculturales que permitieron el problema de salud sexual y reproductiva.
3. En su opinión, ¿qué características, habilidades y servicios de salud pueden apoyar a las y los adolescentes a prevenir y tratar dichos problemas de salud sexual y reproductiva?

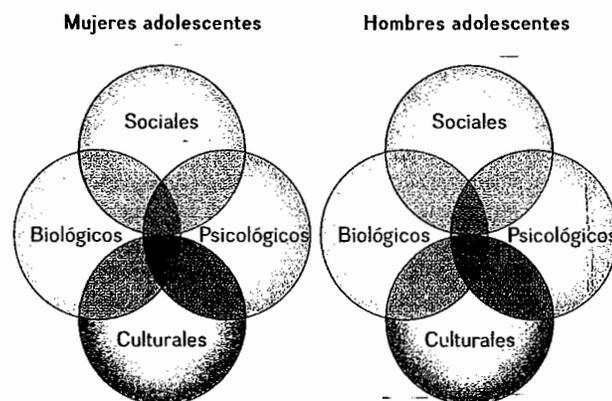


Figura 8-1. Círculos dimensionales de la vida.

Para reflexionar...

SOBRE SEXO Y GÉNERO

A Ana María la obedecen miles de zapatistas de ambos sexos. No obstante, es de suponer que a ellos les ha de costar recibir órdenes de una mujer... Les decimos en broma a los compañeros que se portan así, "machitos". Todavía existe eso y es lo que

estamos tratando de acabar. A los compañeros nuevos, los que vienen llegando apenas, les cuesta trabajo obedecer a una mujer, lo ven mal, no están acostumbrados. Pero se acostumbran. Los compañeros que llevan tiempo ya lo ven todo igual, ven que es necesaria la participación de la mujer en todo esto.

Rovira G. *Mujeres de maíz*, 4a. impresión. México: Era, 2002:81.

Citas adicionales

I Adolescencia, de acuerdo a la OMS, es el periodo de la vida que se extiende de los 10 a los 19 años de edad, en el cual el individuo adquiere capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica. En la actualidad se ha prolongado hasta los 29 años e incluso se clasifica en adolescencia temprana, media y tardía.¹

II Para culturas no occidentales y grupos indígenas la "adolescencia" es una realidad no sentida, una invención occidental, ya que el paso de niño a adulto se puede realizar sin una etapa intermedia, a través de la función de los ritos de paso o iniciación, siempre sujetos al cambio de características biológicas, de comportamiento, cambios de estatus sociales o de las necesidades de la comunidad.

- III En el ámbito médico se le llega a conocer como síndrome de superman o inmunidad al peligro.
- IV Estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población. Acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias a favor de la salud. Brinda oportunidades para que la gente ejerza sus derechos y responsabilidades, y participe en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables al bienestar. Promover la salud supone instrumentar acciones no sólo para modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, sino también para desarrollar un proceso que permita controlar más los determinantes de salud.¹⁶
- V La salud sexual y reproductiva es el estado de completo bienestar físico, mental y social durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad. Su objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, no meramente el asesoramiento en reproducción e ITS. Incluye el enfoque de género, derechos y la interacción con el tipo de relaciones afectivas, la vivencia de la sexualidad, la reproducción, la sensación de realización o fracaso, la autonomía personal y otras, influidas por el entorno social y cultural.¹⁷⁻¹⁹
- VI Característica o circunstancia cuya presencia aumenta la posibilidad de que se produzca un daño o resultados no deseados. Por diversas circunstancias (ambientales, familiares e individuales), las y los adolescentes desarrollan con frecuencia conductas que participan como factores de riesgo. Algunos ejemplos son: sobrepeso, tabaquismo, alcoholismo, consumo de drogas, accidentes, homicidios, suicidios, actividad sexual precoz y enfermedades de transmisión sexual.
- VII La violencia es toda acción u omisión, directa o indirecta, que impide o limita el ejercicio libre de los derechos humanos de cualquier persona. Es una manifestación del desequilibrio de poder en función de raza, etnia, clase social, género, edad, religión, orientación sexual, escolaridad, ámbito laboral, etc. Los factores de riesgo que influyen van desde los individuales (conductas de riesgo, personalidad, trastornos emocionales e historia de violencia), familiares (desintegración, maltrato, violencia, deficiente supervisión de adolescentes o abandono familiar), por grupo de iguales (pertenencia a grupos involucrados con actividades riesgosas), escolares (falta de reglas en la escuela, límites poco claros y relaciones poco afectivas), sociales o colectivos (desigualdad socioeconómica, estigmatización y exclusión, inseguridad, abuso y tráfico de drogas, armas y personas), hasta los económicos (pobreza, desempleo, deserción escolar etcétera).
- VIII La coerción sexual implica presionar a la víctima para que acceda a tener relaciones sexuales, utilizando técnicas tales como ignorarla, persuadirla con argumentos constantes, incluso manipulando su estado de ánimo, hablándole rápido para confundirla, mintiendo o prometiendo cosas que no se piensan cumplir, como una relación estable, matrimonio. prometiendo amor eterno o haciendo falsas promesas de amor, etcétera (Scott, 2001).
- IX La tolerancia a la frustración es la capacidad reguladora que se desarrolla para detener o minimizar los efectos psicológicos que produce la frustración. Se considera que cuanto más fuerte es el motivo o la necesidad de la meta, más intensa es la frustración cuando no se satisface.²⁷
- X La perspectiva de género se presenta como un enfoque necesario para incorporar las metas de igualdad de género en todas las áreas de la vida social, en este caso en la salud sexual y reproductiva de mujeres y varones. Por ello se impulsa junto con la estrategia política de transversalidad que plantea un nuevo modelo de análisis, intervención y gestión que reconoce que mujeres y hombres, debido a sus diferencias biológicas y roles de género, tienen necesidades, obstáculos y oportunidades diferentes que deben ser identificados y tratados para corregir el desequilibrio existente entre los sexos.²⁹
- XI Enfoque que promueve cambios en el modelo de atención hacia un modelo horizontal que permita una relación de respeto y confianza entre individuos con saberes, conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes, respecto al cuerpo, la mente, el espíritu, la salud y enfermedad, tanto en el ámbito personal como en el colectivo. De acuerdo con la OPS y la OMS,³⁰ es un modelo interactivo que integra un reconocimiento y respeto, donde los elementos sujetos a un Estado-nación cuenten con democracias culturales.
- XII Enfoque que permite el apoyo y medidas rehabilitadoras individuales, familiares o comunitarias, orientadas a hacer frente a las consecuencias del trauma de las violaciones a los derechos humanos y promover el bienestar emocional y social (estimulando el desarrollo de las capacidades de las víctimas) y enfrentar las múltiples consecuencias que suscita el litigio. Por ello se requiere una atención psicosocial o acompañamiento para enfrentar las consecuencias.³¹
- XIII En la actualidad, la salud sexual y reproductiva es un derecho que el Estado brinda y una facultad que el ciudadano exige. A la par, este derecho depende de la satisfacción de necesidades fundamentales del ser humano, como: el deseo de contacto, la intimidad, la expresión emocional, el placer y el amor. Se considera que su expresión libre y responsable deriva en relaciones interpersonales armónicas. Estos derechos son: a decidir en forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad; a manifestar públicamente mis afectos; a ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual; al respeto de mi intimidad y mi vida privada; a decidir con quién compartir mi vida y mi sexualidad; a la igualdad de oportunidades y a la equidad; a vivir libre de toda discriminación; a vivir libre de violencia sexual; a la libertad reproductiva; a los servicios de salud sexual y salud reproductiva; a la información completa, científica y laica sobre la sexualidad; a la educación sexual, y a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad.³²

Bibliografía

Referencias

1. Pasqualini D, Llorens A. *Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral*. Argentina: OPS/OMS-Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, 2010.
2. Shiavon R. "Salud sexual y reproductiva del adolescente". En: Stern C (coord.). *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*. México: COLMEX, 2008:301-323.

3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. II Censo de población y vivienda. México: INEGI, 2005.
4. Chávez Galindo AM. *Estudio diagnóstico nacional sobre el rezago educativo que presentan las madres jóvenes y las jóvenes embarazadas en relación con la educación básica*. México: CRIM, UNAM, 2010.
5. Chacaltana J. *Empleo para los jóvenes*. Perú: ONU-CEPAL-CEDEP-GTZ, 2005.
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Secretaría de Salud. *Bases de datos de mortalidad*. México: INEGI/SS, 2005.
7. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia. México: Gobierno Federal, Secretaría de Salud y Asistencia, 2002.
8. SAEH/SS. *Principales causas de egreso hospitalario por género 2005*. México: SAEH/SS, 2005.
9. Instituto Mexicano de la Juventud. *Jóvenes mexicanos del siglo XXI*. Encuesta Nacional de Juventud 2000. México: Instituto Mexicano de la Juventud, 2002.
10. ENSANUT, 2006.
11. ENSAR, 2003.
12. Stern C, Menkes C. *Embarazo adolescente y estratificación social. Diagnóstico en la salud reproductiva*. México: El Colegio de México, 2008.
13. CENAVECE. *Anuario de morbilidad*. México: DEGEPI, 2010.
14. Magis Rodríguez C, Barrientos Bárcenas H (ed.). *VIH/SIDA y salud pública*. Manual para personal de salud, Secretaría de Salud del Gobierno Federal, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). México: Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), 2009.
15. Zúñiga E. "La situación demográfica de los jóvenes". En: Stern C (coord.). *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*. México: COLMEX, 2008:27-57.
16. Gobierno Federal y Secretaría de Salud. NOM-046-SSA2-2005 *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*. *Diario Oficial de la Federación*, México, 16 de abril de 2009.
17. United Nations Population Fund. International Conference on Population and Development. El Cairo: UNFPA, s/l, 1994.
18. Organización de las Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing 1995. Nueva York: ONU, 1996.
19. Declaración Universal de los Derechos Sexuales. Hong Kong: XIV Congreso Mundial de Sexología, 1999. Disponible en: http://www.cepresi.org.ni/files/doc/1169501234_Los%20Derechos%20Sexuales%20son%20Derechos%20Humanos.pdf
20. Dirección General de Urbanismo y Política de Suelo del Ministerio de Vivienda. Informe del Foro de debate Grupos vulnerables, a presentar al Comité Nacional Hábitat. Madrid: DGUPSMV, 1999. Disponible en: <http://hábitat.aq.upm.es/bv/gbd18.html>
21. CONAPRED. Encuesta nacional sobre discriminación. México: Enadis, 2010; CONAPRED, 2011.
22. Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Seguridad Pública, Sindicato nacional de Trabajadores de la Educación. *Guía básica de prevención de la violencia en el ámbito escolar*. México: SEP/SSP/SNTE, 2008. Disponible en: <http://basica.sep.gob.mx/.../pdf/.../ViolenciaEscolar.pdf>
23. Ely G, Dukmus CN, Wodarski JS. "Adolescent dating violence". En: Rapp-Paglicci LA, Roberts AR, Wodarski JS. *Handbooks of violence*. EUA: John Wiley & Sons, 2002.
24. Lloyd SA, Emery BC. *The dark side of courtship. Physical and sexual aggression*. EUA: SAGE series on close relationships, 2000.
25. Miller NE. *The frustration-aggression hypothesis*. *Psychological Review*, 1941;48(4):337-342.
26. Vroom V, Maier NR. *Industrial Psychology*. Annual Review of Psychology, 1961;12:413-441.
27. Wittaker J, Wittaker S. *Psicología con adaptación para Iberoamérica*. México: McGraw-Hill, 1989.
28. Vendrell J. *¿Qué es y para qué sirve la antropología sexual? Del exotismo sexológico a la deconstrucción de la sexualidad*. Nueva Antropología (nueva época), 2005;3:3-27.
29. Munévar D, Villaseñor M. *Transversalidad de género. Una estrategia para el uso político-educativo de sus saberes*. La Ventana: Revista de Estudios de Género (Guadalajara, México), 2005;21:44-68. Recuperado de: <http://redalyc/pdf/884/88402102.pdf>
30. OPS/OMS. *Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, abril de 1998.
31. Beristáin CM. *Diálogos sobre la reparación. Experiencias en el sistema interamericano de derechos humanos*, tomo II. Colombia: Universidad Santo Tomás, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2010.
32. Campaña Nacional por los Derechos Sexuales de las y los Jóvenes. Cartilla de los derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes. México, 2003.
33. Guasch O. "Sexo, cultura y sociedad: hacia una antropología de la sexualidad". En: Romaní O, Comelles JM (coord.). *Antropología de la salud y de la medicina* (VI Congreso de Antropología). Tenerife, España, 1993:85-97.
34. Peña Sánchez EY. "Antropología sexual". En: Barragán A, González L (coord.). *La complejidad de la antropología física*. México: CONACULTA-INAH, ENAH, 2011.
35. Peña Sánchez EY. *Los entornos y las sexualidades de las personas con discapacidad*. México: EDUFAM/CONACULTA-INAH, 2003.
36. Lizárraga Cruchaga X. *El transgénero: un hipertexto*. Cuicuilco, Escuela Nacional de Antropología e Historia, 2001;8(23): 51-66.
37. Peña Sánchez EY. *La adolescencia en tiempos del sexo global*. Revista Generación, Especial de Salud Sexual y Reproductiva (Buenos Aires), 2011; Año III, núm. 9:16-21.

Lecturas recomendadas

- De Bruyn M, France N. *Género o sexo: ¿a quién le importa? Módulo de capacitación en género y salud reproductiva dirigido a adolescentes y personas que trabajan con jóvenes. Con énfasis en violencia, VIH/ITS, embarazo no deseado y aborto en condiciones de riesgo*. EUA: Ipas, Health & Development Networks, Instituto de Educación y Salud, 2001.
- INEGI. Encuesta Nacional sobre Violencia en el Noviazgo 2007, INEGI, México. En: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/encuestas/hogares/Informe_op_vin07.pdf

OPS/Centro de Estudios de Población. *Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: OPS/FNUAP Serie 2, 2001. Disponible en: Pan American Health Organization, 525 Twenty-third Street, NW, Washington, DC 20037, USA. <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Normasweb.pdf> [Acceso el 21 de enero de 2012].

Scott CF. *To dance the dance: a symbolic interactional exploration of premarital sexuality*. LEA's series in personal relationships. EUA: Lawrence Erlbaum Associates, Inc, 2001.

Vargas Valente L, Vargas Valente R, Pérez-Luna Gallardo G. *Guías para estar más cerca. Orientaciones para consejeros y consejeras en salud integral adolescente*. Lima: Redess Jóvenes, 2000.

Salud materno-infantil en un contexto intercultural

Zuanilda Mendoza González

CAPÍTULO

9

Cuando a una mujer no la pidieron bien o no se ha casado, o tiene problemas con su suegra o con alguien de su pueblo, le tiene envidia o mala voluntad, entonces puede que durante su embarazo no se logre el nene, ya sea por castigo o porque le estén haciendo algún daño y no dejan que el nene se logre.

Galia

Conceptos clave

Proceso reproductivo • Indígenas triquis • Migración
• Diferencia y diversidad

Introducción

El presente texto aporta información acerca de las diferentes etapas del proceso reproductivo entre algunas familias indígenas triquis migrantes a la Ciudad de México, con el objetivo de mostrar cómo un proceso de la reproducción biológica está determinado por factores sociales y culturales del grupo al que se pertenece, así como por la estructura socioeconómica que conforma el contexto de estas familias.

- La información surge de una investigación etnográfica realizada con estas familias indígenas.

Proceso reproductivo

La reproducción humana representa, sin duda, una etapa significativa en la vida que requiere de cuidados y precauciones especiales para su buen desarrollo. Es uno de los acontecimientos del ciclo vital que mayor importancia tiene para el ser humano y su grupo social. Ha dado lugar a planteamientos ideológicos y prácticas que en conjunto constituyen complejos procesos de atención al embarazo, parto, puerperio y la crianza. La respuesta al fenómeno de la reproducción ocupa un lugar especial, basado tanto en sus conceptos, creencias, mitos y rituales, como en sus procedimientos y terapéuticos.¹

El interés de la antropología médica en el proceso del embarazo, parto y puerperio se vincula de modo directo con el interés de la antropología y otras ciencias sociales en el análisis de la reproducción social. El estudio de los saberes sobre este proceso pone en evidencia no sólo las estrechas conexiones con otras temáticas como la sexualidad, la fertilidad y la preservación del grupo, sino además la diver-

sidad de formas que asume socialmente la respuesta ante los eventos mencionados. Esa respuesta social refiere a un lenguaje simbólico, pero también al lenguaje médico/técnico expresado en un conjunto de saberes, maniobras o terapias que los curadores ponen en juego ante cada suceso específico. Esto permite poner sobre la mesa la conjunción de un orden biológico y un orden social a propósito de la reproducción, no sólo de la biológica o de la fuerza de trabajo, sino también de la ideológica que da cabida al sistema conceptual con el que los grupos sociales y los terapeutas afrontan la fertilidad o la esterilidad, la preñez, el nacimiento y los hijos.

Por tanto, resulta indispensable identificar y caracterizar a los grupos sociales donde se genera la reproducción, para poder acercarse a la comprensión y explicación de dicho proceso, ya que son las condiciones materiales de vida, el tipo de relaciones y redes sociales que se establecen, las oportunidades diferenciales de acceso a los recursos para la salud y atención de la enfermedad, y sobre todo el bagaje cultural de cada grupo social, los que condicionan expectativas, decisiones y obstáculos respecto del cuerpo, su reproducción biológica y social. Es el estilo de vida de los sujetos lo que permite entender su proceso reproductivo en función de su pertenencia a un determinado grupo sociocultural.²

Es importante reconocer al proceso reproductivo como una construcción social diferencial por género, en donde las representaciones que se tienen del ser varón o mujer, del tipo de vínculo y relaciones que se establecen al interior del propio género o con el otro, así como con las diferentes generaciones, son factores por demás decisivos en el tipo de comportamiento, la participación en el proceso, la interacción y la posibilidad de transformación.

Se considera al proceso reproductivo una categoría compleja que tiene que ver con los saberes relacionados con la participación en una vida sexual, desde el cortejo o construcción de la relación de pareja, el ejercicio de la sexualidad, la unión, la construcción de la familia, el significado de

la maternidad y paternidad, el valor de los hijos, el ejercicio del poder de cada género, la experiencia de la reproducción y la crianza. Es importante pensar en los actores sociales como el resultado de la interacción de una diversidad de factores individuales, sociales y culturales que condicionan sus deseos y posibilidad de decisión en cada uno de los sucesos de su vivir diario, incluida su reproducción. Debe señalarse que la conformación de dichas expectativas y decisiones se da de manera diferencial desde el género, la generación, el grupo cultural de pertenencia, el estrato social, el nivel de escolaridad formal, entre otras variables. Es decir que dichos deseos y decisiones están cruzados por condiciones materiales e ideológicas, lo que permite dar cuenta de la complejidad del proceso de reproducción, aunque desde la perspectiva biomédica institucional el interés y objetivo es modificar el comportamiento a favor de la anticoncepción.^{3,4}

El proceso reproductivo ha sido piedra angular en los programas de atención y promoción de la salud desde la perspectiva médica institucional a través de programas de salud reproductiva, materno/infantil y planificación familiar que tienen como objetivo centrar sus acciones en la mujer, al identificarla como responsable de la reproducción y excluyendo de este terreno la participación del varón, al que se ubica en el ámbito de lo productivo.^{5,6} Es decir, se definen y se construyen identidades generacionales diferenciales.

Se reduce el concepto de proceso reproductivo a fecundidad y gestación, localizándolo en el cuerpo femenino y, por tanto, se privilegia a la mujer como unidad de análisis, a pesar de ser la pareja la que se reproduce. El varón, si acaso, acaba por ser una variable más dentro del esquema de interpretación de la fecundidad, lo cual hace invisible su participación.

A la luz de los análisis demográficos de las políticas de población se da cuenta de la fecundidad como la resultante de un comportamiento reproductivo; incluso, llega a plantearse como la simple cuantificación del número de hijos concebidos. Conceptualizar la reproducción en el ámbito biológico femenino ha fomentado la utilización de modelos de análisis estadísticos que tratan de explicar y predecir comportamientos futuros de poblaciones con la intención de incidir sobre ellos, y a través de esta visión se pierde la complejidad del proceso reproductivo.⁷⁻⁹ El análisis de la fecundidad bajo esta perspectiva ha tendido a manejar casi de manera obligada a la anticoncepción, interpretada como acciones de control y reducción de esa fecundidad.

El presente capítulo parte de que pocos procesos como el reproductivo muestran una concentración tan grande de expectativas, angustias, temores y esperanza en una construcción sociocultural tan consistente. Un periodo donde los cuidados que se brindan a la madre y el niño resultan esenciales, una etapa en la que los cuidados y consejos aparecen, ya bajo el lenguaje médico doméstico, ya bajo el lenguaje del mito y la creencia.¹⁰

De una riqueza notable, el tema ofrece líneas de investigación sobre materias tan distintas como la planificación

familiar, los tabúes, la nutrición, las plantas medicinales, las relaciones de género, la función de la familia, el saber médico, la etnicidad, la estructura de los servicios de salud, la explosión demográfica, la dualidad frío/caliente, la religiosidad popular, la función de los curanderos, entre otras. Si bien es cierto que la persistencia de rasgos tradicionales es notable, la configuración de un marco complejo de comprensión y atención a la madre y el niño es sin duda el rasgo más característico.

Constituye uno de los ejemplos de la síntesis en los saberes de los conjuntos sociales, al mostrar la coexistencia de conceptos, creencias y prácticas tradicionales y biomédicas respecto del embarazo, parto y puerperio. Esta afirmación merece ser analizada en forma minuciosa, ya que implica diversos órdenes de problemas que es necesario circunscribir y examinar en detalle para comprender no sólo el universo de las ideas, prácticas y creencias de parteras y médicos, sino también el interés que el tema ha suscitado en los estudios de la antropología médica y en las investigaciones de la atención primaria y materno-infantil, o bien, el interés creciente de organismos internacionales en salud que comenzaron a investigar no sólo el universo simbólico y cultural que subyace a las ideas de la reproducción, sino un nuevo horizonte sobre el cual se definen problemas prácticos en el terreno obstétrico y materno-infantil, estudiados en una perspectiva que los acerca a los proyectos de salud y bienestar social para las áreas indígenas y campesinas.¹¹⁻¹⁴ Postular la existencia de un sistema mixto conduce a aceptar la presencia de diferentes alternativas de atención, no siempre en integración armónica, así como pensar que todo proyecto o programa debe advertir la importancia de la diversidad.

La reproducción entre los triquis

La información que aquí se presenta surge de una investigación amplia sobre grupos domésticos triquis migrantes a la Ciudad de México.¹⁵

Los triquis son un grupo étnico del estado de Oaxaca que procede de una de las regiones más empobrecidas del país, expulsado de su región de origen por la miseria y la muerte de muchos de sus hombres en edad productiva, por lo que presentan altos índices de muerte por violencia y migración hacia las grandes ciudades y el extranjero.

La intención es incursionar en la descripción y análisis de su proceso reproductivo como un producto cultural a través de la voz de dos parejas de jóvenes triquis (Galia y Fernando, Felipa y Aurelio) residentes en un predio del centro de la ciudad, cuyas edades oscilan entre los 25 y 30 años; son originarios de la región de Copala y residen en la Ciudad de México desde hace 10 años.

Formación de la familia

La relación entre estas parejas mantiene semejanzas con la relación que tuvieron o tienen sus padres. Existe una espe-

cie de contrato tácito en el cual está especificado lo que a cada uno de los integrantes le corresponde; son roles establecidos con antelación por su grupo de pertenencia. La unión matrimonial funcionará como consecuencia del cumplimiento cabal de estas funciones, pero en ningún momento el contrato establece relaciones afectivas o comunicación entre los cónyuges o con los hijos:

Una mujer tiene obligación de estar siempre con su marido, saber dónde y con quién está e ir con él si lo permite. La mujer debe andar siempre donde su marido esté, por eso se consigue uno marido, para estar siempre con él. (Curandera triqui).

Las nuevas parejas mantienen algunas de estas reglas pero introducen transformaciones, como la posibilidad de elegir al varón que las pedirá o con quien huirán. La huida se convierte en una alternativa para iniciar una relación matrimonial, cuando no se cuenta con los recursos económicos para hacer frente al compromiso del pago y los festejos tradicionales con las familias. También en estas familias se observa la posibilidad de la mujer de ejercer la directriz y tomar decisiones al interior de su familia, cuando su esposo migró y no dejó asentada su voluntad.

La relación que guardan estos jóvenes al interior de su matrimonio muestra escasas manifestaciones de afectividad; cada uno cumple con los quehaceres y obligaciones que le corresponden por su género y establece con su cónyuge relaciones de complementariedad en donde, por lo general, la mujer tiene una carga más pesada. A ellas les corresponde la atención y cuidado de sus hijos, hogar y marido, pero también tienen que realizar fuera del hogar una actividad productiva que le reditúe a la familia un ingreso económico: la venta ambulante de artesanías.

Si se compara la relación que estos jóvenes tienen con sus hijos con la que tuvieron sus padres con ellos, se observan modificaciones. Estas jóvenes aprendieron el significado de la maternidad no solamente con sus madres, sino también en la interacción con otros individuos, incluso fuera de su grupo doméstico. En lo general se muestran cuidadoras de la atención de sus hijos, tratan de permanecer con ellos y satisfacer sus demandas y caprichos, al proporcionarles lo que ellas no tuvieron en su infancia: golosinas, juguetes, ropa, zapatos e incluso algún tipo de alimento que no se obtenía en el pueblo.

Para el caso de los varones, su interacción con sus hijos es por lo general de proveedores y una relación lúdica, ya que permanecen poco tiempo con ellos, les proporcionan afecto y compañía como una compensación de su ausencia, tienen preferencias para con los hijos varones.

Inicio de la capacidad reproductiva

La capacidad reproductiva de estas jóvenes es un elemento esencial en sus representaciones del ser mujer. Las mujeres son para tener hijos, los varones las buscan por esa razón y

de no cumplir con su función son rechazadas. Por ello es importante acercarse a los saberes, las trayectorias y los recursos de atención de estas jóvenes, respecto del proceso de embarazo/parto/puerperio como parte de su identificación de género y generacional.

Elas identifican que su capacidad reproductiva inicia cuando empiezan a menstruar. Ésta es la señal de que ya son mujeres y pueden tener hijos. La menstruación llegó a sus vidas sin tener información previa de su significado y su manejo. En el caso de Galia, fue su madrina Justa quien le dijo cómo debía cuidarse, "poniéndose trapos y lavándolos con regularidad"; le señalaba los cuidados para evitar el frío y su importancia para propiciar la gestación. Esta información creó en Galia la necesidad de cuidarse desde pequeña, para no tener problemas para embarazarse, aceptando que el embarazo es "la obligación central de las mujeres casadas", y lograrlo de forma temprana es una manera de asegurar su matrimonio al evitar confrontaciones con el esposo y su familia. Felipa empezó a menstruar mientras estudiaba en una escuela primaria atendida por religiosas en Copala; ellas le dijeron lo que era la menstruación, las necesidades de higiene en la mujer en esa etapa de su vida, le enseñaron a usar toallas sanitarias y se las regalaban; no recibió consejos acerca de los cuidados para evitar la frialdad y la esterilidad, la información que se le proporcionó fue más en el sentido higiénico, biológico y moral del suceso: "Elas me decían que era normal y que tenía que cuidarme para no estar sucia. Ahora me tenía que cuidar porque ya era una mujercita y no podía andar sucia ni manchada". Posteriormente, en la secundaria, en sus clases de biología se reforzaron estas representaciones acerca de la reproducción como un evento biológico, regulado tanto en el sentido social como el moral.

La gran mayoría de jóvenes triquis inician su vida sexual sin tener información acerca de las relaciones sexuales; las aceptan porque la mujer debe cumplir con su marido y estar con él. A edades diferentes, ambas cumplieron con su obligación y refieren este primer encuentro sexual como traumático, desagradable o vergonzoso. Señalan que su vida sexual actual es agradable, nunca ha representado maltrato, dolor o "sentirse usadas", aceptan tener relaciones sexuales porque les parecen atractivas y placenteras.

Embarazo

Estas mujeres tienen claro que el embarazo se logra a través de las relaciones sexuales, cuando la mujer "está con un hombre". Ellas sólo han tenido relaciones sexuales con sus esposos, pero reconocen que algunas mujeres tienen hijos fuera de una unión formal, aunque esto sea rechazado por la comunidad. Para el caso de Galia, su unión y el primer embarazo se dieron casi en la niñez (14 años); para ella esto no es cuestionable, así debía ser, y reconoce haber estado contenta de embarazarse rápido. Aunque a mayor edad (19 años), Felipa también sintió alegría ante la noticia de su ges-

tación, ya que esto le aseguraba su capacidad reproductiva, la certeza de tener hijos para su matrimonio.

Ellas identifican claramente el sentir comunitario sobre la importancia de que una mujer se embarace rápido, así como la sanción al retraso o la incapacidad para la gestación, aunque ubican este sentir en el pueblo y lo diferencian de lo que ahora pasa en la ciudad. "En el pueblo, si una mujer no se embaraza rápido, ellos se empiezan a desesperar y la traen mal; hay hombres que dejan a sus esposas, les dicen que no sirve, que no pueden tener hijos y las dejan. Aquí ellos no hacen así". Este aspecto será retomado más adelante, al hablar sobre esterilidad, y señalando las contradicciones y matices a esta afirmación.

Para estas jóvenes la matriz es un órgano central en el cuerpo de la mujer; es de ahí de donde viene la sangre de las reglas (menstruaciones), es también ahí donde va a crecer el nuevo nene. La sangre menstrual es identificada como necesaria, no sucia, pero algo que debe desecharse, y cuando esto no sucede puede enfermar el cuerpo de la mujer, "se echa a perder dentro de ella", puede causar que la mujer no tenga más hijos o puede ocasionar cosas raras como tumores en el cuerpo:

Ayer me preocupé más porque estaba viendo la tele y en un programa de *Casos de la vida real*, una muchacha se le fue su regla, el doctor le dijo que era un tumor que le estaba creciendo ahí en su panza, se le estaba juntando todo ahí adentro y le crecía más y más, ella se murió. Yo pensé no vaya yo a tener algo así. (Galia).

Reconocen que el embarazo se gesta en la matriz de la mujer, la cual está ubicada en el vientre (parte baja del abdomen), y se produce por la unión entre los "líquidos" del hombre y la mujer. Para ambas jóvenes es la unión de esos fluidos lo que gesta a un niño, pero la diferencia de escolaridad entre ambas hace la diferencia de los términos que utilizan. Galia (primaria incompleta) habla de "la sangre de la regla y ese líquido que echan los hombres cuando están con sus esposas"; "las mujeres nos embarazamos porque cuando estamos con nuestro esposo, se junta su líquido que ellos echan con esa sangre de la regla que tenemos adentro, así se hace un nene". En cambio Felipa, con una información escolarizada más amplia (secundaria completa), le da nombres diferentes a los mismos conceptos; ella habla de la sangre de la menstruación que viene del óvulo y el espermatozoide:

Una mujer que quiere tener hijos debe estar con su esposo cuando le baja la regla, porque es cuando se pueden juntar la sangre que está en la matriz con su espermatozoide, porque lo que hace que las mujeres nos embaracemos es la sangre de la matriz y el espermatozoide del esposo. Cuando eso pasa se junta un óvulo con un espermatozoide y se hace el nene.

Entre sus representaciones reconocen que para poder lograr un embarazo, una mujer debe recibir cuidados espe-

ciales por parte de su madre, su suegra o una curadora especializada. Estos cuidados se centran en la búsqueda y mantenimiento del calor en el cuerpo de la mujer y el resguardo del frío: "El frío hace que las mujeres no se embaracen; uno no debe tomar cosas frías, no puede meter el pie en el río". El calor se procura a través de té con hierbas medicinales calientes, baños de temazcal, masajes, evitar el contacto con el frío al mojarse o ingerir alimentos con esa categoría. Todos estos cuidados se realizan mes con mes durante el periodo menstrual, para lograr que la mujer se embarace lo antes posible:

A las mujeres las tienen que cuidar sus suegras para que se embaracen rápido. Cuando ya pasaron varios meses, cinco o seis, y no se han embarazado, las cuidan y con eso se embarazan. (Felipa).

Identifican que hay algunas mujeres que tienen problemas para lograr un embarazo o bien que los pierden con facilidad; esto se asocia con problemas físicos de la mujer como "matriz infantil", haber nacido así, factores que se derivan de su tipo de vida como violencia familiar (ser golpeadas) o falta de apoyo en su grupo doméstico (tener que hacer labores pesadas). Cuando una mujer tiene dificultades para embarazarse o aborta es necesario que todo su grupo doméstico la apoye, recurren a todas las instancias de atención biomédica y curanderil, incluso regresar al pueblo específicamente para ser curada, bañada por brujos y parteras. Necesariamente requieren del acompañamiento y apoyo de su grupo para poder salir adelante y no sufrir las consecuencias, que son el repudio y el abandono:

Yo le reclamo a mi mamá que no se preocupe por mi hermana, porque ella no ha podido embarazarse. Le digo que la lleve al pueblo para que los brujos le hagan remedio. Yo sé que las señoras de allá sí pueden hacer algo para que las mujeres puedan tener nene: las bañan, las soban, les dan hierbas y con eso se embarazan. (Felipa).

El diagnóstico del embarazo se hace por la suspensión de la menstruación y la asociación con ciertos síntomas como "mareos, debilidad, ponerse amarilla". En cuanto se tiene la sospecha se avisa al esposo y la suegra para realizar los procedimientos adecuados en la confirmación del diagnóstico. En el caso de estas jóvenes, su primer embarazo se confirmó a través de la consulta médica; en los embarazos subsecuentes intervino la partera, a quien se le reconoce la capacidad de confirmar el diagnóstico de un embarazo temprano, o fue la movilidad fetal en un embarazo más avanzado la que dio el diagnóstico. La noticia de un embarazo siempre ocasionó alegría en estos jóvenes, pero ha sido diferencial según el número de embarazo: el primero se recibió con gran alegría, al igual que el del varón, el resto han sido recibidos con alegría, pero no en el mismo grado.

Los cuidados que deben tenerse durante el embarazo se dirigen a evitar el frío, vigilando los alimentos y no mo-

jarse; comer en suficiente cantidad y a sus horas; evitar cargar cosas pesadas, y sobre todo, realizar una vigilancia continua del embarazo que permita una evolución normal y evite complicaciones. Para ello se recurre a diferentes instancias familiares y médicas, dándole prioridad a la médica:

Cuando estuve embarazada de mi primera hija, mi suegra me llevaba al centro de salud y con las madrecitas a que me revisaran, también con brujo y con partera para que me sobara y soplara, porque ellos saben de eso, para que le quiten las envidias, los malos aires y los sustos que uno puede tener, porque todo eso le puede hacer daño al nene. (Felipa).

Estas jóvenes han mostrado un comportamiento diferencial en el cuidado prenatal de sus embarazos, dependiendo del número de gestación y el lugar donde se encontraban durante el curso de ésta. Para el caso del primer embarazo que se desarrolló en el pueblo, con el cuidado y vigilancia de sus suegras, la intervención de la partera y el brujo fue constante y validada por la autoridad de la mujer mayor con más experiencia, quien era la que decidía los procedimientos a realizar y el tipo de curandero a consultar. A las jóvenes lo que les correspondía era obedecer, ya que ellas no contaban con la información ni la experiencia para tomar ese tipo de decisiones. "Yo tenía que hacer lo que decía mi suegra, porque mi esposo me había dejado ahí con ella. Yo no sabía si eso era bueno o malo, yo sólo hacía caso de lo que mi suegra decía". A los curanderos tradicionales se recurrió con objetivos muy claros; en el caso de la partera, para acomodar al niño y mantenerlo en buena posición hasta el final del embarazo, y en el del brujo, para ahuyentar aires, envidias y sustos que pudieran lesionarlo.

Pero aun en el pueblo es al médico al que se pone en el centro de la atención, es a quien se le reconoce más que ninguno y, por consecuencia, se busca su intervención en combinación con la atención tradicional.

En cambio, durante los embarazos subsecuentes que cursaron durante su vida en la ciudad y lejos de la intervención de suegras y madres, ellas decidieron y prefirieron el cuidado y atención prenatal del médico, al poner en duda las prácticas curanderiles a las que consideraron riesgosas para el nene, dudas que surgieron a partir de comentarios o críticas del personal de salud:

La verdad, yo no muy bien creo en las señoras que soban y dicen que arreglan al nene. A mí una doctora me dijo que podían enredar al nene en el cordón y le podía pasar algo malo. Por eso ahora mejor prefiero que no me revisen y no me vayan a sobar. (Felipa).

El control prenatal con el médico se realizó de una forma más o menos regular; cada uno o dos meses acudían con la doctora del centro de salud, quien realizaba una exploración y les informaba que el nene estaba bien; esto les daba la tranquilidad de una evolución satisfactoria del embarazo.

No existe una prohibición, ni una indicación expresa de la continuación de su vida sexual activa durante sus embarazos, se decide más bien en relación con la evolución del embarazo sin malestares; el principal temor es la posibilidad del aborto. Para el caso de estas jóvenes, continuaron teniendo relaciones hasta los siete u ocho meses de gestación porque no tenían molestias ni miedo de "tirar al nene". Pero la continuación de su vida coital no se buscó con fines específicos para la gestación, sino por el disfrute de su sexualidad.

Reconocen la duración del embarazo en nueve meses, sin diferenciar mayor o menor tiempo entre varones y mujeres. La movilidad fetal la asocian con el crecimiento del niño y su fuerza, así se diferencia "la fuerza y travesura de los varones" que la madre percibe más temprano, en contraste con la movilidad "suave y tardía de las mujeres". Otro aspecto que ellas identifican para diferenciar el sexo del niño es la consistencia del abdomen de la embarazada: cuando está "suavecita" es una mujer, cuando es más "dura" es un varón, aunque mencionan que en su experiencia éste no es tan acertado: "como yo tenía la panza muy suavecita me dijeron que iba a ser niña mi hijo y no fue cierto, fue hombre".

El antojo es un aspecto importante a resaltar durante los cuidados del embarazo; ellas saben que debe ser satisfecho porque existe el riesgo de marcar al "nene" con el antojo cuando éste no se cumple e incluso de perder el embarazo. Pero también reconocen que la vigilancia y satisfacción de dichos antojos dependen de la presencia y buena disposición de su esposo, madre, suegra y/u otros familiares, lo que en condiciones de lejanía o ausencia constante del varón no siempre es posible:

A mí ni me cuidó nadie; del niño se me antojaban las manzanas, pero yo iba y me las compraba, porque todo el tiempo él andaba en las ferias, me dejaba dinero pero yo tenía que ir a comprar lo que quería comer. (Felipa).

Ponen en duda el saber de las mujeres mayores acerca del riesgo de perder el embarazo o lesionar al niño por la falta de satisfacción de los antojos. Para estas jóvenes esto no es posible, nunca han observado complicaciones de aborto o niños enfermos como consecuencia de la falta de satisfacción de los antojos. "Dicen que cuando la mamá no come lo que se le antoja, el nene sale con la seña. Yo no creo que pase así, yo no he visto eso".

La alimentación durante el embarazo no es un aspecto que ellas resalten como de interés y cuidado; comieron lo mismo de siempre, nada especial, si bien pusieron empeño en comer, porque el ayuno y malpasarse se asocian como causa de aborto; lo que se comía era lo que estaba a su disposición, lo de todos los días: tortillas, frijol, chile, hierbas, verdura y, a veces, carne. El discurso médico de comer carne, huevos y leche durante el embarazo parece no ser para ellas; lo escuchan en la consulta, en las pláticas del centro de salud o en la televisión, pero no se sienten aludidas, ni consideran que no seguir estas indicaciones les cause problemas con sus embarazos. Más bien consideran que los cuidados extremos

que los médicos indican (extremos porque están fuera de las posibilidades de mucha gente) hacen que las mujeres se vuelvan delicadas y susceptibles a tener más complicaciones:

Nosotros comemos lo que podemos conseguir, porque eso es lo que hemos comido siempre y nos ha hecho fuertes, porque la tortilla, cosas picosas y los quelites hacen fuerte a los triquis. En cambio yo oigo que las señoras de aquí no comen eso, y entonces son más delicadas; ellas comen cosas buenas pero no son fuertes. Ellas se cuidan más y son más quejonas, pero se enferman más y tiran a su bebé.

Han escuchado en el centro de salud y en la televisión de las restricciones respecto del cigarro y el alcohol durante el embarazo, pero dudan que eso realmente le haga daño al nene. En el pueblo han visto señoras embarazadas que toman alcohol en las fiestas y sus nenes nacieron bien.

Entre las posibles complicaciones en el curso del embarazo mencionan que el "nene se pega en uno de los lados del abdomen", esto sucede porque la mujer se recuesta siempre sobre un lado o porque siempre está sentada sin moverse. Lo que recomiendan las parteras es cambiar constantemente de posición, durante el día como en la noche, ya que un niño que "se pega" no podrá nacer, tarda mucho en su trabajo de parto y puede que nazca muerto. La vigilancia constante de la partera identificará estos problemas y podrá prevenirlos o evitarlos. "La partera me dice que cuando me siente no lo haga de lado sino derecha, que me acueste de un lado y luego del otro, para que así mi nene no se pegue".

Las malas posiciones del niño durante el embarazo son causa de preocupación, se reconocen como causa de partos prolongados y muerte de la madre y el niño. Pero estos casos se pueden presentar en el pueblo, ellas afirman que en la ciudad es diferente y hasta ahora ninguna mujer ha muerto de parto:

Esas cosas pasan en el pueblo, porque si nene viene mal, no alcanzan a llegar a hospital, muere nene y mamá. Pero aquí ninguna mujer ha muerto así.

En estos casos, es la intervención temprana y frecuente de la partera lo que otorgará posibilidades de prevenir las complicaciones, y en caso de presentarse, será el médico quien las resuelva.

El líquido amniótico se identifica como "el agua en que se cría el nene", en él va creciendo y si se le acaba el nene morirá. Reconocen al ombligo como la vía a través de la cual la madre alimenta al hijo, por ello es necesario comer suficiente para tener con qué alimentarlo.

Aun cuando la atención prenatal con la partera no ha sido central para estas jóvenes durante sus embarazos, reconocen las acciones que llevan a cabo a lo largo de la gestación:

Ellas soban, ven cómo está el niño, si sentado o de cabecita, si está mal lo van acomodando con sus sobadas, lo van

acomodando poco a poco. También da hierba para que nene se acomode. Aunque nene esté bien ella lo mueve para que no se pegue o te manteea con el zoyate, con eso nene no se pega.

Durante sus embarazos el acompañamiento ha sido un factor importante, principalmente en el primer embarazo, donde el desconocimiento y el temor están presentes. La compañía de mujeres mayores conocedoras de este proceso por su propia experiencia, les permite dejar en sus manos las decisiones sobre las prácticas a realizar y sentirse protegidas, cuidadas y queridas por su condición de futura madre. "Mi suegra era muy buena, me cuidaba, me compraba ropa a mí y a la niña, mandaba traer a la partera y me revisaba cada 15 día, yo no tenía nada de qué preocuparme", dice Felipa.

Parto

Estas jóvenes han tenido tres y cuatro partos, respectivamente, la mayoría de ellos fueron atendidos en el hospital, sólo el último parto de Felipa fue atendido por una partera.

En los primeros embarazos, cuya evolución se dio en el pueblo, bajo el control prenatal de la partera, en el momento de la atención del parto llegaron al hospital por decisión del varón que consideró más segura la atención hospitalaria, no en el centro de salud, sino en el hospital de comunidades como Juxtlahuaca o Putla:

Estuve en Copala hasta que nació la nene; ya que iba a nacer nos fuimos a Putla, ahí nos quedamos hasta que nació, porque él no quería que naciera en el centro de salud, decía que ahí no había todas las cosas que hacían falta. (Felipa).

Ellas refieren una marcada preferencia por la atención hospitalaria del parto, señalan la ventaja de poder tener medidas de higiene personal posteriores, situación que no es posible en el parto doméstico: "A mí me gusta más en el hospital porque ahí se baña la mamá y el nene y así limpiecitos se siente uno mucho mejor". Es importante también para estas jóvenes la presencia y supervisión continua de los médicos, lo que a su parecer les asegura una mejor atención y disminuye las posibilidades de complicaciones.

La atención domiciliaria del parto no es una opción deseable, se considera sucia y con alto riesgo por no poder resolver complicaciones o inconvenientes. Por eso se tiene la precaución de contar con la vigilancia prenatal del centro de salud para obtener una referencia hacia un hospital del sector salud o bien la referencia de alguna paisana que ha sido atendida en un centro hospitalario y les recomienda asistir ahí. En el único caso que se atendió el parto a nivel domiciliar, se trató de circunstancias imprevistas, más que el deseo de que fuera así:

Ahora con el último nene me ganó el parto; no es que yo haya querido quedarme aquí, sino que no pensé que fuera

tan rápido. Me arreciaron los dolores en la noche y ya cuando mi esposo quiso ir por un taxi no lo conseguía y ya no pudimos esperar más, me tuve que meter al cuarto y ahí mi mamá y una señora me ayudaron y nació. La verdad así no me gusta, porque aunque nació rápido y no pasó nada malo, pues ahí en el suelo sobre unos trapos y luego todo lleno de sangre, yo y la nene todos llenos de sangre, y esa agua que sale. Se queda una toda pegostosa y apestosa. El cuarto no tenía el hoyo para sacar el agua, toda la sangre se quedaba aquí adentro del cuarto; no me gustó. (Felipa).

Entre las acciones que se realizan al iniciarse los dolores del trabajo de parto, estas jóvenes sólo reconocen la utilización de un té de una hierba medicinal traída del pueblo que todas las mujeres toman para determinar si se trata de un trabajo de parto efectivo o no. Este té les fue proporcionado por sus suegras, su mamá, su madrina o la partera, es decir que al iniciar los dolores del parto se encontraban acompañadas y contaron con el apoyo de personajes femeninos que hicieron por ellas lo que era necesario hacer. Pero también los esposos estuvieron presentes en todos los casos: aun cuando se trataba de varones que constantemente se encontraban fuera de su hogar por razones de trabajo, en los días cercanos al parto permanecieron cerca de sus mujeres para realizar las acciones que les correspondían. Ellos tomaron la decisión de un parto hospitalario, consiguieron y pagaron el traslado, permanecieron en el hospital hasta su regreso y pagaron las cuotas de recuperación, trasladaron a su hogar a la madre y el niño, aun cuando después del parto nuevamente dejaron solas a sus mujeres para continuar con sus actividades laborales.

Respecto a las causas que desencadenan los dolores que dan lugar al parto, estas jóvenes no conocen acerca de su origen o función, sólo saben que los dolores dan porque ya es hora de que nazca el nene; eso es lo que les avisa. Lo que sí reconocen es que son dolores muy fuertes y que duran muchas horas, aunque han variado en sus diferentes partos, siendo más dolorosos en los primeros que en los últimos:

A mí sí me dieron bien fuertes los dolores, aunque yo no gritaba cuando me daban, porque me daba mucha vergüenza. Otras señoras sí gritaban bien fuerte, pero yo no, nada más pujaba. (Galia).

Las acciones que las parteras realizan durante el parto son reconocidas; saben que soban y mantean a la mujer, le administran un té y esperan que el "nene caiga"; una vez nacido lo limpian y lo visten. Pero desconfían de su intervención al no realizar como los médicos una revisión más a fondo de la parturienta que les permita saber con certeza si el parto es inminente o no.

La atención domiciliaria del parto es representada con incomodidades, y la posición en cuclillas por largo tiempo, insegura y sin las debidas condiciones de higiene: "Se cansa

uno bastante de estar así, medio sentada en el suelo, puje y puje. Luego mi esposo me agarraba un poco de la cintura para ayudarme, yo me agarraba de su cuello, pero también él se cansaba y nada que nacía", refiere Felipa.

Elas dicen preferir la exploración médica dolorosa y muchas veces agresiva a su pudor, pero considerada necesaria para que "los doctores puedan saber", exploración que se acompaña de la espera en una camilla o cama, la vigilancia y/o el control de enfermeras y médicos y la atención del parto en una posición incómoda y sin respetar su intimidad, incluso con la realización de una episiotomía (herida para ampliar el canal del parto) dolorosa y molesta, pero efectuada por el profesionista que sabe todo sobre eso: el médico.

Otro aspecto importante a considerar ante la preferencia del parto hospitalario es la condición legal que adquiere el parto así atendido, al proporcionarle a los padres una constancia por escrito que les sirve para realizar el registro del recién nacido ante el Registro Civil. En el caso del parto domiciliario, ellos no cuentan con este documento y les es difícil realizar el trámite, muchas veces tienen que recurrir al registro en el pueblo donde no se les exige este requisito. Felipa prefiere que sus hijos estén registrados en la ciudad porque considera que los trámites son más rápidos y económicos; no le da importancia al registro de sus hijos en el pueblo, considera que se es triqui aun con un acta de nacimiento de la ciudad:

Ahora que tuvimos a la nene en la casa tuvimos que ir con la doctora Páez a que nos hiciera favor de darnos un papel para que en el Registro Civil nos apuntaran a la nene, porque no querían, como no llevábamos el papel del hospital dicen que así no se puede. Muchos dicen que es mejor apuntarlos en el pueblo, porque eres más de allá, en cambio los que están apuntados aquí se creen que son de aquí y no triquis. (Aurelio).

Entre las mujeres de este grupo la incidencia de cesáreas es baja. Para estas jóvenes, cuando la mujer tiene necesidad de recurrir a la cesárea es por un mal cuidado durante su embarazo que no permitió que el nene se acomodara, o bien que propició que se pegara. Ellas le temen a la indicación de una cesárea, consideran que su cuidado puerperal es delicado y prolongado, lo que trae por consecuencia limitaciones en sus actividades diarias, domésticas, laborales y sexuales:

Mi mamá dice que a las mujeres no se les debe de andar cortando nada, eso les hace daño después, es una herida grande que duele mucho y tarda en sanar y después ya no es igual, porque por esa herida puede entrar frío y hacer que la mujer tenga dolores o no se vuelva a embarazar. (Galia).

No obstante, Felipa refiere que durante su primer parto tuvo tanto dolor y durante tantas horas, que al llegar al hospital lo que quería era que le hicieran cesárea para que los

dolores se le quitaran. Pero también sabe por su hermana que a las mujeres que les hacen cesárea también les duele mucho después. Ella afirma entonces que si a todas las mujeres les duele, será necesario aguantarlo con tal de que sus nenes nazcan bien y estén vivos.

Puerperio

Este periodo lo identifican como el comprendido entre la terminación del parto y la celebración de la fiesta del baño, que dura aproximadamente 20 días. Durante este lapso lo más importante es el cuidado que debe tener la mujer para no padecer complicaciones como sangrado, dolores, fiebres e incluso la muerte. Estos cuidados le permitirán recobrar las fuerzas perdidas durante el parto y sobre todo la capacidad de lograr nuevamente un embarazo.

En el pueblo, un aspecto importante en este periodo es el manejo de la placenta, pero en el caso de estas jóvenes cuyos partos se realizaron en su mayoría en el ámbito hospitalario, la placenta pierde importancia ya que su manejo sale de las posibilidades de la parturienta y su grupo doméstico, de ahí que ellas consideren que no tienen por qué preocuparse, pues los doctores decidirán sobre su manejo, quemándola, enterrándola o tirándola a la basura, y esto no incidirá sobre el desarrollo de su puerperio o el bienestar de su hijo. "Quién sabe qué harán los doctores con la placenta, porque a uno no se la dan", opina Galia.

Durante el último parto de Felipa, atendido por una partera en el cuarto, sí tuvieron la oportunidad de decidir sobre el manejo de la placenta. Ella no intervino en esta decisión, fueron sus papás y la partera quienes la colocaron en una bolsa de plástico y la llevaron a colgar a un árbol cercano al predio que cumple las funciones del árbol de las placentas del pueblo. Ellas saben que las placentas se deben colgar en el árbol o enterrar para que los nenes no se enfermen, porque si se tira y la come el perro le causará enfermedad, pero Felipa duda de estas afirmaciones, porque sabe que ahora en la ciudad esto no se realiza y sin embargo los niños no se enferman. "Las placentas se ponen en el árbol, ¿pero aquí cómo?"

Un aspecto reconocido como importante y muy vigilado por estas jóvenes es la necesidad de mantenerse fajadas con el zoyate durante todo el puerperio. Ellas reconocen que la indicación de fajarse se da por el riesgo que tiene toda mujer posparto de que se le suba el "latido", "la matriz" y eso le provoque la muerte:

A mi mamá después de su último parto le sacaron el zoyate, entonces se le vino todo para arriba y empezó a echar agua por su nariz y se murió. Las mujeres después del parto siempre deben estar fajadas con zoyate, porque si se quita puede pasar lo que le pasó a mi mamá. (Galia).

Galia me dice que ella siempre tuvo mucho miedo de morir y se fajaba con fuerza después de los partos de sus hijas. Otro beneficio que se busca al mantener fajada a la

mujer es evitar los dolores y sangrados posparto, así como propiciar su fuerza para levantarse, moverse, y favorecer la mayor cantidad de leche en la lactancia:

Cuando uno se acaba de aliviar y no tiene puesto el zoyate siente que se le van las fuerzas y está muy débil, en cambio cuando uno se aprieta bien el zoyate te ayuda a tener fuerza y poder hacer todas las cosas. Además esa fuerza se va subiendo y va a hacer que haya bastante leche para el nene. (Galia).

Durante este periodo es muy importante evitar el frío, por esta razón las mujeres solamente se deben bañar con agua caliente o en el baño de temazcal, tienen prohibido tocar cosas frías o mojarse, lo que les puede traer dolor, sangrado o incluso la esterilidad posterior. Sin embargo, en el ámbito hospitalario, donde cada vez con mayor frecuencia son atendidas del parto, les impone ciertas prácticas a las que no se pueden rehusar, pero que les genera incertidumbre y miedo:

Cuando tuve a mi nene en el hospital de Juxtlahuaca me dio escalofrío y estaba muy caliente; las enfermeras me decían que me metiera a bañar con agua fría, yo no quería porque en el pueblo las mujeres que acaban de tener nene no pueden tocar nada frío. Tenía miedo que me pudiera morir, pero después ellas me dieron una pastilla y se me fue quitando lo caliente. (Galia).

Ambas jóvenes tuvieron la experiencia de recibir el baño de temazcal en el pueblo durante los puerperios de sus primeros partos, y fueron cuidadas y bañadas por sus suegras con ayuda de la partera que las atendió. Ellas refieren que accedieron al baño porque eso era lo que sus suegras decían que se tenía que hacer, pero en realidad no les gustó mucho la experiencia, porque el baño era muy caliente y casi las quemaba, pero no tuvieron opción a decidir, solamente les quedaba obedecer las órdenes de las mujeres mayores. "Estuve acostada 20 días, me levantaban para el baño y para comer. Mi suegra me bañaba y no me dejaba que saliera ni que caminara mucho. Yo no me sentía bien con el temazcal porque me sentía débil de tan caliente, pero no le decía nada a ella porque yo sabía que así tenía que ser". (Felipa).

En cambio ahora, en la ciudad y en sus partos subsecuentes, ellas acuden a bañarse al baño de vapor en unos baños públicos que están en la calle de Isabel la Católica; el baño es cada tercer día y debe seguirse en forma rigurosa para que la mujer esté bien y tenga bastante leche. Es nuevamente una mujer de su grupo doméstico la que las acompaña en el baño, la que baña al niño y la que les ayuda a bañarse a ellas. Para el caso de Galia fue su hermana Marciana, y para Felipa, su mamá. Aunque en algunas ocasiones fueron acompañadas por sus esposos, ésa no fue la regla.

Se reconoce la utilidad del baño caliente como un elemento que permitirá a la mujer no tener dolor, arreglará su cuerpo porque se considera que después del parto todo queda "fuera de su lugar", y el calor lo compone todo, le da

fuerza a la mujer y le ayuda a tener más leche. Incluso, estas jóvenes afirman que a las mujeres urbanas se les hace "feo su cuerpo", tienen varices y se les hinchon las piernas porque no acostumbran el baño caliente o de temazcal después de tener a sus hijos.

Los cuidados durante el puerperio son considerados de gran importancia para evitar que las mujeres tengan complicaciones o dolores subsecuentes, aunque a estas jóvenes les parecían cuidados excesivos y fastidiosos que a disgusto tuvieron que seguir. Esta vigilancia es realizada por las mujeres mayores de su grupo doméstico: suegras, madres, madrinas o hermanas, quienes reprenden con frecuencia a las jóvenes por romper las indicaciones. Estas mismas mujeres se convierten en el apoyo que la recién parida necesita para poder guardar el reposo del puerperio, al desempeñar las actividades que a ésta le corresponderían:

Yo no lavé, mi suegra me lavaba y hacía la comida, atendía a la niña. Ahora ya aquí en la ciudad, me ayudó mi mamá y mis hermanas, pero no duré los 20 días, tenía que levantarme antes para ver a mis hijos. (Felipa).

Los cuidados fueron diferenciales entre el primer puerperio y los subsecuentes, no siempre se contó con las suficientes "manos para ayudar" y al tener más hijos, la responsabilidad crece y disminuye el descanso:

Mi comadre ya va a cumplir 15 días de que tuvo al nene y sólo ha ido al baño dos veces. Porque como ella no tiene esposo, ni suegra, su mamá no está aquí todo el día, porque sale a vender y yo tengo que ver a mis niñas, no puedo acompañarla seguido. Pero ella se baña aquí en la casa con agua caliente y yo creo que eso le va a servir. (Galia).

Las jóvenes afirman que las mujeres del pueblo son más delicadas durante este periodo, por eso tienen que aguantar los 20 días sin hacer nada: ni comida, ni lavar ni nada. En cambio, las mujeres de la ciudad ya no pueden hacer así. La fiesta del baño la realizaron en todos los casos; mientras estuvieron en el pueblo fueron sus suegras las encargadas de elaborar el atole, comprar la cerveza y el refresco para invitar a la familia. En la ciudad fueron otros miembros de su grupo los encargados de elaborar o comprar lo necesario. No toda la gente sabe o quiere preparar los alimentos necesarios para este festejo (atoles de carne con chile y de panela), muchas veces se les paga a otras mujeres para que lo hagan y se les corresponde invitándolas a la fiesta. Pero de todas formas se realiza, porque es la tradición y así debe hacerse, los mayores lo piden y los jóvenes acceden a realizarlo aunque duden del decir de los viejos respecto a las consecuencias que traería en la salud del nene y la mujer romper con esta tradición:

Nosotros lo hacemos porque es la tradición, pero si no lo hace uno no pasa nada, igual están bien el nene y la mamá, no les pasa nada. Pero como la mamá y la suegra dicen que es la tradición, hay que hacerla. (Fernando).

Pero esta tradición incluye representaciones sobre rituales más complejos que aunque ya no se realizan en la ciudad, estos jóvenes conocen porque sus madres, suegras o hermanas les contaron:

Mi mamá dice que el atole del baño se hace porque se le da a la señora del baño. En el baño de temazcal hay una diosa, por eso cuando se termina el baño se hace un atole que se le da a la diosa del baño, porque la mamá y el nene están bien y para que ella los cuide y no se enfermen. También se hace un puente con unos palos, por donde se hace caminar al nene, para que nunca tenga miedo de atravesar el río y los caminos. Se debe también buscar su marido o su mujer: con lo que es la base del platanar se hace como un muñeco que va a ser el marido o su mujer, según sea. (Aurelio).

Terminado el puerperio y el baño, la mujer ya puede integrarse por completo a sus actividades diarias, aunque por un par de semanas más evitará realizar actividades que requieran esfuerzo, para no tener dolor.

Durante el puerperio no fue posible observar la intervención de la práctica médica; las mujeres no asisten al centro de salud ni al médico privado para ser revisadas después de su parto, es un periodo en que la intervención es fundamentalmente familiar.

Anticoncepción

Estas jóvenes triquis han recurrido a diferentes métodos de control anticonceptivo para reducir su fertilidad, con el argumento de que no quieren tener tantos hijos y tan seguido.

Galia se ha aplicado por varios meses ampollitas anticonceptivas, Fausta se inyectó por una temporada y después le colocaron el dispositivo intrauterino posparto en el hospital.

Ellas no tienen ningún cuestionamiento acerca del uso de los anticonceptivos, pero no conocen los métodos u otras alternativas, a excepción del uso de una hierba que dicen se utiliza en Copala y con ella la mujer queda estéril.

Felipa afirma que después del primer hijo ella se quería controlar, fue al centro de salud de Copala para que le pusieran un dispositivo o la inyectaran, pero el doctor no quiso porque ella estaba amamantando. Incluso afirma querer operarse más adelante cuando logre tener otro hijo varón, ya lo ha platicado con su esposo y éste dice estar de acuerdo. Ella pone en duda el saber de las mujeres de su grupo que argumentan los riesgos a los que se expone una mujer al operarse:

A mí no me da miedo operarme; las señoras dicen que no debe uno operarse porque luego no queda uno bien, además tu marido puede querer más hijos y cómo se los vas a dar. Pero yo creo que no me va a pasar nada y ya con cinco hijos, aunque él quiera más ya no se va a poder. (Fausta).

No obstante su aparente decisión de operarse, no lo hará si no tiene otro hijo varón, pues sabe que para su esposo esto es muy importante.

Galia, en cambio, ha utilizado anticonceptivos inyectables, pero tiene temor de utilizar el dispositivo y más aún de operarse. Ella dice que las señoras del pueblo afirman que eso le hace mucho daño a la mujer, porque sangran mucho, les duele el vientre, se ponen flacas y feas, aunque ella ignora el porqué de estas afirmaciones. Piensa que en caso de ya no querer tener más hijos prefiere irse al pueblo y tomar la hierba que dan las parteras, pero operarse no, porque eso ha de hacer mucho daño y al cortar a la mujer por dentro ya no va a ser igual.

La decisión del uso de métodos anticonceptivos ha sido tomada por ambas mujeres con base en la información del personal del centro de salud. Galia no lo ha consultado con Fernando y el método se lo prescribió y administró la médica del centro de salud. Felipa sí lo consultó con Aurelio, de quien obtuvo aceptación, y acudió al centro de salud para que se lo prescribieran y administraran.

Aun con la amplia difusión y presión que los servicios de salud realizan para que las mujeres utilicen los métodos de control natal, en particular el dispositivo intrauterino y la cirugía, hay quienes, como Galia, temen al uso de estos métodos por los efectos secundarios que conllevan y que son interpretados por ellas a través de sus parámetros culturales.

En cambio, otros métodos menos invasivos como los inyectables y las pastillas son más aceptados, aunque tienen el inconveniente de su continuidad frente a la ventaja de la periodicidad de las inyecciones. La mayoría de las mujeres del predio triqui que utilizan anticonceptivos usa inyecciones con o sin la anuencia de sus esposos, después de haber tenido cinco o seis hijos:

Nosotros pensamos que es mejor que la mujer ya no tenga más hijos, porque ella ya tuvo diez, tres muertos y siete vivos. Ya está grande y cansada, por eso mejor la traje a que le hagan algo. (Paciente triqui).

Incluso, fue posible presenciar en la consulta del centro de salud cómo un hombre le solicitó a la doctora que le aplicara a su mujer una inyección única que deja estériles a las mujeres:

Hace unos años llegaron a mi pueblo unos doctores que ponían una inyección que hacía que las mujeres nunca más tuvieran hijos, nada más una les ponían y ya. ¿Usted no tendrá de esas inyecciones para mi mujer? (Hombre triqui).

Reflexiones finales

Puede concluirse el presente capítulo confirmando que todo conjunto social estructura representaciones y prácticas que dan cuenta del significado cultural de un proceso reproductivo, si bien biológico, esculpido por su cultura. Es en la co-

tidianidad donde adquiere significado el nacimiento, la gestación, la sexualidad, la enfermedad y la muerte, en interacción con sus redes de apoyo, la participación social y la utilización de los recursos que dan respuesta a cada uno de estos eventos.

Estos procesos están contruidos a través de las características socioculturales del grupo de pertenencia, dentro del cual cada individuo se desarrolla, y en consecuencia, están determinados por las condiciones materiales de vida e ideológicas de su sociedad. Sólo desde esta perspectiva fue posible acercarse a su complejidad y dar cuenta del significado cultural de los mismos.

Los saberes de estos jóvenes acerca del proceso reproductivo muestran representaciones respecto del cuerpo, los cuidados, la vigilancia y la atención al proceso, cuyas explicaciones pasan principalmente por aspectos del saber popular como la polaridad frío/caliente, la necesidad del calor para la reproducción, la vigilancia de los aires, el cumplimiento de las normas y obligaciones con la comunidad y con lo sobrenatural. Pero también se hacen presentes representaciones que provienen de la biomedicina, resultado de un contacto cercano y frecuente con las instituciones y personal médicos.

El puerperio se presenta como un espacio familiar de recuperación, protección y apoyo para la mujer, casi sin vigilancia de los curanderos. Así, es un espacio ritual con amplia participación de la red de apoyo que pasa por las mujeres de las familias de origen y por el apoyo del varón. Es durante este periodo donde se observa un cumplimiento más puntual y apegado a las representaciones populares, aunque modificadas en algunos casos.

Debe considerarse que la oferta de estos cuidados se ve afectada por las condiciones individuales y familiares, así como por la posición de varones y mujeres al interior del hogar. Y es importante enfatizar lo poco que se conoce acerca de las experiencias de producción y reproducción de cuidados a la salud ofrecidas en los hogares, así como del manejo de enfermedades en la niñez o durante el embarazo, la interacción de la díada madre-hijo, padre-hijo, el crecimiento y desarrollo de los niños.

Es importante reconocer que la familia o el grupo doméstico ha sufrido transformaciones en su estructura, sus bases sociales y sus funciones, al ampliarse y diferenciarse el medio social donde se ubica. Además, el grupo doméstico se encuentra entrelazado a una red social extradoméstica conformada por una gran variedad de individuos y grupos, de manera que la calidad, extensión y composición de dicha red tendrá implicaciones sustanciales en la salud del grupo doméstico, ya que se convierte en un soporte importante en términos simbólicos, económicos y afectivos para los miembros de la unidad doméstica. La condición de la mujer se reconoce como una condicionante fundamental del estudio del proceso reproductivo, y sobre todo de su salud.¹⁶ Abordar el tema de la salud materno-infantil en función de la condición de la mujer y señalar la influencia de su condición sobre la

manera de enfermar y morir de las mujeres y sus hijos, brinda un marco de análisis que permite observar las diferencias.

Es el proceso reproductivo un ejemplo valioso de la medicina de cualquier grupo social, que permite distinguir la diversidad de elementos que integran su sistema de conocimientos, significaciones y prácticas que inciden en el proceso salud/enfermedad/atención en un momento histó-

rico determinado. Sus diversas etapas, además de tener un componente biológico común, idéntico en cualquier grupo humano, presentan otra dimensión fundamental de unicidad y diferenciación en sus formas de manifestarse, por estar relacionada en forma intrínseca con el conjunto socio-cultural de procedencia, por lo que debe ser considerado un proceso biocultural.

Preguntas de repaso

1. Con base en el texto y el ejemplo del recuadro de abajo, realizar una discusión por grupos de las siguientes preguntas:
 - a) ¿Qué importancia y funciones tienen los curanderos tradicionales y los médicos en este proceso?
 - b) ¿Qué peso tienen los saberes tradicionales en el sistema de creencias de estas mujeres?
 - c) ¿Qué periodo es el que muestra menor presencia de atención profesional y por qué?
 - d) ¿Qué importancia tienen las redes de apoyo en el proceso reproductivo de estas mujeres?

Para reflexionar...

DOÑA NICTÉ REFIERE UNA EXPERIENCIA DE SOBREPARTO

Hacen su terquedad de salir; una sobrina salió a los 15 días porque vendía ropa, estaba parada en el Palacio, vino el "viento de la lluvia" y cayó todo sobre ella, luego tomó pozol con coco y azúcar. La misma noche empezó a tener deposiciones y a vomitar, al día siguiente, calentura... calentura, luego dolor de cabeza, tardó hasta cinco meses. Cuando fui a verla estaba hueso y pellejo.

[...] le dio sobreparto y lastimó sus intestinos porque estaban tiernos. Ya le había llevado con todos los doctores de Tulum y les dije: eso no es cura de doctores, es cura de hierbatero, o de diligencia (rēmedios) de nosotras. La llevaron al hierbatero y él dijo: es sobreparto, le mandaron su baño, medicina de hierbas que él prepara.

Género, generaciones y transacciones. Reproducción y sexualidad en mayas de Yucatán. Ortega Canto JE. México: El Colegio de Michoacán, 2010:180.

Bibliografía

Referencias

1. Jordan B, Davis-Floyd R. *Birth in four cultures: a crosscultural comparison of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Illinois: Waveland Press, 1993.
2. Menéndez EL. *Estilo de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes*. Estudios Sociológicos de El Colegio de México, 1998;16(46):37-67.
3. Lerner S, Quesnel A, Yáñez M. *La pluralidad de trayectorias reproductivas y las transacciones institucionales*. Estudios Demográficos y Urbanos, 1994;9(27):543-578.
4. Elu MC, Leñero L. *De carne y hueso, estudios sociales sobre género y reproducción*. México: IMES, 1992.
5. Figueroa JG. "Comportamiento reproductivo y salud: reflexiones a partir de la prestación de servicios". En: Careaga G, Figueroa JG, Mejía MC (comp.). *Ética y salud reproductiva*. México: 1991:289-312.
6. Figueroa JG, Aguilar BM, Hita MG. *Una aproximación al entorno de los derechos reproductivos a través de un enfoque de conflictos*; 1998. Estudios Sociológicos de El Colegio de México, 1994;12(34):129-152.
7. Cervantes Carson A. "México: políticas de población, derechos humanos y democratización de los espacios sociales". En: IV Conferencia Latinoamericana de Población. *La transición demográfica en América Latina y el Caribe*. México: INEGI-II-SUNAM, 1993, vol 2:759-789.
8. Cervantes Carson A. "Políticas de población, control de la fecundidad, derechos reproductivos. Una propuesta analítica". En: García B (coord.). *Mujer, género y población en México*. México: El Colegio de México, Sociedad Mexicana de Demografía, 1999:363-420.
9. Lerner S, Quesnel A. "Instituciones y reproducción. Hacia una interpretación del papel de las instituciones en la regulación de la fecundidad en México". En: Alba F, Cabrera G (comp.). *La población en el desarrollo contemporáneo de México*. México: El Colegio de México, 1994:85-117.
10. Mellado V, Zolla C, Castañeda X. *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*. México: CIESS, 1989.
11. Cosminski S. "La atención del parto y la antropología médica". En: Campos-Navarro R (comp.). *La antropología médica en México*, tomo II. México: Instituto Mora, UNAM, 1992:139-224.
12. Güémez MA. "De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar". En: Krotz E (ed.). *Cambio cultural y resocialización en Yucatán*. Tratados y memorias de investigación de la Unidad de Ciencias Sociales. Mérida, Yucatán, México: Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán, 1997:117-147.

13. Aguirre Beltrán G. *Programas de salud en la situación intercultural*. México: Colección Salud y Seguridad Social, Serie Manuales Básicos y Estudios, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1980.
14. Kelly I. "El adiestramiento de parteras en México, desde el punto de vista antropológico". En: *América Indígena* (México), 1955;XXV(2):109-117.
15. Mendoza GZ. *De la casa del nene al árbol de las placentas. Proceso reproductivo, saberes y transformación cultural entre los triquis de Copala en La Merced*. Tesis Doctoral. México: CIESAS, 2004.
16. Langer A, Lozano R. "Condición de la mujer y salud". En: Figueroa JG (comp.). *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México: El Colegio de México, 1988:33-82.

Lecturas recomendadas

- Castro R, Bronfman M, Loya M. "Embarazo y parto ante la tradición la modernidad: el caso de Ocuilco". En: *Estudios Sociológicos*, El Colegio de México, 1991;IX(27):583-606.
- Figueroa JG, et al. 1996. "Experiencia reproductiva y patrones reproductivos en México". En: Stern C (coord.). *El papel del trabajo materno en la salud infantil. Contribuciones al debate desde las ciencias sociales*. México: The Population Council y el Colegio de México, 1996:109-138.
- Freyermuth Enciso G. *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. México: CIESAS, Instituto Nacional de las Mujeres, 2003.
- Módena ME, Mendoza Z. *Etnografía de las relaciones entre hombres y mujeres en la Ciudad de México. Género y generaciones*. México: The Population Council, EDAMEX, 2001.
- Ortega Canto J. *Género, generaciones y transacciones. Reproducción y sexualidad en mayas de Yucatán*. México: El Colegio de Michoacán, 2010.

Obstetricia tradicional en el Istmo de Tehuantepec

Paola Sesia

CAPÍTULO

10

Conceptos clave

Proceso reproductivo • Embarazo • Parto • Puerperio
• Parteras empíricas • Modelo explicativo frío-caliente
• Atención obstétrica biomédica • Atención obstétrica tradicional

En este capítulo se señala que las distintas etapas del proceso reproductivo, además de tener un componente biológico común y equivalente en todo grupo humano, presentan una dimensión sociocultural de acuerdo al grupo social de procedencia, de allí que se muestran algunas de las modalidades de atención ginecoobstétrica prevalecientes en algunas comunidades indígenas y mestizo-campesinas del Istmo de Tehuantepec, Oaxaca, para lograr entenderlas en su contexto cultural, socioeconómico y ambiental y con su propia base de racionalidad y coherencia conceptual. El objetivo de este trabajo es que el estudiante reconozca las diferencias entre la atención obstétrica biomédica y la atención obstétrica tradicional, ya que una apreciación correcta de ellas es el primer paso para formular estrategias y programas dirigidos a las parteras, que incidan en forma positiva en la atención que hoy se otorga a la población materno-infantil.

Introducción

Las distintas etapas del proceso reproductivo, además de tener un componente biológico común e idéntico en todo grupo humano, presentan otra dimensión fundamental de unicidad y diferenciación en sus formas de manifestarse, por estar relacionadas en forma intrínseca con el conjunto sociocultural de procedencia.^I Así, en el medio indígena y campesino mexicano,^{II} las formas de atender el embarazo, parto, puerperio y al recién nacido, así como las actitudes y prácticas hacia la fertilidad y sus trastornos,^{III} tienen un marco referencial que se distingue notablemente de su correspondiente en la atención biomédica.^{IV}

En el primer caso, la reproducción humana representa, sin duda, una etapa delicada en la vida de una mujer, pues está integrada por momentos que requieren de cierto cuidado y precauciones para su buen desarrollo. Sin embargo, sigue considerándose como un evento fundamentalmente natural y normal, etapa por la cual cada mujer cruza para realizarse como esposa y madre, atendida por la partera u

otra mujer mayor que, en el momento crucial del nacimiento, la acompaña, le da valor, la aconseja y asiste en un medio familiar y conocido. En el segundo caso, el parto y el puerperio se conciben como enfermedades que requieren hospitalización, atención médica especializada y el uso de tecnología sofisticada, en el marco de una relación médico-paciente donde el primero interviene y decide y la segunda se vuelve el objeto pasivo de la atención brindada en un ambiente por lo general impersonal y desconocido.^V

En el sistema oficial de atención médica para comunidades rurales y marginadas, vigente en México desde hace más de una década,^{VI} se reconoce que las parteras empíricas cumplen *de facto* un papel fundamental en sus comunidades, al brindar la atención ginecoobstétrica a las mujeres en edad fértil. Los esfuerzos del sector salud, en las últimas dos décadas, para capacitarlas representan, aun de manera indirecta, una expresión de ese reconocimiento que, sin embargo, está enmarcado en una relación de poder desigual, donde las parteras representan un modelo de atención subalterno frente a la hegemonía del sistema oficial de salud.^{VII}

La relación desigual entre el modelo de atención hegemónico y el otro, subalterno, se expresa de varias formas; por ejemplo, en el tipo de interacción que muchas veces se establece entre médicos y parteras rurales. Una gran parte del sector médico que tiene, de una manera u otra, contacto con la partera, así como un buen porcentaje del personal que comparte los cursos, comparten todavía una actitud donde la falta de información sobre los conocimientos, prácticas, costumbres y, a veces, también sobre la realidad socioeconómica y el medio ambiente de las parteras, se mezcla en muchos casos con un cierto desprecio hacia la supuesta "ignorancia", "atraso" y "bagaje de supersticiones" que rigen el quehacer de estas últimas. Esto ocurre porque tienen como esquema referente exclusivo a la medicina científica, con su base explicativa biomecanicista y con su propio modelo de atención; hay, como dice Aguirre Beltrán, una "certeza absoluta en la ignorancia e ineficacia de las ideas y prácticas de la medicina popular".²⁰ No se le da valor, por ejemplo, a algunas acciones terapéuticas ejercidas comúnmente por las parteras, como la "sobada", el baño de temascal, las maniobras para acomodar al niño en posición cefálica, la fajada del vientre a la recién aliviada; así, se les niega de forma explícita o implícita cualquier base de racionalidad y efectividad.^{VIII}

En forma paralela, enfrentarse con formas distintas de concebir y atender embarazos y partos no se traduce, por

parte del sector salud, en un cuestionamiento real de su propio modelo de atención obstétrica; modelo que, cabe señalar, ha sido objeto de críticas crecientes tanto en el mundo occidental "desarrollado", como por la misma Organización Mundial de la Salud (OMS), por su excesivo impersonalismo, sofisticación tecnológica y medicalización.²⁸⁻³³

Por otro lado, las parteras parecen salir de los cursos de capacitación orgullosas de sus diplomas, pero sin cambios sustanciales en sus prácticas hacia un verdadero mejoramiento de la atención que otorgan.^{26,27} Sus posibilidades de reconocimiento de una condición patológica durante el embarazo o de una complicación durante el parto siguen siendo restringidas; su capacidad para intervenir directamente en los casos donde sería posible hacerlo en un nivel casero, o de canalizarlos de inmediato en las ocasiones que lo ameriten, también tiene sus limitaciones; el mejoramiento de la higiene durante y después del parto ha sido en muchos casos incierto.

Se puede afirmar que se enfrenta una situación donde la brecha entre las distintas formas de concebir y atender la gestación y el nacimiento no se ha reducido en forma sustancial, por lo menos en el medio rural oaxaqueño; esto, no obstante el crecimiento en la última década de la cobertura formal de atención primaria a comunidades rurales y marginadas del estado, el entrenamiento de un gran porcentaje de las parteras empíricas y tradicionales de Oaxaca, y la utilización cada vez más generalizada de medicamentos de patente en las zonas rurales.^{IX}

En este ámbito, se advierte que es fundamental dar a conocer algunas de las modalidades de atención ginecoobstétrica prevalecientes en algunas comunidades indígenas y mestizo-campesinas del Istmo de Tehuantepec, Oaxaca,^X para lograr entenderlas en su contexto cultural, socioeconómico y ambiental y con su propia base de racionalidad y coherencia conceptual. En específico, se describen y analizan a continuación dos temas estrechamente relacionados entre sí: *a)* las concepciones anatómicas y fisiológicas que sustentan las prácticas tradicionales alrededor del proceso reproductivo, y *b)* las diferencias conceptuales entre el modelo de atención ginecoobstétrica prevaleciente en estos pueblos y el modelo hospitalario, en lo que se refiere a categorías de alto riesgo, diagnóstico y tratamiento de complicaciones, con énfasis, en la medida posible, de la legitimidad ideológica y la coherencia interna del sistema de atención tradicional. Es importante detectar y presentar algunas de estas diferencias, ya que una apreciación correcta de ellas, por parte del sector salud, es el primer paso obligado para formular estrategias y programas dirigidos a parteras que incidan de manera positiva en la atención que hoy se otorga a la población materno-infantil.

Considerando el papel fundamental que las parteras empíricas siguen cumpliendo en la atención materno-infantil, sea como terapeutas médicas, como reproductoras o agentes de cambio de su cultura en estos medios, las observaciones se refieren principalmente a ellas;^{XI} sin embargo,

por la responsabilidad en primera persona que las mujeres campesinas en general siguen asumiendo, de forma directa o mediante el sistema de apoyo familiar, en el manejo de sus propios embarazos, partos y puerperios, muchos de los datos y conclusiones que se presentan se extienden al conjunto femenino en su globalidad.

La información procedente de los distintos pueblos investigados se presenta de forma conjunta, ya que la experiencia permite afirmar que, con pocas excepciones, en el medio rural de esta región la atención ginecoobstétrica otorgada por la partera, la suegra, la madre o la vecina se atiene a patrones explicativos y de conducta marcadamente similares.

Concepciones anatómicas y fisiológicas del aparato reproductor femenino

En las cuatro comunidades investigadas, el proceso reproductivo está inmerso en un sistema de creencias, muchas de las cuales son compartidas por otras sociedades campesinas (indígenas o mestizas) mesoamericanas contemporáneas.^{3,7-15,34-37} Los conceptos alrededor de la estructura y función del cuerpo femenino difieren en forma consistente de las nociones científicas correspondientes. Aun si las creencias en San Francisco del Mar tienden a estar apegadas de manera más estrecha a patrones culturales específicos de la tradición huave, las nociones básicas acerca de la anatomía y fisiología humanas, así como de los cuidados que se derivan, son muy similares en las cuatro comunidades.

Al interior del cuerpo femenino, la matriz es el órgano fundamental, la base de la naturaleza de la mujer, su centro vital. Esta noción llega a asumir en muchos casos una connotación animística, como lo expresó en una ocasión doña M, una partera de Coyul: "La vida de nosotras es la matriz, la matriz también respira como respiramos nosotras".

Que la matriz tenga una función vital para cada mujer resulta particularmente claro al examinar los patrones de resistencia surgidos frente a la "operación", término comúnmente usado para referirse a la intervención quirúrgica de ligadura de las trompas de Falopio, que como medida de control natal ha promovido en forma amplia el sector salud. Muchas madres y parteras piensan que en la "operación" el útero es extraído y que esta acción comporta, como consecuencia, un acentuado decaimiento físico-psíquico de la mujer. Este breve relato ilustra este punto:

[...] buscaron a más mujeres para mandarlas [a ligar]; después del primer grupo ya no quisieron más porque vieron cómo están siempre tristes las otras que se operaron [...] están tristes porque ya se mató la matriz [...]. Una vez quitando o matando [la matriz], ya no queda más vida porque la matriz trabaja [...]. Por eso ya no tienen vida. [Las mujeres] no dicen nada, están así, tristes. (Doña M., partera, Coyul).

El útero es importante no sólo porque genera nueva vida, sino también porque regula la gran mayoría de las funciones del cuerpo femenino. La menstruación, la ovulación y la fecundación se consideran comúnmente como fenómenos fisiológicos que se desarrollan en el interior de la matriz. Para muchas mujeres la noción de "matriz" es un concepto que incluye componentes del aparato reproductor femenino clasificados como distintos en la medicina científica, por ejemplo, los ovarios, las trompas de Falopio o la vagina. Con frecuencia y únicamente en ocasión del nacimiento, se reconoce como una entidad anatómica propia al canal que comunica la matriz con el exterior (que en la anatomía occidental se denominan cuello de la matriz y vagina); a éste se le menciona como el "parto", ya que es el conducto que permite al bebé salir del útero y venir a la luz en el momento del nacimiento.

La matriz debe tener "fortaleza" para su buen funcionamiento; la "debilidad" es, de hecho, una condición patológica muy común y potencialmente grave que necesita intervención. En las palabras de don S., un partero de Coyul: "cuando hay dolor que no es de parto es porque la matriz está débil".

En estos casos, muchas parteras soban el vientre y recomiendan el suministro de medicinas y, en forma específica, vitaminas inyectadas para poder fortalecer este órgano vital. Una matriz débil no puede cumplir sus funciones de forma apropiada: la mujer llega a volverse infértil o hasta estéril; en caso de embarazo existe el riesgo de aborto; tendrá trabajos de parto más largos y por tanto más peligrosos; estará más sujeta al riesgo de hemorragias posparto o de dar a luz a un niño enfermizo, triste o de bajo peso.

Se cree que la matriz está normalmente "cerrada" y que se debe abrir únicamente en el momento del trabajo de parto, el nacimiento o durante la menstruación. Cuando la matriz está "abierta" se crea una situación de peligro potencial que se debe prevenir, ya que se puede "enfriar" o "agarrar aire". Una matriz con "frialdad" no puede sujetar fácilmente al feto en caso de embarazo: la frialdad se identifica, en general, como la causa principal de aborto espontáneo en los primeros meses de gestación.

Durante la regla menstrual, se deben tomar ciertas precauciones básicas para evitar la "frialdad", como no bañarse con agua fría o después de la caída del sol, no meterse al mar, ríos o charcos de agua. En la recién aliviada se evita la "frialdad" con sobadas, con la "cuarentena" y con la prohibición de bañarse durante los primeros tres y hasta cinco días después del parto.

Las malformaciones congénitas en recién nacidos vivos o muertos se explican, a veces, también con la relación al haber transgredido algunas de las precauciones antes mencionadas. Según una partera:

Los niños salen deformes porque las señoras, cuando están reglando, van a bañarse al río o pasan por agua sucia. Entonces se les mete en la matriz abierta el conjuelo que tiene

la forma de un hilito que se guarda en la matriz y embarazo a la mujer y ahí crece [...]. A los siete meses da a luz y lo que sale no es criatura, sino una criatura en forma de zanate, iguana o pescado. Esos niños se mueren al nacer. Por eso es bueno que cuando la mujer está reglando se bañe en un lugar seco y con agua tibia. (Doña C., partera, Coyul).

Esa explicación parece ser generalizada en esta comunidad. En las palabras de don S, otro partero de la misma localidad, por el hecho de que una mujer se bañó en agua de río: "se le metieron animalitos como gusanitos y subieron por la matriz que estaba abierta por la regla. Nació un niño como monstruo después".

En San Francisco, las malformaciones congénitas se explican, además, como consecuencia de haber salido en la noche durante el embarazo y, en particular, cuando hay luna: "No hay que salir a ver a la luna. Mi abuelita me decía que es malo. Los niños nacen mal: de las manos, los pies, los labios, los oídos" (doña F., partera).

Con los eclipses de sol o de luna, la mujer embarazada tiene que cuidarse especialmente porque: "Dicen que cuando la luna y el sol están de eclipse, los hijos salen defectuosos" (doña F., San Francisco).

La ovulación y la fecundación son fenómenos que muchas madres y parteras, quienes no han tenido gran contacto con la medicina científica, explican con base en la creencia de que cada mujer contiene en su cuerpo un número preestablecido de "semillas" que se convertirán en hijos; cada "semilla" tiene el sexo ya determinado. La resistencia que se encuentra en muchas madres ante el uso de anticonceptivos orales se debe no sólo a los efectos sintomáticos negativos que en varios casos experimentan (muchas de las píldoras distribuidas en forma gratuita por el sector salud tienen niveles de progesteronas y estrógenos relativamente altos), sino además en la creencia de que su ingestión mata a los niños que las madres tienen adentro en un estadio preembrional: "Tomar pastillas es matar a los óvulos adentro de la mujer, que quiere decir matar a los hijos que podrían ser" (doña M., partera, Coyul).

Algunas mujeres piensan también que las pastillas anticonceptivas pueden dañar la matriz: "Las señoras ya no quieren [tomar pastillas] porque le hacen daño (...). Se quejan que se le pudrió la matriz" (doña M., partera, Coyul).

El cuerpo femenino se concibe como una gran y única cavidad central en donde los órganos internos (además de la matriz se mencionan comúnmente el corazón, los pulmones y el estómago) están ubicados y se conectan en forma directa entre sí; se piensa que: "La sangre menstrual [de la matriz] viene del pulmón al que va directo del corazón" (doña F., San Francisco).

Por su colocación suelta, los órganos pueden, bajo ciertas circunstancias, desplazarse, y con ello provocar estados patológicos de distinta naturaleza o crear una situación de peligro potencial para la mujer. La amplia difusión de esta creencia explica, de manera consistente, muchas de

las prácticas adoptadas por las parteras cuando una intervención, como la maniobra de recolocación, se considera necesaria.

La importancia que se le da a la "sobada" debe entenderse en este contexto. Cuando una embarazada se queja de dolor, de malestar físico, de sensaciones de pesadez y cansancio, es común que la partera atribuya el dolor a la mala posición del feto dentro de la matriz y del cuerpo de la madre; se trata de una posición que causa demasiada presión sobre los huesos y otros órganos de la mujer. La fase de gestación (y, por ende, el tamaño del feto) no altera el diagnóstico o la terapia de la comadrona. Además de permitir a la partera detectar la posición del niño y controlar en buen desarrollo el embarazo, la "sobada" recoloca al feto y a la matriz en sus legítimas posiciones en el interior del cuerpo femenino, quitando así la excesiva presión y devolviéndole bienestar físico-emocional a la futura madre.

La matriz puede desplazarse y causar malestares de distinta naturaleza y gravedad en el curso de la vida de la mujer adulta. La detección de esta condición y su curación se realizan siempre por medio de la "sobada"; a veces acompañada por otro tratamiento a base de fármacos, remedios caseros o plantas medicinales:

Antes del último embarazo me enfermé de dolor de vientre; me atendí con doña A., porque la matriz la tenía anudada y mudada de lugar. Me sobó mucho y luego me dio 12 inyecciones [no sabe de qué]. Con este medio me sané. (Doña M., Coyul).

Otras nociones que se pueden entender con facilidad en el contexto de esta concepción de la anatomía femenina son las de "matriz caída", "placenta voladora" y "niño trasero". La "matriz caída" es una enfermedad diagnosticada con frecuencia que afecta a las mujeres que se descuidaron después de la maternidad, ya sea porque no se pusieron faja o por quitársela demasiado pronto. La faja se coloca después del nacimiento del bebé o del alumbramiento de la placenta; se aprieta alrededor de la cintura de la recién aliviada, y se mantiene así por lo menos 15 días o hasta un máximo de dos meses. Su finalidad es ayudar a que se "cierren" los huesos de la cadera después de haberse "abierto" durante el parto:

Es que cuando una tiene a su hijo, se abren los huesos y hay que cerrarlos. Si los huesos no se "cierran", la mujer padecerá varios malestares porque la matriz no queda en su lugar y tiende a "caerse" [...]. Se usa un trapo largo y se aprieta hasta que aguante la señora. Se hace para que no se caiga la matriz. (Doña M., partera, Coyul).

Otra explicación sobre la necesidad de la faja, que también adquiere sentido en el marco de las concepciones anatómicas y fisiológicas locales, es porque se considera que "así no sube la sangre".

Se puede prevenir la "caída" de la matriz por medio de la faja, pero cuando esta condición se presenta, se cura con

una serie de masajes en el abdomen y en la espalda para recolocar el útero y ayudar a cerrar los huesos de la cadera. Esto puede ocurrir meses o hasta años después del último parto. El tratamiento puede llegar a tener curaciones periódicas durante varias semanas.

Después del nacimiento, las parteras se preocupan mucho por una rápida expulsión de la placenta, ya que reconocen el peligro potencial que representa un retraso en el alumbramiento. En general, el cordón no se corta hasta que la placenta es expulsada. Se tiene la creencia de que si la placenta tarda mucho, no sale completa, y también que si el cordón umbilical se corta antes de la salida, la placenta puede "subirse" por la cavidad interna de la mujer, volverse "voladora" y llegar a sofocarla.

Un "niño trasero" es una condición potencialmente muy peligrosa que se debe corregir desde el principio y durante el trabajo de parto. Se trata de un bebé cuya posición antes del parto se considera demasiado hacia atrás en el cuerpo de la mujer. La partera se percata de esta situación masajeando la parte baja de la espalda; en este caso se necesita "empujar al niño hacia el frente", por medio de un fuerte masaje en la parte inferior de la espalda y en la cadera, antes y durante el trabajo de parto. De otro modo, existe el peligro de que el bebé intente salirse por el recto de la madre, o lacere los tejidos del perineo:

Hay señoras que son traseras. La cabeza [del niño] se va para atrás y allí es donde el doctor dice que no pueden o que tiene que rajarse [...]. Se nota cuando la cabeza se va para atrás porque allí duele más. Se tapa el ano para que no se vaya a salir por allí, ya que hay un solo conducto. Yo les digo que se acuesten, pero si veo que no pueden, las pongo hincadas y les tapo el ano. Si veo claramente que son traseras, no las dejo ponerse hincadas. (Doña J., partera, Coyotera).

La partera empuja cuando el dolor es para atrás porque puede salir de allí ya que hay un solo conducto. (Doña C., San Francisco).

La teoría humoral de la patología se basa en la idea de que los elementos naturales, incluyendo el cuerpo humano, tienen propiedades frías-calientes y que la enfermedad surge cuando, por distintas razones, se altera el equilibrio propio de esos elementos.^{xii} Se trata de un modelo etiológico todavía muy generalizado en Mesoamérica. Muchas de las creencias, actitudes y prácticas alrededor del funcionamiento del cuerpo que rigen en estas comunidades istmeñas se basan en la teoría humoral. Toda una serie de precauciones, consejos, normas y prácticas curativas durante la gestación, el trabajo de parto, el nacimiento y el puerperio están estrechamente ligados a este modelo explicativo.

El embarazo y el parto se consideran eventos que alteran el equilibrio humoral de la persona; etapas donde la mujer se encuentra en un estado particularmente "caliente" y, por tanto, puede padecer ciertos malestares, por lo que necesita cuidados especiales para prevenir el surgimiento de patologías específicas. Durante el embarazo, si la gestan-

te se queja de mareo, la partera le aconseja tomar bebidas "frescas" para eliminar el calor excesivo que se ha formado dentro de la matriz por la presencia del feto:

Les digo [...] que coman alimentos y tomen horchata fresca de arroz con bastante canela. Es buena para el vómito cuando les cae bien. Es lo caliente de la criatura que les da vómito. (Doña J., partera).

Si la comadrona sabe de plantas medicinales, le aconsejará algunos remedios "fríos" que ayudarán a disminuir la náusea y a controlar el vómito.

Durante el trabajo de parto, la acción de la partera está dirigida a fomentar en lo posible el "calentamiento" de la parturienta para que el nacimiento ocurra rápido y sin complicaciones; la sobada del vientre, la cadera y la cintura (con agua tibia de canela [*Cinnamomum zeylanicum*], aceite caliente, agua tibia de albahaca [*Ocimum basilicum*] o ungüento a base de mentol) y la ingestión de remedios (chocolate con yema de huevo, agua de pimienta gorda con canela o tés de plantas medicinales (de Santa María [*Tanacetum parthenium*], de hojas de aguacate con cebolla [*Persea americana* y *Allium cepa*] u otros) tienen la finalidad de "calentar" la matriz, quitar la "frialdad" y dar fuerza a la mujer. El estado de "calentamiento", en la concepción local, parece tener estrecha relación con la inducción de las contracciones uterinas en la parturienta:

Cuando me mandan a traer cocino hoja de albahaca y les chochoneo con esta agua la barriga y el parto [la vulva]. Así les quito la frialdad, se quiebra el frío y se apuran los dolores. (Doña J., partera).

El nacimiento y el alumbramiento de la placenta pueden ocurrir, de hecho, sólo cuando la mujer está bien "caliente". Entre las medidas preventivas para evitar la "frialdad" durante el trabajo de parto y el parto, se conocen remedios caseros que se recomiendan para la gestante durante la última fase del embarazo: "Mi suegra recomienda té de canela, ruda y albahaca con unas gotitas de alcohol de los seis a los nueve meses para la frialdad en el parto" (doña Y., partera, Cabestrada).

Después del nacimiento y alumbramiento, la parturienta y el recién nacido se encuentran particularmente vulnerables y susceptibles a padecer una condición de "frialdad"; en la madre, además del estado de postración, el hecho de estar "abierto" por el parto favorece el posible surgimiento de un estado patológico ligado a la "frialdad". Las medidas preventivas que se practican en estas ocasiones incluyen, en palabras de una partera huave, las siguientes acciones:

Se faja la cadera, se tapa la espalda, se tapan los oídos y se ponen el muñeco en el estómago para que no le entre aire. [...] La mujer está caliente. A los tres días se destapa todo y se baña al día siguiente. (Doña F., San Francisco).

El recién nacido se encuentra en un estado caliente y hay que protegerlo del aire y de la frialdad. Como explica

doña J, partera de San Francisco: "El niño [...] lo caliente con aceite de comer: su pechito, su mollerita, su frente, su ombligo, todo con aceite caliente y ya le pongo su gorro y lo visto".

Después de calentarlo, sobarlo, vestirlo y tapanlo los oídos, la partera lo acuesta bajo las cobijas con la madre y se ocupa de que la puerta y las ventanas del cuarto donde se encuentran descansando estén bien cerradas. La temperatura externa del ambiente no tiene ninguna correlación con la aparición de la temida "frialdad": estas comunidades istmeñas en realidad son de clima cálido seco o cálido semi-húmedo con temperaturas elevadas durante la mayoría del año; muchas mujeres de hecho comentaron que los cuidados posparto les provocaban mucho calor, sudaban de una forma desagradable y añoraban el momento en que, por fin, pasado el peligro, podrían bañarse.

Durante el puerperio y el periodo de cuarentena, las recién aliviadas, en general, siguen una dieta alimenticia restrictiva, basada en gran parte en el equilibrio humoral y que toma en cuenta el estado "caliente" en que se encuentra la madre y la prevención a toda costa de la "frialdad". Con base en sus propiedades frío-caliente, se recomiendan algunos alimentos y se prohíben otros: "[Después del parto] no como pescado [seco] ni camarón; el pescado es frío y le hace daño a la criatura; como pollo, queso y huevo" (doña A, San Francisco).

Según doña M, partera de Coyul, lo importante es comer alimentos calientes y evitar la comida fría. La carne de cerdo, de iguana y de pato, el aguacate y el plátano macho son alimentos fríos y por tanto hacen daño a la recién aliviada y durante el amamantamiento. Provocan infecciones y, en sus mismas palabras: "[a la madre] le agarra el dolor de estómago y el niño caga verde". Por el contrario, las carnes de res y pollo son calientes, así como el plátano amarillo (tipo tabasco) cuando está bien maduro; por ello son alimentos recomendables. La leche es "fresca", pero como proviene del ganado, que es alimento caliente, no hace daño.

Además de las propiedades frío-caliente, los alimentos pueden tener otras características que los hacen recomendables o no; para la misma partera de Coyul, por ejemplo, hay frutas que, además de ser "frescas", son "agrias" y por tanto se deben prohibir en esta fase tan delicada en la vida de la mujer. La naranja y la piña tienen tales características; ambas provocan diarrea al recién nacido que la madre amamanta; la naranja, además, "corta la leche porque tiene aguante".

En general, se nota una marcada concordancia entre los cuatro pueblos acerca de la identificación de los alimentos que deben prohibirse y los recomendables. Esto ocurre así a pesar de que, en muchos casos, las prohibiciones y recomendaciones alimenticias sigan vigentes sin el soporte explícito del modelo humoral:

Yo me cuidaba en comer camarón, que es malo para el ombligo del niño, y la iguana, que es mala para la matriz; me lo prohibieron. (Doña F., San Francisco).

No hay que comer chile hasta los 40 días después; el camarón porque da ponzoña; el puerco porque da chorro al niño; la iguana porque hace daño a la matriz. (Doña C., San Francisco).

Estas explicaciones basadas en la teoría humoral se mezclan de forma sincrética, sin aparente contradicción, con ideas que evidentemente proceden de otros modelos referenciales, como el microbiano, oportunamente adaptado a las formas de pensar y entender los fenómenos causantes que prevalecen en este medio rural-indígena. Se piensa, por ejemplo, que las carnes de cerdo e iguana, además de ser "frías" y grasosas, tienen:

[...] muchos bichos y microbios que, cuando la mujer está "abierta" (con la matriz "abierta" o con desgarres del tejido perineal después del parto) o tiene heridas, los microbios de la carne de marrano hacen infectar la piel; se hincha la herida y la mujer hasta muere. (Doña M.E., Coyul).

El modelo explicativo frío-caliente se define con mayor claridad y está más arraigado en San Francisco del Mar, y con menor intensidad en Coyul. Su persistencia y generalización en San Francisco se explica con facilidad por la fortaleza de los patrones culturales huaves, la presencia de una cosmovisión propia, entre los cuales los principios humorales constituyen una parte integral. Aquí, tanto las parteras, como muchas otras mujeres, tienen un modelo explicativo internamente racional y coherente, acerca del cómo y porqué de muchos conceptos en los que ellas creen.

Normalidad y patología dentro de la obstetricia tradicional en oposición a la atención biomédica

Atención obstétrica biomédica

Para entender las categorías y el manejo de la normalidad o de la patología en la obstetricia, de la forma como es practicada en estos pueblos, es necesario puntualizar primero las categorías conceptuales correspondientes en el modelo de atención hegemónico, para poder tener así una base comparativa.

La atención ginecoobstétrica dentro del modelo biomédico se basa en una serie de conceptos y prácticas donde el punto de partida es la definición de lo "patológico" y la consecuente restricción de lo que se considera "normalidad". Así, las mujeres con más de cuatro o cinco hijos, aquellas que se embarazan antes de los 17 o 18 o después de los 35 años de edad, las que cuentan con antecedentes obstétricos con complicaciones, o aquellas que tengan un nuevo embarazo a menos de dos años del anterior, las que midan menos de 1.50 m de talla, las que tengan antecedentes de diabetes, anemia intensa, tuberculosis, cardiopatías u otras enfermedades graves, son consideradas, *a priori*, de alto riesgo. A

éstas se añaden, desde luego, todas aquellas gestantes que por primera vez, durante el embarazo, presenten síntomas o señas de complicaciones (hemorragias, anemia grave, pre-eclampsia y toxemia, varices, diabetes, entre otras) o cuyo embarazo sea de mellizos.⁴² Todos los embarazos definidos como de alto riesgo deben estar bajo supervisión médica periódica y continua para poder seguir su evolución e intervenir cuando se considere necesario.

Provocar o acelerar el trabajo de parto con fármacos o manualmente son intervenciones de tipo rutinario en la atención biomédica. La intervención quirúrgica con cesárea se utiliza de forma extensiva, por ejemplo: cuando el niño se encuentra en otra posición que no sea la cefálica, cuando se trata del nacimiento de mellizos, cuando el trabajo de parto dura más de 6 a 12 horas, cuando la fecha calculada para el nacimiento rebasa los siete o 14 días y no hay trabajo de parto, y cuando hay indicios de estrés fetal. Si se considera la intervención médica como evidencia de patología, las fronteras de lo que se considera normal se encuentran rebasadas en la gran mayoría de los nacimientos hospitalarios.

La acción de este sistema se dirige hacia la detección de estas condiciones, definidas *a priori*, de anormalidad y patología; la intervención es de carácter curativo o preventivo, según las circunstancias. La tendencia de este modelo hacia lo patológico se evidencia en el lenguaje utilizado en la cultura médico-científica: las categorías antes mencionadas de "alto riesgo" en los embarazos y partos, el "control" prenatal, la "prevención" y "detección" de las complicaciones, la parturienta "paciente", son algunas de las expresiones más comunes que indican la medicalización de la reproducción.

En el medio rural, la atención ginecoobstétrica del sector formal por lo general se simplifica por ser de nivel primario y no tener a su disposición el instrumental más sofisticado de los centros clínicos urbanos. Sin embargo, la racionalidad de fondo y el modelo ideal de lo que es una "buena atención" siguen siendo lo mismo y se utiliza el control prenatal para detectar si un embarazo se desarrolla de forma normal o si hay síntomas de complicaciones. Por medio de una primera visita al inicio de la gestación y de revisiones periódicas por el personal médico del centro de salud, se levanta la historia clínica y los antecedentes obstétricos de la embarazada, se toman los datos clínicos básicos (presión arterial, pulso, temperatura, peso y tamaño de la gestante) y se hace un examen físico de la embarazada (inspección de la cara, los senos y las piernas, medición del fondo uterino y auscultación del ritmo cardiaco del feto). Si se considera necesario, se canaliza a la gestante a un centro hospitalario de segundo nivel de atención para la realización de las pruebas de laboratorio (de sangre y de orina) o se prescriben los exámenes para que sean realizados en un laboratorio particular.^{xiii}

Este modelo de atención forma el sustrato ideológico de las campañas educativas materno-infantiles para la po-

blación general, así como de los cursos de capacitación para parteras empíricas y tradicionales. En éstos se insiste en que las parteras manden a las gestantes a "control" en los centros de salud, que detecten los embarazos de alto riesgo y los canalicen a las clínicas o a los hospitales distritales y que no atiendan a mujeres con complicaciones o con factores de riesgo.^{xiv} Todo esto comporta en forma implícita un reconocimiento de esas condiciones por la partera, aunado al supuesto de que ésta comparta las causas y finalidad de tales acciones.

Atención obstétrica tradicional: normalidad y patología durante el embarazo

De las siete parteras y un partero residentes en los pueblos bajo estudio, cinco han sido oficialmente "capacitados", ya que han asistido a, por lo menos, un curso de adiestramiento cada uno a lo largo de la última década. Las tres restantes nunca han sido entrenadas por el sector formal ni han tenido otro tipo de contacto extenso con las instituciones de salud. Con la excepción de una partera empírica capacitada (entrenada desde un principio por un médico), los conceptos y acciones presentados en los cursos no son compartidos, en su gran mayoría, por ninguna de las parteras de estas comunidades, por estar fuera del contexto del sistema de creencias, conocimientos y atención local. Independientemente de que han sido capacitadas o no, el cuidado que ellas otorgan a las embarazadas, las complicaciones que reconocen durante la fase de gestación o al momento del nacimiento, la manera como intentan resolverlas y los problemas que declaran no poder enfrentar tienen marcada similitud entre sí y difieren en gran medida de las categorías equivalentes de la atención obstétrica oficial, tanto en la práctica como en su base de justificación.^{xv}

Durante el embarazo, el equivalente al control prenatal del modelo biomédico es la visita que la mujer gestante hace a la partera. El cuidado que ésta otorga durante la visita, sin embargo, difiere en forma considerable de la consulta médica, tanto en sus actividades y frecuencia como en su lógica. Las mujeres visitan a la partera cuando deciden hacerlo; la mayoría realiza su primera visita entre el tercero y quinto meses de gestación. Algunas mujeres, por lo general multíparas, esperan hasta el último trimestre; una minoría no recurre a la partera, ni a algún otro especialista, hasta el inicio del trabajo de parto. Sólo algunas primíparas, inseguras de su estado, buscan a la partera inmediatamente después de los primeros signos de embarazo, para hacerse confirmar su condición. Aun si todas las parteras afirman que es importante que las mujeres vayan a verlas por lo menos tres o cuatro veces durante el embarazo, sobre todo en los últimos meses, todas coinciden en que la mujer es quien decide cuándo y con qué frecuencia asistir. En sus palabras, "las señoras vienen solitas cuando necesitan". Esta actitud

difiere de la atención biomédica, donde la periodicidad de las consultas es relativamente estandarizada y preestablecida (cada dos meses en los primeros dos trimestres de gestación, mensualmente en el séptimo y octavo meses, y cada semana durante el noveno).⁴²

Sin excepción alguna, la función fundamental de la visita de la embarazada a la partera es la "sobada". Con mínimas variaciones, la visita se desarrolla en casa de la partera o, a veces, en la de la embarazada, de la siguiente forma: la mujer se acuesta en la cama completamente vestida, y se baja la falda unos pocos centímetros para que se vea el abdomen. Después de lavarse las manos, la partera se aplica en éstas un poco de aceite de oliva y se acerca a la mujer. Para detectar un embarazo tiente con delicadeza la matriz, haciendo una leve manipulación externa para buscar así la "bolita", eufemismo comúnmente usado para designar una matriz engrosada y endurecida en los primeros meses de gestación. Después de localizarla y palparla, la partera da una estimación de las semanas de embarazo con base en el tamaño. Empieza entonces a mover con cuidado el abdomen de lado a lado, de abajo hacia arriba, por algunos minutos. Mientras, explica a su paciente que es necesario jalar la "bolita" hacia arriba y al centro para que el feto se acostumbre a su posición correcta y así no moleste a la madre al hacer demasiada presión sobre sus huesos u otros órganos.

Cuando la mujer se acuesta de lado, la partera ejerce un poco de presión sobre la cadera y la espalda con movimientos circulares y de abajo hacia arriba. Si la mujer se queja de tener dolor o molestia en algún punto específico, le soba en el punto indicado. A diferencia de la consulta prenatal en la clínica o con el médico particular, este examen es completamente externo y no involucra nunca el área púbica de la gestante; la partera en ningún momento ve o tiene contacto con los órganos reproductivos internos o externos de la mujer.

Si la mujer tiene por lo menos cinco o seis meses de embarazo, la comadrona controla durante la "sobada" que el feto esté en la posición correcta, con la cabeza hacia abajo. Si el niño está colocado de otra forma, la partera lo pondrá en posición cefálica por medio de una maniobra externa que, como todas ellas declaran, logran cumplir con facilidad; afirmación que, en general, es comprobada por las mujeres. Todas las parteras coinciden en que es necesario repetir esta maniobra por lo menos tres o cuatro veces en sesiones sucesivas, para que el niño adopte definitivamente la posición correcta. Éstos son los casos en que la comadrona recomienda que la mujer regrese a verla cada cierto tiempo para que se haga sobar. En todos los otros casos no indica ningún tiempo específico en que sea necesario visitarla, aun si opina que es importante sobarse varias veces durante el embarazo:

Es malo que vengan a sobarse cuando ya tienen la panza grande. La razón es que si el niño viene muy arriba o de lado, cuando no se soba es difícil ponerlo bien para dar a

luz. En cambio, si el niño se ha ido sobando es más fácil que salga bien. Una se da cuenta porque en los últimos meses una soba y se siente que todo está bien. (Doña M., partera, Coyul).

Durante la sobada, la partera brinda consejos a la mujer, en particular si es primípara. Las recomendaciones incluyen evitar todo movimiento brusco, bañarse en el mar o con agua fría y cargar objetos pesados. Le advierte, además, que debe evitar emociones fuertes, como el enojo, porque podrían causarle un aborto o hacer daño al niño, al modificar el equilibrio frío-caliente del cuerpo. A diferencia de otros lugares mesoamericanos, en estos pueblos las embarazadas no están sujetas a ninguna restricción alimenticia, al contrario, durante la visita la comadrona insiste en que la embarazada coma todo lo que se le antoje, ya que existe la creencia del peligro de enfermedad o malformación fetal si no se satisfacen los antojos. Si una mujer se queja de mareo o debilidad, la partera le aconseja tomar bebidas "frescas" para eliminar el calor excesivo que el embarazo provoca en la matriz. Si sabe de plantas medicinales, le dará algunos remedios "fríos" que ayuden a disminuir la náusea y a controlar el vómito.

En el caso de que la mujer y la partera no se conozcan, la primera consulta es también importante para entablar una nueva relación. Durante la primera "sobada" y por medio de pláticas informarles, las dos empiezan a formarse una impresión recíproca. La partera se entera así de los embarazos y partos anteriores de la mujer, y mientras tanto hace una evaluación de cómo la gestante sabrá enfrentar el trabajo de parto y el nacimiento. Por su parte, la mujer se forma una opinión de la partera, acerca de su manera de relacionarse y operar.

La "sobada" prenatal es, sin duda, el instrumento de diagnóstico e intervención preventiva o curativa más importante a disposición de la partera, con sus múltiples funciones: detectar el tiempo de gestación; conocer la posición fetal, sobre todo en los últimos meses de embarazo; colocar al bebé en posición cefálica; procurar sensaciones de bienestar físico y emocional para la embarazada; aliviar las molestias de la mujer; establecer y consolidar el contacto entre la partera y la futura madre, y detectar cuándo se acerca el momento del parto, por la posición de la cabeza y el cuello borrado.

La importancia que tiene la "sobada", en general, y la maniobra de reacomodo fetal, en particular, debe entenderse dentro del contexto de lo que las parteras han manifestado, enfrentado y tratado de resolver como una complicación mayor, es decir, el nacimiento de un niño que se presenta atravesado, de nalgas o en posición podálica. A diferencia de otras condiciones anómalas o patológicas que, definidas de acuerdo con la medicina científica, afectan de manera negativa al embarazo y el parto (p. ej., una situación de anemia o de diabetes en la gestante), la posición del niño es un fenómeno físico evidente, que se detecta de inmediato sin tener que compartir nociones de diagnóstico clínico de la

medicina científica. Al reconocer la dificultad potencial y el riesgo que implica atender a un niño que nazca en una posición que no sea la cefálica, la partera adopta como medida preventiva la maniobra de recolocación durante la "sobada". Se trata entonces de una acción lógica y coherente dentro del sistema de conocimientos y de los recursos a disposición de la partera tradicional, por lo que representa la estrategia más eficaz que ha tenido a su disposición en la tentativa de evitar esta peligrosa complicación.

La otra situación potencialmente difícil, que las parteras reconocen *a priori* como tal, es en el caso de mujeres de más de 40 años que hayan tenido múltiples partos. Por otro lado, las señas de hipertensión, preeclampsia, anemia u otras condiciones clínicas preexistentes en la mujer (como diabetes, tuberculosis o cualquier enfermedad venérea) no se detectan como potencialmente dañinas.

Con las excepciones mencionadas, la comadrona no comparte, en general, la noción de "riesgo" como factor potencial de complicación durante el embarazo; dado que la gestación se considera un evento natural que en términos generales se desarrolla en la normalidad, no se buscan otras señales de anormalidad. En los pocos casos en que una situación se reconoce como potencialmente peligrosa (p. ej., un niño atravesado), la partera interviene con los medios a su alcance (la "sobada"), con intención de recuperar la condición de normalidad. Aun en la eventualidad en que la partera comparta la concepción médica en la identificación de riesgo, ella lo resuelve siguiendo las concepciones normativas tradicionales. Por ejemplo, la única partera que mencionó en algún momento la "hinchazón" (cuyo equivalente occidental es la retención de líquidos debida a toxemia) como un problema potencial del embarazo, añadió que ella lo podía "arreglar" fácilmente, masajeando todo el cuerpo de la gestante.

Atención obstétrica tradicional: manejo de las complicaciones durante el parto

Además de compartir prácticas y actitudes similares durante el manejo de parto "normal", estas cuatro comunidades muestran una marcada homogeneidad en el reconocimiento y manejo de las complicaciones durante el trabajo de parto, el momento del nacimiento y el alumbramiento. En caso de que las parteras no compartan una noción médica preestablecida de embarazos y partos de "riesgo", en el momento que surgen complicaciones durante el trabajo de parto y en la fase de expulsión éstas se reconocen como tales y se manejan de acuerdo con las costumbres locales, sus nociones de patología y las medidas terapéuticas disponibles. Al respecto, es importante remarcar que, si bien el modelo explicativo de las parteras es muy diferente del modelo científico, la identificación de las complicaciones coincide en muchos casos con las diagnósticos biomédicos correspondientes.

La primera preocupación que la partera enfrenta es cuando el trabajo de parto se vuelve largo y difícil. Los

tiempos en que ella empieza a considerar un trabajo como demasiado largo difieren, en general, de los correspondientes en la atención hospitalaria. La comadrona puede esperar sin ningún tipo de intervención hasta 24 horas desde el inicio de las contracciones, dependiendo de la duración e intensidad de las mismas. Sin embargo, cuando decide intervenir lo hace compartiendo la misma lógica de la obstetricia institucional: provocando el aumento de las contracciones uterinas. En estos momentos, las comadronas que conocen y utilizan plantas medicinales llegan a administrar a la mujer una fuerte dosis de té de Santa María, hojas de aguacate o cebolla para aumentar las contracciones uterinas. Si esto no parece tener efecto, puede tomar la decisión de aplicar una "ampolleta", nombre usado con frecuencia para indicar una dosis inyectable de oxitocina.

Con seguridad, el problema más común, reconocido y enfrentado por las parteras es el parto de un niño en mala posición. Si no logran recolocar el feto en posición apropiada, manejan la situación con todos los recursos a su alcance. Son numerosos los relatos acerca del manejo exitoso de problemas de este tipo, en tanto aquellos que se describen con más orgullo apenas se les pregunta sobre las complicaciones.

Una de las parteras con más experiencia explicó que un niño que viene de pie puede nacer en esa posición si las piernas y los brazos están verticales a lo largo del cuerpo; en este caso, ella limpia sus manos e introduce una de ellas en el canal de parto, toma los pies del bebé y tira de ellos con suavidad, cerciorándose de que el cordón umbilical no esté enredado al cuello o al tórax. Si los brazos no están a lo largo del cuerpo, ella intentará tomarlos con su mano para jalarlos hacia abajo. Cuando un niño se presenta de nalgas, lo empuja hacia arriba con gentileza, tratando de sujetarlo por los pies para después jalarlo hacia afuera.

Independientemente de si han tenido adiestramiento formal o no, las parteras en esas comunidades por lo general no canalizan este tipo de partos a una clínica; ésta es una complicación de la cual si bien la partera reconoce la dificultad, siempre intentará enfrentarla por su cuenta o con la ayuda de otra partera local. Su reputación dentro de la comunidad se construye sobre la base de sus habilidades, de modo que sería dañada por la canalización, mientras que mejoraría notablemente en caso que el nacimiento sea asistido con éxito. Sin embargo, se han reportado casos en que parteras de estas comunidades, juzgando que la vida de la madre o del niño estaban en peligro y que no podían resolver la situación, acudieron en búsqueda de otra partera o del médico más cercano. Esto se ha vuelto un poco más viable en los últimos años, ya que el acceso a los servicios médicos formales ha mejorado, relativamente, con la extensión de los programas de salud primaria de IMSS-Solidaridad, antes conocido como IMSS-COPLAMAR.

Además de la cuestión de prestigio personal, la partera no canaliza un parto de este tipo por el hecho de que lo sigue concibiendo como una situación que puede manejar

con recursos propios, a menos de que las circunstancias prueben lo contrario; en otras palabras, aceptará canalizarlo cuando se vuelva imposible para ella llevarlo a buen fin. El hecho de que conciba este evento de manera diferente a la de un médico o cualquier otro personal clínico se puede ejemplificar por las ideas que las parteras tienen sobre la cesárea. Cuando se les preguntó para qué sirve una cesárea, ninguna de ellas (con la excepción de Y.) contestó que es un recurso quirúrgico que se utiliza, entre otros, en casos de niños mal colocados. En su lugar, una de las respuestas fue que se trata de una intervención necesaria sólo para aquellas mujeres que tienen la pelvis demasiado estrecha para lograr un parto natural. Otra respuesta común —que los doctores hacen cesáreas porque no tienen suficiente valor para atender de manera natural partos cuando el bebé no viene de cabeza— es indicativa de la importancia y de la convicción de los valores que ellas sostienen.

La reticencia a la canalización médica de este tipo de parto podría ser interpretada como un ejemplo de resistencia pasiva hacia un modelo de atención, el biomédico, que es incompatible en muchos aspectos con las costumbres, las creencias y los valores locales. De manera específica, el hecho de que las parteras capacitadas sigan evitando, en la mayoría de los casos, la canalización a las clínicas institucionales sugiere que la manera en que la noción de parto de alto riesgo se transmite en los programas de adiestramiento es ineficaz; esto se explica en gran parte por el hecho de que el personal médico capacitador no toma en consideración las concepciones originales de las parteras, la lógica que respalda sus acciones y decisiones, y tampoco el ambiente sociocultural en el que operan.

Otra complicación mayor, que cada una de las parteras menciona, es cuando ocurre una hemorragia, en particular durante la fase de expulsión de la placenta. Así como lo hacen con la posición del feto, en este caso también coinciden con la noción biomédica correspondiente que la reconoce como una complicación mayor. Todas afirman que el sangrado excesivo es una condición muy peligrosa, ante todo en el caso de que la mujer pierda más de dos "tazas" de sangre. Capacitadas o no, ante una situación de este tipo todas parecen saber que deben recurrir a plantas medicinales con propiedades oxióticas o a la "inyección", una dosis de Ergotrate u otro medicamento oxiótico usado para controlar el sangrado uterino. Si la partera no sabe inyectar, le pide a alguien que lo haga. Ninguna de las comadronas conoce el nombre de la "ampolleta" ni lo que contiene; de la misma forma, no comparten la concepción científico-occidental acerca de los mecanismos fisiológicos de la hemorragia ni de su terapia. Ellas compran la ampolleta o la prescriben con el nombre eufemístico de "inyección para la hemorragia", y la utilizan porque tienen el conocimiento empírico de que "funciona".

La otra complicación importante que reconocen es el retraso en la expulsión de la placenta. Todas las comadronas, al igual que cualquier obstetra occidental, se preocupan por la expulsión completa y rápida. Saben por experiencia

que si ésta se atrasa más de lo que ellas consideran un tiempo razonable (aproximadamente de 30 a 60 minutos o, en algunos casos; más tiempo), se trata de un signo de peligro. En este caso, la comadrona intenta detectar su colocación al interior de la matriz mediante un masaje externo. Si decide que está atorada a un lado de la matriz, ella la remueve haciendo una presión suave hacia arriba, mientras tira con suavidad del cordón. En una eventualidad de este tipo, puede también elegir provocar más contracciones uterinas dando a la madre otra dosis de un té de plantas medicinales o provocando el vómito. Sólo en la medida de que todos estos esfuerzos no resulten, la comadrona procede a una remoción manual de la placenta introduciendo su mano limpia, impregnada de aceite, en el canal vaginal.

Otras situaciones que algunas de las parteras (aquellas con más años de experiencia) toman en cuenta es cuando la madre tiene una inflamación excesiva en el área púbica o cuando empieza a tener fiebre después de dar a luz. El conocimiento empírico adquirido durante años de práctica les permite, por lo general, reconocer estas complicaciones. También en estos casos intervienen con las técnicas y terapias a su alcance, e intentan toda solución posible para resolver la circunstancia.

En general, cuando enfrentan una complicación, estas comadronas siguen un orden gradual de intervención, recurriendo a los procedimientos más radicales como último recurso. Esta modalidad de operar es muy marcada entre las parteras más experimentadas. Así como lo hacen en toda situación de dificultad, sus acciones no están dirigidas tanto a la prevención del problema por medio de una de-

tección de las condiciones preexistentes, sino a la resolución de la complicación después que ha ocurrido.

Conclusiones

Se ha visto cómo las concepciones de anatomía y fisiología femenina prevaletentes en estas comunidades difieren de manera notable de las nociones correspondientes de la medicina científica. De forma análoga, se han destacado algunas diferencias importantes entre el control prenatal y la atención obstétrica dentro del modelo biomédico, en comparación con el manejo del embarazo y el parto en este medio rural, con particular atención a la definición de normalidad y patología en los dos sistemas, así como al tipo de atención que la obstetricia tradicional otorga frente al surgimiento de complicaciones.

Es relevante hacer hincapié no tanto en la eficacia o la falta de eficacia de las distintas medidas adoptadas por las parteras frente a los problemas que han debido enfrentar, sino en la lógica interna que sus acciones mantienen dentro de su sistema de creencias y como mecanismos de adaptación y respuesta a las condiciones culturales, ecológicas y socioeconómicas en las que han operado y, en gran medida, lo siguen haciendo en la actualidad.

El reconocimiento de esa coherencia interna y el conocimiento de sus características son fundamentales para poder respetar la labor tan importante de la partera en el campo y, al mismo tiempo, lograr que los cursos implementados para mejorar la atención que ella otorga, cumplan verdaderamente con sus objetivos.

Preguntas de repaso

1. ¿Cuál ha sido la relación del personal de salud con las parteras empíricas?
2. ¿Qué concepciones tienen estas comunidades sobre la matriz?
3. Mencione ejemplos de cómo interviene el modelo explicativo frío-caliente en las prácticas curativas durante la gestación, el trabajo de parto, el nacimiento y el puerperio.
4. Elabore un cuadro comparativo entre la atención obstétrica biomédica y la atención obstétrica tradicional.

Citas adicionales

- I Para una discusión más profunda acerca de la reproducción humana como fenómeno cultural, además de biológico, véanse las referencias 1 a 5.
- II El medio indígena y el campesino se definen de forma conjunta en este contexto por las características comunes que tienen entre sí, en oposición con la sociedad nacional de economía capitalista. Se define como indígena y campesino aquel medio donde el grupo social tiene una vinculación muy estrecha con el medio ambiente que lo rodea y forma su base de subsistencia y donde la producción económica se caracteriza de la si-

guiente manera: a) la principal fuente de trabajo es representada por la unidad doméstica, en algunos casos coadyuvada por el trabajo asalariado; b) la agricultura de subsistencia y/o la producción de algunos bienes para el mercado local o regional forman la base de la actividad económica; c) la acumulación de capital es mínima, y d) para la producción se utilizan tecnologías simples, de bajo rendimiento y con un uso intensivo de la fuerza de trabajo.⁶

- III El manejo del proceso reproductivo en regiones indígenas y campesinas de México ha sido objeto de varios estudios.^{3,7-15}

- IV Se define como atención biomédica aquella que se origina al interior del pensamiento científico-positivista, se desarrolla principalmente como característica de la sociedad urbano-industrial y se establece como modelo dominante en la estructuración del sistema de servicios médicos en el país. Eduardo Menéndez habla de un "modelo médico hegemónico" cuyos rasgos estructurales e ideológicos se aproximan al "modelo biomédico"; su definición representa una buena caracterización de la medicina dominante en México.¹⁶
- V Para una ilustración de la atención obstétrica hospitalaria, dentro del sistema médico occidental, véanse las referencias 1 a 3 y 17 a 19.
- VI La historia y las características de la ampliación de la cobertura hacia los sectores rurales y urbanos marginados por parte del sector salud en México se describen y analizan en varios textos: Aguirre Beltrán (capítulo 4, pp. 270-281) y Hernández Llamas (1982).^{20,21} En lo que se refiere al reconocimiento de la importancia de las parteras empíricas dentro de la estrategia de atención primaria de salud, véanse las referencias 22, 23 y 24.
- VII Los cursos de capacitación a parteras empíricas mexicanas se iniciaron a gran escala en 1973; para mayor información, véanse las referencias 25 y 26 de esta antología.
- VIII Observaciones personales, cursos de adiestramiento del IMSS, 1985-1986; referencias 26 y 27.
- IX La extensión de la cobertura en el medio rural de Oaxaca se ha realizado principalmente por medio del programa IMSS-COPLAMAR, hoy conocido como IMSS-Solidaridad. Desde 1979 hasta la fecha se han construido más de 400 clínicas en comunidades marginadas del estado. El número de parteras empíricas capacitadas por el IMSS desde 1979 hasta 1985 fue de 779; de 1985 hasta la fecha se han capacitado aproximadamente otras 250 parteras (datos inéditos de IMSS, Delegación Oaxaca, Jefatura de Servicios Médicos y Planificación Familiar, y comunicación personal, 1990).
- X La información aquí descrita y analizada es parte de un trabajo de investigación más amplio acerca de las parteras tradicionales y empíricas, que se realizó durante 1986-1988 en: San Francisco del Mar-Pueblo Viejo, municipio de San Francisco-Pueblo Nuevo, distrito de Juchitán, zona huave; Coyul, municipio de San Pedro Huamelula, distrito de Tehuantepec, zona chontal, y Cabestrada y Santo Domingo Coyotera, comunidades mestizas pertenecientes al municipio de Zanatepec, distrito de Juchitán. Se trata en todos los casos de pueblos de economía campesina, cuyas actividades principales son la agricultura de subsistencia (maíz), la pesca (sobre todo del camarón en San Francisco, Cabestrada y Coyotera) y el cultivo de algunos productos agrícolas (plátano, mango, melón, sandía) para el mercado. Las integrantes del equipo de investigación incluyen, además de la autora, a la antropóloga Virginia Alejandre y a la obstetra profesional Cristina Galante.
- XI La atención de la cual siguen siendo objeto las parteras empíricas (sobre todo en las zonas rurales y marginadas urbanas) por parte del sector salud para mejorar su capacitación ginecoobstétrica, y ante todo para incorporarlas a los programas de planificación familiar, es de por sí indicativa del papel clave que estas profesionales juegan en el medio social donde operan.
- XII Para más información sobre el origen, desarrollo histórico y presencia actual de la teoría humoral en México y Mesoamérica, véanse las referencias 38 a 41.
- XIII IMSS, Delegación Oaxaca, Jefatura de Servicios Médicos y Planificación Familiar; comunicación personal, 1990; Unidad Médica Rural de Coyul, San Pedro Huamelula, Oaxaca; comunicación personal, 1986. Véase además la referencia 43.
- XIV Es interesante que, considerando las condiciones demográficas, socioeconómicas y geográficas prevaletentes entre la población campesina e indígena en Oaxaca, una buena parte, si no la mayoría de los embarazos y partos en este medio, deben caer en una categoría de "alto riesgo", de acuerdo con la definición biomédica; lo cual implica que las parteras no deberían atender a un buen porcentaje de las mujeres que buscan su atención y deberían canalizarlas a instituciones médicas que, en la realidad del estado, no tienen la capacidad estructural para poder atenderlas a todas.
- XV Mellado y colaboradores identifican tres tipos de partera rural: la tradicional, la empírica adiestrada y la empírica no adiestrada, según el tipo de atención que otorga y los recursos que emplea.¹² De acuerdo con esta tipología y considerando las características no sólo de formación, sino sobre todo de identificación con los patrones culturales del grupo social de pertenencia, de las siete parteras y un partero que componen el presente universo de trabajo, cinco se clasifican como tradicionales (de los cuales tres han participado, en algún momento, en un curso de capacitación), dos como empíricas adiestradas y una como empírica no adiestrada. La inclusión en este caso de tres comadronas "adiestradas" en la categoría "tradicional" es deliberada: su participación en un curso de capacitación formal no ha alterado de forma profunda sus concepciones o su modo de operar. De las dos empíricas "adiestradas", sólo una, Y (cuyo proceso de aprendizaje fue desde un principio con un médico), corresponde al perfil de partera capacitada que el sector salud plantea. La otra no ha modificado de manera sustancial su modalidad de atención o su sistema de creencias después de su participación en un curso de adiestramiento. En la experiencia de trabajo de la autora, la capacitación ha tenido una importancia mínima en la definición o modificación del tipo de atención que estas parteras otorgan. Por esta razón, y con la sola excepción de una partera adiestrada, la descripción y análisis de este capítulo se refiere, en general, al conjunto de parteras investigadas.

Bibliografía

Referencias

1. Varios autores. *Le culture del parto*. Milán, Italia: Feltrinelli, 1985.
2. Colombo GF, Pizzini A. *Regalia. Mettere al mondo. La produzione sociale del parto*. Milán, Italia: Angeli, 1985.

3. Jordan B. *Birth in four cultures*. Nueva York: Eden Press, 1978.
4. Kay MA. *Anthropology of human*. Filadelfia: Davis & Co Publ, 1982.
5. MacCormack CP (ed.). *Ethnography of fertility and birth*. Londres, Reino Unido: Academic Press, 1982.
6. Stavenhagen R. *Las clases sociales en las sociedades agrarias*. México: Siglo XXI, 1976.
7. Cosminsky S. *El papel de la comadrona en Mesoamérica*. América Indígena, 1977; vol. XXXVII.
8. Freyermuth G, Cadena B, Ico M. *Atención del parto y del recién nacido en parteras indígenas de la región Altos de Chiapas*. Oaxaca, México: Cuadernos de AMO, 1990;1.
9. Leiter Ferrari W. *La atención 'tradicional' del parto en México y su subsistencia en un pueblo suburbano de origen nahua*. Tesis de maestría. México: ENAH, 1982.
10. León N. *La obstetricia en México*. Tip. de la Vda. de F. Díaz de León. México: Sucrs.; 1910.
11. Lewis O. *Life in a Mexican village: Tepoztlán restudied*. Chicago: University of Illinois Press, 1951.
12. Mellado V, Zolla C, Castañeda X. *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*. México: CIESS, 1989.
13. Prado X. *Embarazo y parto en la medicina tradicional del área purhepecha*. Relaciones (Morelia, México), 1984;V(29). El Colegio de Michoacán.
14. Sesia-Lewis P. *The subsistence of traditional midwifery practices in four Mexican villages of the Isthmus of Tehuantepec, Oaxaca*. Tesis de maestría. Berkeley, EUA: Universidad de California, 1987.
15. Sullivan T. *Embarazo y parto: costumbres, supersticiones y técnicas prehispánicas de los aztecas y su supervivencia en México*. Anuarios Indigenistas (México), 1969;29.
16. Menéndez E. *Hacia una práctica médica alternativa*. Cuadernos de la Casa Chata núm. 86. México: CIESS, 1984.
17. Arms S. *Immaculate deception*. Boston: Houghton Mifflin, 1975.
18. Jordan B. *High technology: the case of obstetrics*. World Health Forum, 1987; vol. 8.
19. Kitzinger S. *Rito y tecnología del parto en el hospital actual*. Estudios sobre la mujer, vol. 3. Trabajo, cultura, familia. México: INEGI, Serie de Lecturas II, 1990.
20. Aguirre Beltrán G. *Antropología médica. Sus desarrollos teóricos en México*. México: CIESS, 1986.
21. Hernández Llamas H. "Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en México, 1935-1980". En: Ortiz Quezada F (ed.). *Vida y muerte del mexicano*, vol 2. México: Folios, 1982.
22. Arias Huerta J, Keller A. *La partera empírica: ¿colaboradora potencial del Programa Nacional de Salud Materno-infantil y Planificación Familiar?* Salud Pública de México, 1976;8(5).
23. Presidencia de la República. Programa Nacional de Salud. México: Diario Oficial, 23 de agosto, 1984.
24. SSA, UNICEF. Reunión de consulta técnica. *La partera empírica y su participación de salud*. Documento de trabajo. Tepozotlán, Morelos, 6-9 de noviembre, 1985.
25. Population Information Program. "Las parteras tradicionales y la planificación familiar". En: *Population Reports*, 1981; serie J, núm 22.
26. Castañeda M, Galante C, Sesia P, Piedrasanta R. "Metodología de los talleres de aprendizaje materno-infantil para regiones indígenas". En: Sesia P (ed.). *Medicina tradicional, herbolaria y salud comunitaria en Oaxaca*. México: CIESS y Gobierno del Estado de Oaxaca, 1992.
27. Jordan B. *Cosmopolitical obstetrics: some insights from the training of traditional midwives*. Social Science and Medicine, 1989;28.
28. Chard T, Richards M (ed.). *Benefits and hazards of the new obstetrics*. Londres, Reino Unido: Heinemann Medical, 1977.
29. Kitzinger S, Davis JA (ed.). *The place of birth*. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press, 1978.
30. Oakley A. *Women confined: toward a sociology of childbirth*. Londres, Reino Unido: Martin Robertson. 1980.
31. Organización Mundial de la Salud. *Recomendaciones. Simposio sobre tecnologías apropiadas para el posparto*. Documento de trabajo. Fortaleza, Brasil, 22-26 de abril, 1986.
32. Organización Mundial de la Salud. *Recomendaciones. Simposio sobre tecnologías apropiadas para el posparto*. Documento de trabajo. Trieste, Italia, 7-11 de octubre, 1986.
33. Roberts H (ed.). *Women health and reproduction*. Londres, Reino Unido: Routledge & Kegan Paul, 1981.
34. Cosminsky S. *Childbirth and midwifery on a Guatemalan finca*. Medical Anthropology, 1977;vol 1.
35. Cosminsky S. "Knowledge and body concepts of Guatemalan midwives". En: Kay M (ed.). *Anthropology of human birth*. Filadelfia: Davis & Co, 1982.
36. Cosminsky S. "Traditional-birth practices and pregnancy avoidance in the Americas". En: Mangay Maglacas A, Simons J (comp.). *The potential of the traditional birth attendant*. WHO Offset Publ no 95. Ginebra, Suiza: WHO, 1987.
37. Greenberg L. *Midwife training programs in highland Guatemala*. Social Science and Medicine, 1982;vol 16.
38. Currier R. *The hot-cold syndrome and symbolic balance in Mexican and Spanish-American folk medicine*. Ethnology, 1966;5.
39. Foster G. *Relationships between Spanish and Spanish-American folk medicine*. Journal of American Folklore, 1953;vol 6, núm 261.
40. López Austin A. *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahua*. México: UNAM, 1980.
41. Messer E. *The hot and cold in Mesoamerican indigenous and hispanicized thought*. Social Science and Medicine, 1987;vol 24.
42. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Guías diagnóstico-terapéuticas. Ginecología y obstetricia. Vigilancia prenatal*. México: IMSS, 1981.
43. IMSS-COPLAMAR. *Atención materno-infantil*. Colección de manuales para Unidades Médicas Rurales, Serie Médica. México: IMSS, 1980.

Lecturas recomendadas

- COPLAMAR. *Necesidades esenciales en México*. Vol 4, Salud. México: Siglo XXI, 1982.
- Fagetti A. *Saber, experiencias y vivencias de las parteras tradicionales en el estado de Puebla*. México: Secretaría de Salud del estado de Puebla, 2008.
- Mendoza González Z. *¿Dónde quedó el árbol de las placentas? Transformaciones en el saber acerca del embarazo/parto/puerperio de dos generaciones de triquis migrantes a la Ciudad de México*. Salud Colectiva (La Plata), 2005;1(2):225-236.
- Quattrocchi P. "Mujer y salud reproductiva en el municipio de Kaua (Yucatán)". En: Gorza P, Domenici D, Avitabile C (coord.).

Mundo zoque y maya: miradas italianas. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Colección Antologías, núm. 2, 2009:281-315.

Quattrocchi P, Güémez Pineda M (coord.). *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy.* Mérida, México: Asociación de Investigaciones Etno-antropológicas y Sociales de

Trieste; Unidad de Ciencias Sociales del Centro de Investigaciones Regionales Dr. Hideyo Noguchi de la UADY; Unidad Académica de Ciencias Sociales y Humanidades de la UNAM; Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya del Estado de Yucatán; Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2007.

Partería y medicina alopática en Yucatán

Miguel Güémez Pineda

CAPÍTULO

11

Conceptos clave

Ciclo vital reproductivo • Medicina tradicional • Partería • Capacitación de parteras • Interculturalidad • Atención intercultural a la salud • Comunicación intercultural

Introducción

La atención del embarazo, parto y puerperio en las comunidades rurales de Yucatán continúa siendo un proceso de suma importancia para las familias mayas. Con la introducción de los servicios médicos institucionales se han generado cambios en algunas prácticas, pero persisten de manera importante concepciones, saberes y costumbres sobre el cuerpo, el dolor, la vida y la muerte que obedecen a patrones culturales mayas. Ello suele provocar conflictos con la medicina académica.

La finalidad de este artículo es brindar información a los trabajadores de la salud para que consideren y entiendan la cultura médica materna, así como los conocimientos y prácticas de las parteras. También se propone reflexionar sobre los aspectos positivos y negativos de la práctica médica profesional, con la posibilidad de establecer un diálogo permanente y respetuoso que sirva para la construcción de un modelo con pertinencia intercultural de atención a la salud.

Preámbulo

Este artículo fue realizado de forma expresa para los fines didácticos de esta antología y constituye una síntesis revisada y actualizada de tres trabajos que he publicado sobre el tema.¹ Por una parte destaca las maneras de pensar y actuar de las parteras y mujeres mayas con relación al ciclo reproductivo; es decir, cómo recrean las prácticas en torno al cuerpo, la maternidad, la enfermedad y el dolor. Por otra parte propone a los grupos y profesionales que trabajan para y con ellas nuevas formas de integración y colaboración con los sistemas alopáticos y tradicionales de atención a la salud, con el fin de atenuar las desigualdades sociales en un marco de respeto y solidaridad.¹⁻³

Nuestro enfoque privilegia un modelo social de nacimiento donde el embarazo y el parto son entendidos como eventos eminentemente bioculturales. De manera particular, la ginecoobstetricia desempeña con eficacia su función de

apoyo antes que de dominio. De hecho, no han sido pocos los investigadores (antropólogos, sociólogos, psicólogos, aun médicos) que han estudiado las limitaciones del conocimiento obstétrico en el saber cómo apoyar de manera óptima a la mujer durante el trabajo de parto, dado que el aparato médico estatal depende de modo considerable de intervenciones tecnologizadas cuyos resultados no son comprobables o resultan ineficaces en el proceso de embarazo-parto.⁴ Para el caso yucateco pueden verse los trabajos de Favier, Jordan, Richardson, Good Maust y Güémez.^{1,5-8}

Nuestra perspectiva proviene de la antropología médica y la etnolingüística y se centra en los aspectos bioculturales y lingüísticos del ciclo vital del maya yucateco, aún poco entendidos por los practicantes de los sistemas modernos, biomédicos, alopáticos y/o hegemónicos de salud. Se destacan algunas diferencias entre dos sistemas de salud que han originado choques culturales y barreras lingüísticas y de comunicación que de modo sistemático afectan a las mujeres de los sectores rurales y que son vistos como prejuicios hacia su modo de ser. Existe, como señalan Arnold y Yapita (1999: 23), incompreensión mutua en cuanto a las ideas sobre la concepción, el desarrollo del feto, la anatomía del cuerpo humano y el cuerpo espiritual del paciente.⁹

Tanto la historia natural como la social conciben el cuerpo humano y el proceso de salud-enfermedad y atención como campos en permanente transformación y existen claras evidencias de los cambios ocurridos en las prácticas médicas denominadas tradicionales (métodos terapéuticos, medicamentos y material de curación). Sin embargo, lo que no parece alterarse de forma significativa son las explicaciones ideológicas que los mayas yucatecos dan a sus padecimientos, a la manera de concebir el cuerpo y su funcionamiento, al dolor y a la muerte, pues aunque sus interpretaciones son variadas, aún corresponden a la lógica de sus valores culturales.

Este trabajo constituye una pequeña muestra del vasto saber que los mayas yucatecos poseen en torno al nacimiento y la corporalidad, de suma importancia para quienes crean y dirigen las políticas de salud materno-infantil en contextos indígenas.

Ámbito de estudio

La información aquí contenida proviene sobre todo de un proyecto de investigación realizado en la comunidad rural

de Tzucacab, en el sur del estado, en el centro de la península, donde habitan 9 242 personas, la mayoría de ellas (63.5%) hablantes de lengua indígena. A pesar de la expansión de las prácticas médicas hegemónicas (oficial, privada y farmacológica), estimamos que cerca de 80% de las mujeres de esa localidad son atendidas por la partera o comadrona durante el embarazo y casi 40% durante el nacimiento, aunque esta cifra tiende a disminuir. En las comisarías y parajes más alejados los porcentajes son más altos.² Al igual que en otras localidades de la región, los curanderos locales aún son demandados por los pobladores e interactúan de manera dinámica con los médicos alópatas y el personal de salud (enfermeras y promotores).

En la cabecera municipal existen un centro de salud de la Secretaría de Salud (SSA) que en teoría atiende a población rural marginal no inscrita en el IMSS o el ISSSTE; una unidad médica de hospitalización del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que atiende a población asegurada y derechohabiente, y tres consultorios médicos privados. La atención médica de segundo nivel se ofrece en el Hospital Regional del IMSS-Oportunidades, localizado en Oxkutzacab, a 45 kilómetros de Tzucacab. Asimismo, existen diez parteras activas: ocho controladas por el sector salud y dos independientes (un partero y una partera), dos reconocidos sobadores y tres curanderos. Uno de estos últimos es el responsable del Centro local de Desarrollo de la Medicina Indígena Maya, dependiente del Consejo Regional "Jacinto Pat" de la Organización de Médicos Indígenas Mayas de la Península de Yucatán (OMIMPY).

"Enfermedad" y ciclo reproductivo

Hasta hace algunos años los embarazos de las mujeres mayas se sucedían con intervalos intergenésicos cortos. Existían (y aún las hay) mujeres que "no veían su regla" por muchos años; es decir que gran parte de su vida transitaba entre el embarazo, el puerperio y la lactancia. Conocimos mujeres que durante su vida reproductiva tuvieron experiencias diversas: partos normales, autoatendidos o con la ayuda de la partera; abortos accidentales y complicaciones puerperales; cesáreas y/o que ahora utilizan un dispositivo intrauterino o están ligadas.

Las formas de enfrentar el embarazo y el parto varían según la historia, el contexto socioeconómico y la ubicación geográfica. Solas en el campo, con la ayuda de otra mujer, del esposo, de la partera y/o del médico. Si profundizamos en el estudio del embarazo y el nacimiento en las comunidades indígenas, es posible concluir que se está en presencia de un tema de amplio dominio popular, lleno de connotaciones de diversas clases, pero especificado y coherente.

Algunos riesgos y complicaciones percibidos por la población duramente el embarazo y el parto en la zona de estudio fueron: los denominados *factores biomédicos*, condicionados por los antecedentes biológicos, hereditarios,

que privilegia la práctica médica (estrechez, hemorragias, flujos, amenazas de aborto, preeclampsia, eclampsia; la edad por sí misma como factor de riesgo, placenta previa); determinados riesgos asociados a *factores sociales* (maltrato, conducta del varón como factor de riesgo, desnutrición materna, debilidad, trabajo excesivo y accidentes domésticos, etc.), hasta riesgos atribuidos a *factores culturales*, como el consumo de determinados alimentos de calidad "fría", las aves de mal agüero, los sueños y "el mal aire", entre otros. Es importante señalar que tanto los factores sociales como los culturales son subestimados o ignorados por la medicina alopática y que, sin duda, aumentan la probabilidad de resultados adversos para la madre y/o el niño.¹⁰

En décadas pasadas, cuando los índices de mortalidad por parto o por complicaciones puerperales eran altos,¹¹ era común que cuando se aproximaba la fecha del nacimiento las mujeres dijeran de otras o pensarán de sí mismas: *Ay Dyos, ótsil le xch'úupala' junts'úit yooke' yaan yóok'ol kaab, junts'úit yaan ti' muuknal* ("Ay, Dios. Pobre mujer, está con un pie aquí en la tierra y con el otro en la tumba"). Esta expresión aún tiene vigencia en algunas comunidades rurales aisladas. El embarazo en sí mismo y la proximidad del parto constituyen riesgos de muerte; es decir, para una mujer maya embarazarse puede significar la muerte, por lo que han construido un conjunto de representaciones y prácticas para enfrentarla. De este modo el saber de esas personas es dinámico, se transforma y se apropia del saber que la biomedicina ha puesto a su alcance a través de sus representantes, pues resuelve algunos de los problemas de salud que aquejan a la población. Las mujeres y hombres mayas reconocen que las mujeres que morían durante el embarazo o el parto ahora tienen probabilidades de sobrevivir, sobre todo si los centros de salud están al alcance; pues en tales lugares, aunque se les violente en sus pudores, les pueden salvar la vida y evitarles largas horas de sufrimiento.

No podemos negar que las circunstancias en que se da la reproducción biológica de las mujeres campesinas en el medio rural yucateco, más aún en localidades aisladas, no son siempre las mejores y más apropiadas (bajos ingresos, baja escolaridad, malas condiciones de vivienda, elevada fecundidad y destrucción de la madre que pueden provocar complicaciones y bajo peso al nacer, entre otros). Muchas veces, las condiciones del traslado o derivaciones de emergencia demoran la atención necesaria, hecho que prolonga la agonía de los enfermos y las parturientas que sufren complicaciones.

Ciclo reproductivo y uso de eufemismos

Las concepciones del cuerpo humano y su funcionamiento se transforman o se van perdiendo. Así, las que Villa Rojas halló en Yucatán a fines del decenio de 1950-1959 no son las que operan hoy.¹¹ Para los mayas yucatecos contempo-

ráneos (*maaya wúinko'ob*) el cuerpo o *wúinkil* está formado por *bak'* o carne, *baak* o hueso y *óol* o energía mora, estado de ánimo, "corazón" no material.¹¹ Los conceptos acerca de los órganos internos son a menudo difusos y en ocasiones rebasan en mucho lo que nosotros considerábamos al principio. Una idea arraigada en la población maya yucateca es la de la movilidad de los órganos internos del cuerpo, que pueden salirse de su lugar y ocasionar diversas molestias y enfermedades, por lo que necesitan reposicionarse.¹² Un claro ejemplo de esto es la dislocación del *cirro* o de los órganos de la reproducción, que se desencajan después del nacimiento y requieren ser regresados a su lugar mediante sobadas.

En el ambiente rural yucateco de hoy se usan eufemismos o terminología indirecta para designar los órganos de la reproducción humana, las relaciones sexuales y las diferentes etapas del ciclo reproductivo. Por ejemplo, aunque conocen la terminología para denominar el periodo menstrual (*éemel k'íik'el*, "bajada de la sangre"), usan la expresión *ts'òok u yéem u k'òja'anil* ("ya le bajó la enfermedad"), o en su defecto dicen *ts'òok u yilik u nook* ("ella ya vio su trapo"). Asimismo, no usan expresiones que describan de forma directa lo que está ocurriendo: para *yo'om* (embarazo, embarazada) utilizan *k'òja'an ti' chaampal* ("ella está enferma de un niño"); para la etapa inmediata al nacimiento usan *ts'òok u tóojtal u yóol* ("ella ya se alivió"), en el sentido de haber adquirido una enfermedad. Estas son ideas muy similares a los conceptos europeos. No obstante, aún se conoce y utiliza la expresión *síijil* ("nacer"). Así, para expresar que un niño está naciendo se dice: *tun síij le paalo'* ("está naciendo el niño") o *tun yaantal u yaal* ("está teniendo a su hijo"). Si ya nació se dice *ts'òok u síij le paalo'*; pero ya no utilizan el verbo *aalankil* para denominar la acción de parir, sino más bien para calificar a las mujeres parideras: *let'è' x-aalankil* ("ella es añera" o "mujer que pare cada año"). Es clara la diferencia que se establece para el proceso nacer-parir: la mujer pare, el niño nace.

Tal vez el embarazo, con la suspensión del flujo menstrual y los cambios fisiológicos (náusea y vómitos, abultamiento del vientre y de los senos, percepción de movimientos fetales, así como el comienzo de la secreción de leche materna) experimentados por la mujer en las diferentes etapas del proceso, sea concebido en términos de una "enfermedad". Pero también podríamos preguntarnos si desde siempre las mujeres mayas experimentaban sus embarazos y nacimientos como una suerte de padecimiento, como sus contrapartes europeas. Casi podemos afirmar que el uso de dichas denominaciones se debe a influencia occidental, ya que las fuentes coloniales y diccionarios mayas no reportan tales expresiones, sino otros términos casi en desuso y aplicados de forma casi exclusiva a los animales. Por ejemplo *yo'om* designa el embarazo de un animal hembra: *yo'om le peek'a'* ("la perra está embarazada"). Sin embargo, alguna vez hemos escuchado la expresión *ts'òok u yo'omta in páamília* ("mi esposa se embarazó"). Aquí se usa el término *in*

páamília ("mi familia") para referir a la esposa, en vez de la voz maya *in watan* ("mi esposa"), muy común en toda la península yucateca. Es frecuente aún escuchar la expresión maya *ts'òok u chíikpajal u nak'* ("ya asomó la barriga") para describir el inicio del embarazo. Por un lado se puede traducir la palabra *nak'* como "barriga" o *chuun nak'* como "tronco de la barriga"; pero el mismo término tiene los significados de "vientre" en el sentido de la ubicación del feto (*la paalo' tu nak' u na' yaan*) y de "estómago". Es decir, el término maya parece no distinguir la diferencia anatómica entre los sistemas digestivo y reproductor del cuerpo humano.

Las predicciones para determinar el sexo del bebé son frecuentes y universales y son realizadas por las comadronas o por algunas mujeres de la familia. En Yucatán están relacionadas sobre todo con las actividades y la apariencia de la embarazada: que la mujer tenga un vientre muy grande y acentuado; que su vientre se abulte más a la derecha que hacia la izquierda. Se piensa en un hijo varón si la barriga de la embarazada es más sobresaliente y cónica, es decir "de punta"; y en una niña cuando el abultamiento es chico y redondeado. En algunos lugares se cree que la luna influye en el sexo, etcétera.

Aunque se utilizan dichos eufemismos con connotaciones patológicas, para las mujeres campesinas el embarazo y el nacimiento son eventos que ocurren como algo normal y son parte de su cotidianidad. Así, el embarazo no rompe el esquema de su vida diaria, pues sus labores domésticas y otras actividades laborales no se interrumpen. El parto se da en un ambiente familiar y transcurre sin cambios importantes. Muchas mujeres asumen el dolor como algo normal, pasajero y como parte inherente de los eventos cíclicos de su vida.

En el contexto del uso de eufemismos resulta pertinente destacar las nociones de privacidad y respeto de la gente maya yucateca. Así, cuando se refieren a las partes íntimas del cuerpo humano y las relaciones sexuales usan términos indirectos y metáforas para salvaguardar el pudor femenino. Dicen, por ejemplo, *u ba'al* ("su parte") o *u táan* ("su frente") para designar los genitales femeninos, en vez de *peel* "vagina"; o usan locuciones reflexivas para dar por entendido a qué se refieren: *k'abéet a p'òkabaj* ("necesitas asearte [los genitales]"). En lo que toca al acto sexual, coito o *ts'iis*, también emplean un conjunto de metáforas, sobre todo para referirse a las relaciones sexuales extramaritales: *yaan ba'al u yil yéetel* significa "tiene algo que ver con él/ella". Algunas personas señalan que "sólo la gente vulgar usa los términos directos".

En la etnoanatomía maya los órganos reproductores reciben diversos nombres, por lo general, metafóricos. Denominan *peel* a la parte externa del aparato reproductor de la mujer. No hemos encontrado en ninguna región de Yucatán, ni en ninguna fuente, vocablos para matriz, ovarios, trompas y útero, pues se denominan con voces prestadas del castellano. La placenta (*ibinil*, en maya yucateco colo-

nial) junto con el cordón umbilical (*táab*) se conocen hoy como *paares*.¹⁴ Algo similar ocurre con el aparato reproductor masculino: los órganos externos son *keep* o sus sinónimos *toon* o *xiibil* para denominar al pene y *ye'el keep* para los testículos. Sin embargo, se desconocen los órganos internos.

Como puede observarse, los órganos de la reproducción humana, los temas referidos a la sexualidad, las partes íntimas del cuerpo, el periodo menstrual y las diferentes etapas del ciclo reproductivo son referidos con lenguaje metafórico, sobre todo por las mujeres, a menos que se quiera expresar de una manera vulgar, faltando al pudor. Según Richardson, el concepto de vergüenza, literalmente entendido como pudor, determina lo vivido por las mujeres en el dominio de la sexualidad y de todo lo que la atañe. Lo anterior, dado que en América Latina tener vergüenza es de importancia capital. Las palabras y el comportamiento deben testimoniar el pudor en todos los niveles y las actividades femeninas están en gran parte influidas por la necesidad de conformarse a esta norma (1995: 199).⁷

Las parteras, expertas locales

En los diferentes momentos históricos el embarazo y el nacimiento han sido atendidos de manera predominante por mujeres, es decir por parteras o comadronas. La participación de varones parteros ha sido mínima.

Los expertos locales en salud materno-infantil son los siguientes: los términos *xyeet'* o *xyoot'* denominan a las sobadoras y *jpaats'* a los sobadores que atienden problemas óseos, traumatismos y torceduras. Para las parteras se usan las expresiones *x-k'am chaampal* ("mujer que recibe al niño") o *x-ilaj k'oja'an* ("mujer que atiende a la enferma"), aunque estas expresiones más bien describen la práctica. Asimismo se usan neologismos como *x-páartera* o *comadrona*, comunes en el área mesoamericana. El vocablo *x-alansaj*, que denomina a las parteras indígenas, perdió vigencia a fines del periodo colonial. Good Maust prefiere designarlas como "parteras yucatecas", porque si bien es indudable que la mayoría habla maya y son "mestizas" (en el sentido yucateco de nombrar como mestiza a la mujer maya), hay un porcentaje significativo de parteras que no hablan dicho idioma y tampoco se consideran "mestizas".¹⁴ Hablen una, otra o ambas lenguas, todas son yucatecas, aunque en la mayoría de los trabajos antropológicos se hable de "parteras mayas".

En el ambiente rural yucateco, incluso en algunas zonas urbanas, pueden existir distintos tipos de parteras: desde las que sólo atienden los partos que ocurren en el ámbito familiar o vecinal hasta las que han alcanzado un prestigio más allá de su localidad y son solicitadas para atender nacimientos de inmigrantes en grandes ciudades y en la costa. A su vez, pueden tener distintas especializaciones: *partera-curandera* o yerbatera (que atiende diversos síndromes de filiación cultural: el mal de ojo, caída de mollera, susto, malos aires); *partera-sobadora* (que aplica sobadas pre y

posnatales o para componer el *cirro*). Tales designaciones aluden a la pluralidad de actividades de un mismo terapeuta. En contraste con esta imagen, los programas de planificación familiar y, en general, el adiestramiento oficial otorgado a las parteras, ha dado lugar al surgimiento de otros tipos de terapeutas populares: la *partera-pastillera* (que designa a la que promueve la planificación familiar y distribuye a las usuarias pastillas anticonceptivas); la *partera boticaria* (que usa medicamentos de patente en el proceso curativo), y la *partera-rural*, *partera-adiestrada*, *partera-líder*, etc.; adjetivos que aluden al entrenamiento institucional.¹⁵ Para reconocer el trabajo de las parteras, el sector salud instituyó el 18 de junio como el "Día Nacional de la Partera Rural", fecha en que se llevan a cabo diversas actividades sociales, como convivios, sorteos y entrega de reconocimientos. Aunque ha descendido el número de parteras, los Servicios de Salud de Yucatán reportaron en enero de 2006 la existencia de 735 parteras adiestradas en toda esa entidad.

Atención tradicional del embarazo o *yo'om*

A diferencia de las sociedades urbanas, el embarazo no constituye, por el solo hecho de manifestarse, un motivo de consulta médica, al menos durante los tres primeros meses. El diagnóstico se realiza casi siempre en el ámbito doméstico con la intervención de las mujeres adultas. La partera o el médico sólo lo confirman. La preñez es vista como algo natural, cotidiano, coherente con la lógica de la reproducción que anima la vida alrededor del hombre; además de que gran parte de los cuidados los brinda la medicina doméstica con técnicas y recursos caseros.

Los síntomas y molestias de las embarazadas dependen de la etapa de gestación. Durante el primer trimestre los problemas más comunes son la náusea y los vómitos o *xéej*. Luego aparecen la hinchazón de los pies (*chuup ook*) y pérdida de apetito e incluso dolor de cabeza (*chi'ibal pol*), de estómago (*ch'otnak'*), fatiga y somnolencia. No obstante, ninguno de los malestares anteriores, ni el dolor de espalda (*kanpaach*) del que se quejan con frecuencia les impide trabajar, a pesar de las recomendaciones hechas por las parteras. Incluso los dolores de espalda o dolores de cabeza pueden considerarse inherentes al proceso, a menos que se tornen graves o se agudicen, que es cuando demandan la ayuda del médico y/o la partera.

A fin de aliviar dichos malestares las mujeres acuden con las parteras locales para ser sobadas. La costumbre de sobar o *yeet'* es una práctica terapéutica ancestral muy valorada y de vital importancia para prevenir complicaciones y determinar la posición fetal. Sea que controlen su embarazo o planeen el parto con los médicos institucionales o privados, sean católicas, presbiterianas o mormonas, casi todas las mujeres acuden a la partera casi desde el tercer mes de

embarazo. Las mujeres de los estratos medios y altos lo hacen de manera más esporádica, pero al menos dos veces.¹⁶

Las sobadas se aplican por todo el cuerpo con la finalidad de relajar los músculos y aliviar la incomodidad y los dolores de espalda. En la sesión de masaje, la embarazada se tiende boca arriba sobre un cobertor colocado en el piso con una almohadilla en la nuca y otra en la espalda. Para tallar la espalda, la embarazada se pone boca abajo si está en los primeros meses, pero si está en la etapa final de la gestación se acuesta de lado para que la partera pueda sobar. La partera palpa el vientre para localizar la cabeza del feto y determinar su posición. Si esta posición no es la correcta, con movimientos precisos y firmes y ayudada por ambas manos, trata de desplazarlo mediante un movimiento giratorio hacia la posición adecuada. Una partera experta es capaz de subir, mediante sobadas, al producto cuya posición es demasiado baja y causa a la madre presión sobre la vejiga y dificultades para caminar. Es importante señalar que, además del efecto relajante y aliviante de la sobada, toda la actuación de la partera, su presencia, discurso y técnica encierran una connotación de tranquilidad, de apoyo y de afecto que tienen eficacia en términos de disminuir la angustia que el embarazo y la proximidad del parto encierran, sobre todo en las primerizas.¹⁷

Aunque la mayoría de las mujeres entrevistadas en Tzucacab afirmó sentirse bien después de la sobada y dijo no sentir molestias en el vientre o en la espalda y estar más relajadas y satisfechas, algunas jóvenes primerizas opinaron que la sobada es dolorosa, en especial durante los primeros meses. Otras señalaron que se sometieron al procedimiento más "por costumbre" o por insistencia de sus mamás y abuelas.

A fines del embarazo la sobada permite a la comadrona determinar la fecha probable del nacimiento y conocer la posición fetal. La posición adecuada al nacer es con la cabeza hacia abajo (*chiinchin pool*), aunque suele haber partos en que el bebé viene sentado (*kulukkbaj*), atravesado (*k'atabaj*) o en que la mano (*k'ab*) o los pies (*ook*) son los primeros en salir, lo cual aumenta las dificultades. Una partera experimentada de Tzucacab recomienda, en caso de que el niño venga de pie, introducir el dedo índice en el canal vaginal para bajar (acomodar) la barbilla y dar paso a la cabeza. Así se evita que el bebé se desnude al momento de nacer. A pesar de las recomendaciones hechas por los médicos, las parteras aún proceden a corregir la posición fetal dentro del útero en la etapa final del embarazo. Algunas parteras controladas por la Secretaría de Salud federal (SSA) derivan los embarazos y partos considerados de alto riesgo a las unidades médicas.

La mujer maya cada vez acude con mayor frecuencia al médico para el control de su embarazo, como condición para ser atendida por la partera. En Tzucacab se estima que 90% de las gestantes recurre al médico durante esa etapa. Este requisito representa un dilema, pues muchas se resisten a enfrentar la consulta y la auscultación médicas. El pu-

dor les hace vacilar para recurrir al médico, aunque cada vez más mujeres mayas lo aceptan. Con la comadrona no enfrentan la incomodidad; pues como mujer, puede palpar y sobar sin ofender a las consultantes. La ruptura de los valores indígenas es real. Hay formas de resistir la atención del embarazo y el parto en el hospital, pero difícilmente se resisten a atenderse de otros padecimientos. Es decir, en la actualidad a muchas les puede inspirar más confianza el parto hospitalario, pero no dejan de recibir atención pre y posnatal por parte de la partera. De hecho, como señalaba Elmendorf, las mujeres no sólo aceptan los cambios sino que los intensifican y un ejemplo es su deseo de poder regular los nacimientos.¹⁸

Hay un conjunto de prácticas y creencias referidas al embarazo y el nacimiento, como el fenómeno de los antojos o deseos de consumir determinados alimentos por parte de la gestante; las predicciones del sexo del bebé y la influencia que ejercen ciertos fenómenos naturales como los eclipses del sol y de la luna. Dichas prácticas son más de carácter preventivo que curativo y están dirigidas a que la gestación termine en un alumbramiento normal y sin complicaciones. Así, se cree que la insatisfacción de los antojos puede acarrear desgracias a la mujer embarazada, abortos o que el niño nazca muerto con la boca abierta o vivo pero con deformidades físicas. Del mismo modo se cree que el consumo de determinados alimentos puede derivar en partos más complicados y dolorosos. Parecen ser universales los deseos incontenibles de comer algo en todas las mujeres embarazadas. Sin embargo, la tipología de los antojos de la embarazada no siempre es coincidente, pues también puede haber rechazo tanto hacia personas como hacia alimentos, olores, bebidas u otros objetos.

Nacimiento en domicilio o *síijil*

Cuando los dolores del parto inician se avisa a la partera, quien al llegar a la casa de la embarazada pregunta acerca del inicio de las contracciones para determinar el tiempo del nacimiento. Además realiza el tacto para conocer la dilatación del cuello uterino y estimar el momento del alumbramiento. Puede, si lo considera necesario, masajear el vientre para estimular a la parturienta. Cuando los dolores arrecian y son más frecuentes, durante el periodo expulsivo, la embarazada se recuesta en la hamaca (*k'áan*) de manera perpendicular, con las piernas encogidas y extendidas en los extremos para apoyar en el momento de la expulsión. Muchas veces es ayudada por algún adulto de la familia, quien la sostiene por la espalda mientras ella se sujeta de la nuca de quien la apoya para poder pujar. La expresión *tun k'i'inam le chaampala'*, que literalmente significa "está doliendo este niño", hace referencia al bebé como apoyo que da el dolor, y que la parturienta requiere para el nacimiento. En esta fase la partera trata de incrementar las contracciones con la ayuda de una infusión hecha con la corteza de *pixoy* (*Guazuma ulmifolia*, Lam) y otras yerbas, pues

el dolor debe arreciar para facilitar la expulsión.^v La comadrona suele utilizar aceite verde caliente como lubricante del conducto vaginal, con el fin de que la cabeza aparezca. Asimismo, reza y prende velas a algún santo benefactor cristiano, como Santa Rita de Casia, para el buen logro del parto.

La bolsa del líquido amniótico debe reventar de forma espontánea como señal de que ya se va a producir el nacimiento. *Ts'òok u wáak'al u ja'*, dicen las parteras cuando la fuente se rompe. Cuando esto no ocurre, algunas la hacen reventar rasgando la punta de la placenta. El dolor experimentado durante "la coronación" y expulsión del bebé se denomina *jach yaj u k'i'inam*. Note cómo en este caso se emplean el vocablo *yaj* (genérico de dolor) y *k'i'inam*, que significa "latir con dolor". Se antepone el adjetivo *jach* para detonar la intensidad.

Muchas mujeres mayas piensan que acostadas no pueden parir, pues les resulta más difícil hacer fuerza. Aunque la posición supina en la mesa de parto, con las piernas sostenidas en los portamuslos, usada en los hospitales facilita el accionar del médico, puede resultar más trabajosa para la parturienta, pues contrarresta la fuerza de gravedad y la obliga a ejercer un esfuerzo mayor para expulsar al niño y vuelve el proceso más doloroso. Por el contrario, el nacimiento en la hamaca en posición semivertical (por lo común practicada en Yucatán con la ayuda del esposo), con la partera sentada al frente para recibir a la criatura, permite a la parturienta una amplia libertad de movimiento, ya puede contorsionarse, pujar y agarrar fuerza de los extremos para el momento de la expulsión.

Aunque con menos frecuencia, también se usan otras posiciones verticales adoptadas de manera instintiva por la mujer o a petición de la partera: de pie apoyándose de una soga o rebozo amarrado de una *okom* de la casa, en una silla o en cuclillas.^{vi} Estas posiciones se acompañan de una distensión progresiva de los tejidos que facilita el parto, pues favorece la abertura de la pelvis, la motilidad del útero y el ensanchamiento del orificio vaginal hasta en 30%, aparte de aminorar el dolor. Practicadas de modo eficaz por indígenas y campesinas en distintas partes del mundo, estas posturas son consideradas por las comadronas yucatecas como las más adecuadas para facilitar la llegada rápida de la criatura.^{vii} No obstante sus beneficios, el parto vertical es ignorado en las facultades de medicina de nuestro continente y pocos médicos lo consideran.¹⁹

Las posiciones para dar a luz han sido motivo de controversias entre médicos y parteras. La postura defendida por los médicos del siglo XIX fue la horizontal, pues consideraban que las otras eran producto de la ignorancia. "Parir en cuclillas era una costumbre deleznable entre las indias del pueblo mexicano y del parto en silla opinaban que era una postura falsa, inconveniente y peligrosa".²⁰ Dicha controversia persiste entre médicos alópatas y comadronas, quienes todavía se resisten a la atención del parto horizontal y otras prácticas sugeridas por los médicos.¹

La presencia y/o participación del esposo durante el nacimiento sirve tanto para testificar el trabajo de la comadrona como para dar apoyo físico y psicológico a su mujer. Aunque cada vez menor, su presencia no es una cuestión de elección, sino un deber y una obligación, pues se considera que no sólo ella debe hacer todo el trabajo para el nacimiento del hijo. Además es importante que él vea cómo sufre su mujer y será más apreciado por la ayuda que proporcione.⁵ Aunque algunas parturientas, incluso la misma partera, a veces prefieren que el marido permanezca fuera de la vivienda (pues su presencia puede inhibir los dolores y evitar el nacimiento por vía vaginal), otras aseguran que esta misma situación experimentan algunas parturientas en el hospital, sobre todo ante la presencia del médico varón y sin la compañía de parientes. De hecho, no son pocas las mujeres que durante el trabajo de parto sienten angustia, ansiedad y temor de ser trasladadas a un hospital. El valor que tiene el dolor es altamente estimado y muchas confiesan su temor a que se vaya y tengan que acabar siendo operadas o sometidas a episiotomía. Una experimentada partera profesional veracruzana señala a este respecto lo siguiente:²¹

[...] los doctores no esperan que la naturaleza actúe. Ellos intervienen, ponen anestesia, hacen cesáreas y en el mejor de los casos hacen episiotomías para que todo sea rápido y eficaz. Pareciera que el parto es un mal paso y hay que darlo rápido. Pero no es así, pues dice que "el dolor [para las parturientas] no es un castigo de Dios, sino la manera de subrayar algo muy importante que te hará crecer como ser humano, como mujer [...]. El dolor de parto es constructivo, y viene, te da la oportunidad de descansar y dormir entre una y otra contracción. Te prepara, te abre para el hecho". Sin embargo, en la actualidad existen técnicas médicas para evitar el dolor del parto, es decir para bloquear el dolor producido por las contracciones uterinas y la expulsión del bebé y durante el cual la madre es capaz de asistir despierta y sin dolor el nacimiento de su hijo.

En síntesis, el dolor de parto como un evento biológico resulta universalmente sentido, pero como producto social adquiere significados diferentes y hay formas distintas de asumirlo, según el proceso de socialización por el cual las mujeres hayan pasado desde su infancia. Las mujeres entrevistadas admitieron haber experimentado dolor en el parto; sin embargo, son pocas las que se quejan y gritan aun siendo primerizas. Algunas dijeron que su madre o la suegra les piden que no lo hagan, exaltando la naturalidad del proceso; lo que nos hace suponer que el dolor del parto se concibe como algo inevitable y necesario, por lo que la mujer, si realmente está preparada, debe ser capaz de soportar los dolores y cooperar con la partera y con su hijo.²² Esta educación para el parto, aunque no elimina el dolor, es una manera de controlarlo y de aliviar la tensión y quizá esté también ligada a la idea cristiana de soportar el dolor del parto con nobleza. En la Biblia, por ejemplo, Eva fue la responsable del pecado original que ha de pesar hasta el día del jui-

cio final. Se puede ver cómo este mito bíblico está relacionado con la explicación del dolor del parto.²³

Hemos observado cómo la gente del medio rural, como Tzucacab, aprende estas pautas desde la niñez, así como el conocimiento de la farmacología local y otros remedios relacionados con el parto y el puerperio. A diferencia de los ambientes urbanos, los niños y las niñas del medio rural socializan de manera más temprana. Ellas en vista de su futuro rol de madre y esposa en temas vinculados a la concepción, el embarazo, el nacimiento el posparto y los cuidados del recién nacido. Por lo general en el campo yucateco conviven familias extensas en un espacio donde los hijos ven a la madre, tías y vecinas embarazadas. Además, como la casa es muchas veces el recinto para la sobada o para dar a luz, se enteran de lo que ocurre, del trabajo de parto. Aprenden que las mujeres son sobadas para acomodar al bebé y otras pautas culturales sobre el puerperio y la lactancia. Debe subrayarse que en el caso de las recién casadas, por lo general menores de 20 años, al quedarse a vivir en la casa del esposo, es la suegra la responsable de continuar la transmisión de los conocimientos y experiencias en torno a la gestación y el nacimiento.²⁴

Las intervenciones quirúrgicas asociadas al parto, como la cesárea, ligadura o salpingotomía, episiotomía o picadura y las inserciones de dispositivo intrauterino representan dificultades a muchos niveles. En regiones rurales de Yucatán donde las mujeres habían parido sólo con la ayuda de una comadrona, la tasa actual de cesáreas parece muy elevada. Algunas mujeres de la zona de estudio habían tenido hasta tres cesáreas. En este sentido, en el ambiente rural yucateco de la península se ha incorporado una nueva gama de términos referidos a "las operaciones del hospital" o a los métodos de control natal, algunas veces con su equivalente en maya y otras veces como préstamos del castellano: *let'i'e'tun pláanificar* ("ella está planificando"), *ligaarta'abij* ("ella fue ligada"), *tu meentaj legrado ti'* ("a ella le hicieron legrado"). Por el incremento paulatino de las intervenciones quirúrgicas practicadas en mujeres de diferentes estratos, es ya común escuchar que se habla de la cesárea como *xoot nak'* o "corte de la barriga", *xo'oten, ts'ookole' tu yéele k'i'inam* ("me cortaron o me picaron y ahora me duele con ardor"), *xo'ta'abij* ("fue cortada", para referir una intervención quirúrgica), *tu meentaj sesaarea ti'* ("le hicieron cesárea"). *Yaan u xo'otol u nak'ku p'áatal u jo'sal u chaampal* significa "le van a cortar la barriga para sacarle al niño", etcétera.

Las operaciones practicadas a mujeres han tenido en los últimos años un marcado crecimiento. En Tzucacab, las tasas de cesáreas han aumentado cada año. Desde 1993 la tasa ascendió a 27.7% y la tendencia en los siguientes años es al incremento, cuando la Organización Mundial de la Salud estima que lo "normal" debe fluctuar entre 10 y 15%. En 31.1% de los casos en que se practicó la episiotomía para facilitar el paso del bebé por el canal vaginal,^{viii} 25.8% correspondió a ligaduras de trompas (OTB) y 26.7% a inserciones de dispositivos intrauterinos (DIU). Aunque en mu-

cho menor proporción, las vasectomías también van en aumento en Tzucacab.¹⁶

Atención del puerperio o cuarentena

Como característica general se observa en esta etapa un sentido de protección y consideración hacia la recién parida. Sobre la duración del reposo existe una regla popular conocida como "cuarentena", que prescribe un descanso de cuarenta días, aunque en la actualidad, y dependiendo del estado físico de la parturienta, pueden ser 10 días o menos tiempo si el parto fue normal. Cuando fue nacimiento por cesárea y existen algunas complicaciones, el reposo puede prolongarse varias semanas. En lengua maya no existe ningún término para denominar esta etapa, por lo que emplean el neologismo *kuareentena* (tiempo biológicamente estimado para la recuperación del organismo materno). En esta etapa, la comadrona cumple también funciones médicas inmediatas al nacimiento, como el control de las hemorragias del posparto, la reparación de desgarros perineales y curaciones a las episiotomías o cesáreas. Asimismo da consejos a la puerpera para su restablecimiento, inicio de la lactancia y cuidados del recién nacido. La atención de la mujer que acaba de dar a luz queda luego en manos de las mujeres de la familia y, por supuesto, del médico.

La expresión *yaj u yóol* describe a la persona que tiene el "estado de ánimo lastimado" y denota dolor en todo el cuerpo; es decir, un vacío doloroso personal como el que experimenta la mujer cuando sufre un aborto (*éemel chaampal*) o la muerte del feto. La expresión *mináan u yóol, jach t'onáan* se usa para denominar el desgano vital o el estado de agotamiento físico que se manifiesta en muchas mujeres después de un parto complicado y laborioso.

Las parteras aplican una amplia gama de tratamientos adicionales que contribuyen a la recuperación de la madre, incluso para las que dan a luz en los hospitales. Algunas recomiendan a las puerperas el uso de fajas elásticas para coadyuvar a que la matriz recupere su posición anterior. Una terapia extendida en Yucatán es el *k'axyet'* (de *k'ax*, atar, atadura y *yeet'*, sobar), que se lleva a cabo a los ocho o diez días después del parto, si fue normal. El *k'axyet'* inicia en la frente, que según las parteras también se abre durante el nacimiento, y finaliza en los pies. Consiste en atar con fuerza mediante un rebozo o sábana partes del cuerpo de la puerpera, en especial la región abdominal, con la finalidad de coadyuvar a la involución del organismo materno, reubicar la matriz, cerrar la espalda que se abre por el nacimiento, desinflamar el vientre y aliviar el dolor de espalda.¹ Un partero vecinal de Tzucacab opina que también "ayuda a reubicar el útero y los ovarios, que bajan durante el embarazo. De lo contrario, en el próximo embarazo la mujer puede sentirse mal y evitar el crecimiento del niño". Cuando la mujer da a luz por cesárea, se esperan tres meses y las ataduras se realizan con suavidad para no lastimar a la mujer. En esta práctica, la partera suele solicitar la interven-

ción de otra persona adulta para que la ayude a atar el cuerpo de la puérpera con más facilidad. Las diferencias encontradas en el *k'axyet'* que las parteras hacen en Tzucab, en la región sur, y el *k'axyoot'* realizado en Kaua, en el oriente, son mínimas.

Parteras y los cursos oficiales de capacitación

Las parteras son la únicas especialistas de la medicina tradicional convocadas por los servicios oficiales de salud para participar en cursos de capacitación con enfoques biomédicos.^{ix} Los demás especialistas (curanderos, yerbateros, *jmeenob*) luchan por el reconocimiento institucional y legal de su práctica dentro de organizaciones como la Organización de Médicos Indígenas Mayas de la Península de Yucatán (OMIMPY).²⁵ La capacitación a parteras busca sobre todo la promoción, distribución y canalización de nuevas aceptantes de métodos anticonceptivos y, de forma más reciente, de la detección de cáncer cérvico-uterino en los sectores rurales, entre otras funciones. En esas actividades no se ha tenido en cuenta el intercambio real de experiencias con los médicos académicos en lo que se refiere a la atención del embarazo, el parto y el puerperio, así como a la detección y el control de las complicaciones más frecuentes en la mujer y el recién nacido.

Aunque la partera yucateca está aún integrada a los patrones ancestrales de la vida, va en camino a convertirse en un agente de salud comunitaria cada vez más afín al modelo médico académico y a una de sus políticas más importantes: el control de la natalidad.

Con la introducción del enfoque de riesgo y con los compromisos "adquiridos" en los cursos de capacitación,^x un porcentaje cada vez mayor de parteras deriva a las instituciones los embarazos y partos de riesgo y se quedan sólo con los considerados de "bajo riesgo".^{xi} Como resultado de este enfoque, si bien han disminuido la morbilidad y mortalidad infantil y materna, el costo social pagado por las comunidades rurales e indígenas ha sido alto, pues se han incrementado de modo sensible las intervenciones quirúrgicas vinculadas al ciclo reproductivo (episiotomías, cesáreas injustificadas, ligaduras de trompas, inserciones de dispositivos intrauterinos y vasectomías). En algunas zonas del estado se condicionan los apoyos (becas escolares para los hijos, entrega de suplementos alimenticios y otros servicios) a mujeres adscritas a programas de asistencia social como el IMSS-Oportunidades,^{xii} a cambio de realizarse la prueba de Papanicolaou, violando así de manera sistemática los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de origen indígena. Del mismo modo, las parteras, como parte integral de los oficiales de salud, cuentan con muy poca autoridad para denunciar estas prácticas que atentan contra los derechos reproductivos.²

En una relación de "referencia-poder", la práctica de las parteras empíricas ha sufrido intensas modificaciones. Sus

viejos códigos culturales son puestos en entredicho por la biomedicina. Para los médicos alópatas la partera es esa "otra", un ejemplo de lo que ellos no son. Así, una partera que puede simbolizar prestigio y autoridad en su comunidad puede, al mismo tiempo, ser símbolo de supersticiones y falta de higiene para personas de la misma comunidad que pretenden renunciar a un pasado "indígena". La búsqueda de modernidad y progreso implica el rechazo de símbolos "tradicionales" como la partería, que es considerada una costumbre antigua, algo que se tiene que tolerar en el proceso de modernización, mientras se llega al punto en que la cobertura de servicios de salud y el acceso a la tecnología en la biomedicina sean totales y no se necesite más de las parteras.¹⁴ Mientras tanto, esas mujeres son empleadas en los programas de control natal. En otras palabras, el sector salud ha conseguido "manejarlas en el aspecto materno-infantil" para cumplir las metas de las instituciones de salud y así lograr el control reproductivo de la población rural como un objetivo político prioritario del Estado mexicano. De hecho, algunas parteras de reconocido prestigio en sus comunidades han pasado a ser "promotoras de salud" como parte de los programas de extensión de cobertura, lo cual las ha conducido al despojo de los contenidos simbólicos y culturales de su práctica.¹

También cabe señalar que algunas parteras adiestradas perciben su práctica como más legítima respecto de parteras que, aunque de más edad y experiencia, no cuentan con un diploma o constancia institucional que las acredite. La mayoría tiene más de una constancia de cursos de capacitación, encuentros y otras reuniones promovidas y financiadas por instituciones del gobierno federal (INI, IMSS, IMSS-Solidaridad, SSA) que guardan con recelo, al grado de que muchas le confieren un valor equivalente al título profesional que ostentan los médicos académicos.^{xiii} En los últimos años las parteras también han recibido un carnet de identificación que las avala como "parteras rurales". En otras palabras, el significado atribuido a las constancias estriba en el reconocimiento gubernamental implícito en sus actividades.²⁸ Esto genera en las parteras una sensación de seguridad y confianza en lo que están haciendo. El documento se constituye en un instrumento de poder para muchas, a tal grado que las que se resisten a los cursos temen ser perseguidas por no estar acreditadas, y abandonan la práctica o la ejercen de manera clandestina mientras tienen demanda. Otras parteras jóvenes capacitadas han aceptado de buen agrado este rol que las exime de la responsabilidad de atender un parto. No obstante, en las zonas urbanas y en poblaciones de la franja costero-henequenera, algunas comadronas han sucumbido ante las presiones de la medicina moderna, limitando su espacio de acción al de sobadora o yerbatera. En esas zonas la presencia de la partera es cada vez menor, y su papel está tan desvalorizado que les hace desanimar a otras a que se dediquen al oficio.

Cabe señalar que aunque formalmente los funcionarios de salud argumenten que hay respeto a la cultura médica

popular, existe una evidente contradicción entre lo que plantean, lo que dicen hacer los doctores que lo aplican y lo que realmente sucede en la interacción. Se habla del respeto a las tradiciones ("tratamos de no influir y que no abandonen sus prácticas"); pero en los cursos de capacitación, seminarios y otros eventos, los médicos insisten en la invalidez parcial o total de algunos recursos y tratamientos de las parteras, en vez de construir nuevas y positivas formas de interacción caracterizadas por un acercamiento mutuo.²⁸ En los hechos concretos proponen, mediante la capacitación y adiestramiento, una "reorientación" en la forma y contenido de la praxis y los conocimientos. El objetivo implícito es la modificación de los saberes y prácticas, sobre todo cuando los médicos tradicionales se enfrentan al conocimiento, considerado como único y verdadero, de la ciencia médica occidental.

Consideraciones finales

Hacia un modelo de atención intercultural a la salud

A pesar del desarrollo y expansión de la medicina alopática (oficial y privada), un gran porcentaje de la población rural yucateca (difícil de contabilizar) sigue recurriendo a la medicina doméstica y a los médicos tradicionales como la partera, que a diferencia de los sectores urbanos, son muchas veces la única medicina alternativa con que disponen las comunidades rurales y/o indígenas. En muchos casos los pacientes buscan ayuda bajo condiciones que se adaptan mejor a su entorno social y cultural. Acuden a los especialistas de la medicina tradicional para tratar desórdenes psicosomáticos, síndromes de filiación cultural, el embarazo y el nacimiento, entre otros.

No obstante, consideramos que los saberes populares y de las parteras no han sido bien aprovechados como un puente entre la población y los servicios médicos para llevar a cabo los diversos programas oficiales de salud. Es más, desde siempre estas prácticas se han mirado con desdén y como meras supersticiones o, en el mejor de los casos, como saberes empíricos sin sustento científico. Desde fines del decenio de 1950-1959 y dentro de la corriente indigenista, antropólogos como Gonzalo Aguirre Beltrán y Manuel Gamio proponían que, en vez de hostilizar a los curanderos y parteras indígenas, se les atrajera, estudiara y enseñaran de manera paulatina prácticas sanitarias en sus propios métodos, sin tratar de imponerles una ciencia radicalmente extraña. En cierta medida, esa propuesta se formalizó cuando en 1974 oficializaron los cursos de capacitación a parteras (dentro del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar con Parteras Rurales) para todo el país, con la finalidad de "mejorar su práctica" e integrarlas al sistema de atención primaria de salud, facilitando así a las instituciones el acceso a las comunidades rurales y marginadas y la aplica-

ción de sus programas de salud (materno-infantil y planificación familiar) a bajo costo. El problema es que nunca se han tomado en cuenta la opinión y experiencia de las parteras en el diseño de los programas que las involucran.

Investigadores como Kelly han insistido en que los programas de capacitación en obstetricia deben aplicarse desde un ángulo antropológico, incluyendo como puntos de referencia fundamentales las creencias y las prácticas locales relacionadas con la atención del embarazo, el parto y el puerperio, así como la función que corresponde al especialista o partera de la localidad.²⁹ Además, otros antropólogos, con la finalidad de integrar el saber médico tradicional con los recursos de la medicina alopática, han sugerido, desde hace más de tres décadas, la necesidad de estructurar el análisis de las creencias y prácticas referentes a la salud reproductiva u obstétrica de acuerdo a las categorías siguientes: *benéficas* (elementos valiosos para la salud en el ambiente local y que se deben fomentar y "adoptar en el campo de la educación para la salud"); *inofensivas o neutras* (prácticas que no ejercen un efecto evidente sobre la salud y que pueden ignorarse);^{xiv} *perjudiciales* (procedimientos que tienen efectos nocivos y que, por consiguiente, deben modificarse) e *inciertas o neutras* (prácticas cuyos efectos se desconocen o que pueden ser benéficos o perjudiciales, lo que dificulta su clasificación).³⁰

En el caso de esta última categoría es necesario realizar investigaciones más profundas, pero mientras tanto no hay que oponerse a las prácticas que incluye.³⁰ A fines de los noventa la escritora y partera Susan Klein escribió y publicó su obra *Un libro para parteras*, de la serie "Donde no hay doctor", dirigido a trabajadores(as) de la salud, con el objetivo de mejorar sus habilidades y ayudarles a atender partos, en especial de mujeres que viven lejos de los centros de maternidad o en lugares donde es difícil encontrar atención médica.³¹ No obstante, esas recomendaciones no han sido incluidas en los programas de capacitación en obstetricia; por el contrario, en la práctica han sido subestimadas, negadas y rechazadas sin conocer su verdadero contenido.

A principios del 2000 y desde el enfoque intercultural en salud, se buscó atenuar la desigualdad social respetando la dignidad de las personas, la recuperación de los valores de los pueblos indios, sus interpretaciones y valorizaciones del fenómeno de la salud y la enfermedad. También se pretenden modificaciones importantes al convocar a que se tomen en cuenta los diferentes aspectos biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales y de género de los pueblos indígenas, así como sus modalidades de organización social; factores todos ellos importantes en el mantenimiento o pérdida de la salud.³² Bajo esta perspectiva, las concepciones indígenas en torno a la salud y la enfermedad, así como las prácticas populares de atención y su relación conflictiva, contradictoria y a veces de síntesis, con la medicina occidental son objeto de una orientación intercultural en materia de salud.³³

La interculturalidad es un proceso que acontece entre usuarios y prestadores de servicios en zonas indígenas, que

obliga a plantear estrategias que coadyuven a la modificación de las relaciones negativas entre institución y usuarios, entre saberes y prácticas institucionales y populares de atención.^{xv} Entonces, la capacitación es una estrategia que implica un ejercicio de profesionalización que reconozca y califique el trabajo, las personas, los grupos y las acciones que se desarrollan. Según Lerín,³³ entre las principales razones y motivos por los que es necesario modificar las conductas del personal de salud en el contexto indígena sobresalen: *a)* el conocimiento técnico de la salud-enfermedad por lo general ignora el contexto sociocultural de la población indígena; *b)* la mayor parte del personal de salud que trabaja en zonas indígenas desconoce la conceptualización local del proceso salud-enfermedad, así como sus prácticas de atención; *c)* la falta de comunicación, empatía y confianza en la relación médico-paciente en zonas indígenas es muy común; *d)* el personal de salud suele descalificar las prácticas tradicionales y populares de atención a la salud y la enfermedad.

Desde la perspectiva anterior, los grandes retos de la capacitación intercultural son: *a)* que el enfoque intercultural se incorpore en los programas normales de capacitación del personal de salud destacado en zonas indígenas, para el mejoramiento cualitativo de la relación médico-paciente; *b)* impulsar la adecuación intercultural de la gestión de los servicios, en lo físico y técnico; *c)* que los valores sociales y culturales del proceso salud-enfermedad-atención en contextos pluriétnicos sean reconocidos como potencialmente útiles por el personal de salud; *d)* sentar las bases para brindar servicios de salud según las necesidades de los pueblos indígenas, para abatir la inequidad en salud y combatir la

discriminación; *e)* lograr que el enfoque intercultural adquiera el rango de política de salud; *f)* formar recursos humanos de excelencia que aspiren al logro de la equidad en salud.³³ En otras palabras, la capacitación intercultural de los trabajadores de la salud no sólo es necesaria, sino obligatoria, y debe asumirse como un compromiso primero personal y luego institucional, junto con el convencimiento real del respeto, la tolerancia y la comprensión que se deben tener hacia la persona que sufre, y esto no depende de horarios, contratos y demás aspectos institucionales.³⁴

En materia de atención ginecoobstétrica deberían tomarse en cuenta, además de los problemas de lenguaje y comunicación (que dificultan la relación así como la empatía y confianza con el paciente), las barreras específicas como el pudor y la preferencia de la población femenina de atender sus embarazos y partos por otras mujeres o parteras. Médico y paciente no sólo hablan idiomas distintos, sino que manejan visiones del mundo a menudo contrapuestas. La mayoría de las veces no hay puntos de contacto intercultural impulsados por el personal de salud. Así, por ejemplo, la manera de concebir el cuerpo y su funcionamiento, el proceso de embarazo-parto-puerperio y las complicaciones y riesgos asociados son distintos a los conceptos que el médico maneja. Éste descalifica muchas de las prácticas tradicionales y populares de atención a la salud. La población indígena lleva, además, el estigma de la marginación y la pobreza, resultado de una histórica y persistente enajenación social. Evitar este desencuentro entre culturas, en particular en los servicios de salud que se proporcionan a la población indígena, depende en gran parte de la profesionalización y competencia técnica del personal de salud.

Preguntas de repaso

I. Preguntas.

1. ¿Cuáles son y qué importancia tienen los *factores sociales, culturales y biomédicos* que inciden en el ciclo vital reproductivo de las mujeres en el medio rural yucateco?
2. ¿Por qué los mayas prefieren el uso de un lenguaje metafórico para referirse a cuestiones de sexualidad? ¿Tiene esto importancia en la comunicación entre los médicos académicos y los pacientes indígenas?
3. ¿Qué tipos de parteras rurales podemos encontrar en el sur de Yucatán?
4. ¿En qué consiste la “sobada” realizada por las parteras mayas y cuál es su finalidad terapéutica? ¿Existe algo similar en la medicina académica? ¿Cuáles son sus ventajas y sus inconvenientes?
5. ¿Cuáles son las posiciones corporales asumidas por las mujeres mayas durante el parto domiciliario? ¿Existe acompañamiento del esposo? Describa ventajas y desventajas de las diferentes posiciones que adopta la mujer en dicha circunstancia.

6. ¿Cuál es la importancia de la sobadura (*k'axyet'*) que se realiza de cabeza a pies en el periodo posparto?
7. ¿Por qué las parteras son las únicas especialistas de la medicina tradicional convocadas por las instituciones públicas de salud para asistir a cursos de capacitación? ¿Los cursos oficiales de capacitación permiten compartir e intercambiar conocimientos entre médicos académicos y parteras? ¿Cuál es la verdadera función de esos cursos?
8. En las condiciones actuales, ¿es posible la construcción de un modelo intercultural de atención a la salud en México y América Latina? ¿Cuáles serían sus principales características?

II. Dinámicas.

1. Realizar sociodramas donde se ejemplifiquen las maneras de atención biomédica del parto y se contrasten con las formas tradicionales en regiones rurales.
2. Observar el video “La sobada”, producido por Patricia Quattrocchi y Miguel Á. Güémez (2010).

Citas adicionales

- I "De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar: el proceso de incorporación de las parteras empíricas al sistema institucional de salud", publicado en 1997; "La concepción del cuerpo humano, la maternidad y el dolor" (2000), y "De la hegemonía a la subordinación obligatoria: visiones del pasado y el futuro de la partería en Yucatán, México" (2002).
- II Según los Servicios de Salud de Yucatán, la tasa de mortalidad materna ha disminuido de 9.5% (por 1 000 nacidos vivos) en 1980 a 5.3% en 1995. En el 2004 esta cifra descendió a 3.8%. Ahora Yucatán es una entidad con mediana mortalidad materna.
- III La importancia atribuida al "corazón" no material *óol* se percibe en la terminología que cubre los campos de vitalidad, afección, memoria, voluntad, inoculación, etc. De este vocablo se derivan denominaciones para innumerables estados físicos y emocionales: *ki'imak óol* (alegría, regocijo), *yaj óol* (preocupación o depresión), *jáak'óol* (susto o sobresalto), *sa'atal óol* (pérdida de la memoria), *ok'om óol* (para denotar tristeza, melancolía), *ma' óol* (desgano, decaimiento), *ko' óol* (excitación), *lep' óol* (ánimo, animación), etcétera.
- IV La voz "pares" se define como "Término anatómico. Masa carnosa y esponjosa que se forma y congela en el vientre de la mujer preñada, de donde nace la cuerda umbilical, por la cual está unida y atada al feto. Se divide en dos partes iguales, por cuyo motivo en el uso común de hablar se llama pares", según el Diccionario de Autoridades (1990:116, 286).¹³
- V El uso de hierbas que contienen oxitocina natural es fuertemente cuestionado por el personal de salud en los cursos de capacitación, pues consideran que las propiedades útero-evacuantes de esos vegetales pueden ocasionar hemorragias y abortos.
- VI Se refiere a los troncos de madera que soportan la estructura de los techos de las casas de paja en la Península de Yucatán.
- VII Para profundizar en estos aspectos véase el capítulo 2, "Buscando la forma", en Jordan (1993).⁶
- VIII Ahora la "picadura" o episiotomía es una indicación médica en los hospitales del sector público para todas las primerizas.
- IX En 2002 la capacitación de casi 1 000 parteras indígenas yucatecas corrió a cargo del sector salud: IMSS-Oportunidades y la Secretaría de Salud (Güémez, 2002:12).³
- X Este enfoque y su aplicación al cuidado de la salud reproductiva se adoptaron en México a mediados del decenio de 1980-1989, para programas oficiales de salud que incluyeron planes de capacitación a parteras. De acuerdo al sector salud, los factores de riesgo reproductivo (del embarazo) y obstétrico (del parto) más importantes se observan en mujeres multiparas que han comenzado a tener hijos muy jóvenes y hasta edades avanzadas, y que enfrentan las secuelas de embarazos, partos y lactancias numerosos y separados por intervalos cortos (Martínez, 1990:3-4).²⁶
- XI La Ley General de Salud establece que los *parteros empíricos capacitados* no podrán atender los partos y puerperios patológicos, a menos que la falta de atención inmediata o el traslado de la enferma a un centro de salud pongan en peligro la vida de la mujer o del producto. De lo contrario, deberán canalizar a la paciente a un centro de salud, solicitando la prestación de servicios por parte de profesionales de la medicina (1976:15-16).²⁷
- XII Es un programa federal en el que participan la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Desarrollo Social y los gobiernos estatales y municipales, para el desarrollo humano de la población en pobreza extrema. Brinda apoyos en educación, salud, nutrición e ingreso.
- XIII Otras parteras, como medida para legitimar su práctica, se han afiliado a organizaciones indígenas como la Organización de Médicos Indígenas Mayas de la Península de Yucatán (OMIMPY), que opera desde hace más de 15 años. De hecho, la mayoría de los médicos tradicionales que integran esa organización son parteras con distintas especialidades.
- XIV Es importante subrayar que dentro de esta categorización existen algunas prácticas que aunque no ofrecen beneficios de acuerdo a los parámetros biomédicos, son convenientes para los individuos que las practican. Por ejemplo, las formas de disponer de la placenta y el muñón umbilical.
- XV Aunque puede interpretarse de distintas maneras dependiendo de las posiciones que se asuman, entenderemos por *interculturalidad en salud* las distintas percepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-atención que operan, se articulan y se sintetizan (aunque no sin contradicciones) en las estrategias de cuidado, además de las acciones de prevención y solución de la enfermedad, el accidente y la muerte en contextos pluriétnicos.

Bibliografía

Referencias

- Güémez Pineda M (1997). *De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar: el proceso de incorporación de las parteras empíricas yucatecas al sistema institucional de salud. Cambio cultural y resocialización en Yucatán*. Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán, 117-147.
- Güémez Pineda M (2000). *La concepción del cuerpo humano, la maternidad y el dolor entre mujeres mayas yucatecas*. La Antigua, Guatemala: CIRMA; Plumsock Mesoamerican Studies. Mesoamérica, 21 (39), 305-332.
- Güémez Pineda M (2002). *De la hegemonía a la subordinación obligatoria: visiones del pasado y el futuro de la partería en Yucatán, México*. Facultad de Ciencias Antropológicas de la Universidad Autónoma de Yucatán. Temas Antropológicos, 24 (2), 117-143.
- Murphy-Lawless J (1999). "La responsabilidad ante el parto: una diversidad de respuestas". En: Denise A, Yapita J (eds.) *Vocabulario aymara del parto y la vida reproductiva de la mujer*. Bolivia: Instituto de Lengua y Cultura Aymara, Family Care International.

5. Favier A (1984). "Parto y tradición". En: *Capitalismo y vida rural en Yucatán*. Universidad Autónoma de Yucatán. Pp: 245-252, 249.
6. Jordan B (1993). *Birth in four cultures: A cross-cultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. USA: Waveland Press, Inc.
7. Richardson MR (1995). "Concebir, alumbrar, educar: algunos aspectos de la vida reproductiva de las mujeres del Yucatán rural". En: Ramírez Carrillo L (ed.) *Género y cambio social en Yucatán*. Universidad Autónoma de Yucatán. Pp: 183-234.
8. Good Maust M (1995). *Childbirth and conversations in Mérida, Yucatán*. Tesis de maestría en antropología. University of Florida.
9. Arnold D, Yapita J (1999). *Vocabulario aymara del parto y la vida reproductiva de la mujer*. Bolivia: Instituto de Lengua y Cultura Aymara, Family Care International.
10. Güémez Pineda M (2003). *Nacimiento, riesgo y cultura en Yucatán*. Ponencia presentada en el Congreso Regional de Investigación, Salud y Sociedad. Centro de Investigaciones Regionales de la Universidad Autónoma de Yucatán, 8 al 10 de octubre de 2003.
11. Villa Rojas A (1980). *La imagen del cuerpo humano según los mayas de Yucatán*. Universidad Nacional Autónoma de México. *Anales de Antropología*. Pp: 31-46.
12. Quattrocchi P (2005). *Donne e salute riproduttiva in un villaggio maya dello Yucatan (Messico): il caso della sobada*. Tesis de doctorado en etno-antropología. Roma, Italia: Facultad de Letras y Filosofía, Universidad "La Sapienza".
13. Diccionario de Autoridades, 3 tomos (1990). Madrid: Ediciones Gredos, II.
14. Good Maust M (1997). *Parteras en Mérida. Una alternativa a la cesárea innecesaria*. *Revista Salud Problema*, 2 (2), 19-33.
15. Mellado V, Zolla C, Castañeda X (1989). *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*. México: CIESS.
16. Güémez Pineda M (1998). Informe de investigación, Unidad de Ciencias Sociales, Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi" de la UADY. P. 56
17. Aguirre Beltrán G (1980). *Los programas de salud en la situación intercultural*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
18. Elmendorf ML (1973). *La mujer maya y el cambio*. México: SepSetentas.
19. Bernardo A (2004). *Parir como las diosas: recuperando el parto vertical*. Triple Jornada, suplemento cultural de La Jornada, 3 de mayo de 2004, México. P. 5.
20. Dávalos M (1998). *Párrocos y médicos en torno a las parturientas: un siglo en contra de las comadronas*. *Dimensión Antropológica*, 5 (13). P. 117-147
21. Vinaver N (1998). *Una partera mexicana: mi pasión por la vida y el trabajo*. La Jornada, 13 de junio de 1998, suplemento cultural. P. 23.
22. Quiñones MT (1990). *Maternidad y vida cotidiana en las mujeres campesinas*. Tesis de licenciatura en ciencias antropológicas, Universidad Autónoma de Yucatán. P. 69
23. López Sánchez O (1998). *Enfermeras, mentirosas y temperamentales. La concepción médica del cuerpo femenino durante la segunda mitad del siglo XIX en México*. Ed. Plaza y Valdés. P. 135.
24. Máas Collí H (1983). *Transmisión cultural, Chemax, Yucatán. Un enfoque etnográfico*. Tesis de licenciatura, Facultad de Ciencias Antropológicas, Universidad de Yucatán. P. 141
25. Güémez Pineda M (2005). *Entre la duda y la esperanza: la Organización de Médicos Indígenas Mayas de la Península de Yucatán*. Facultad de Ciencias Antropológicas de la Universidad Autónoma de Yucatán. *Temas Antropológicos*, 27(1 y 2), 31-65.
26. Martínez J (1990). (ed.). *Temas de salud rural y planificación familiar*. Cuaderno de ejercicios. México: Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica.
27. Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) (1976). *Reglamento de parteros empíricos capacitados*. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia. Diario Oficial, 25 de octubre de 1976.
28. Campos-Navarro R (1996). *Legitimidad social y proceso de legalización de la medicina indígena en América Latina. Estudio de México y Bolivia*. Tesis de doctorado en antropología. México: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional Autónoma de México.
29. Kelly I (1956). *An anthropological approach to midwifery training in Mexico*. *J Trop Pediat* 1956, 1, 200-205.
30. Cosminsky S (1992). "La atención del parto y la antropología médica". En: Campos R (ed.) *La antropología médica en México*, tomo II. México: Instituto Mora-UNAM. 140-141
31. Klein S (2000). *Un libro para parteras*. De la serie "Donde no hay doctor". México: Editorial Pax.
32. Secretaría de Salud (2001). Programa Nacional de Salud 2001-2006. México: Secretaría de Salud.
33. Lerín PS (2004). *Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta*. *Desacatos*, 15-16, 111-125.
34. Campos-Navarro R (2006). *La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud*. México: Grupo de Estudios sobre la Mujer "Rosario Castellanos, A.C.". *Salud e Interculturalidad*, 4-16.

Lecturas recomendadas

- Dibbits I, Velasco R, Citarella L (2005). *Guía para la atención intercultural de la salud materna*. La Paz, Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes. Serie de documentos técnicos normativos.
- Larguía M, González MA, Solano C et al. (2012). *Maternidad segura y centrada en la familia (MSCF) con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación del modelo*. 2a. ed. Buenos Aires, Argentina: Fundación Neonatológica A. Miguel Larguía/Hospital Materno Infantil Ramón Sardá/Ministerio de Salud/UNICEF.
- Ministerio de Salud Pública (2008). *Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado*. Quito, Ecuador.
- Nureña C (2009). *Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical*. *Rev Panam Salud Pública* 2009, 26 (4), 368-376.
- Villatoro E (1996). *El papel de la mujer en la atención obstétrica-pediátrica en Guatemala*. *Tradiciones de Guatemala*, 45, 69-83.

Alimentación y nutrición en contextos interculturales

Luis Alberto Vargas • Leticia E. Casillas

CAPÍTULO

12

Conceptos clave

Proceso biocultural • Alimentación • Nutrición

Introducción

La alimentación y la nutrición son procesos bioquímicos que se llevan a cabo de manera similar en los seres vivos. Son indispensables para la supervivencia y su óptimo desarrollo influye en el buen funcionamiento de los organismos. Sin embargo, el proceso alimentación-nutrición en los humanos es un fenómeno complejo donde la satisfacción de una necesidad fisiológica se ve influida, determinada y modificada por el contexto sociocultural. Por ello, en este artículo se pretende brindar una perspectiva de la alimentación que va más allá de las características biológicas, a partir de abordar algunos conceptos y definiciones clave y mostrando cómo se conciben los alimentos, el acto de comer, el proceso de la nutrición y su relación con la salud en los diversos grupos humanos, tomando como ejemplo algunos casos de México.

Hacia una visión más amplia de la alimentación

La alimentación adecuada es uno de los elementos fundamentales para el logro de la buena salud. Lo que come y bebe cada persona depende de dos factores:

- **Los alimentos disponibles.** Es decir, los productos que ofrece la naturaleza y que la humanidad designa como alimentos y además es capaz de obtener, transformar y consumir gracias a su tecnología, en el marco de un sistema ideológico.
- **Los alimentos preferidos.** En cambio, son los que cada persona o grupo humano selecciona en un momento determinado, tomando en cuenta, entre otras cosas, lo que considera comestible, lo adecuado para la hora del día y la temporada del año, su estado fisiológico y de salud, las circunstancias concretas en las que come, la imagen que tiene de su cuerpo, el prestigio derivado del consumo de ciertos productos, etcétera.

Comer y beber es parte del proceso biocultural alimentación-nutrición, que comprende los siguientes aspectos:

- **La alimentación.** Abarca la obtención de los alimentos tanto silvestres como cultivados o domesticados; la aplicación de procesos para transportar, conservar o distribuirlos; su preparación en forma de platos y bebidas en la cocina, y finalmente su consumo, casi siempre en un contexto material y social bien estructurado.
- **La digestión.** Es el proceso por el que los alimentos que pasan por el tubo digestivo son transformados en nutrientes absorbibles y susceptibles de ser distribuidos por el aparato circulatorio hasta cada una de las células del organismo.
- **La nutrición.** Fenómeno que ocurre en cada célula del organismo al incorporar y transformar los nutrimentos que absorbe, en las moléculas necesarias para el funcionamiento global del cuerpo, entre ellas la autopoiesis de las células y sus productos.
- **El estado de nutrición.** Es la condición dinámica del organismo que resulta de la ingestión, digestión, utilización y almacenamiento de los nutrientes. Cada célula de nuestro cuerpo incorpora nutrimentos y realiza sus funciones de manera constante, por lo cual se encuentra en continuo proceso de cambio.

Los profesionales de la salud suelen conocer los aspectos biológicos y bioquímicos de la nutrición, pero no manejan sus aspectos ideológicos y culturales. Aquí presentaremos una visión antropológica del proceso biocultural alimentación-nutrición en contextos interculturales, a fin de ofrecer elementos para realizar acciones en salud pública y sobre el manejo institucional de los alimentos, que sean aceptables desde el punto de vista de diferentes culturas.

En Latinoamérica coexisten problemas nutricionales sobre cuya causa influyen de manera evidente aspectos sociales y culturales, como la desnutrición primaria por falta de comida o la obesidad por su consumo excesivo. Al mismo tiempo, las enfermedades causadas por nutrición inadecuada son cada vez más comunes, como es el caso de la diabetes mellitus y las consecuencias de la aterosclerosis (embolias, infartos, derrames).

La prevención y el tratamiento de las enfermedades asociadas con problemas nutricionales requieren un cambio en la conducta de las personas, para lograr la modificación de su dieta. Este propósito se enuncia con facilidad, y los profesionales de la salud consideran lógico que, por ejemplo, un diabético deje de consumir determinados pro-

duc
cuá
mer
ble:
así
qui
cias

ció
ral
cor
bás

¿F

Lo
cio
alii
en
agu
tal
trii
hal
a le
cie
de
die
so
los

dis
cir
cic
tu
es
de
ve
gr
rie
ra
in
cc
ce
bi
pe
y
zi
ol
ta

te
co
p
v
o

ductos y los sustituya por otros. Lo que no se considera es cuán profundamente arraigados están nuestros hábitos alimentarios, determinados no sólo por los alimentos accesibles, sino por la situación económica individual y nacional, así como por las preferencias gastronómicas culturales adquiridas a lo largo de toda una vida, además de las preferencias y aversiones individuales y otros factores.

Conocer las maneras en que elegimos nuestra alimentación y la manera en que estructuramos el proceso biocultural alimentación-nutrición, así como las maneras prácticas y concretas de evaluar una dieta y modificarla, son elementos básicos para lograr la salud en contextos interculturales.

¿Por qué comemos lo que comemos?

Lo que cada uno de nosotros come es resultado de dos situaciones complementarias: lo que se encuentra accesible como alimento y lo que preferimos consumir. La Naturaleza es rica en productos que utilizamos como *alimento*, incluyendo el agua, los minerales y los tejidos, órganos o secreciones vegetales o animales que contienen cantidades apreciables de nutrientes biodisponibles, cuyo consumo en las cantidades habituales es inocuo, de suficiente disponibilidad, agradable a los sentidos y seleccionado para su consumo por alguna sociedad. En un paseo por el campo, casi todos somos capaces de identificar productos que podrían incorporarse a nuestra dieta, junto con otros que nunca comeríamos. Es decir, cada sociedad selecciona, a partir de la gran variedad disponible, los que califica como alimentos adecuados.

Los *alimentos accesibles*, es decir los que se encuentran disponibles en nuestro entorno, dependen de una serie de circunstancias. Las primeras son las naturales, que se relacionan con la ubicación geográfica, como la latitud, la altitud sobre el nivel del mar, el ecosistema propio del lugar, la estación del año, etc. A éstas se añaden las que son resultado de la actividad humana, como la selección de los productos vegetales respecto a su estado de madurez o aspecto (p. ej., granos de maíz tiernos o maduros), los procesos agropecuarios, la eliminación de plantas y animales que no se consideran alimento (p. ej., algunas hierbas que algunos consideran indeseables, para otros son los sabrosos *quelites* o hierbas comestibles de los mexicanos); las técnicas de recolección, caza o pesca que permiten tener acceso a unas especies sobre otras (p. ej., algunos pueblos de la costa pueden obtener peces de aguas profundas si cuentan con las embarcaciones y la tecnología necesarias); la selección de alimentos por razones económicas (p. ej., preferir los cultivos que permitan obtener el mayor beneficio económico, como sucede con el tabaco o la mariguana) y otros.

Suponga ahora que está en un restaurante con una carta extensa y variada que incluye todo lo que la humanidad ha comido a lo largo de su historia. De entre los innumerables platos y bebidas que ofrece el local imaginario (o sea, el universo de los alimentos accesibles) elegiremos sólo los que consideremos mejores. Tales alimentos y bebidas son los

preferidos, entendidos como los que escogemos en un momento y un lugar específicos. Este proceso de selección es eminentemente cultural, pero está enmarcado en el mundo de las emociones individuales (las experiencias, recuerdos, sentimientos, gustos y otras características de cada persona). Para seleccionar debemos responder primero una pregunta general y luego otras individuales: ¿lo que está frente a mí es comestible para los humanos?, ¿es comestible para mí?, ¿puedo comerlo ahora?

Las respuestas que determinan la elección de los alimentos y bebidas preferidos dependen de diversas circunstancias. Es bien sabido que ciertos productos no son consumidos por los humanos por su aspecto, sabor, toxicidad o simplemente por no tratarse de alimentos en el sentido que se define líneas arriba. Otros son considerados alimentos por una sociedad o un sector de la misma, pero para otras sociedades o personas son cosas incomibles, como ocurre, por ejemplo, con los insectos o algunas vísceras de animales. Además, consideramos que es inadecuado consumir ciertos alimentos en momentos determinados; mencionamos, por ejemplo, la prohibición entre los católicos de comer carne durante la vigilia, particularmente en el Viernes Santo. Otras limitaciones derivan de la costumbre. Así, es poco probable que un mexicano pida en un restaurante huevos fritos o chilaquiles durante la comida del mediodía, ya que dichos platillos se consideran más adecuados para otros horarios. Algo semejante ocurre con comidas y bebidas que son propias de determinadas festividades u ocasiones; por ejemplo, la rosca de Reyes, las tortas de camarón con romeritos, el mole y otros.

Otro factor determinante de las preferencias alimentarias es la edad, que explica la existencia de alimentos destinados de forma casi exclusiva a niños, adultos o ancianos. Además, algunas culturas distinguen entre alimentos apropiados para hombres y los destinados a mujeres. Por ejemplo, se considera que ciertas vísceras de determinados animales de caza contienen demasiada "fuerza" como para ser ingeridas por las mujeres. Además, mencionamos ciertas restricciones establecidas para el sexo femenino según su estado fisiológico (la menstruación, el embarazo o la lactancia).

Otras restricciones para comer y beber son impuestas por circunstancias personales: gustos, enfermedades o creencias. Cuando una persona tiene problemas con su tránsito intestinal tiende a limitar su dieta y escoge alimentos a los que se atribuye un valor terapéutico. La constitución corporal expresada al calificar a las personas como flacas, llenitas, gordas, etc., influye también en la selección, preferencia o rechazo de ciertas comidas y bebidas.

Lo frío y lo caliente en México: un ejemplo

En México persiste una creencia con profundas raíces mesoamericanas que influye de manera indiscutible sobre el consumo de alimentos y bebidas: nos referimos al llamado *sistema frío y caliente*. Dicha idea tiene su origen en la con-

cepción mesoamericana de la Tierra como un plano rectangular en cuya superficie viven los humanos. Por encima del mismo se encuentran los trece cielos, y por debajo los nueve inframundos. Los cielos son de naturaleza masculina, seca y "de arriba"; están representados por el Sol. Su opuesto, la Tierra y los inframundos, pertenecen al mundo "de abajo", de carácter femenino y húmedo. Los humanos están sometidos a estos dos principios opuestos, y sus propios cuerpos reflejan dicha oposición: ciertas partes (pies, manos, nariz, orejas) se enfrían con facilidad, mientras que otras (axilas, ingles, vientre) se mantienen siempre calientes.

Un criterio básico para clasificar los alimentos es el lugar donde crecen, ya que en México distinguimos entre tierras frías, templadas y calientes, que a su vez transmiten sus propiedades a lo que crece o se da en ellas. Otro factor relevante es su relación con el suelo: lo subterráneo y lo que se encuentra dentro del agua son de naturaleza *fría*, mientras que lo que crece en la superficie de la tierra tiende a ser *caliente*. Un tercer elemento es el contenido de agua del alimento, que es directamente proporcional a su cualidad de *frío*. También se toma en cuenta la exposición de un alimento a los rayos calientes del Sol. El efecto del Sol sobre lo viviente es determinante: lo que "quema" se estima *caliente*. Alguna vez preguntamos a un campesino si la nieve era lo más frío. Riendo por lo absurdo de la pregunta, respondió que la nieve es *caliente*, pues de seguro habríamos notado que cuando cae una helada, las plantas se queman.

La forma de cocción puede alterar la naturaleza de algunos comestibles. Por ejemplo, al hervir un alimento se incrementa su contenido de agua y, por tanto, aumenta también su carácter frío; mientras que el tueste reduce el contenido de agua, elevando el *calor*. Mezclar alimentos con chile los hace más *calientes*. Por esta razón, la preparación de alimentos o bebidas y la forma de combinarlos en la mesa es un proceso trascendental para algunas sociedades.

De lo dicho se desprende claramente que uno de los criterios fundamentales para la elección de la dieta es el equilibrio entre elementos *fríos* y *calientes*, sobre todo en relación con las condiciones fisiológicas o patológicas del cuerpo. De ahí que existan tantas restricciones para las mujeres según se encuentren en periodo de menstruación, gestación, puerperio o lactancia. Por ejemplo, se considera que durante el embarazo el feto es fuente de *calor* que se pierde después del parto, lo que crea una situación de alto riesgo ya que el eventual *enfriamiento* de la madre o de su útero podría causar esterilidad y daño al feto. Esta situación implica un cambio en la dieta que no siempre es bien comprendido por quienes desconocen los rudimentos de este sistema tan arraigado entre los indígenas.

El enojo o la excitación sexual, por ejemplo, son condiciones *calientes*, en tanto que el temor se asocia con el *frío*; pero todas estas emociones determinan el tipo de alimentos que deben consumirse. Así, es frecuente escuchar que quien ha experimentado una situación de "coraje" o ira no debe comer aguacates o chirimoyas.

Sea como fuere, en ningún caso podemos perder de vista que la decisión sobre lo que se come depende de la escasez o abundancia de lo que ofrece la naturaleza (o lo que se puede obtener de ella gracias a la tecnología y el trabajo) y lo que se prefiere (con base en los gustos y circunstancias personales, así como en la cultura).

De acuerdo con lo anterior, en el campo de la salud debemos identificar cuáles son en realidad los alimentos accesibles para nuestros pacientes, así como las restricciones que su cultura y sus situaciones personales les imponen como límite para consumirlos. De seguro encontraremos ahí vías tanto para reforzar, como para innovar con el fin de lograr una dieta adecuada.

¿Para qué comemos?

Una respuesta aparentemente obvia sería: para vivir de manera saludable. Todos sabemos que una dieta adecuada es fundamental para la salud. Sin embargo, también debemos admitir que la mayor parte de nuestras preferencias dietéticas no toman en cuenta este factor, y que a menudo resulta más importante el contexto de la comida, es decir, para qué se come.

Una primera distinción marca la diferencia entre las comidas de los días ordinarios (casi siempre con la familia) y las de días de descanso (domingos) o las de fiestas y ocasiones especiales (primera comunión, boda, Navidad). En estas circunstancias extraordinarias no sólo es diferente lo que se come, sino también la forma de hacerlo. Cada familia tiene sus propias costumbres para comer, pero habitualmente lo hace en grupo, y la madre se encarga de distribuir las raciones, siguiendo un orden para servir los platos (que normalmente refleja la jerarquía de los miembros de la familia). En cambio, durante una fiesta el espacio es compartido por la familia anfitriona con los invitados y llega a darse el caso de que los primeros realmente no pueden comer por estar ocupados en prodigar sus atenciones. Las raciones deben estar perfectamente calculadas para que no le falte nada a nadie y todos queden satisfechos.

Una vez más, el hecho de entender la complejidad del proceso biocultural alimentación-nutrición abre al trabajador de la salud oportunidades de introducir nuevos elementos para lograr un cambio en beneficio de la salud. De esta manera, una fiesta comunal supone una ocasión idónea para demostrar cómo ciertos alimentos accesibles para la comunidad y poco consumidos pueden integrarse a la dieta diaria, lo que se logra introduciéndolos dentro de platos conocidos y preparados en sintonía con los gustos locales.

¿Comimos hoy "como Dios manda"?

Las consideraciones anteriores ponen de manifiesto una serie de factores que intervienen en la elección de los componentes de la dieta; pero hay algo más: ¿lo que se come y se bebe produce satisfacción? Todas las sociedades tienen

un
Par:
sificlógica
des
gor

I.

II.

III.

un concepto de alimentación idónea, o al menos adecuada. Para entender este ideal debemos comprender cómo se clasifican los alimentos, las comidas y las bebidas.

Una primera clasificación, desde un enfoque antropológico que intenta englobar la gran mayoría de las sociedades, propone agrupar los alimentos en las siguientes categorías:

I. El *alimento básico*, con las siguientes características:

- Es considerado un don de los dioses y la historia de su origen forma parte de la mitología del grupo. Con frecuencia el alimento mismo es deificado.
- La larga relación entre el alimento y el grupo humano llevará en algún momento a la plena domesticación de la planta o el animal y a la necesidad de la intervención humana para la reproducción de éste.
- La planta o el animal han sido objeto de siglos de experimentación y se adaptan a entornos y climas diversos, además de mostrar la capacidad para resistir la acción de agentes infecciosos o parasitarios.
- La planta o el animal que es el alimento básico se aprovecha de manera integral y casi no se desperdicia ninguna de sus partes. A menudo las partes no comestibles se utilizan como materia prima para confeccionar artesanías, y la planta o el animal suelen ser motivo de representaciones artísticas muy diversas.
- La inventiva culinaria del grupo explota el alimento dentro de diversas preparaciones que forman parte de platos y bebidas.
- El alimento básico se consume a diario y forma parte de la dieta habitual de todos o casi todos los grupos de edad.
- El alimento básico se consume en el marco de ceremonias religiosas o festivas.
- El alimento básico cubre una parte significativa de la ingesta diaria de energía.
- El grupo humano tiene en tan alta estima al alimento básico que no aceptaría su escasez o carencia.
- En el centro y sur de México este alimento básico es sin duda el maíz, en sus muy diversas formas de prepararlo como platillo o bebida. En el área andina le corresponde un papel similar a la papa.

II. Los *alimentos primarios*

En la mayoría de los grupos humanos existen, en torno al alimento básico, otros que forman los alimentos primarios y se consumen en abundancia, por lo general combinados con el básico. Por ejemplo, en México el conjunto fundamental que se combina con el maíz incluye frijol, jitomate, calabaza, tomate verde, chile, aguacate, en ocasiones amaranto, y otros.

III. Los *alimentos secundarios*

Otro grupo abarca los comestibles secundarios que se ingieren con menor frecuencia pero son identificados

por todo el grupo. En la dieta de comunidades rurales algunos ejemplos son: chayotes, algunos quelites disponibles todo el año, cacahuates y otros productos que se comen de manera ocasional, entre ellos las carnes de res, pollo, guajolote, puerco y otras.

IV. Los *alimentos periféricos*

Están al final y se comen sólo ocasionalmente, porque su disponibilidad depende de la estación del año, las fiestas o celebraciones. No forman parte de la alimentación diaria ni son identificados por todos los componentes de la sociedad. En las comunidades rurales se hablaría de frutos de temporada, productos de lujo como el cacao o animales como el venado, que son producto de una caza poco frecuente en algunas zonas.

De esta clasificación vale la pena destacar algunos hechos importantes para los trabajadores de la salud:

- El alimento básico debe conservarse siempre, por estar firmemente enraizado en la vida y preferencias de las personas.
- Algunos alimentos primarios se están perdiendo, como los frijoles en el caso de México, que son sustituidos por productos de menor calidad nutricional, como fideos y otras pastas de trigo. El frijol pierde popularidad a causa de su alto costo de producción y la energía y tiempo de cocción y preparación que requiere.
- Entre los alimentos secundarios y sobre todo periféricos existen oportunidades para innovar y mejorar la dieta, aunque también puede ocurrir lo contrario. Así constatamos que las bebidas gaseosas industrializadas han pasado de ser alimentos periféricos para transformarse en primarios, en alimento básico para algunos individuos.
- Es fundamental conocer bien los hábitos culinarios de las personas con quienes se trabaja.

Partiendo del estudio de la forma de comer de los mestizos de las ciudades mexicanas, proponemos otra clasificación:

- La *verdadera comida*, bien estructurada, supuestamente nutritiva y que se consume dentro del orden social.
- El *antojo*, que se come fuera del orden social. Se dice que es poco nutritivo o se le considera dañino por su excesivo contenido de grasa o hidratos de carbono. Responde a un vivo deseo y es una comida de "escape", que opone el orden al desorden. Su consumo puede ocasionar sentimientos de culpa. Los antojos permiten conocer la inventiva culinaria y las preferencias gastronómicas de los pueblos. Ejemplos: tortas, tacos, tamales.
- El *postre* o *golosina*, que es dulce por definición y se ingiere para culminar una comida o por "antojo". Tiene el valor de premio o autogratiación y se percibe como una especie de pecado venial.

- Los *alimentos pacotilla* o *chatarra*, cuyo precio es demasiado alto en relación con su aporte nutricional. Su consumo, de introducción reciente en la dieta popular, se ve potenciado por campañas publicitarias permanentes en los medios masivos.

Cada sociedad ha construido lo que considera su "verdadera comida", a lo que al inicio de esta sección llamamos comer "como Dios manda". Conocer este logro cultural es de suma importancia para la planificación de acciones de salud.

La visión intercultural de la alimentación y las intervenciones en salud

No cabe duda de que la alimentación es fundamental para la salud. Los profesionales de la salud lo saben y por eso están interesados en emprender intervenciones para su mejoramiento en las comunidades donde trabajan. Para ello se basan de forma casi exclusiva en estudios científicos de nutrición. Sin embargo, es fundamental entender que la elección de lo que se come puede estar muy alejada del valor nutricional de algunos alimentos o de sus ventajas para prevenir determinadas enfermedades. Lo que cada uno de nosotros ingiere está determinado por su situación personal, por los alimentos a los que tiene acceso y por una serie de pautas culturales. El no tomar en cuenta esta realidad ha llevado a fracasos importantes. Por consiguiente, resulta imprescindible empezar a incorporar elementos de la cultura dentro de los programas de salud en contextos interculturales.

Para cerrar este capítulo considere dos casos concretos tomados de la realidad mexicana. Lo hacemos no sólo para ilustrar lo expuesto hasta aquí, sino sobre todo porque al mostrar ejemplos directos sobre el tipo de errores que resultan de la falta de conocimiento de los aspectos culturales de la alimentación, se identifican pautas valiosas para la construcción de intervenciones interculturales en salud que permitan evitar esos errores en el futuro.

Caso 1: "De todas maneras, la leche es blanca"

El funcionario estatal llegó a la comunidad acompañado del funcionario internacional. Les llamaron la atención los niños flacos y con vientre abultado, evidentes consecuencias de mala alimentación. Una pasante de medicina que realizaba su servicio social allí confirmó la alarmante situación. Acordaron que era urgente agregar el nombre del pueblo a la lista de beneficiarios de un programa caritativo internacional de ayuda alimentaria.

Al cabo de algunos meses llegaron a la presidencia municipal camiones que descargaron bultos con leche en polvo, botes con grasa vegetal comestible y galletas secas; todo ello resultado de los excedentes de producción de los países desarrollados. La comunidad se organizó con rapidez y a

cada familia se le pidió acudir con recipientes para llevar a casa los alimentos llegados gracias a la solidaridad y generosidad internacional. Pero nadie explicó la forma de preparar y consumir esos productos.

Era evidente que las galletas se podían comer acompañando el atole o el café, y aunque desabridas fueron aceptables. El bote con grasa causó perplejidad. Algunas amas de casa valientes la usaron para freír, pero aquella sustancia no sabía a la manteca que acostumbraban usar y acabó siendo rechazada en la cocina o encontró utilidad como lubricante para las ruedas de las carretas y bicicletas.

El polvo blanco era un misterio. En los bultos se leía *powdered milk*, pero nadie entendía el inglés. A un joven se le ocurrió que eso era justo lo que necesitaba para marcar los límites y las áreas internas del campo de fútbol. Otros fueron por mejor camino y consideraron que debía ser un alimento que se diluía en agua, como el pinole. Varios se aventuraron a probarlo y descubrieron que sabía muy parecido a la leche que habían bebido en sus visitas a la cabecera municipal y a la que no estaban acostumbrados. Pero varios de quienes la bebieron notaron pronto que sus intestinos se llenaban de gases y padecían diarrea. Se supuso que el polvo estaba en mal estado y después de que corrió la voz, la mayoría decidió no correr el riesgo de volver a beberlo. Sin embargo, don Justi sí dio en el clavo: mezcló el polvo en agua tibia con baba de nopal y encontró que era excelente para blanquear las paredes de su casa. La iniciativa cundió y el pueblo tuvo un aspecto renovado, pero los niños siguieron igual o peor nutridos que antes.

Además de la evidente falta de información para los usuarios potenciales de la ayuda, los donantes ignoraron un hecho básico: buena parte de los indígenas americanos tienen insuficiencia o carencia de lactasa en su tubo digestivo. Esa enzima es responsable de algo muy sencillo e importante: desdoblar los dos azúcares que componen la lactosa o azúcar de la leche en dos azúcares simples. Al faltar la enzima, la lactosa llega sin cambios al intestino grueso, donde las bacterias la consumen, produciendo exceso de gas e irritación en las paredes del tubo digestivo.

De lo anterior concluimos que la introducción de nuevos alimentos requiere sensibilización de la comunidad, a la que debe enseñarse el uso de los mismos, no sólo en teoría, sino de manera directa para que los incorporen en recetas de cocina conocidas. Pero además, quien proponga los nuevos alimentos debe conocer las características biológicas, psicológicas y socioculturales de la población destino. De lo contrario, un alimento valioso como la leche en polvo puede acabar marcando los límites del campo de fútbol. De todas maneras, es un polvo blanco.

Caso 2: "Pero que no me falten mis tortillas y mis frijolitos"

Don Ruperto se fracturó el tobillo y tuvo que ser internado en el hospital del pueblo. Fue operado, se le aplicó yeso y

debió permanecer internado un par de días antes de regresar a su casa apoyado en unas muletas a las que pronto se acostumbró.

Al llegar al hogar sorprendió a Epifanía, su mujer, al decirle que tenía mucha hambre. Ella le preguntó si en el hospital no le habían dado de comer y, llena de curiosidad, le pidió que le contara lo que le habían ofrecido. Ruperto respondió con una descripción detallada:

Al mediodía me dieron un caldito de pollo con una patita y unas verduritas que no conocía y luego una como agua dura que llaman gelatina y es muy dulce. Pero eso no fue lo malo. Imagínate, para [todo] eso me dieron tan sólo cinco tortillas frías y ya medio duras y me hicieron falta mis frijolitos para nivelarme y mi salsita pa' darle sabor.

Epifanía preparó de inmediato un tanate con su servilleta limpia y lo fue llenando de tortillas calientes y suaves, recién sacadas del comal. Ruperto se hizo primero un taco con frijoles y salsa casera; sonrió satisfecho. Luego comió el guisado de espinaca con tomate y quintoniles, que iba a ser su comida del día, y lo acompañó con más de una docena de tortillas.

Lo que ocurrió fue que a Ruperto le hizo falta su alimento básico, las tortillas, en cantidad suficiente. Los habitantes mestizos de las ciudades consideran que las tortillas deben comerse con moderación, ya que "engordan". En cambio, para el campesino son su principal fuente de energía y una de las fuentes básicas de proteínas y fibra. Las consumen en mayor cantidad que los ciudadanos por la facilidad para obtenerlas en casa y por su costo accesible en dinero y trabajo. Los frijoles juegan el mismo papel, pero son la mejor fuente de proteína vegetal en comunidades donde el consumo de la proteína de origen animal es raro.

Es aconsejable que los hospitales que atienden a comunidades campesinas, indígenas, rurales o marginadas se aseguren de que sus pacientes tengan acceso suficiente a tortillas y frijoles, pues las primeras son su alimento básico y los segundos un alimento primario fundamental y con alta calidad nutricional en el contexto de la dieta de esas personas.

Algunos centros de salud y hospitales han reconocido la importancia de contar con una tortillería dentro de sus instalaciones, con lo que ahorran dinero y satisfacen a su personal y pacientes.

Para encontrar cifras concretas sobre la función de las tortillas en la alimentación de los mexicanos actuales, consulte Bourges (2002).



Actividades de evaluación

- Elaborar una lista de los alimentos que acostumbra consumir, agrupándolos en básicos, primarios, secundarios y periféricos.
- Después de lo anterior, responder las siguientes preguntas:
 - ¿Qué diferencias y similitudes encuentra con lo propuesto en el texto?
 - ¿Qué modificaciones realizaría a este esquema de alimentación en caso de enfermar?
 - ¿Qué factores considera que pueden alterar el esquema de alimentación de un grupo social?
- Preguntar lo siguiente a tres pacientes hospitalizados:
 - ¿Cuál es su opinión acerca de la comida que ofrecen en el hospital?
 - ¿En qué se parece o se diferencia de lo que acostumbra comer en su casa?
 - ¿Considera que la comida del hospital le ayuda a recuperarse de su enfermedad? ¿Por qué?
- Compare sus respuestas con las del resto del grupo.

Para reflexionar...

ALIMENTACIÓN EN SAN JUAN COPALA, OAXACA, MÉXICO

La gente de Copala come "lo que hay", pero es muy poco. Su dieta diaria se basa en el maíz a través de la elaboración de tortillas, las cuales constituyen el alimento fundamental y a veces único. La tortilla se elabora por las mañanas y se consume en las dos o tres comidas que se hacen durante el día, por lo general acompañadas de frijoles, salsa y, dependiendo de la época, de algunos alimentos que se recolectan o cazan en el monte: hierbas silvestres (mostazas, quelites, cilantro), hongos, chapulines, chicatanas, incluso conejo y venado (en raras ocasiones). La elaboración de los alimentos es rutinaria y poco complicada; se cuecen

y sazonan con sal, en el fogón de leña. El aporte proteico es mínimo y se obtiene de la ingesta de huevo. El 39.32% de las familias dijo consumir huevo cada tercer día, 14.60% lo consume una vez por semana y 40% no lo consume. La carne es un alimento sustantivo, no sólo porque se consume sobre todo durante las festividades comunales y familiares (aunque no en todos los casos), sino por estar muy distante de la realidad alimenticia de los triquis [...]. La ingesta de leche es nula en la comunidad. Sólo los lactantes la toman y es materna. Al terminar el periodo de amamantamiento los niños deben tomar agua, té o café.

Mendoza González Z (2011). *De lo biomédico a lo popular. El proceso salud-enfermedad-atención en San Juan Copala, Oaxaca*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 144-145.

Bibliografía

Referencias

1. Álvarez del Rivero JC, Bourges H, Casanueva E *et al.* (2001). *Glosario de términos para la orientación alimentaria*. Cuadernos de Nutrición, 24 (1), 7-43.
2. Bourges H (2002). *Comentarios sobre la aplicación del IVA a los alimentos*. Cuadernos de Nutrición, 25 (1), 14-17.
3. Casanueva E, Kaufer-Horwitz M, Pérez AB, Arroyo P (eds.). *Nutriología médica*. México, D.F.: Editorial Médica Panamericana y Fundación Mexicana para la Salud.
4. Castro Sánchez AE (2007). *La nutrición como ruptura cultural: la experiencia de los adultos con diabetes mellitus tipo 2*. Investigación en Salud, IX (1), 26-33.
5. Cervantes MA (2012). *Cuerpo, alimentación, salud y enfermedad vistos como un sistema complejo*. Revista Diario de Campo, Coordinación Nacional de Antropología/Instituto Nacional de Antropología e Historia, 1, 61-65.
6. Contreras J (1992). *Alimentación y cultura: reflexiones desde la antropología*. Santiago: Revista Chilena de Antropología, 11, 95-111.
7. Farb P, Armelagos G (1980). *Consuming passions. The anthropology of eating*. Boston: Houghton Mifflin.
8. Garine I, Vargas LA (1997). *Introducción a las investigaciones antropológicas sobre alimentación y nutrición*. Cuadernos de Nutrición, 20 (3).
9. Cruells GM (1999). *Del jardín de América para el mundo*. México, D.F.: Ángel Porrúa Editor y Procuraduría Federal del Consumidor.
10. Green LW, Kreuter MW (1991). *Health promotion planning. An educational and environmental approach*. Toronto: Mayfield Publishing Company.
11. Harris M (1985). *Good to eat. Riddles of food and culture*. Nueva York: Simon and Schuster.
12. Harris M (1978). *Caníbales y reyes. Los orígenes de las culturas*. Barcelona: Editorial Argos.
13. Jelliffe DB (1974). *Nutrición y desarrollo infantil en países en desarrollo*. México, D.F.: Editorial Limusa.
14. Kiple KF (2000). *The Cambridge world history of food*, vol. 2. Cambridge: Cambridge University Press.
15. Marrodán D, González MM, Prado C (1995). *Antropología de la nutrición. Técnicas, métodos y aplicaciones*. Madrid: Editorial Noesis.
16. Pelto G, Pelto J, Messer E (1989). *Research methods in nutritional anthropology*. Tokyo: The United Nations University.
17. Pelto G, Vargas LA (eds.) (1992). *Dietary change and nutrition*. Ecology of Food and Nutrition, 27, 159-161.
18. Pérez de Gallo AB, Marván L (1999). *Diets normales vs. terapéuticas. Los alimentos en la salud y la enfermedad*. México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana.
19. Salas Gómez LE (2003). *Educación alimentaria. Manual indispensable en educación para la salud*. México, D.F.: Editorial Trillas.
20. Vargas LA (2001). *El alimento básico en las cocinas de la humanidad. El caso de Mesoamérica*. Itinerarios (Varsovia), 6, 39-53.
21. Vargas LA (1999). "Las ciencias naturales en Mesoamérica y la forma en que se aplicaron en la alimentación". En: *Ciencias naturales en México*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
22. Vargas LA (1997). "Un banquete de la cocina mexicana". En: *El patrimonio nacional de México*. México, D.F.: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes y Fondo de Cultura Económica, Colección Biblioteca Mexicana.
23. Vargas LA, Aguilar P (2002). *Una visión integral de la alimentación: cuerpo, mente y sociedad*. Cuadernos de Nutrición, 25 (2), 88-92.

Alimentación e interculturalidad

Montserrat Salas Valenzuela

CAPÍTULO

13

Conceptos clave

Alimentación • Nutrición • Cultura alimentaria • Saberes
• Prácticas • Representaciones sociales

Introducción

Los conceptos de alimentación y nutrición tienden a hacer nos pensar en una función fisiológica de los seres vivos, en el estudio biológico de esos fenómenos. Por tanto, resulta inevitable relacionarlos con el ámbito de la medicina. Sin embargo, el estudio de tales procesos y el campo de acción en torno a ellos no corresponden sólo a las ciencias de la salud y la nutrición, sino que involucran en gran medida a las ciencias sociales y humanas, ya que las prácticas relacionadas con la alimentación están determinadas por factores políticos, económicos, religiosos, etarios, de género y de escolaridad, por mencionar algunos. De igual manera, las concepciones acerca de la alimentación-nutrición y el proceso salud-enfermedad-atención van mucho más allá de la relación que ha establecido la biomedicina. De acuerdo con lo anterior, se propone este artículo como una base teórica y un ejemplo de aplicación acerca de la importancia de abordar la alimentación dentro de un marco integral e interdisciplinario.

El objetivo del presente trabajo es presentar algunos elementos en torno a la cuestión de la alimentación en contextos interculturales. Son varias las dimensiones que se deberían tomar en cuenta a la hora de realizar investigaciones y acciones comunitarias al respecto. Por ejemplo, el contexto histórico, socioeconómico y político, el vínculo inseparable entre la alimentación y los procesos de salud-enfermedad-atención, la relaciones de hegemonía-subalternidad de los actores sociales sobre la alimentación, etc. Asimismo, conviene explicitar propuestas para la elaboración de políticas y programas encaminados al mejoramiento de la situación alimentaria y de salud de la población.

Un abordaje de este tipo ayuda a la modificación de la visión etnocéntrica en torno a la alimentación, para contribuir a entenderla y explicarla desde el punto de vista de los grupos sociales; asimismo, promueve el respeto hacia la diversidad alimentaria y de modos de vida con una comprensión más profunda de las personas. En este sentido, se exponen a continuación algunas acciones que se llevan a cabo en el estado de Oaxaca, México, con una propuesta de interculturalidad alimentaria.

Importancia del contexto

"Historizar" el tema de la comida en Latinoamérica (y en el mundo entero) exige entender la cuestión en el marco más amplio de los procesos de globalización de la economía mundial verificados en los últimos tres decenios: crisis cíclica profunda y prolongada. La creciente limitación en la autonomía de las economías nacionales y de los Estados para diseñar sus propias políticas, en particular lo referente a los recursos naturales, así como la internacionalización de los procesos de producción, la libertad de circulación y la acción del capital, configuran el panorama macro de la industria alimentaria, cuyo resultado inmediato es la conversión de los alimentos en mercancías, en tanto productos incorporados al circuito del mercado globalizado.

Cálculos de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) indican que el número de personas que hoy padecen hambre en el mundo no ha disminuido en el último decenio, y todo parece indicar que aumentará en los próximos años, ya que a finales de 2009, en el mundo habrá casi mil millones de personas que pasen hambre a diario, no como consecuencia de las malas cosechas, sino por la disminución de sus ingresos y por el incremento del desempleo causado por la crisis económica mundial. Millones de personas en el mundo, las más vulnerables, están en peligro, ya que destinan al menos 60% de sus ingresos a la adquisición de alimentos básicos, con precios locales que mantienen una tendencia al alza, a pesar de la expansión global de la producción de cereales.

Mientras tanto, las empresas transnacionales de la industria agroalimentaria y los cárteles de productos básicos que controlan el comercio agrícola y alimentario mundial se han convertido en los grandes beneficiarios de la crisis alimentaria, con incrementos reconocidos en sus ganancias superiores al 80% en los años recientes. Las fabulosas ganancias de esas empresas (que publicitan sus productos como *modernos*, en una oferta de doble vía entre los alimentos *chatarra* y los modificados *nutricionalmente*) se explican en parte por sus eficaces estrategias de mercadotecnia, pero sobre todo por las tímidas regulaciones estatales que no ponen freno a la publicidad engañosa, que no restringen la agresiva publicidad dirigida a la población infantil, que no protegen las condiciones laborales de los jornaleros y que no preservan la producción local; es decir, que no fomentan una verdadera responsabilidad social de las empresas, con salarios

dignos para los trabajadores y en el marco del cuidado ambiental.

Así, el contexto macro deja de ser un simple escenario, ya que en la actualidad prácticamente no existen grupos sociales que estén aislados por completo de la economía de mercado, por lo que en sectores sociales de marginación extrema los efectos de la crisis alimentaria pueden ser aún más graves, por encontrarse en condiciones de pobreza y con afecciones sobre su estado de salud y de nutrición.

Cuando hablamos de contexto, conviene considerar tanto los elementos macro (globalización, modernidad, crisis alimentaria) como los de índole regional (intercambios, precios de alimentos, regulaciones y políticas estatales, subsidios, sustitución de cultivos, exención de impuestos a la importación de alimentos básicos en detrimento de la agricultura y la ganadería locales, y en general con los modelos de desarrollo de cada país) además de los locales y domésticos (producción, distribución intrafamiliar, gasto en comida), cuya articulación nos permitirá entender en última instancia el complejo proceso en virtud del cual los sujetos llevan un determinado alimento a sus bocas. Lo que sucede en una cocina, en una mesa, cuando una familia comparte sus comidas, determina ciertas prácticas en las que se articulan de un modo particular las políticas macroeconómicas con las disponibilidades domésticas, además de las dimensiones simbólicas de la comida.

En este sentido, al formular un planteamiento sobre la alimentación en contextos interculturales, no se puede pasar por alto el complejo aspecto económico de la alimentación y de la agricultura de los alimentos básicos, que en ocasiones son los únicos que ciertas poblaciones consumen. Con esto es posible tomar distancia de las posiciones clásicas de la antropología, que tiende a derivar esta conexión y suele dedicarse sólo a conocer el tipo de alimento que consume la población indígena, en un afán folclorizante y paternalista. Como señalara Bonfil hace décadas, "debemos vincular los alimentos [que consumen las poblaciones indígenas] con la producción local y el intercambio", para dimensionar no sólo los aspectos simbólicos de la comida, sino los sistemas agrícolas tradicionales y los alimentos industrializados que se comercializan en la *tiendita* de la esquina y en el supermercado del barrio.

Más aún, observar, describir e interpretar los contextos permite comprender las tensiones y rupturas entre las recomendaciones *estandarizadas* supuestamente válidas para la alimentación de todos los sujetos en todo lugar, y las prácticas cotidianas de los sujetos y los grupos sociales.

La alimentación es (parte de la) cultura

No cabe duda de que la alimentación forma parte de las actividades imprescindibles para la supervivencia y la reproducción humanas, pues si una persona deja de comer, puede

enfermar y morir, como lo han demostrado sobre todo las ciencias biológicas. Sin embargo, la alimentación humana no ha sido estudiada sólo por la medicina y la nutrición, ya que la historia, la psicología, la economía, la biología y la antropología también han aportado sus puntos de vista. Sin embargo, mientras las primeras se dedican a conocer más que nada los aspectos biológicos, genéticos o fisiológicos de la alimentación, las ciencias humanas abordan las dimensiones simbólicas, sociales,¹ históricas y económicas; por ejemplo, la disponibilidad alimentaria, la selección cultural de los productos comestibles y los que no lo son, la comida que se consume en festejos y rituales, la comensalidad, las *maneras de mesa*, quiénes preparan y seleccionan los alimentos, cómo se distribuye la comida dentro de las familias, la medicalización de la alimentación, etcétera.

Cuando se entiende la *cultura alimentaria* como el conjunto de prácticas y representaciones sociales asociadas a la alimentación, compartidas por los integrantes de una cultura dada o de un grupo social dentro de una cultura, y se asume que en contextos determinados la *comida* no es un acto individual aislado, entonces es posible aportar claves sobre el funcionamiento general del grupo social, ya que antes de ser *comidos*, los alimentos tienen que haber sido preferidos, escogidos, preparados, ofrecidos y simbolizados; lo cual sin duda es materia cultural.¹

Se considera que la alimentación forma parte de los procesos denominados de multi-interculturalidad; nociones que a menudo se consideran equivalentes, en el marco de la atención antropológica hacia la *otredad*. En este marco se establece que la multiculturalidad es producto de la presencia de múltiples grupos sociales con culturas diversas, es decir, en la inevitable convivencia de varios *otros* en un mismo espacio-momento, reconociendo que los grupos y sujetos sociales interactúan a partir de lo que son (no podría ser de otra forma), desde su posicionamiento socioeconómico y cultural, lo que crea un marco de referencia con el cual interpretan la vida misma. Si la multiculturalidad es la expresión de la convivencia (armoniosa o discordante) de las culturas, con llamados al reconocimiento y respeto como muestras mutuas de tolerancia, el siguiente paso sería la construcción social de la interculturalidad. En el plano discursivo se expone la interculturalidad como una aspiración para mejorar la convivencia social, en la que se asigna importancia considerable a la comunicación, sobre todo en los ámbitos educativos, de mercadeo y de la salud. Así, mientras que la realidad multicultural es un hecho y tiene cierta carga descriptiva y de agregación (pluricultural), la interculturalidad se plantea como un anhelo, como un ideal que es preciso edificar de manera colectiva en el marco de la diversidad.

No cabe duda de que la presencia de múltiples culturas pone de manifiesto la *diferencia* cultural; sin embargo, en torno a ésta la sociedad erige la desigualdad, ya que los grupos culturales están en posiciones de poder social diferentes: unos hegemonizando a otros, mediante la coerción y/o

el consenso. Tal vez por ello, ir más allá de la diferencia, evidenciar la asimetría y proponer las relaciones interculturales parece más una intención que una práctica generalizada, ya que el respeto mutuo no consiste sólo en entenderse y eliminar el conflicto, sino en amalgamar ciertos rasgos culturales. Así, la interculturalidad no puede juzgarse como buena o mala, adecuada o insuficiente, sino como compromiso activo entre ciudadanos y autoridades al generar las condiciones para que tales procesos de equidad tengan lugar.

El afán de proponer la interculturalidad se encamina a desmantelar las bases del etnocentrismo y de la superioridad cultural. Tarea nada fácil, por cierto, incluso en el ámbito alimentario. Recomendaciones como las de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (CD37.R5 y CD40.R6, 1992), en el contexto de la conmemoración de los 500 años de la llegada de los europeos al Continente Americano, bajo el nombre de Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, constituyen un marco de referencia para que los estados nacionales diseñen y pongan en marcha políticas y programas en la búsqueda de colaboración y armonización social, mediante el denominado "enfoque intercultural en salud".

En el caso de la alimentación, se reconoce a las autoridades del sector salud como las encargadas de formular marcos locales en la búsqueda de interrelaciones equitativas entre *diferentes*, encaminadas a disminuir las disparidades en salud (y en particular las deficiencias alimentarias) de los pueblos indígenas. Tanto más si se considera que de los 100 millones de personas que no tienen acceso regular a la atención de salud en Latinoamérica, 40% son indígenas. Son precisamente estos grupos sociales quienes padecen peores condiciones de salud y nutrición. En parte por las recomendaciones multinacionales, pero sobre todo por la evidencia de las precarias condiciones de salud y nutrición de los pueblos indios, en muchas de las propuestas de interculturalidad alimentaria subyace la idea de que el enfoque intercultural se refiere de modo exclusivo a los indígenas, o en el mejor de los casos a los marginados, los pobres, los campesinos y las denominadas *minorías*, formulando juicios respecto a sus prácticas para etiquetar de forma negativa las que se explican por la *cultura*. Un abordaje verdaderamente intercultural puede contribuir a superar estas visiones y comprender la lógica de las prácticas alimentarias como parte del *todo* que constituye el universo alimentario de cualquier grupo social.

Por consiguiente, la construcción de la interculturalidad no hace referencia sólo a los indígenas (aunque este sector es prioritario dentro de tal enfoque), sino a todos los grupos en sus diversas manifestaciones culturales. Así, las prácticas y representaciones sobre la alimentación se encuentran en grupos con diferencias políticas, religiosas, etarias, de género, lingüísticas, de escolaridad, de opciones sexuales y muchas otras. Este marco diverso constituye una seria dificultad y un reto para construir un modelo y una práctica interculturales, ya que las relaciones entre grupos

con culturas diversas están atravesadas por tensiones, rupturas y complementaciones, en tanto que los cambios culturales casi nunca tienen lugar de modo aislado y, en cambio, están integrados en una tendencia de desarrollo más amplia.²

Relaciones de hegemonía-subalternidad y la alimentación

Los conjuntos sociales configuran en forma colectiva representaciones respecto a una temática determinada, realizan prácticas y elaboran significados culturales. La compleja articulación entre la práctica y la representación es lo que denominamos *saberes*.³ Así, las *prácticas* de alimentación son el conjunto estructurado de conductas pautadas culturalmente, rutinarias o eventuales, que adquieren diferentes grados de complejidad y expresan la acción del sujeto en la realidad a través de la distribución-asunción de roles, funciones e interacciones con el mundo social.⁴ Las *representaciones sociales* sobre alimentación son el conjunto de opiniones, nociones, ideas, concepciones, creencias, valores, actitudes y significaciones que los sujetos elaboran en torno a este tema en un contexto determinado. Las representaciones siempre guían la práctica y orientan el camino que se debe seguir y expresan la experiencia vivida por los sujetos. Por tanto, son cambiantes pero siempre concurren en la construcción de una realidad común a un conjunto social.⁵ Las representaciones sociales sobre la comida se constituyen además en un conocimiento social práctico, en tanto dan sentido a acontecimientos y actos que terminan por ser habituales y con los cuales las personas se relacionan: *hacer familiar lo desconocido y hacer visible lo invisible*,⁶ ya que lo insólito o desconocido resulta amenazante cuando no se tiene una categoría para clasificarlo.

Si bien la noción de *saberes* resulta una abstracción en términos metodológicos, los saberes son representados y puestos en práctica por individuos y grupos sociales concretos. El saber no se ve, sino que puede ser reconstruido a partir de fuentes diversas mediante la investigación antropológica: conversaciones, observaciones y acompañamientos con algunos individuos o con todos los integrantes del grupo. El saber constituye un todo que es sistemático en tanto evidencia una racionalidad grupal, y no remite sólo al *conocimiento* (en oposición a ignorancia, como suele utilizarse) sobre una determinada problemática, sino a las elaboraciones que los sujetos comparten como producto de su vida social, construidas de manera colectiva. La valoración social del saber no deriva de su "calidad" o sus contenidos específicos, sino de quién proviene: un conjunto social que elabora y pone en práctica este saber posicionado socialmente como dominante o dominado, pero no sólo en el plano de las ideologías, sino que se traduce en prácticas concretas; es allí donde se expresa la hegemonía-subalternidad de los grupos sociales. En efecto, frente al reconocimiento antropológico

de la existencia del "otro" (ya sea concebido en su *experiencia*, en su *racionalidad* o en su *subalternidad*), las relaciones interculturales en torno a la alimentación pueden verse beneficiadas si se comprendiese un poco mejor el contexto en el que se verifican tanto las prácticas como la elaboración de las representaciones del "otro"; mediante "la observación directa y prolongada de las situaciones que rodean el consumo de alimentos y la descripción minuciosa del comportamiento alimentario cotidiano en sus diferentes manifestaciones; en definitiva, la etnografía alimentaria [...]".⁷ En otras palabras, rastrear las expresiones de la hegemonía alimentaria no sólo como ideología, sino (como plantea Gramsci) como actividad práctica.⁸

Así, con base en la descripción densa de las prácticas, en el *emic* de la comida,¹ se puede dar cuenta de la alimentación como un asunto *total*, que en la actualidad se relaciona de forma estrecha con los procesos de salud-enfermedad-atención, aunque tratando de conservar un enfoque no patologizante de la comida, pero sin negar la existencia de las patologías alimentarias y nutricionales cuando se presentan, diagnostican e interpretan.

El peso y la hegemonía de la ciencia médica y nutricional contemporánea en relación a la alimentación son de tal magnitud que la antropología alimentaria, además de cuidarse de la carga etnocéntrica disciplinar, se ha visto obligada a reconocer que cuando se pretende comprender y estudiar la *alimentación* desde diferentes ópticas pueden presentarse varias dificultades:

1. Incapacidad para disociar los aspectos fisiológicos de la nutrición de los aspectos sociales (sesgo de preocupaciones nutricionales de quien hace la encuesta).
2. Disociar en la alimentación los aspectos económicos de las aspiraciones de orden social y nutricional.
3. La alimentación es un tema demasiado proclive a la manipulación social como para que las respuestas a un cuestionario no sean sospechosas.⁹

Dado que es la cultura (no la nutrición ni la medicina) la que establece lo que es comestible, lo que es tóxico y la saciedad [...] si se quiere comprender un tabú alimentario (por ejemplo), es necesario situarlo en el contexto global de la sociedad que aplica la prohibición, ya que las escalas de valor no flotan en el vacío, sosteniéndose milagrosamente [...] las reglas alimentarias toman sentido en tanto que elementos de una concepción general del Universo, y si se las considera aisladamente, se corre el riesgo de tropezar con un sinsentido [...] porque la alimentación es más que un sistema entre otros, regulando todos ellos el cuidado del cuerpo con disposiciones que gobiernan las comidas, la limpieza, la ropa, el cuidado de los enfermos y de los moribundos, los nacimientos [...] así, en el interior de la familia hay un sistema de cuidados corporales que evoluciona y que al mismo tiempo forma la trama de las relaciones intrafamiliares [...] por ello es que se pueden relacionar los sistemas alimentarios y el sistema familiar en su conjunto.⁹

Por ello, se puede comprender la alimentación como parte de un todo denominado "sistema de autoatención", que se refiere a:

[...] las prácticas y representaciones que la población utiliza para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa o intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención.¹⁰

Si bien esta definición constituye un recurso heurístico para comprender los procesos prioritarios de salud, enfermedad y atención (nivel *restringido*), contiene también el denominado nivel *amplio*, que alude a la preparación y distribución de alimentos, obtención e higiene del agua, aseo de cada uno de los integrantes del grupo doméstico-familiar y el mantenimiento del conjunto de la unidad doméstica.

Dicho sistema puede asociarse a, ser parte integrante de, o equivaler a lo que en demografía y economía se denomina trabajo doméstico, es decir, el conjunto de actividades cotidianas que se realizan necesariamente en todos los hogares y que involucran cuestiones de higiene y salud (lavar, planchar, cocinar, cuidar, arreglar y servir); tareas que garantizan el bienestar de los integrantes de la familia. Este tipo de trabajo comprende actividades indispensables para el mantenimiento del hogar, como la elaboración de alimentos, cuidados de higiene y de la salud, atención a infantes y a personas enfermas y ancianas. Todo esto va más allá del equilibrio emocional-afectivo, así como de la socialización de los individuos, incluyendo la sociabilidad alimentaria,¹¹ y es en este nivel donde las políticas de tipo macro hacen sentir su efecto, se corporizan y obligan a los integrantes de las unidades domésticas y de sus redes a ajustar roles, responsabilidades y obligaciones.

En el sentido amplio de la autoatención, no es suficiente concebir la alimentación como un balance cuantitativo entre "lo que entra y lo que se produce con esos insumos" (análisis *input-output*), de uso generalizado en las ciencias de la nutrición, ya que la racionalidad de los conjuntos sociales al clasificar y seleccionar alimentos es difícilmente cuantificable y, a diferencia del pensamiento médico ya señalado de que "somos lo que comemos", desde la antropología de la alimentación tendríamos que afirmar más bien que "comemos lo que somos",⁷ en una especie de *illness* de la comida. Un ejercicio interesante para ilustrar esta afirmación es el que realizan Baas, Wakefield y Kolasa.⁷ En su listado de las *funciones socioculturales de la alimentación*, elaborado a partir de su trabajo de campo en diversos países, en diversas culturas y en diferentes momentos históricos, proponen que sólo una de veinte funciones identificadas se refiere a un asunto estrictamente nutricional, como es el de proporcionar el combustible al cuerpo:

- Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo.
- Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios.

- Demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales.
- Proporcionar un foco para las actividades comunitarias.
- Expresar amor y cariño.
- Expresar individualidad.
- Proclamar la distintividad de un grupo.
- Demostrar la pertenencia a un grupo.
- Hacer frente a situaciones de estrés psicológico o emocional.
- Significar estatus social.
- Dar recompensas o castigos.
- Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento.
- Ejercer poder político y económico.
- Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas.
- Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales.
- Simbolizar experiencias emocionales.
- Manifestar piedad o devoción.
- Representar seguridad.
- Expresar sentimientos morales.
- Significar riqueza.

Las 19 funciones restantes se refieren a diferentes aspectos de las relaciones sociales y a los significados de la comida para distintos grupos sociales. Lo que la gente come y lo que la comida significa para la gente constituye un saber cultural más que nutricional (aunque puede contemplar aspectos nutricionales): en el tianguis (mercado) compramos jitomates, no nutrientes, aunque en la decisión de compra se manifiesten cada vez más los elementos divulgados por la información biomédica-nutricional sobre los alimentos.

Por todo lo anterior, no es posible limitarse a estudiar aspectos aislados de la alimentación, ya sea sólo lo económico, sólo la división sexual del trabajo doméstico o sólo la "ingesta de nutrientes", o incluso sólo los aspectos estrictamente médicos en la alimentación, ya que es el conjunto de estos factores de manera articulada lo que da lugar a las prácticas alimentarias y permite elaborar las representaciones sociales respecto de la alimentación. Un ejemplo de ello se presenta en ciertos grupos sociales donde la comida puede ser un proceso ininterrumpido, sin estructura horaria, donde el concepto de "la hora de comer" es diferente al de otros contextos culturales o simplemente no existe. También podemos mencionar que el hecho de considerar *comida* a lo que los individuos ingieren sólo tiene sentido en determinados contextos, ya que desconocemos *a priori* si determinados alimentos o productos se consideran universalmente como comida.

Una distinción importante

Ya se ha indicado que la cuestión de la alimentación ha sido estudiada tanto por las ciencias biológicas como por las sociales. Sin embargo, en términos de elaboración de políticas

públicas y de programas específicos para mejorar las condiciones de vida, de salud y de nutrición de las poblaciones más pobres, la temática alimentaria ha sido abordada de manera hegemónica por la ciencia nutricional, en medio de tensiones de diversa índole derivadas de la indefinición y falta de claridad sobre aspectos medulares de su objeto de estudio, a consecuencia de su adhesión predominante al paradigma positivo. Su origen salubrista, su vínculo filial con la medicina y el hecho de estar sustentada en la biología han influido en el desarrollo conceptual de esta disciplina con un innegable sesgo en favor de una mirada biologicista, estandarizante, farmacológica y que se autoatribuye la potestad de emitir juicios sobre las formas de comer de los individuos y de las poblaciones. Aun así, es importante reconocer que estos estudios cumplen sus objetivos en tanto permiten conocer los consumos promedio de alimentos, de energía y de nutrimentos en una población determinada, así como la valoración cuantitativa del estado nutricional de sus distintos grupos etarios y su distribución geográfica.

Los nutriólogos definen la *nutrición* como el conjunto de fenómenos involucrados en la obtención por el organismo, y en la asimilación y transformación metabólica por las células, de las sustancias energéticas, estructurales y catalíticas necesarias para la vida. Por tanto, se considera que la *nutrición* es sobre todo un proceso celular que ocurre de forma continua y está determinado por factores genéticos y ambientales. Entre estos últimos destacan la alimentación y los factores de tipo físico, biológico, psicológico y sociológico. En cambio, la *alimentación* se ha definido como el conjunto de factores involucrados en la obtención, por parte del organismo, de las sustancias energéticas, estructurales y catalíticas necesarias para la vida. Entre dichos factores podemos mencionar los geográficos, económicos, sociales, culturales y psicológicos.¹² De este modo, para el pensamiento nutricional predominante, los *protagonistas* del fenómeno alimentario no son los sujetos sociales, sino los *organismos*, a los cuales considera como "sujeto" de la alimentación.

A partir de este discurso gremial se elaboran propuestas programáticas y acciones estandarizantes que encierran en sí mismas la dificultad para lograr el éxito, ya que no son los *organismos* quienes consumen los alimentos, sino los individuos en un marco de interrelaciones sociales de hegemonía-subalternidad siempre dinámicas y cambiantes. El saber nutricional hegemónico ha obtenido éxito significativo al medicalizar asuntos que antes estaban fuera del dominio de la medicina, en particular respecto a la alimentación, en estrecha vinculación con las empresas transnacionales de las industrias químico-farmacéuticas y de la alimentación, con el apoyo interesado de los medios de comunicación masiva. Así, se patologiza la comida justo cuando más personas en el mundo pasan hambre a diario; de modo que la alimentación en contextos interculturales se constituye en un verdadero reto para conciliar el desarrollo técnico-científico con el saber de los grupos sociales sobre su alimentación. Ciertos principios básicos de nutrición e higiene que en zonas urba-

nas resultan incuestionables podrían “carecer de sentido”, en términos culturales y económicos, en zonas rurales o marginales donde el agua es escasa y el combustible exiguo.

Vargas sostiene:¹³

[...] es relativamente sencillo entender el sistema de clasificación frío-húmedo y caliente-seco de muchos de los grupos indígenas de nuestro país. En vez de combatirlo por su carencia de fundamento científico, entendámoslo como un elemento de su cosmovisión. Es sencillo preparar una dieta sana, higiénica y nutritiva desde la perspectiva ética, pero que además se ajuste a los conceptos locales de lo frío-húmedo y caliente-seco, analizados desde la perspectiva étnica. Es más, las cocineras indígenas seguramente lo harán con gusto si son guiadas por el personal técnico o profesional responsable del servicio de alimentación mediante el diálogo respetuoso.

No obstante, es posible obtener éxitos relativos en situaciones específicas y delimitadas, aunque aún no contamos con evaluaciones globales en torno a la aplicación de programas de salud y nutrición con enfoque intercultural. La mayoría de los gobiernos nacionales de América Latina han retomado en la dimensión programática las propuestas elaboradas por la OMS en los años noventa. Sin embargo, la información epidemiológica disponible señala que aún no se ha logrado un mejoramiento sostenido del estado de salud y de nutrición de las poblaciones atendidas en el marco del pluralismo cultural. Razón por demás suficiente para mantener el empeño en cimentar una interculturalidad estable en la salud y en la alimentación.

Una experiencia de aplicación concreta: el CECIPROC

Frente a las limitaciones y la precariedad de los servicios estatales para resolver problemáticas específicas en el ámbito de la salud, en muchas comunidades latinoamericanas se han realizado acciones encaminadas tanto a poner de relieve dichas limitaciones como a potenciar las capacidades locales y colectivas de atención de la salud. La mayoría de tales esfuerzos aún no se han sistematizado para su difusión, pero se inscriben dentro del amplio movimiento social de participación comunitaria y ciudadana característico de las últimas décadas del siglo xx, gestando las bases de nuevas relaciones Estado-sociedad.

Una de esas propuestas es el Centro de Capacitación Integral para Promotores Comunitarios (CECIPROC), asociación civil creada en 1992 en el estado mexicano de Oaxaca, cuya propuesta de educación no convencional como alternativa de desarrollo puede considerarse un ejemplo de acciones en contextos interculturales, en particular sobre la alimentación. En el marco de las acciones comprometidas para el mejoramiento de la salud de las comunidades con la estrategia de Atención Primaria de Salud, APS (Salud para

Todos en el año 2000), el CECIPROC es un programa que se nutre de la experiencia de equipos rurales de investigación-acción propiciados por una de las principales instituciones del sistema nacional de salud en México, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, donde se desarrollaron investigaciones pioneras con personal formado tanto en las ciencias médicas como en las ciencias sociales. El punto de partida del CECIPROC es que los campesinos indígenas constituyen el sujeto social de transformación y utiliza un modelo de capacitación basado en la educación integral con participación activa de promotores(as) y de la comunidad. Se trabaja en cuatro áreas temáticas: nutrición, salud comunitaria, ecología y educación y organización comunitaria. Las actividades se desarrollan sobre todo en la sierra norte del estado y en la costa, áreas donde habitan integrantes de varias etnias oaxaqueñas, como los mixes, zapotecos, chinantecos, chatinos y afrodescendientes. En sus casi 18 años de existencia, el centro ha sobrevivido gracias a aportes públicos y privados que cubren porcentajes mínimos de los costos programáticos, ya que el verdadero capital se encuentra en las acciones colectivas de las comunidades.

En el CECIPROC se reconoce el contexto nacional y local como factor determinante de las condiciones de salud y nutrición de los habitantes del estado. Este factor es el que define las acciones prioritarias del centro y expresa las condiciones en que se pueden concretar las propuestas de mejoramiento de salud y de alimentación. Oaxaca tiene la mayor diversidad étnica del país, la mayor diversidad en recursos naturales (sobre todo florísticos) y cuenta con riqueza singular en cuanto a recursos gastronómicos. Sin embargo, muestra también el mayor número de municipios de muy alta marginación del país, uno de los índices más altos de expulsión demográfica, zonas con deterioro ambiental irreversible y conflictos sociales y políticos permanentes.

La pretensión gubernamental sobre la interculturalidad en Oaxaca, más discursiva que práctica, no ha logrado a la fecha relaciones más equitativas entre los diversos sistemas de atención, ni el reconocimiento de la cosmovisión de los diferentes grupos étnicos, ni ampliar el acceso a servicios públicos de salud, ni la disminución significativa y sostenida de ciertos indicadores epidemiológicos como la mortalidad materna, la desnutrición infantil o las enfermedades transmisibles y evitables. Respecto de la cuestión alimentaria, datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006) indican que los menores de cinco años con bajo peso en Oaxaca superan en más de 2.5 puntos porcentuales el promedio nacional y casi duplican el porcentaje nacional de talla baja (reflejo de desnutrición crónica pasada), mientras que los adultos oaxaqueños tienen la proporción más baja de sobrepeso y obesidad en el territorio nacional, aunque seis de cada 10 habitantes del estado padecen esos problemas. De modo que lo hecho hasta el momento es insuficiente y las propias autoridades de salud reconocen la urgencia de establecer programas pa-

ra mejorar las condiciones de vida, de salud y de nutrición de esos grupos sociales.¹⁴

En este marco, el equipo del CECIPROC ha realizado múltiples actividades y programas que se han sistematizado y divulgado en diversas publicaciones.¹⁵⁻¹⁹ Aquí cabe citar tres de ellas, que pueden ejemplificar el abordaje sobre la alimentación en contextos interculturales.

Rescate culinario

Este objetivo, que se ha desarrollado desde los inicios del CECIPROC, busca recuperar recetas de platos típicos locales y regionales mediante procesos de investigación-acción, en los cuales las voces de las protagonistas de las cocinas familiares y comunitarias se tornan primordiales. Mediante talleres interactivos, se capacita a grupos de mujeres reconocidas por las propias comunidades para que investiguen y rescaten las recetas, así como los procesos de selección, cocción y conservación que se utilizaban "antes" y los que se utilizan hoy. Se sistematiza la información de modo colectivo para elaborar recetarios regionales. En los talleres interactivos se preparan en grupo los alimentos, se degustan y se someten a concurso mediante técnicas participativas. Los criterios de selección de los platos se basan en sencillas aplicaciones de los tres grupos de alimentos (proteínas, vitaminas-minerales, energías), elaboración de menús completos con productos locales, cálculo de costos, "gusto" cultural y que incluyan el maíz, que es el alimento de consumo básico en su dieta. En esta actividad, por tanto, se busca el reconocimiento mutuo de las prácticas alimentarias, la valoración social de quienes preparan y sirven las comidas y la convicción de que con productos locales puede construirse un menú adecuado a las necesidades nutricionales y culturales de la población.

Centro de Recuperación Nutricional

En la actualidad, el CECIPROC ha promovido la construcción de dos centros, uno en la sierra y otro en la costa. Ambos tienen el propósito de rehabilitar a niños y niñas menores de cinco años con algún grado de desnutrición, mediante la elaboración de platos nutritivos con alimentos disponibles en el medio local, de acuerdo a sus preferencias culturales. Los centros funcionan diariamente, y son atendidos por las madres de algunos de los menores en rehabilitación, quienes, en colaboración con la promotora comunitaria, preparan un plato diferente cada día y elaboran en grupo un recetario específico, además de llevar el seguimiento sistemático del efecto de esos alimentos en el estado nutricional de los menores. Por medio de esta actividad se logra tanto la recuperación nutricional imprescindible para el desarrollo infantil, como el reconocimiento de que es la comida disponible de acuerdo al gusto y la costumbre local la que mejora la salud de los menores (el poder terapéutico de la comida), evitando así que la única opción de recupe-

ración sea la atención médica-clínica, la cual, por lo demás, resulta inaccesible en la mayoría de los casos.

Sanitarios Ecológicos (EcoSan)

Los sanitarios secos se enmarcan en un enfoque más integral del saneamiento ambiental, en particular respecto a la gestión sustentable del agua en el ámbito local y planetario. Se trata de sistemas de gestión de aguas residuales que consisten básicamente en reciclar el agua y los nutrientes, como una alternativa integral a los sistemas de saneamiento convencionales. A fin de simplificar la desinfección de las excretas, se utiliza una taza con doble cámara para separar la orina de las heces fecales. La orina se almacena y después se utiliza diluida para fertilizar los campos, mientras que las heces se almacenan en cámaras secas, donde se las desinfecta añadiéndoles una mezcla de cal y ceniza para acelerar su desecación. Con posterioridad se obtiene una materia orgánica libre de toda clase de parásitos, sin olor, que se utiliza como abono casero. Es decir, se cierra el ciclo entre el saneamiento y la agricultura, ya que las excretas humanas son recicladas de manera segura para fertilizar la tierra y cultivar alimentos sin contaminar el agua, contribuyendo al saneamiento ambiental sustentable, a proteger la salud y la nutrición con la producción de alimentos de huerta casera de muy buena calidad para el consumo doméstico o para su venta en el mercado local.

La mayoría de las familias de las comunidades donde se han establecido estos sistemas los consideran apropiados culturalmente, económicamente accesibles y comienzan a reconocer su aporte a la protección ambiental. Si bien el EcoSan constituye una tecnología *ajena* desde el punto de vista cultural, el trabajo del equipo de CECIPROC se ha encaminado a estudiar las valoraciones sociales y culturales de las familias y las comunidades en relación a la limpieza-suciedad y los fluidos corporales, para comprender de modo más profundo el punto de vista de los actores sociales a quienes se propone esta estrategia intercultural de mejoramiento nutricional y ambiental, para incorporar algunos de esos elementos tanto en el diseño tecnológico como en los contenidos temáticos de los talleres informativos y de capacitación del EcoSan.

Así, el equipo de trabajo del CECIPROC no sólo atiende actividades técnicas específicas, sino que pone en práctica cada día una serie de intercambios culturales en un esfuerzo de observar-escuchar-aprender-respetar-interpretar las otras culturas y la suya propia.

Conclusiones

La interculturalidad, como aspiración de equidad en las relaciones sociales contemporáneas, es el camino trazado en las propuestas democráticas en torno a la vida comunitaria y en especial respecto de la alimentación. Sin embargo, las rutas para lograrlo están colmadas de obstáculos, encabe-

zados sobre todo por los sectores poderosos de la industria alimentaria transnacional, pero también por el sistema médico hegemónico que medicaliza todas las dimensiones de la vida social, juzgando de forma negativa las prácticas y representaciones alimentarias de los grupos subalternos.

Una comprensión integradora de la alimentación implica reconocer que la comida no se reduce a una cuestión de dietas o de alimentos adecuados y nutritivos, sino que implica también una distribución equitativa de recursos para el desarrollo, el diseño de intervenciones eficaces que consideren el punto de vista *emic* en profundidad, la sensibilización-capacitación del personal de salud en la interculturali-

dad, etc. Entonces, parecería que para entender el proceso y formular propuestas en torno a la alimentación en contextos interculturales, el camino se diseña y recorre de manera colectiva, en equipos interdisciplinarios e interculturales que se aventuran cada día a poner en práctica una regla básica de la democracia: el reconocimiento de la *otredad* (investigador, sujeto, pensamiento, acercamiento, problema de investigación, intervención comunitaria) como un *par* con un mismo propósito, que no es otro que contribuir, desde múltiples puntos de partida, al mejoramiento de las condiciones de vida, de salud y de nutrición de todos los sectores y grupos sociales.

Preguntas de repaso

Para resolver en equipo.

1. Defina los siguientes conceptos:
 - a) Alimentación.
 - b) Nutrición.
 - c) Saberes.
 - d) Prácticas.
 - e) Representaciones.
2. Mencione cinco funciones de la alimentación y un ejemplo de cada una de ellas.
3. ¿Cómo influye la globalización en los aspectos biológicos y socioculturales de la alimentación?
4. De acuerdo con el artículo anterior, ¿qué considera importante preguntar a un paciente antes de indicar un plan nutricional?
5. Investigue acerca de un programa de nutrición vigente y analícelo de acuerdo con el contexto en que se aplica. Redacte comentarios y conclusiones.

Citas adicionales

¹ *Emic*: propuesta metodológica que privilegia la "versión de los actores" como base de los análisis y las interpretaciones.

Bibliografía

Referencias

1. Gracia M (1997). *La transformación de la cultura alimentaria. Cambios y permanencias en un contexto urbano: Barcelona 1960-1990*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura, Secretaría de Estado de Cultura.
2. De Garine I (2002). Los aspectos socioculturales de la nutrición. En: Contreras J (comp.) *Alimentación y cultura, necesidades, gustos y costumbres*. Barcelona: Ed. Alfaomega y Universitat de Barcelona, pp. 129-170.
3. Menéndez EL, di Pardo R (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México, D.F.: CIESAS.
4. Osorio RM (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México, D.F.: CIESAS, INAH e INI, p. 15.
5. Jodelet D (1984). "La representación social: fenómenos, conceptos y teoría". En: *Moscovici, Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona, Buenos Aires y México, D.F.: Paidós.
6. Farr R (1994). "Representações sociais: a teoria e sua história". En: Guareschi y Jovchelovitch (orgs.) *Textos em representacões sociais*. Petrópolis: Vozes, pp. 31-62.
7. Contreras J, Gracia M (2005). *Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ariel, pp. 35, 183
8. Crehan K (2004). *Gramsci. Cultura y antropología*. Barcelona: Bellaterra, p. 195
9. Douglas M (2002). Las estructuras de lo culinario. En: Contreras (comp.). *Alimentación y cultura, necesidades, gustos y costumbres*. Barcelona: Ed. Alfaomega y Universitat de Barcelona, pp. 171-198.
10. Menéndez EL (2005). *Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos*. Madrid: Revista de Antropología Social, 14, pp. 33-69.
11. Carrasco S (2002). *Somos lo que comemos: estudios de alimentación y cultura en España*. Barcelona: Ariel.
12. AMMFEN (1996). *Los nutriólogos en México: seguimiento de egresados*. México, D.F.: Trillas, p. 18.

13. Vargas LA (s.f.). *La aplicación de la antropología de la alimentación en contextos interculturales*. Disponible en: <http://www.fmvz.unam.mx>
14. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2006. México, D. F.: Instituto Nacional de Salud Pública.
15. Peláez ML, Torre P, Ysunza A (1993). *Elementos prácticos para el diagnóstico de la desnutrición*. México, D.F.: INNSZ, CECIPROC.
16. Ysunza A, Díez-Urdanivia S, Leyva SJ et al. (2002). "La capacitación-acción participativa con promotores comunitarios de salud: prioridad para el desarrollo rural". En: García Viveros, Botey y Valdés (coord.) *Modelos para la implantación de proyectos productivos, de salud y educación en América Latina*. Oaxaca, México: Funsalud/Glaxo Smith-Kline.
17. Ysunza A, Espinosa L, Romero G, Díez-Urdanivia S (2004). *Evaluación diagnóstica nutricional por regiones en preescolares de Oaxaca: estudio comparativo*. *Nutrición Clínica*, 7 (3).
18. Ysunza A, Martínez ME, Díez-Urdanivia S, López L (2006). *Use and maintenance of dry toilets as a result at the community perceptions on the management of human excreta in rural Mexico*. 2nd International Dry Toilet Conference, Tampere, Finlandia.
19. Ysunza A, Martínez ME, Díez-Urdanivia S, López L (2007). *Closing the loop: Promoting the use the dry toilet and human*

excreta to save water and produce food at family level in rural Mexico. International Conference in Sustainability Sanitation, Dongsheng, China.

Lecturas recomendadas

- Crocker Sagastume R et al. (2004). *Interculturalidad alimentario-nutricional en la etnia wixarika de México*. Madrid: Rev Esp Salud Pública, 78 (6).
- De Garine I (1987). *Alimentación, cultura y sociedad*. España: El Correo de la UNESCO, XL (5), 4-7.
- López X et al. (2012). *Visión intercultural de conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación ancestral mapuche en una escuela con programa oficial*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: *Diaeta*, 30 (138).
- Ortiz Gómez AS, Vázquez García V, Montes Estrada M (2005). *La alimentación en México: enfoques y visión a futuro*. Hermosillo, México: Universidad de Sonora. *Estudios Sociales*, XIII (25), 8-34.
- Vargas LA (s.f.). "Nutrición y salud: el impacto de la globalización". En: Bernis C, López R, Prado C, Sebastián J (eds.) *Salud y género. La salud de la mujer en el umbral del siglo XXI*. España: Universidad Autónoma de Madrid, Instituto Universitario de Estudios de la Mujer, pp. 5-16.

Padecimientos crónicos en adultos mayores de la Ciudad de México

Elia Nora Arganis Juárez • Roberto Campos-Navarro

CAPÍTULO

14

Conceptos clave

Padecimiento • Enfermedades crónicas • Carrera del enfermo • Representaciones del padecer • Prácticas de atención • Apoyo social

Introducción

Los padecimientos crónicos están entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en México, por lo que se convierten en un reto para los sistemas de salud. Debido a que en su control se involucran diversos aspectos socioculturales que muchas veces no son considerados por el personal de salud, este artículo tiene como objetivo señalar las principales características del padecimiento crónico de un grupo de ancianos que viven en la Ciudad de México. Los resultados muestran cómo las representaciones sobre los antecedentes, causas, síntomas y tratamientos del padecimiento están relacionadas con el contexto social en que vive cada uno de los enfermos, donde a la vez que se mantienen explicaciones populares sobre la causalidad, se establecen prácticas de atención que combinan los tratamientos biomédicos con la herbolaria medicinal. Asimismo se revisan las formas de apoyo social que reciben los ancianos para enfrentar el padecer. De esta manera, el estudiante puede comprender la importancia de analizar el padecimiento para proponer una serie de acciones que mejoren la calidad de vida y los servicios de salud dirigidos a las personas enfermas.

En México el mejoramiento en las condiciones generales de vida y el acceso a los servicios de salud han provocado descenso en las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y aumento de las enfermedades crónicas como las principales causas de muerte desde las últimas décadas del siglo xx.¹

La diabetes y la hipertensión son motivos de preocupación en el sector salud por sus altas tasas de morbilidad y mortalidad, así como por los elevados costos en la atención a sus complicaciones,^{1,11,2,3} mientras que la osteoartritis u osteoartritis es causa importante de discapacidad en el adulto, porque produce dolor articular, limitación funcional y disminución en la calidad de vida.⁴

Estas enfermedades crónico-degenerativas tienen pronóstico poco favorable entre la población mexicana, pues en ellas influyen factores tanto hereditarios como sociocultura-

les que pueden facilitar su presencia. Esta situación se complica por el hecho de que la medicina sólo puede ofrecer cierto alivio, así como un relativo e inestable control físico y conductual.⁵ Como señala Fitzpatrick: "Hoy día, las enfermedades crónicas son el mayor problema de salud que enfrenta la medicina. Más largos periodos en que el individuo convive con su enfermedad significan también más tiempo en que puede reinterpretar la significación de sus síntomas y de su tratamiento".⁶

Mientras los médicos hablan de enfermedades, las personas tienen padecimientos; es decir, sufren una serie de síntomas que tienen que ver con la experiencia vivida de vigilar los procesos corporales, las expectativas creadas alrededor de estos procesos, las categorías y explicaciones del sentido común accesibles a los integrantes del grupo social y los juicios de los pacientes sobre cómo enfrentarlos.^{11,8}

Ante los padecimientos el sujeto social construye representaciones, que son una serie de significados que le sirven a los individuos para dar sentido a los malestares que sufren y permiten entender y clasificar las circunstancias en que éstos se presentan y organizar acciones y prácticas. No sólo se incluye la experiencia individual, sino además el contexto concreto en que se sitúan los individuos y los grupos. Son una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido.¹⁰ Las representaciones son guías para la acción de los sujetos sociales, quienes las producen, reproducen y actualizan en sus prácticas, sin que ello suponga una relación de similitud con la representación. De allí que no sólo se pueden observar incongruencias entre las representaciones y las prácticas, sino entre las representaciones entre sí y entre las propias prácticas.¹¹

El padecimiento no sólo es un proceso de alteración corporal y objetiva, sino que implica una serie de alteraciones subjetivas de la imagen corporal y de la identidad frente a sí mismo y ante los demás, ya que las personas se reconocen como enfermos. Estos cambios afectan la interacción social. Así, entre los familiares que conviven con el enfermo se construyen también diversas representaciones y prácticas para tratar de entender y atender el padecimiento, lo que en muchos de los casos lleva a la asignación de las actividades del cuidado entre algunos integrantes de la familia, en particular el cónyuge o los hijos que conviven con el enfermo.

Entre los adultos mayores, a las enfermedades crónicas se suman el proceso de envejecimiento y la situación social

en que viven.¹¹ El retiro del mercado de trabajo o la jubilación son acontecimientos que marcan de manera importante esta etapa de la vida, ya que los individuos experimentan una redefinición de sus papeles sociales y ven disminuir sus recursos económicos.¹²

De esta manera el padecimiento se constituye en uno de los eventos más significativos en la vida de los ancianos que lo experimentan. Es una vivencia que no puede evitarse, sino que es asumida como un todo. La enfermedad y la vida se convierten en una experiencia unificada.¹³

Algunos estudios sobre el padecimiento en México

En México, desde la década de 1970-1979, Fernando Martínez-Cortés, médico clínico, estableció conceptos alrededor de la relación médico-paciente y propuso el concepto de "padecer médico" para designar las anomalías y malestares de carácter psíquico y sociocultural que el enfermo vive como consecuencia de su enfermedad.¹⁴

En la década de 1990-1999 se hicieron varios trabajos que analizaron la experiencia del padecimiento crónico. Sus resultados mostraron que una mayoría significativa de los enfermos que acuden a los servicios de salud no está controlada y sólo un número reducido cumple las indicaciones médicas.¹⁵ Dichas circunstancias se asociaron a las fuentes de apoyo disponibles en el grupo doméstico y el cumplimiento varió de acuerdo al grupo social y el sexo.¹⁶ Además se identificó a los miembros del grupo doméstico que brindan apoyo al enfermo y las actividades realizadas alrededor del cumplimiento del tratamiento.^{17,18}

Publicaciones posteriores de estos investigadores muestran la percepción de los sujetos sobre la progresión de su padecimiento y las respuestas emprendidas para enfrentarlo. Reconocer el papel activo del sujeto en la percepción y manejo de su padecimiento incorpora la dimensión temporal en el análisis de la enfermedad y/o el padecimiento.^{19,20}

Si bien la atención biomédica que reciben los ancianos en las zonas urbanas constituye la práctica más relevante, los tratamientos alternativos también deben considerarse.^{21,23}

Material y métodos

Este trabajo fue resultado de un proyecto de largo alcance donde se exploró la manera concreta del padecer que tiene una población de ancianos con enfermedades crónicas. Para realizarlo se hizo una investigación cualitativa con pacientes de la Unidad Médica Familiar (UMF) número 160 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Esta clínica ubicada en la delegación Iztapalapa, Distrito Federal, cuenta con un registro computarizado de los expedientes de sus pacientes que incluye a 6 108 ancianos con alguna enfermedad crónico-degenerativa. Se eligió por azar el 10% del total y después de una revisión de los expedientes se

eligió un grupo de 50 personas de 60 años o más con enfermedades crónico-degenerativas, de los cuales 35 eran mujeres y 15 varones. Se les aplicó una encuesta domiciliaria con 85 preguntas abiertas y cerradas para indagar sobre los antecedentes de su padecer, causalidad, síntomas, complicaciones y tratamientos utilizados; lo anterior se acompañó con la observación de sus condiciones de vida. Después se eligió por muestreo intencional no probabilístico un pequeño grupo del 25% de esta muestra inicial, a quienes se les realizó una serie de entrevistas en profundidad para que aportaran los datos necesarios para entender su padecer.

Criterios de inclusión. Ser derechohabiente del IMSS mayor de 60 años, registrado en la UMF 160, con enfermedad crónica-degenerativa (hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y/o artritis), que aceptara participar en el estudio.

Criterios de exclusión. No pertenecer al IMSS, menor de 60 años, sin enfermedad crónica-degenerativa y que no accediera a ser entrevistado.

Criterios de eliminación. Cuando el derechohabiente seleccionado no se encontrara en el domicilio registrado por la unidad médica.

Los resultados mostraron la situación diferencial en que viven y padecen su enfermedad hombres y mujeres ancianos, cuyos datos expondremos a continuación.

Características generales de la población seleccionada

La población se ubica entre los 60 y 75 años de edad. Tiene escolaridad de primaria y primaria incompleta aunque 28% de las mujeres es analfabeta; 64% de la población es originaria de estados del centro y sur de la República Mexicana.

Casi todos los varones entrevistados reciben sus pensiones como resultado del beneficio directo por su vínculo al trabajo y sus aportes a la seguridad social. Un pequeño porcentaje (4%) estaba asegurado por sus hijos y trabajaba de manera independiente en oficios diversos.

Si bien para la población afiliada al IMSS el tener una pensión implica gozar de recursos económicos propios que le permita disponer, mantener o adquirir cierto nivel de independencia respecto a otros miembros del hogar, encontramos que por las condiciones laborales imperantes en nuestro país, el número de mujeres jubiladas o pensionadas es menor que el de los hombres. Las mujeres asisten con frecuencia a los servicios de salud, pero la mayoría accede como un beneficio transferido de hijos a padres o por su condición de esposas y/o concubinas del trabajador. Actualmente son amas de casa, aunque algunas dicen haber trabajado en algún momento de su vida. A pesar de su enfermedad, las mujeres realizan actividades domésticas cotidianas y dedican parte de su tiempo a cuidar a los nietos, apoyando a hijas y nueras.

El nivel socioeconómico del grupo es bajo. El promedio de ingreso familiar es de uno a dos salarios mínimos (100 a 150 dólares mensuales). Los sujetos dijeron contar con vivienda propia y los servicios urbanos de que disponen varían de acuerdo a la colonia en que viven.

Las enfermedades crónico-degenerativas tienen diversos efectos según la composición del grupo doméstico (número de integrantes, edad, miembros que trabajan, etc.); por lo que encontramos hombres y mujeres a quienes la enfermedad ha ocasionado mínimas molestias, mientras que otros enfermos sufren múltiples complicaciones que les impiden desenvolverse en su vida cotidiana.

Resultados

En las siguientes líneas se presentan los resultados agrupados en las siguientes secciones: representaciones sobre los padecimientos, prácticas de atención utilizadas y apoyo social.

Las representaciones sobre los padecimientos

Los ancianos recibieron información médica sobre sus enfermedades crónicas; pero en sus representaciones es más significativa su experiencia personal y familiar con el padecimiento. Algunos trastornos como la diabetes o la hipertensión no eran conocidos por ellos hasta que se manifestaron en algún integrante de su familia. En el caso de los síntomas de la osteoartritis (identificados como *reumas*), se llegan a considerar como parte del proceso del envejecimiento.

"Esto de la diabetes siempre ha existido. En el pueblo de mis papás de repente una persona se sentía mal y no se sabía lo que tenía. Ahora ya sé que lo que tenían esas personas era el azúcar o la presión alta", dice Teresa.

Aunque el padecer de las enfermedades crónicas inicia en la edad adulta, algunos ancianos con hipertensión, diabetes y artritis ubican los antecedentes en las primeras etapas de su vida. Narran historias de pobreza y trabajo duro, que para ellos son los causantes iniciales de su enfermedad.

Martha explica: "Esta enfermedad (la hipertensión) es resultado de que empecé a trabajar desde muy chica. Recuerdo que tenía seis años cuando me llevaban a una fonda, de las cuatro de la mañana a las 11 de la noche. Allí barría la banqueta, lavaba los trastos y hacía los mandados, hasta que me iban a buscar en la noche. Ganaba 25 centavos mensuales. Más adelante me casé y mi situación no cambió mucho. Mi esposo tampoco sabía leer ni escribir; trabajaba mucho, rentaba tierras y sembraba a medias, pero había veces que no sacaba nada. Al ver que no mejorábamos nos venimos a México".

Los enfermos que son originarios de otros estados de la República declaran que la búsqueda de mejores condiciones de vida los impulsó a trasladarse a la Ciudad de Mé-

xico; aunque algunos llegaron desde la infancia y otros ya adultos e incluso casados. Destaca el hecho de que tuvieron diversos trabajos y lugares de residencia antes de ubicarse en su domicilio actual, ya que la mayoría de las colonias donde viven son relativamente recientes (12 a 20 años).

Así lo explica Ruth: "Soy de Puebla, pero cuando me casé me fui a vivir a Orizaba (Veracruz). En ese tiempo mis hijos estaban chicos. Después, como no había trabajo, nos venimos a México. Llegamos de paracaidistas (personas que llegan a ocupar terrenos baldíos de manera ilegal)".

Jorge señala: "No terminé la primaria. Es que antes me dedicaba al campo. Un tiempo tuve Seguro (Social), pues trabajaba en una laminadora. (Actualmente está asegurado como padre de un trabajador afiliado). También trabajé en el Departamento (gobierno del Distrito Federal). Antes vivíamos en la colonia Anáhuac, pero nos pidieron la casa; entonces me movilicé y pude conseguir esta casita. Cuando llegamos a vivir aquí, hace 12 años, estaba muy feo, pero ahora se ha compuesto".

Aunque 10% de los adultos mayores dice no saber la causa de su enfermedad, en las entrevistas mencionó ciertas causas que podemos agrupar de acuerdo al padecimiento y el género. Encontramos que si bien aceptan las explicaciones biomédicas de la herencia, ciertos acontecimientos de la historia personal del paciente se convierten en las causas desencadenantes de su enfermedad. En este sentido podemos ver que el elemento fundamental para explicar su padecer son sus relaciones sociales.

Mientras para los hombres el origen de sus problemas de salud con frecuencia se encuentra vinculado con accidentes o acontecimientos imprevistos en su trabajo, las mujeres identifican las causas de su enfermedad en sus relaciones familiares y problemas emocionales ("corajes", preocupaciones e impresiones). Por ejemplo, Marina dice: "Me enfermé por un fuerte coraje que hice con mi esposo. De eso me puse mal". En cambio, Alberto, quien padece el mismo problema, considera: "Antes manejaba un camión y tuve varios sustos en la carretera. Creo que eso es lo que ocasionó mi enfermedad".

La diabetes mellitus se asoció de manera significativa a los sustos. Los varones señalaron cómo por razones de su trabajo se vieron enfrentados a hechos violentos o accidentes que los llevaron a enfermar; mientras que las mujeres destacaron sobre todo situaciones emocionales (disgustos, sufrimientos, preocupaciones y problemas familiares). En un solo caso se consideró como detonante la alegría excesiva al celebrarse el matrimonio por la Iglesia después de muchos años de vivir con su pareja.

Cuenta Salvador: "Trabajaba en una cantina y a eso de las dos de la mañana llegaron unos hombres pistola en mano y nos asaltaron. Salí corriendo de allí y me dieron de balazos. Todavía tengo huellas en una pierna, de una esquirla de bala que se me enterró. Los médicos no me la quitaron porque me dijeron que era muy pequeña y me harían más daño si me la quitaran".

Néstor relata: "Me dio diabetes porque estoy muy espantado. Todo empezó hace más de 30 años. Vivía en el rancho con mi esposa. Entonces una noche se veía una luz y mi esposa me dijo: 'Viejo, te quieren matar'. Entonces le dije: '¿Por qué me habían de querer matar?' Entonces ella me contestó: 'Ya vez que hay gente mala'. Me fui entonces a ver la luz que se veía como si alguien llevara una lámpara. Me acercaba y se oía un ruido de la luz que se alejaba. Entonces me di cuenta de que no era un vivo el que estaba allí".

Julieta explica: "Fui a ver a mi hija que vive en Cancún y me impresioné mucho por el huracán Gilberto". Por su parte, la señora Trinidad informó: "Empecé con la diabetes hace veintitantos años... Ya ni me acuerdo. A la muerte de mi mamá empecé a bajar de peso. La ropa me nadaba; pero además empecé a tener mucha sed en las noches, y mareos".

La hipertensión arterial también se asocia a sustos, preocupaciones y enojos; aunque también aparecen algunas situaciones como la herencia, fatiga por el ejercicio físico, una dieta para bajar de peso o la *reuma biliosa*.

Martina dice: "Todo empezó cuando me puse a dieta para bajar de peso. Me recetaron unas pastillas que quitaban el hambre; pero desde que me las empecé a tomar, aunque bajé de peso no me sentía bien. No me daba hambre y sólo comía lo de la dieta. No me di cuenta de que estaba enferma sino hasta que fui al médico".

Gerardo recuerda los inicios de su enfermedad: "Me enfermé por el temblor de 1985. Trabajaba en una imprenta del centro y empezábamos temprano. Tenía problemas de presión, pero fue hasta el temblor que se me subió. Aunque en la imprenta no pasó nada, sí me asusté cuando salí de allí y empecé a ver todos los edificios caídos".

Lupe considera que su enfermedad es resultado de una alegría: "Me enfermé el día que me casé por la iglesia con mi esposo, después de vivir más de quince años en unión libre".

La osteoartritis se asocia a elementos de la concepción de frío y caliente. Estar en una situación caliente, como después del parto o planchar, y luego exponerse al frío y la humedad puede ocasionar la enfermedad.

Ana relata las circunstancias que ocasionaron su artritis: "Mi enfermedad empezó con mi último parto. Me había atendido en particular; pero en el último, en la 43 (clínica de especialidades del IMSS), me mandaron a La Raza (hospital de especialidades). Allí tuve a mi hijo a las ocho de la mañana, y a las nueve las enfermeras me dijeron que me bañara. Yo le dije al doctor y él me dijo que dijera que tenía gripa; pero aun así me hicieron bañarme. Pero ya no había agua caliente sino fría. Desde entonces estoy mal".

Rosa expresa ideas similares: "Creo que me enfermé porque antes lavaba y planchaba. La frialdad se me metió en los huesos".

Las personas han recibido explicaciones médicas sobre sus enfermedades; sin embargo, encontramos que no existe una idea clara de cómo dichos trastornos actúan. Así rela-

cionan la diabetes con el azúcar en la sangre y la falta de insulina: "la diabetes todo lo destruye, es una enfermedad horrible". Consideran que la hipertensión arterial consiste en que "el corazón late muy fuerte y la sangre corre muy rápido". Mientras, piensan que en la artritis "se hacen bolas en las articulaciones y los dedos se enchuecan".

Los síntomas que las personas describen se ajustan a los cuadros clínicos de cada enfermedad, aunque consideran que las molestias se incrementan con los problemas particulares de cada quien, donde de nueva cuenta el contexto social se considera muy importante en el padecer. Por otra parte, la edad es un elemento que no se relaciona de manera directa con la enfermedad; sin embargo, se considera que el envejecimiento es un desgaste del organismo: "con la edad todo se acaba, los huesos se van gastando". La menopausia es un aspecto que algunas mujeres asocian a la aparición de su padecimiento, pero no está muy claro si es un factor coincidente o desencadenante.

Las prácticas de atención

La atención de un padecimiento se organiza dentro de la llamada "carrera" del enfermo, con opciones que una persona puede recorrer en el transcurso de su padecer. Es un proceso dinámico que supone la existencia de acciones secuenciales y a veces simultáneas y combinadas.²⁴

Después de pasar por un periodo variable de convivencia con los síntomas, las personas deciden ir con el médico. En este estudio la biomedicina fue la forma de atención más utilizada, ya sea asistiendo a la clínica del IMSS correspondiente o usando el servicio de medicina privada en pequeños consultorios cercanos a sus domicilios.

El enfermo no quiere sólo un diagnóstico, sino también un tratamiento que le permita reanudar sus actividades cotidianas. Los principales recursos terapéuticos biomédicos frente a la enfermedad crónica se basan en tres aspectos: la dieta, el ejercicio y los medicamentos que permitan el control. La elección del tipo de atención depende de la condición socioeconómica del paciente, la accesibilidad del servicio y la aparición de las complicaciones.

Lo que los enfermos piden y esperan de los médicos es diferente de acuerdo al tipo de servicio al que acudan. Al respecto encontramos una valoración diferencial, ya que consideran que la medicina privada es más eficaz y que acudiendo a servicios médicos privados ahorran tiempo y pueden acceder a medicamentos más eficaces. Sin embargo, no siempre pueden atenderse de esta forma, por los altos costos que implica. En estos casos es fundamental la participación de la familia para el acceso a dichos servicios.

El cumplimiento de las prescripciones médicas sobre dieta y ejercicio se dificulta por las condiciones socioeconómicas concretas en que viven los enfermos. En el IMSS la práctica común es que los médicos den recomendaciones generales sobre alimentación y envíen al paciente con los nutriólogos. Pero los cambios en la dieta no se siguen por la

falta de recursos económicos, la valoración diferencial de los alimentos y los conflictos que ello ocasiona en sus interrelaciones con el resto de la familia. Algunos problemas que se presentan tienen aspectos socioculturales en relación con la alimentación, ya que la dieta cotidiana en este sector social incluye un alto consumo de carbohidratos y grasas. El consumo de verduras crudas o cocidas y de agua simple no está muy difundido y las reuniones sociales son un problema para cumplir el régimen indicado.

Casi todos han tenido problemas con sus familiares por el cumplimiento de los regímenes alimenticios, que se deben a varias causas: en algunos casos es cuestión de gustos (no incrementan el consumo de verduras porque no les agradan); otras veces los enfermos señalan que algunos alimentos recomendados en la dieta les hacen daño; pero lo que más informan son problemas económicos, ya que dicen que seguir las dietas sale caro por los altos costos de ciertos productos y las implicaciones familiares en la preparación y consumo de los alimentos, ya que no todos los integrantes de la familia aceptan compartir la comida del enfermo.

Respecto a la actividad física, la mayoría de los pacientes no practica ningún ejercicio: "Los ejercicios se hacen en la mañana. A esa hora tengo que llevar a mis nietos a la escuela y no tengo tiempo de venir". Otro problema que señalan es que la actividad física sugerida dentro de la institución se desarrolla en un espacio y tiempo que no están a su alcance, ya que se requiere hacerla por la mañana y no siempre existe quién los acompañe.

Con relación a los programas de atención a su enfermedad, 60% informa haber acudido a pláticas y orientación dentro del IMSS, pero en la actualidad no participa. Sólo 14% realiza actividades dentro del Instituto Nacional de la Senectud (INSEN). Este grupo está formado sobre todo por mujeres, aunque dicen tener dificultades para asistir, por sus malestares, sus labores domésticas y el cuidado de los nietos. Estas personas saben que su enfermedad es crónica y que no tiene curación. Los médicos han insistido mucho con ellos sobre este tema. Dice José: "El médico me dijo que si un médico de veras descubriera cómo curar la diabetes se haría millonario y le darían el premio Nobel". Aun cuando algunos pacientes señalan la posibilidad de que se descubra una cura, aceptan que por su edad a lo mejor ya no les toca la curación.

Si bien confían en los médicos para la atención de su enfermedad crónica, al reconocer que la biomedicina no puede curarlos buscan otras alternativas. Así encontramos un uso reducido de la atención de terapeutas populares, pues recurren con mayor frecuencia a la autoatención con plantas medicinales, a través de recomendaciones de familiares y amigos, aunque reciben consejos de los hierberos en los mercados o de los vendedores de las tiendas naturistas. Es un proceso donde se establece una combinación de recursos, resultado de los conocimientos adquiridos, la experiencia con los tratamientos recibidos, las condiciones

económicas por las que han pasado y la interrelación con los curadores especializados.

Apoyo social

Existen diversos tipos de apoyo a los que se recurre en caso de enfermedad. Encontramos que existe intercambio de bienes, servicios y afectos en relación con los integrantes de la red social. Este intercambio está determinado por una serie de condiciones socioeconómicas que favorecen o limitan las posibilidades de acción de los integrantes de los grupos sociales.

Existen los siguientes tipos de apoyo:

- *Emocional.* Consiste en la expresión del afecto y la confianza a través de la compañía o la comunicación personal y directa.
- *Instrumental.* Se refiere a las actividades realizadas dentro del hogar o en el trabajo, que permiten al individuo enfermo una disminución de sus ocupaciones.
- *Informativo.* Implica transmisión de conocimientos sobre temas de interés para el anciano.
- *Económico.* Se establece la transferencia de bienes, en efectivo o en especie que permiten al enfermo hacer frente a sus necesidades inmediatas, incluida la enfermedad.

El tipo y calidad del apoyo que pueden obtener las personas enfermas dependen de las redes familiares y sociales con que cuentan, donde el grado de participación varía de acuerdo al tipo de integración familiar existente, las condiciones materiales de sus integrantes y la capacidad de negociación de éstos.

La red de apoyo más importante es la que se basa en la familia y el grupo doméstico. Dentro de las redes familiares, hombres y mujeres cuentan con el apoyo de sus parejas. Quienes están viudos (30% de la muestra) viven con sus hijos; aunque encontramos mujeres que viven solas, pero reciben ayuda de algún tipo. Las mujeres señalan haber tenido muchos hijos (de cuatro a 13) y cuentan ante todo con el apoyo de otras mujeres, sobre todo hijas, aunque también de hermanas, sobrinas, cuñadas o nueras, para realizar las actividades domésticas y ser acompañadas en la atención médica. Los varones de la familia proporcionan recursos económicos, pero 40% de las mujeres casadas contestó que no recibían nada de su pareja, sino sólo de sus hijos. Un 31% de las casadas declaró que están separadas de su esposo y viven con sus hijos.

Las personas enfermas con muchos hijos tienen la posibilidad de recibir apoyo de alguno de ellos; sin embargo consideran que "no todos los hijos son iguales". A veces pueden obtener apoyo de otros familiares, como hermanos, cuñados o sobrinos; pero casi siempre la atención proviene de los descendientes. Sin embargo, la edad conlleva cambios dentro de la estructura familiar, por lo que es una queja muy común escuchar: "A los viejos no nos hacen caso".

Cuando el enfermo no tiene el apoyo inmediato de sus descendientes, integran en su red social a vecinos, amigos o compañeros de religión que en un momento dado pueden ser una fuente de sostén.

La interacción familiar es una fuente importante de problemas para hombres y mujeres. Aunque la mayoría de los entrevistados se encuentra en condiciones de control de su enfermedad, existe preocupación por los problemas de salud de su pareja. Encontramos que al menos 10% tiene cónyuges enfermos de cierta gravedad.

En las relaciones entre padres e hijos hay cuatro modalidades principales:

- a) Los hijos son adultos solteros que no dependen económicamente de los padres aunque viven con ellos, por lo que intervienen de diversa manera en el cuidado del anciano, ayudando en ciertas labores domésticas, cooperando en el gasto familiar o acompañando al adulto mayor a la consulta médica.
- b) Los hijos son adultos casados y no dependen económicamente de los padres, pero viven con ellos. Por lo general, en este caso se involucra a la hija casada o la nuera en el cuidado del familiar enfermo y en las labores domésticas, sobre todo en la elaboración de los alimentos. Esto es muy importante en el caso de hombres viudos, quienes dependen de sus hijas para su atención. En el caso de las mujeres, se establece una relación de reciprocidad donde las ancianas enfermas intervienen cuidando a sus nietos, así como en las labores cotidianas del hogar.
- c) Los hijos adultos, solteros o casados, viven en otro domicilio y dan un apoyo diferencial al enfermo. Esta participación varía de acuerdo al tipo de relación familiar establecida con anterioridad.
- d) Los hijos ausentes pueden convertirse en una fuente de preocupación para los padres enfermos, en especial cuando viven en colonias lejanas o incluso en el extranjero.

Al explorar las relaciones sociales encontramos que se establece una interacción diferencial de acuerdo a la coresidencia. Es una categoría decisiva en el apoyo que se da dentro de la familia que afecta de manera diferencial las prácticas de atención a la diabetes, ya que los ancianos reciben el mayor apoyo económico, emocional e instrumental de los hijos que viven con ellos o que se encuentran en colonias cercanas. Cuando los hijos viven lejos se reducen sus visitas, por lo que el apoyo es menor e incluso puede ser fuente de preocupación para el anciano enfermo. En este sentido y como plantea González, el hábitat como espacio social trasciende en las estructuras relacionales y en las redes de pertenencia que se generan dentro de la comunidad.²⁵

Como es evidente, las relaciones con los hijos, en particular con los que están todavía en casa, constituyen un campo de interacción importante para los enfermos. Pero no es posible generalizar, ya que la situación varía de forma

considerable según el sexo, los caracteres personales, la situación económica, las expectativas, la edad, el estado civil, la situación laboral y la residencia de los hijos. Los problemas surgen cuando los hijos tienen menor participación dentro del ingreso familiar, sobre todo al establecer sus relaciones de pareja, lo que puede provocar conflictos para los ancianos enfermos.

Las relaciones interpersonales que se establecen entre padres e hijos tienen que ver con la atención prestada al enfermo y con el apego al tratamiento. Encontramos que aunque se da apoyo económico a los enfermos, esa responsabilidad no se distribuye de manera igualitaria entre todos los miembros de la familia. Ante la falta del cónyuge, alguno de los hijos puede convertirse en cuidador. Entre los ancianos enfermos, la elección del cuidador depende de las características de la familia.

A causa de la edad y la enfermedad existe cierta tensión en las relaciones familiares con respecto a las medidas de autocuidado. Aunque los cónyuges y los hijos saben que cierto tipo de conductas pueden ser riesgosas para la salud del adulto mayor, como comer ciertos alimentos o ingerir bebidas alcohólicas en exceso, por lo general el enfermo no hace caso de las indicaciones. Otras veces son los familiares quienes interfieren en el cumplimiento del tratamiento, ya que las visitas de sus hijos son motivo de rompimiento de la dieta.

Las relaciones intrafamiliares llegan a resultar afectadas por la enfermedad crónica de uno de los integrantes, pues aumentan las demandas de apoyo emocional, económico, instrumental e informativo del enfermo hacia la familia, en especial hacia el cónyuge y los hijos. Dentro de la familia el aporte de apoyos está estructurado y seguido por generación y género. Esto es, el varón anciano espera encontrar ayuda primero de su cónyuge, mientras para las mujeres son los hijos quienes ocupan el primer lugar. Existe cierta preferencia en solicitar la ayuda de las hijas, aunque las mujeres viudas se han apoyado en los hijos varones. Luego se puede pedir apoyo a los hermanos, en especial hermanas, y a los nietos, sobre todo nietas.

En las redes de apoyo familiar, los hijos juegan un papel muy importante en cuanto al apoyo no sólo económico, sino instrumental, afectivo e informativo. Así, aportan ingresos, participan en las labores domésticas e incluso llegan a proporcionar tratamientos diferentes al institucional, como la herbolaria y la atención con otros curadores. Sin embargo, el apoyo hacia otras medidas como la dieta y el ejercicio son menores.

Aunque los hijos son adultos, los padres manifiestan preocupación constante por las condiciones de vida que aquéllos enfrentan, ya que existe una relación de interdependencia emocional y económica.

Ángeles comenta: "Una de mis hijas se dejó de su marido y llegó a vivir conmigo. Ahora le tengo que hacer de comer y no puedo hacer mi dieta. Le voy a decir que se vaya a su casa".

Nicolasa relata: "Tengo un hijo que es borracho y maltrata a su esposa y a sus hijas. Viven conmigo y ya le he dicho que no lo haga, pero no hace caso. Le digo a mi nuera que lo corra, a ver si así entiende".

Joaquín explica: "De mis dos hijos sólo tengo preocupaciones. Cuando estaban solteros se iban a las fiestas los sábados y no regresaban hasta el domingo. Ni caso me hacían. Ahora que están casados vienen a verme cuando quieren. Uno de ellos sí me apoya y me da una ayuda; pero el otro sólo me trae problemas".

Es común que los yernos y las nueras participen de manera diversa, de acuerdo a la situación familiar dentro de cada grupo doméstico; por ejemplo, acompañando a la persona mayor a las consultas, realizando ciertas actividades domésticas, aportando dinero para la familia o buscando otras alternativas de atención al enfermo.

La interrelación con los nietos es diferente de acuerdo a las condiciones de cada grupo doméstico. Aquí influyen la situación económica y la composición del grupo. Las mujeres que tienen nietos pequeños a su cuidado manifiestan una estrecha relación con ellos: "Quiero mucho a mi nieto (un niño de seis años). Él es mi compañero". Cuando los nietos son mayores de edad se convierten en un apoyo más para los enfermos, aunque no siempre se pueda contar con ellos.

Aurora comenta: "Tengo dos nietas. La más chica se aburre y la otra es casada y su marido no me la presta".

Las mujeres enfermas realizan actividades domésticas y dedican gran parte de su tiempo al cuidado de los nietos, en apoyo de sus hijas y nueras. Los varones se encuentran en situaciones económicas diferentes: los que están asegurados por ser padres de un trabajador afiliado tienen que buscar la manera de obtener recursos; los que están pensionados o jubilados reciben un apoyo económico mensual que les sirve para su atención, y los que están en mejores condiciones de salud buscan alguna actividad para allegarse recursos ante lo reducido de sus pensiones; pero cuando están incapacitados dependen del apoyo de sus hijos para su atención.

Las alteraciones en los roles sociales relacionadas a la enfermedad producen cambios que tienen que ver con problemas como fatiga o pérdida de capacidad social y sus consecuencias sociales, como pérdida de amigos, conflictos con miembros de la familia y decremento en la vida social. Los enfermos crónicos reportan diversos problemas emocionales que afectan de manera distinta a hombres y mujeres. La disminución de la movilidad restringe la aptitud del individuo para conservar viejas amistades y para hacerse de otras nuevas, aun en casos en que la enfermedad sólo reduce la disponibilidad de tiempo. Estos problemas tienen efecto directo sobre amistades y contactos sociales, por lo que el individuo crónicamente enfermo no tiene otra alternativa que aceptar estas restricciones y someterse a ellas.

Se encontró que a pesar de su enfermedad las mujeres en general siguen manteniendo sus interrelaciones sociales,

organizando la economía doméstica y cuidando de sus esposos, hijos y nietos. En cambio, para los varones es más difícil enfrentar los padecimientos, ya que afectan uno de los principales campos de la vida social al tener que transformar sus hábitos alimentarios y su forma de convivencia con los demás, pues el consumo de alcohol está restringido. Aunque tienen amigos y vecinos, no los consideran fuentes de apoyo importantes para su padecimiento. Al respecto, sólo dos mujeres señalaron tener una relación cercana con sus vecinas. Los varones jubilados se han distanciado de sus amistades del trabajo; llegan a hablar por teléfono o verse de manera ocasional con ellos, pero sólo comentan sus problemas de salud sin solicitar ayuda. Mientras, quienes se encuentran todavía trabajando mantienen una red de interrelación amplia, aunque rara vez incluyen el aspecto de su enfermedad.

En relación con los apoyos institucionales, existen insuficiencias de los sistemas de seguridad social, pues aunque existen programas de atención al adulto mayor, la relación y permanencia de estas personas en los programas se establece por su interacción con el personal encargado y por la cercanía y organización de las actividades.

Discusión

Las representaciones sobre el padecer son incorporadas por cada persona en modelos explicativos que les permiten entender y dar significado a sus padecimientos.^{VI} Investigaciones realizadas por otros autores muestran situaciones parecidas a las encontradas entre nuestros informantes. Por ejemplo, Cohen, Hernández y Hunt notaron que los pacientes y médicos enfatizan diferentes aspectos en sus modelos explicativos. Los pacientes enfatizan dificultades en el dominio social y el impacto en sus vidas, mientras que los del equipo de salud están enfocados en los problemas fisiopatológicos y el efecto físico de la enfermedad.²⁶⁻²⁸

Aunque la mayoría de los entrevistados acepta las causas biomédicamente aceptadas, como herencia y dieta, elaboran estos conceptos dentro de construcciones relevantes pero citando como factores provocadores su conducta o eventos. Sus modelos causales son por consiguiente específicos de sus historias personales y consistentes con sus experiencias en tratamientos exitosos o no. Las circunstancias estresantes de vida formaron la perspectiva de los entrevistados con relación al origen de la enfermedad. Por consiguiente, si bien se les diagnostica una enfermedad, tienen un padecimiento diferencial, donde la enfermedad se representa de formas diversas. Así puede manejarse un modelo relacional que alude al medio social y económico del individuo, como en la diabetes y la hipertensión, o referirse a un modelo de ruptura del equilibrio interno del individuo, como en la artritis.

En ambos casos se considera a la enfermedad como una presencia que penetra el cuerpo, que se fija al nivel de un órgano o como síntomas difusos, y se establecen ideas

sobre el cuerpo enfermo que señalan a la enfermedad como una entidad exógena que se apodera de los individuos y se localiza en algún lugar del cuerpo o es algo que circula.²⁹

En el transcurso de su padecer, los enfermos establecen estrategias para enfrentarlo que se caracterizan por la búsqueda incesante de una solución o al menos medidas paliativas para estos problemas que la biomedicina sólo controla en parte. Las prácticas de atención utilizadas son dinámicas, se transforman, se sintetizan con otras prácticas, se modifican en parte o desaparecen, ya que son estrategias cuya diferenciación se da por las condiciones ideológicas y económicas que permiten posibilidades y alternativas para enfrentar de manera dinámica e integral la búsqueda de una solución al padecer.³⁰⁻³²

El proceso de hegemonización es creciente en cuanto a las representaciones y prácticas de las personas con enfermedades crónicas, pues reconocen la eficacia de los médicos y de la prescripción médica en su enfermedad, aunque esto no impide que señalen las deficiencias en la atención o busquen la eficacia curativa en la combinación con recursos de otras medicinas, en una mezcla construida socialmente pero que aparece como respuesta individual de cada paciente.

De esta manera, la población ubica la atención de la enfermedad en la lógica de la ideología hegemónica, donde predominan el individualismo, los procesos mercantiles, la secularización y la responsabilidad personal y familiar en el mantenimiento de la salud o la enfermedad.

Las mujeres ancianas se encuentran en posición social de desventaja que se refleja en su estado de salud, con una escolaridad deficiente y restringida, acceso limitado a la seguridad social y mínimas oportunidades de desarrollo en las esferas social, política y económica que son reflejo de la desigualdad de género imperante en la sociedad y que ha sido estudiada para otros grupos de edad.³³

Aunque cuentan con servicios de seguridad social (IMSS), una proporción considerable de los ancianos enfermos de nuestro estudio acude a servicios privados. Esto se debe sobre todo a los problemas de accesibilidad del servicio público, ya que el traslado a la clínica correspondiente implica un gasto de tiempo y a veces no tienen quién los acompañe, por lo que recurren al médico privado que se encuentre más cercano.

Si bien reconocen que la atención recibida en el IMSS es buena, utilizan de manera complementaria tratamientos herbolarios de acuerdo a una serie de expectativas sobre la posible curación de su padecer. El cumplimiento del tratamiento médico se dificulta por las condiciones socioeconómicas concretas en que viven los ancianos, por los ingresos reducidos, dependencia del grupo doméstico y en algunas ocasiones porque aunque vivan con su familia sufren soledad o aislamiento.

Los ancianos con menores ingresos son quienes menos oportunidades tienen de participar en los programas de

atención institucionales de apoyo, como la formación de clubes y grupos de autoayuda para recibir pláticas de orientación sobre sus enfermedades, hacer ejercicio y otras actividades recreativas. Aunque tales opciones implican beneficios para ellos, tienen que cumplir exigencias inmediatas, como cuidar a los nietos, realizar actividades domésticas e incluso trabajar en empleos ocasionales, lo que tiene repercusiones para su salud. Así, se establece una participación diferenciada en los programas de acuerdo al nivel socioeconómico.

Conclusiones

Es importante examinar las representaciones y las prácticas del padecimiento para entender mejor las orientaciones de los pacientes. Debe considerarse que los enfermos interpretan su padecer, procuran hacer sentido de sus experiencias específicas con su enfermedad e integran dichos conceptos con el proceso de la enfermedad y el manejo señalados por el personal médico. Con frecuencia los pacientes producen modelos causales que son significativos en términos de su historia personal, y al mismo tiempo pueden aceptar algunas de las explicaciones biomédicas de la causalidad que son notablemente distantes de la experiencia del padecer. Desde la perspectiva de los pacientes, la explicación causal que buscan es lo que podría haber estado mal en sus propias biografías. Así, toman y evalúan acciones para conducir su padecimiento dentro de un contexto no sólo cultural sino socioeconómico que llega a determinar las posibilidades de atención a su problema.

Se deben elaborar estudios más profundos acerca de la situación de las personas mayores de 60 años, teniendo en mente las condiciones desfavorables en que se desenvuelven en la sociedad, además de incorporar la visión de género en la interpretación de los problemas de salud y fomentar la participación de la población en el diseño de las estrategias de atención que permitan desarrollar programas y servicios que ayuden a las y los ancianos a tener una mejor calidad de vida.

De acuerdo con los resultados de esta investigación, cabe proponer las siguientes líneas de acción:

1. Abandonar la visión exclusivamente curativa o paliativa que maneja la biomedicina, pues reduce la problemática a una esfera estrictamente individual.
2. Establecer programas interinstitucionales para la atención integral de las ancianas y los ancianos enfermos, donde se manejen un diagnóstico temprano, canalización adecuada y la oportuna rehabilitación.
3. Promover la organización de clubes de enfermos crónicos que permitan involucrar a los integrantes en actividades recreativas y productivas que les ayuden a encontrar alternativas creativas para enfrentar su enfermedad.

Preguntas de repaso

1. ¿Cuál es la diferencia entre enfermedad y padecimiento?
2. ¿A qué se llama representaciones del padecer?
3. ¿Qué es la carrera del enfermo?
4. Mencione los tipos de apoyo social que pueden otorgarse a las personas enfermas.
5. Explique con sus propias palabras cuál es la importancia de que el personal de salud identifique el padecer de las personas enfermas.

Para reflexionar...

SALUD ES...

Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades.

Organización Mundial de la Salud, 1946

Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.

Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española

Salud (del latín *salus*, -*ūtis*) es un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser visto a nivel subjetivo (un ser humano asume como aceptable el estado general en el que se encuentra) o a nivel objetivo (se constata la ausencia de enfermedades o de factores dañinos en el sujeto en cuestión).

Wikipedia. Consulta: 2013

Es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado.

René Dubos, 1956

Es el estado en el cual todas las células del organismo cumplirían acabadamente su función y nada las perturbaría.

Rudolf Virchow

Es cuando uno está contento, tranquilo, respecto a los demás; trabaja bien, come bien, regresa a su casa y platica con su familia; no siente dolores. Está sano porque se porta bien en la Tierra, entonces sus ancestros y Dios cuidan su espíritu.

Terapeutas tradicionales de Chiapas

Es el "estar bien" o "Allicai", en equilibrio con la Naturaleza, con los otros seres vivos y con los otros humanos. El centro de todo es la Naturaleza, la Pachamama y lo que ella encierra: el suelo, clima, agua, animales, plantas, seres humanos, deidades. El cosmos es la casa común de todos los seres vivos. El equilibrio y la salud están relacionados con los humanos, los espíritus y las fuerzas de la naturaleza.

Rodríguez L, 2008. *Salud y cosmovisión andina*

Citas adicionales

- I En 2008, la tasa de incidencia de diabetes mellitus tipo 2 fue de 371.55 personas por cada 100 000. La enfermedad se asocia a malos hábitos alimenticios, sedentarismo y sobrepeso. A nivel nacional, la tasa de mortalidad observada en 2008 fue de 70.9 por cada 100 000 habitantes.²
- II En México, según datos obtenidos del Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE), entre 2004 y 2010 había en la población general 3 738 174 personas con hipertensión arterial (HTA). El año que registró más casos fue 2004, con 558 139 e incidencia de 529.80 por cada 100 000 habitantes.³
- III En la antropología médica estadounidense se alude a tres dimensiones de la enfermedad: (*disease*, o enfermedad propiamente dicha) se refiere a la anormalidad en la estructura y función del órgano o sistema de órganos; se trata de un estado patológico reconocido en el campo de la biomedicina y que puede o no ser culturalmente reconocido; (*illness*, padecimiento) corresponde a las percepciones y experiencias de ciertos estados devaluados socialmente, incluyendo (pero no limitándose a) la enfermedad; por último, *sickness* se utiliza para designar un concepto general que comprende las dos dimensiones anteriores; es decir, la enfermedad y el padecimiento.^{7,8} Otros autores identifican *sickness* como el proceso por el cual a los signos conductuales y biológicos originados por la enfermedad se les dan significados socialmente reconocidos.⁹
- IV Para los fines de la presente investigación, se utilizan de forma indistinta las denominaciones "adulto mayor" y "anciano" para referir a personas con 60 años o más de edad.
- V Desde otra orientación teórica, al manifestarse el padecimiento, las personas organizan sus prácticas de atención de acuerdo a las condiciones de los diferentes tipos de capital que posean: económico, cultural y social. Estos recursos han de estar disponibles y ser susceptibles de ser utilizados de manera consciente o inconsciente por los diferentes conjuntos sociales, a modo de instrumento para organizar sus acciones y dar respuesta a una situación determinada en su práctica social.²¹ El capital sociocultural existe en relación directa con la conformación de *habitus* que es a la vez un "sistema de esquemas generadores de prácticas y de esquemas

de percepción de ambas prácticas.²² Por la heterogeneidad cultural y la estratificación social, se generan prácticas delimitadas por el *habitus* del grupo social en que se encuentran inscritos.

- VI Kleinman plantea que los denominados *explanatory models of illness* (modelos explicativos del padecimiento) son conjuntos de creencias que incluyen alguno o todos estos cinco puntos: a) las causas, b) el conjunto de síntomas, c) características fisiopatológicas, d) evolución (en cuanto a gravedad y tipo de rol del enfermo) y e) el tratamiento. Se identifican tres modelos básicos: el profesional, el popular (que incluye

a la familia y a la comunidad) y el *folk* (en referencia a los curadores no profesionales).⁸ Los paradigmas del padecimiento manejados por los pacientes son diferentes de los paradigmas médicos de la enfermedad. El estudio de los modelos explicativos indica cómo los pacientes entienden determinados episodios de enfermedad y cómo escogen y evalúan los tratamientos particulares. La variación en los modelos del médico y el paciente reflejan entendimientos o diferencias culturales subyacentes, por lo que puede haber conflictos entre médicos y pacientes; de allí que sea necesario analizar cuáles son las explicaciones sobre la enfermedad que cada uno maneja.

Bibliografía

Referencias

- Cárdenas R (2010). "Desafíos de la atención a la salud". En: García B, Ordorica M (coord.). *Los grandes problemas de México*. México, D.F.: El Colegio de México, 1, pp. 105-136.
- INEGI (2010). Estadísticas a propósito del Día Mundial de la Diabetes. Disponible en: www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/.../estadisticas/2010/diabetes0.doc. Consultado el 4 de febrero de 2012.
- Secretaría de Salud (2011). Boletín epidemiológico núm. 22, vol. 28, semana 22, del 29 de mayo al 4 de junio de 2011, disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/boletin/2011/sem22/pdf/edit2211.pdf>. Consultado el 4 de febrero de 2012.
- Secretaría de Salud (2008). Guía de práctica clínica: atención del paciente con osteoartritis de cadera y rodilla en el primer nivel de atención. México. Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html. Consultado el 4 de febrero de 2012.
- Devillard MJ, Otegui R, García P (1991). *La voz callada. Aproximación antropológico-social al enfermo de artritis reumatoide*. Madrid, España: Comunidad de Madrid. Consejería de Salud.
- Fitzpatrick R (1990). Conceptos comunes de enfermedad. En: Fitzpatrick R, Hinton J, Staton N, Scambler G, Thompson J (eds.) *La enfermedad como experiencia*. México: Fondo de Cultura Económica, pp. 19-41.
- Kleinman A (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley, California: University of California Press.
- Kleinman A (1988). *The illness narratives*. Basic Books.
- Young A (1982). *The anthropologies of illness and sickness*. Annual Review Anthropology, 11, 257-85.
- Jodelet D (1985). "La representación social: fenómenos, concepto y teoría". En: Moscovici S (ed.). *Psicología social II. Pensamiento y vida social*. Barcelona: Paidós, pp. 469-494.
- Menéndez E, Di Pardo R (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y procesos de alcoholización*. México: CIESAS.
- García H (1998). "Sistemas de soporte a la vejez. Apoyos formales e informales en el área metropolitana de Monterrey". En: Hernández BH, Menkes C (coord.). *La población de México al final del siglo xx, vol. 1*. Cuernavaca, Morelos: CRIM, Sociedad Mexicana de Demografía, UNAM, pp. 403-416.
- Kleinman A, Brodwin P, Good B, Delvecchio-Good M (1992). "Pain as human experience: An introduction". En: Del Vecchio M, Brodwin P, Good B, Kleinman A (eds.). *Pain as human experience. An anthropological perspective*. Berkeley, California: University of California Press, pp. 1-28.
- Martínez Cortés F (1983). *Enfermedad y padecer*. México: Medicina del Hombre en su Totalidad.
- Mercado F (1998). *El manejo del tratamiento médico en el marco de la vida diaria*. Relaciones, 19 (74), 137-164.
- Robles SL, Mercado F (1993). "El apoyo familiar y el cumplimiento del tratamiento médico en individuos con diabetes mellitus no insulino dependiente". En: Mercado F, Denman CA, Escobar A et al. (coord.). *Familia, sociedad y salud*. México: CIESAS, Universidad de Guadalajara, pp. 310-333.
- Robles SL, Mercado F, Ramos HI et al. (1995). *Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara*. México. Salud Pública de México, 37 (3), 187-196.
- Robles SL, Moreno LN (1996). "El anciano, la enfermedad crónica y su familia". En: Welti C (coord.). *Dinámica demográfica y cambio social*. México: Programa Latinoamericano de Actividades en Población, pp. 37-51.
- Mercado F, Robles SL, Ramos HI et al. (1998). "La trayectoria de los enfermos con diabetes en el sector popular de Guadalajara". En: Mercado F, Robles L (comp.). *Investigación cualitativa en salud. Perspectivas desde el Occidente de México*. México: Universidad de Guadalajara, pp. 223-246.
- Mercado F, Robles SL, Ramos HI et al. (1999). *La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico*. Cuadernos de Saude Pública, 15 (1), 179-186.
- Bourdieu P (1979). *Les trois états du capital culturel*. Actes de la Recherche, 30, 3-6.
- Bourdieu P (1991). *El sentido práctico*. Madrid, España: Taurus. P. 156.
- Campos-Navarro R, Torres D, Arganis EN, Sabido C (2001). *Autoterapias complementarias de adultos mayores con enfermedades crónicas degenerativas*. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 39 (1), 15-19.
- Campos-Navarro R (1990). "Prácticas médicas populares: algunas experiencias sobre el proceso de autoatención curativa". En: Campos-Navarro R (comp.). *La antropología médica en México*. Instituto Mora. Universidad Autónoma Metropolitana, pp. 186-210.
- González L (1993). *El pulso de la sobrevivencia. Estrategias de atención para la salud en un colectivo de mujeres del subproletariado urbano*. Tesis doctoral en sociología. Departamento de Sociología y Metodología de las Ciencias Sociales, Universidad de Barcelona.

26. Cohen MZ, Tripp-Reimer T, Smith C et al. (1994). *Explanatory models of diabetes: patient practitioner variation*. Social Science and Medicine, 38 (1), 59-66.
27. Hernández CA (1995). *The experience of living with insulin-dependent diabetes: Lessons for the diabetes educator*. Diabetes Educator, 21, 33-37.
28. Hunt LM, Valenzuela MA, Pugh J (1998). *Por qué me tocó a mí? Mexican American diabetes patients' causal histories and their relationship to treatment behaviors*. Social Science and Medicine, 46 (8), 959-969.
29. Laplantine F (1999). *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones del Sol, pp. 262-263.
30. Mercado F (1996). *Entre el infierno y la gloria*. Tesis de doctorado en ciencias sociales. México: El Colegio de Michoacán.
31. Arganis EN (1998). *Estrategias para la atención a la diabetes mellitus, de enfermos residentes en Cosamaloapan, Veracruz*. Tesis de maestría en antropología social. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
32. Arganis EN (2004). *Estar viejo y enfermo. Representaciones, prácticas y apoyo social en ancianos con diabetes mellitus re-*

sidentes de Iztapalapa, D.F. Tesis de doctorado en antropología. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.

33. Figueroa P (1998). (comp.). *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México: El Colegio de México.

Lecturas recomendadas

- Castro Sánchez E (2008). *Diabetes y políticas de salud. La experiencia de los actores sociales implicados*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León, Plaza y Valdés editores.
- Hamui Sutton L (2011). *Trastornos genéticos, narrativas y entorno sociocultural: los judíos de la Ciudad de México*. México: UNAM.
- Moreno Altamirano L (2007). *Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica*. Salud Pública Méx, 49 (1), 63-70.
- Torres-López TM, Sandoval-Díaz M, Pando-Moreno M (2005). *Sangre y azúcar. Representaciones sobre la diabetes de enfermos crónicos de un barrio de Guadalajara, México*. Cad Saúde Pública, 21 (1), 101-110.

Antropología del dolor

Anabella Barragán Solís

CAPÍTULO

15

Conceptos clave

Dolor • Tipos de dolor • Experiencia del dolor crónico
• Lenguaje del dolor • Modelos médicos en los tratamientos del dolor crónico

Introducción

Entre las principales causas de morbilidad y mortalidad general en México se encuentran diversas enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, enfermedades hipertensivas, cirrosis y otros problemas crónicos del hígado, tumores malignos (de tráquea, estómago, próstata, hígado, mama, cérvico-uterino) y secuelas de accidentes automovilísticos, entre otras. Varias de estas enfermedades aparecen también en otras poblaciones del mundo. Además de ser padecimientos de larga duración e incurables, tienen un componente importante de dolor.

En esta participación se muestra un panorama general del fenómeno del dolor como experiencia humana. Se presenta una tipificación del dolor, sus orígenes, la diversidad de lenguajes en las manifestaciones dolorosas y los factores de la percepción, haciendo énfasis en el dolor crónico como padecimiento y enfermedad, y las estrategias de atención enmarcadas en los modelos médicos propuestos por Menéndez (1990).¹ Lo anterior busca subrayar la importancia del conocimiento del dolor como fenómeno complejo, que no sólo es una sensación generada y convertida en una señal nerviosa, sino que además es una compleja experiencia de percepción de dimensiones fisiológicas y psicológicas determinadas por el sistema cultural de pertenencia, en el que se integran la memoria personal o colectiva y las experiencias vividas, a partir de lo cual la experiencia dolorosa encuentra el sentido y la significación. Así el dolor es una metáfora de la vida.

Antropología del dolor

Como respuesta a la emergencia de fenómenos culturales inéditos, surge la antropología médica, "una subdisciplina de la antropología social que estudia los problemas de la salud humana y los sistemas de curación en sus contextos sociales, culturales y económico-políticos".² Hasta hace poco esta ciencia dedicaba sus investigaciones a fenómenos correspondientes a las culturas étnicas tradicionales o grupos

indígenas de México y América Latina; pero ha empezado a considerar las problemáticas de salud de poblaciones urbanas cosmopolitas del mundo occidental. La antropología ha vuelto los ojos hacia dicho complejo entorno cultural.² Es por ello que las enfermedades construidas en el contexto biomédico, como la desnutrición, la diabetes, el sida, la hipertensión, la obesidad, el estrés, las adicciones y el alcoholismo, se entremezclan con las temáticas nosológicas tradicionales, como el empacho, el susto, el mal de ojo, la pérdida de la sombra o la brujería, y padecimientos emergentes, como el miedo, la anorexia o el dolor crónico.

En respuesta a la necesidad de contar con estudios etnográficos que aborden problemas tan actuales como el dolor crónico, la muerte asistida o la clonación humana (fenómenos que requieren estrategias metodológicas con las que se logre dar cuenta de su innegable complejidad y que son un reto para la antropología contemporánea), la antropología médica propone estudios que capten "desde la visión subjetiva de los afligidos, la experiencia del enfermar, padecer, sufrir un infortunio, buscar y lograr la sanación, o aceptar la vivencia de un padecimiento crónico o progresivo".² Es así como, desde una perspectiva fenomenológica de corte etnográfico, aquí se aborda la vivencia del dolor crónico.

El dolor en general y el dolor crónico en particular sólo se habían investigado de manera tangencial en algunos estudios antropológicos de poblaciones anglosajonas. Son fenómenos que se han abordado de forma principal en grupos sociales de Estados Unidos y Europa. Todos esos estudios se han llevado a cabo en ambientes biomédicos hospitalarios, y las técnicas de investigación han sido sobre todo la observación y la entrevista, además del análisis documental, tanto epidemiológico como de escritos personales (cartas y diarios).

En México, los pocos estudios efectuados al respecto han incluido poblaciones urbanas, aunque ya se exploran grupos sociales rurales, tanto mestizos como indígenas.³⁻⁶ En estos trabajos las metodologías coinciden con las señaladas en los estudios extranjeros, sociodemográficos y/o etnográficos.

Actualmente el dolor crónico se caracteriza como una epidemia silenciosa, en el sentido de que forma parte de numerosos padecimientos, la mayoría de ellos relacionados con los procesos de envejecimiento de las poblaciones, como las osteoartropatías degenerativas, las neoplasias oncológicas, las neuropatías, las neuralgias y las plexopatías, entre otras.

Varios autores coinciden en que "el dolor es el compañero común del nacimiento y el proceso de crecimiento, el malestar y la defunción, y constituye un fenómeno profundamente trabado en el hecho mismo de la existencia humana".⁷ Asimismo múltiples nociones del dolor han acompañado la historia de la humanidad y la de cada sujeto.⁸ El dolor como fenómeno de lo humano forma parte del *mundo de la vida*,⁹ lo que implica la especificidad contextual de la experiencia, enmarcada no sólo por las fronteras somáticas sino también en una compleja multiplicidad de elementos sociales, culturales, históricos, lingüísticos, políticos, económicos, religiosos, emocionales y determinaciones de género. Esa complejidad se materializa en las prácticas y las creencias de los sujetos y grupos sociales determinados.

Ha quedado demostrado que la percepción y la manifestación del dolor se aprenden en contextos sociales específicos, lo que significa que el dolor está determinado por la pertenencia a un grupo étnico, a un nivel escolar específico, a una ocupación dada y a una herencia cultural familiar. Además de tener una acepción genérica innegable, está influido por las experiencias personales, así como por los aspectos psicológicos, orgánicos, fisiológicos y por la patología propia de la enfermedad.^{5,6,10-14}

La caracterización mencionada está íntimamente relacionada con los grados de incapacidad que provoca. Un dolor leve permite en mayor o menor medida la continuidad de la vida laboral, social y familiar; en cambio, un dolor intenso limita de manera importante tales interacciones. La percepción de dolor insostenible impide la elección libre de cualquier tipo de actividad; es agobiante y profundamente incapacitante.

Por último, el torpor se señala como una respuesta protectora que se manifiesta a partir de un dolor extremo; es una alteración las más de las veces fugaz, que se describe como la incapacidad de sentir; es enajenación o desdoblamiento, como un desprendimiento del cuerpo.^{5,15}

Las experiencias de sujetos afectados por dolor crónico permiten reconocer que la región corporal implicada se vuelve ajena para el sujeto. Este fenómeno ha sido interpretado como un proceso psicológico de autoconservación, como lo demuestran las referencias de individuos torturados o con dolencias extremas. Contrario a esta relación es el dolor de *miembro fantasma*, que los estudiosos del tema significan como una forma inconsciente de preservar la integridad del sujeto.

El umbral fisiológico del dolor no determina la significación de la intensidad, aun cuando dicho umbral es diferente entre individuos y sexos e incluso en distintos momentos de la vida de una misma persona. Se sabe, por ejemplo, que las mujeres tienen mayor umbral de tolerancia al dolor durante el periodo de ovulación o en el embarazo. Estudios con heridos de guerra demuestran que esa tolerancia está condicionada por el contexto. Melzack da un ejemplo al señalar que 65% de los soldados gravemente heridos en combate no siente dolor en el momento, sino en los días sucesi-

vos.¹⁶ En estos casos, el aumento del umbral del dolor se explica desde una perspectiva psicofisiológica donde la producción de endorfinas (opioides endógenos) se encuentra en niveles mayores de lo que normalmente se espera, por lo que es necesario un mayor estímulo para percibir dolor.^{15,18}

Otros estudios reportan que entre los soldados italianos heridos en la Segunda Guerra Mundial, después de semanas de haber sido alejados del campo de batalla, sólo un tercio pidió morfina para aliviar el dolor. En hospitales de veteranos de guerra en Estados Unidos se observó que la actitud ante el dolor y los tratamientos, así como la exigencia de la administración de analgésicos, son diferentes entre soldados de distinto origen étnico.^{10,16}

Es precisamente en contextos de guerra donde se observa el "gran festín del sufrimiento", en el que se refleja el drama más relevante, que es la capacidad de sufrimiento humano. La guerra, según Duhamel, es un museo de la miseria donde se reúnen todos los dolores imaginables e inimaginables, y todas las injurias hechas al hombre: carnes destrozadas, inflamaciones, mutilaciones, podredumbre. La guerra multiplica todas las experiencias del sufrimiento y de la muerte.¹⁹ Paradójicamente, ha sido a partir de los estudios e intervenciones médicas en contextos de guerra que se han desarrollado no sólo técnicas quirúrgicas y terapéuticas farmacológicas para la atención del dolor, sino también aspectos importantes de la salud pública, como el saneamiento y la misma organización hospitalaria disciplinada, escalonada y jerarquizada.²⁰

Justamente fue en hospitales de veteranos de guerra donde se desarrolló la especialidad médica encargada del diagnóstico y tratamiento del dolor: la algología, con la creación de los propios centros hospitalarios de atención del dolor crónico y las clínicas del dolor, que de manera importante retoman las técnicas propias de la anestesiología y constituyen equipos multidisciplinarios con especialidades como neurocirugía, oncología, ortopedia, ginecología, traumatología, cirugía, terapia neural y pediatría, y se apoyan de manera importante en los servicios de psicología y psiquiatría. Cada vez es más frecuente la utilización biomédica de técnicas de las medicinas alternativas, como la acupuntura.^{19,21-24}

En los estudios sobre el dolor se observa que su caracterización se realiza a partir del sexo del doliente, para identificarlo como femenino o masculino, en el sentido de la manifestación estereotipada. En el primero se espera que su representación se encuentre confinada al mundo familiar privado y los espacios propios de los curadores (dolor privado), mientras que el segundo, dentro de la cultura occidental, se despliega en público por medio del espectáculo deportivo, los combates callejeros y la guerra (dolor público). También se hace referencia a la epidemiología del dolor, que demuestra que la población en las clínicas del dolor está constituida sobre todo por mujeres. Este hecho se explica con el argumento de que el dolor crónico es la manifestación de las múltiples problemáticas que enfrenta dicho

Cuadro 15-1. Tipos de dolor.

Agudo espontáneo	Evitable
Crónico	Inevitable
Femenino	Necesario
Masculino	Innecesario
Público	Esperado y aceptado
Privado	Esperado y no aceptado

Fuente: Barragán.⁵

sector de la población, su permanente subordinación, la constante inserción en empleos poco valorados, las cargas de trabajo doméstico, las relaciones conyugales conflictivas y la violencia intrafamiliar, entre otras, que se reflejan en el cuerpo sustrato del dolor (cuadro 15-1).^{5,15,25-27}

Según conciben los sujetos la causa y el contexto de la experiencia, el dolor se interpreta como evitable o inevitable, necesario o innecesario. En determinadas situaciones se espera y se acepta cierto grado de dolor o se reconoce su inminencia, pero no se acepta por completo y en consecuencia se llevan a cabo acciones encaminadas a evitarlo. Esto se ha observado en el caso del dolor de parto en mujeres de origen estadounidense, que esperan el dolor pero exigen estrategias de analgesia, ya que consideran al dolor como algo innecesario y evitable.^{10,15} No sucede así en las mujeres nahuas de Temalac, Guerrero, que esperan el dolor de parto y lo aceptan, e incluso lo viven de una manera iniciática, a través de cuya experiencia llegan a ser verdaderamente mujeres.⁴

En las investigaciones antropológicas está bien documentado el uso social del dolor, sea autoinfligido o infligido por otros, en ceremonias de iniciación, religiosas, militares, deportivas, tratamientos médicos (incluyendo la iatrogenia), prácticas de embellecimiento, en el goce erótico, así como en la práctica criminal de la tortura y las ejecuciones (cuadro 15-2).

El dolor también puede ser consecuencia de un proceso fisiológico; por ejemplo, el dolor de las articulaciones durante el crecimiento infantil, que muchas veces se confunde con artritis o simulación. La edad es un factor en la percepción y la significación del dolor. La maduración de las terminaciones nerviosas y la capacidad de producir agentes antidoloríficos (endorfinas), aún no concluidas en los infantes, hace

Cuadro 15-2. Origen del dolor.

Autoinfligido	Por enfermedad
Infligido por otros	Psicogénico
Ceremonias de iniciación	Tratamiento médico
Ritos religiosos	Iatrogenia
Práctica deportiva	Tormento
Procesos fisiológicos	Ejecución

Fuente: Barragán.⁵

difícil tanto la valoración clínica como el estudio de la experiencia del dolor.²⁸ Sin embargo, la determinación clínica del dolor en los recién nacidos es complicada, porque la actividad de representación de las partes del cuerpo es todavía escasa y no hay posibilidad de vincular los estímulos con las palabras.¹¹

Algunos estudios parecen sugerir que a mayor edad mayor umbral del dolor; sin embargo, otros ofrecen una explicación a esta aparente resistencia en los viejos, enfatizando que ello ocurre sólo en la percepción del dolor agudo, a causa de la decreciente percepción de amenaza, desagrado o incomodidad, asociada con la intensidad de la sensación dolorosa que acompaña su presentación. En los mismos trabajos se acota que los jóvenes y los viejos en tanto sujetos pueden tener significaciones diferentes para el dolor, que dependerán de condiciones personales y sociales distintas. Pero las investigaciones no demuestran evidencia clara sobre la acción del paso de los años sobre la percepción del dolor que sea demostrable en el laboratorio. Lo que sí se ha observado es que en algunos viejos el dolor suele presentarse no como uno solo, sino que aparece de manera intermitente referido a diferentes partes del cuerpo, ligado a diversos órganos y/o funciones (cuadro 15-3).^{30,31}

El dolor crónico ha provocado que la concepción del dolor en el ámbito médico haya eliminado la división entre dolor físico o real y dolor imaginario o asociado a factores psicológicos. Se asume que el dolor es una experiencia de alta resonancia emocional y se reconoce que tanto la en-

Cuadro 15-3. Factores que intervienen en la percepción y la respuesta al dolor.

Factores biológicos	Por las características del dolor	Factores sociales y culturales del individuo
Procesos fisiológicos	Origen	Personalidad
Patología de la enfermedad	Intensidad	Enseñanza familiar
Partes del cuerpo afectadas	Duración	Sexo
Incapacidad	Cualidad	Experiencia personal
	Significado	Parte del cuerpo afectada
	Factores causales	Religión
		Nivel educativo
		Pertenencia étnica
		Estado emocional
		Ocupación
		Cuidado de la salud
		Factores socioeconómicos
		Recursos de atención

Fuente: Barragán.⁵

fermedad médica como los factores psicológicos son importantes en su inicio, exacerbación o persistencia. El dolor más conocido es el provocado por enfermedades que involucran lesiones tisulares, como inflamación, tumores, lesiones provocadas por accidentes, degeneración traumática, infecciones, etc. Por otra parte, se ha observado que muchos médicos y pacientes encuentran dificultad para interrelacionar las causas psicológicas con las fisiológicas del dolor, por el estigma de la enfermedad mental, ya que hay confusión entre dolor imaginario y dolor mental. La mayoría de los pacientes acepta sus disturbios emocionales depresivos y afirman, de modo contrario a las ideas de los equipos multidisciplinarios, que el dolor causa depresión, pero que la depresión no causa dolor. Creen que su dolor es real (orgánico) y que el problema emocional es una consecuencia de éste, a pesar de que durante las entrevistas muchos pacientes notan que hay una conexión entre tensión o estrés y dolor.^{32,33}

La experiencia del dolor permite que la persona vea que "el cuerpo de alguna manera se constituye en un eje de memoria, eje de percepción fundamental, marca de donde podemos establecer el antes y el después, el aquí y el ahora, el pasado y el futuro, la presencia y la ausencia. El cuerpo es un punto de referencia absolutamente central, pero al mismo tiempo aparece como posibilidad de significación, como un cuerpo a partir de su posibilidad de afectar."³⁴

La experiencia corporal del dolor es polisémica, dado que puede estar significada como una enseñanza y una manifestación de la vitalidad, como en los ritos iniciáticos y deportivos. Dentro de las significaciones enmarcadas en las creencias religiosas el dolor se vive como una prueba de fe, como un *test* que Dios impone al sujeto para probar la profundidad de su fe. En este mismo marco, el dolor puede ser una experiencia visionaria, como en la autoflagelación y el ayuno prolongado; pero también el dolor causado por una enfermedad puede vivirse de esa manera. Los chamanes, brujos o curanderos de diversos sistemas médicos tuvieron experiencias semejantes que los llevaron a la conversión o al descubrimiento de la *vocación* de curar. Por otra parte, el dolor que se significa como castigo se experimenta como un acto de purificación y de sacrificio.³⁵

El dolor también suele vivirse como una desgracia, una tragedia o un drama, o ser una oportunidad para demostrar estoicismo. También cabe la posibilidad de asumir la experiencia desde una perspectiva optimista y enriquecedora, como un elemento que coadyuve al autoconocimiento, la realización personal, la creatividad, la reflexión y la necesaria elección de prioridades.³⁶⁻⁴¹

Las dolencias tienen usos delimitados, ya sea como elementos que implican un beneficio personal en el terreno afectivo, en las relaciones familiares, en lo económico y laboral, o como medio de dominio social o de resistencia, además de ser una posible oportunidad de demostrar estoicismo como elemento de identidad étnica (cuadro 15-4).^{13,37,42}

El dolor tiene un lenguaje propio, compuesto por expresiones verbales y no verbales, un lenguaje metafórico pro-

Cuadro 15-4. Significado de la experiencia de dolor crónico.

Medio de expiación (castigo)
Experiencia visionaria (extática)
Prueba de fe
Es una desgracia
Oportunidad para demostrar estoicismo como elemento de identidad étnica
Es un drama
Es una tragedia
Es un sacrificio
Medio de dominio social
Forma de resistencia social
Medio para el cambio social
Es un estímulo para la autorrealización
Vía de conocimiento de uno mismo y de la topografía precisa del cuerpo
Factor que impulsa la creatividad artística

Fuente: Barragán.⁵

pio del imaginario cultural. Puede significarse como una metáfora, un lenguaje figurativo que usa el cuerpo y el sufrimiento para comunicarse e influir en su mundo social.³⁶ La experiencia dolorosa también implica una representación diferencial de acuerdo al escenario y la audiencia. Ello hace que la manifestación del dolor sea distinta en público que en privado. Asimismo su tolerancia depende del significado constituido.

El dolor obliga al retorno de una manifestación prelingüística constituida por gemidos, gritos, lamentos y silencios. Además contempla un lenguaje corporal de excreciones como sudoración y llanto; también de expresiones faciales, contorsiones, desvanecimientos, debilidad, estremecimiento, palidez, palpitations y espasmos. Por último, existe un lenguaje verbal necesariamente metafórico con el que se construyen los mundos del dolor, poblados de monstruos, demonios, plagas terribles, explosiones dentro del cuerpo, cosas horribles, experiencias desgarradoras (cuadro 15-5).¹⁵

Como fenómeno social, el dolor crónico tiene efecto en diferentes dimensiones: personales, familiares, económicas y políticas; así como en el ámbito de la atención médica. A partir de la dificultad en el control o la modificación de la experiencia de dolor crónico, se hacen evidentes múltiples aspectos que involucran diversas instancias y que se ven afectados por la problemática del dolor de difícil tratamiento. El dolor crónico evidencia las relaciones de poder médico-paciente y coadyuva a la crisis de la medicina contemporánea, ya que hace patentes las consecuencias negativas de la medicalización y del creciente mercado farmacéutico.

La emergencia del dolor crónico impulsa la tendencia a la especialización biomédica con el surgimiento de la algo-

Cuadro 15-5. Características del lenguaje del dolor.

Manifestación prelingüística	Lenguaje no verbal	Lenguaje verbal: metáforas
Gemidos	Sudoración	Monstruos
Llanto	Expresiones faciales	Demonios
Gritos	Contorsiones	Plaga terrible
Lamentos	Debilidad	Explosión dentro del cuerpo
Silencios	Estremecimiento	Algo horroroso
	Palpitaciones	Algo desgarrador
	Espasmos	
	Llanto	

Fuente: Barragán.⁹

gía (para algunos autores algología o algesiología), los cuidados paliativos y la diversificación en las estrategias de atención. Estas últimas incluyen la búsqueda de elementos farmacológicos de vanguardia, técnicas quirúrgicas cada vez más sofisticadas, métodos de diagnóstico altamente tecnificados y desarrollo de alternativas de atención transaccionales, como la acupuntura, la terapia neural, la estimulación electrónica, la fitoterapia y múltiples estrategias psicológicas, como hipnosis, terapéutica de la risa, terapia ocupacional y grupos de autoayuda, entre otros.^{5,6,25,41,43,44}

Otras consecuencias enmarcadas en lo político y económico que el dolor crónico hace visibles son las inadecuadas normas legales en el marco laboral sobre incapacidad e indemnización por dolor crónico, como también en relación con los seguros médicos. El dolor crónico implica gastos familiares e institucionales constantes, que evidencian la importancia de la privación social como un elemento que predispone para el dolor crónico y la enfermedad.^{15,38}

El sufrimiento de las personas que padecen dolor crónico es el aspecto fundamental que repercute en la calidad de vida. Es a partir de ese sufrimiento que los individuos ven trastocado todo su mundo. El fracaso de la atención médica, así como la incapacidad de comunicar su sufrimiento (este último fenómeno referido como un fracaso del lenguaje), interfieren poco a poco en la personalidad y la forma de vida de los enfermos. Entre los rasgos que se constituyen están la soledad, la tristeza, la angustia, la depresión y el estrés, que contribuyen de manera significativa al aislamiento social y psicológico, a la incapacidad de cubrir los gastos médicos y a una mayor sensibilidad ante los actos cotidianos.

El padecimiento, por otra parte, impulsa la búsqueda de alivio ya sea dentro de la familia o en los diversos sistemas curativos como la biomedicina, sea con farmacéuticos, médicos privados o instituciones hospitalarias particulares o públicas, fisioterapeutas, acupunturistas, homeópatas, espiritistas, hierberos, curanderos, sobadores, hueseros, chamanes o brujos. La mayoría de estas búsquedas ocurre dentro del país; pero los enfermos con mayores posibilidades económicas se van al extranjero, principalmente a Cuba y Esta-

dos Unidos (sobre todo Houston). Allí acuden a consultas y se someten a tratamientos con resultados de control relativo o franca ineficacia.

Las historias de vida y los estudios de los itinerarios de atención demuestran que el alivio o el control del dolor residen tanto en el tratamiento médico o psicológico como en las múltiples alternativas de atención, así como en la asunción de la responsabilidad de cada individuo para hallar la respuesta que se considera adecuada, donde factores como la cooperación, el optimismo y la confianza contribuyen al éxito del control del dolor.

En la actualidad existe la tendencia a considerar la experiencia del dolor como fenómeno social. Investigaciones internacionales y nacionales demuestran que el dolor crónico predomina en las mujeres de todos los grupos estudiados, y en general se observa una dirección hacia la homogenización de las creencias y prácticas sobre el dolor, influidas por la difusión del discurso biomédico.⁴⁵ En general, las sociedades consideran deseable, técnicamente posible y justo luchar contra el dolor, a la vez que reconocen una creciente medicalización del mismo. Las conductas estoicas o de resignación ya no son valoradas culturalmente como ideales, pues la búsqueda de ayuda y la lucha contra el dolor predominan en la mayoría de los grupos sociales donde se ha estudiado este fenómeno (cuadro 15-6).

Estrategias de atención del dolor

Las estrategias de atención a que se someten los pacientes, los saberes que comparten los grupos sociales sobre la

Cuadro 15-6. Consecuencias del padecimiento de dolor crónico.

Consecuencias en el tratamiento biomédico

1. Evidencia las relaciones de poder médico-paciente
2. Evidencia las consecuencias negativas de la medicalización
3. Fomenta el crecimiento del mercado farmacéutico
4. Provoca el surgimiento de una nueva especialidad médica
5. Es un elemento que coadyuva a la crisis de la biomedicina contemporánea

Consecuencias políticas y económicas

1. Legislación laboral inadecuada sobre incapacidad e indemnización por dolor crónico
2. Normatividad inadecuada de los seguros médicos con respecto al dolor crónico
3. Incapacidad
4. Gastos médicos familiares e institucionales
5. Evidencia que la privación social es un elemento predisponente para el dolor y la enfermedad

Consecuencias culturales

1. Sufrimiento
2. Construcción de nuevas formas de comunicación verbal y no verbal
3. Conformación de interrelaciones teórico-técnicas entre los distintos modelos médicos
4. Constitución de nuevas identidades y roles sociales
5. Resignificación del cuerpo y el sentido de la vida

Fuente: Revisión bibliográfica antropológica.

atención y sobre determinados problemas físicos, psicológicos y sociales son diferentes. Dichos saberes permiten auxiliarse con diversas prácticas curativas, que dependen del contexto social, cultural y económico de los individuos y del grupo social de relación.⁴⁶ Aquí se ordenan en tres distintos modelos médicos propuestos por Eduardo Menéndez.¹ El primero es el modelo médico de autoatención, que se conforma con las prácticas curativas practicadas en el entorno familiar o de relación, sin que medie un curador profesional, sea biomédico o de algún otro sistema curativo. El segundo es el modelo médico hegemónico o biomedicina, también denominado científico o académico. Este modelo incluye los servicios de corporaciones privadas o públicas de atención a la salud. Por último está el modelo médico alternativo subordinado, que incluye todos los sistemas denominados alternativos, como la acupuntura, la homeopatía, el chamanismo, la brujería, el curanderismo urbano, entre otros.

En el caso específico del dolor crónico, el mismo tiempo de evolución permite la resignificación y reelaboración diagnóstica de la dolencia, lo que conlleva la inserción ideológica y práctica en distintos modelos médicos, siguiendo a Menéndez. En el desarrollo del padecimiento y bajo la premisa de encontrar alivio, los enfermos acuden en primera instancia a la autoatención. Es en el núcleo familiar, doméstico, donde se instituyen las primeras formas de afrontar el dolor. Entre éstas se encuentran prácticas pertenecientes a la biomedicina o las denominadas medicinas alternativas.

La autoatención se realiza en primer lugar utilizando medidas higiénicas y dietéticas, lo que permite esperar a que evolucionen los síntomas, a partir de lo cual se decide la aplicación de algún remedio tópico, como pomadas, cremas, emplastos y compresas de distintas plantas medicinales, entre otras cosas. En general se recurre al acervo de conocimientos acerca de fármacos para automedicarse, con resultados de eficacia variable pero que permiten sobrellevar la dolencia y resignificar el sentido, lo que lleva a establecer acciones acordes con las ideas construidas (cuadro 15-7).

Algunos remedios utilizados en el contexto de la autoatención, sea por iniciativa propia o por sugerencia de alguno de los familiares del enfermo, corresponden al acervo de conocimientos herbolarios que caracterizan a las poblaciones de nuestro país desde tiempos inmemoriales. Entre ellos están los emplastos de distintas plantas o medicamentos, como sábila, cáscara de papaya fría, cáscara de papa, talco, polvo de haba, agua de manzanilla helada, emplastos de barro, hierba brujo, hierba tianguis (o tiánquiz), árnica, cancerina, flores de azahar, hojas de naranjo, té de limón, jediondilla y otras hierbas no identificadas, ya sea con cualidad atribuida de *fríos* (para contrarrestar el ardor, el calor y la sensación quemante del dolor) o *calientes* (para neutralizar el *enfriamiento*).

En caso de considerar el frío como causa del ardor, se colocan remedios con la calidad de calientes:¹¹¹ emplastos calientes de barro, compresas de agua de manzanilla, agua de sal con árnica, sábila asada caliente; frotaciones de "alco-

Cuadro 15-7. Estrategias de atención según el grupo de pacientes.

Autoatención	Modelo médico hegemónico	Modelo médico alternativo subordinado
Medidas higiénicas	Consulta con médicos generales privados y de instituciones públicas	Acupuntura
Uso de plantas medicinales en infusiones, emplastos o compresas	Consulta de médicos de varias especialidades (dermatólogos, neurólogos, psiquiatras, reumatólogos, traumatólogos, inmunólogos, oncólogos, nutricionistas, médicos familiares, etc.)	Herbolaria
Automedicación	Consulta a distintos tipos de farmacéuticos y farmacias	Homeopatía
Dejar de fumar	Electroestimulación transcutánea	Naturismo, huesero
Dejar de beber	Bloqueos nerviosos	Sobador
Diversos tipos de dietas	Radioterapia	Brujos o chamanes
Prácticas deportivas, ejercicio físico, yoga	Quimioterapia	Lectura de caracoles africanos
Fricciones con cepillo o rodillo de madera	Terapia neural	Limpias
Grupos de autoayuda (Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos, Adictos Anónimos a las Relaciones Destructivas)	Terapia psicológica (ejercicios de relajación, hipnosis, escritura, terapia ocupacional)	Espiritismo
Prácticas religiosas (oración, participación en servicios religiosos y uso de amuletos)	Terapia psicoanalítica	Magnetoterapia
Promesas de visitar lugares santos (mandas)	Fisioterapia	Vegetarianismo
Terapia ocupacional y diversos distractores	Neurocirugía	

Fuente: Entrevistas y diarios de campo, 2002-2003. Clínica del Dolor, HGM.

holito" mezclado con sal o mariguana, hierba del perro, ruda, o simplemente alcohol de caña o etílico desnaturalizado. También se pueden sumergir los pies en una cubeta con agua caliente o se aplican masajes con pomadas para golpes, reumas, e incluso de uso veterinario; o se dan fricciones con cepillos o rodillos de madera, se colocan bolsas de agua o gel caliente, se calienta la zona dolorida con un foco prendido, se intenta "calentar los músculos" con ejercicios, etcétera.

Pero no sólo se recurre a remedios aplicados en la superficie de la piel (en los que se incluyen además distintos tipos de cremas humectantes); también se ingieren diversas infusiones, como las de árnica, manzanilla, cancerina o jugos (de apio con nopal o de xoconoxtle con nopal y naranja, sobre todo para los ardores en la neuropatía diabética, o en la neuralgia posherpética). Incluso se observa una preferencia importante del nopal en la dieta cotidiana y una tendencia al vegetarianismo, entre otras estrategias, todas ellas de acuerdo al tipo de padecimiento, las características y la intensidad del dolor y la percepción del mismo.

En la segunda instancia, se observa que la biomedicina es el recurso al que se acude cuando la sintomatología persiste, el dolor se vuelve más intenso o se manifiesta la incapacidad. Esta última es el efecto más significativo y alarmante, sobre todo en los hombres, ya que las mujeres, en general, no expresan tanto temor o angustia ante el hecho de las limitaciones físicas. Ellas se las arreglan para continuar más o menos activas; no así los hombres, que viven la incapacidad con mayor temor y angustia.

En los itinerarios de atención, después de la autoatención en el hogar, como opción profesional se acude ya sea a la biomedicina o a las llamadas medicinas alternativas.

El tratamiento biomédico incluye con mucha frecuencia un médico privado del mismo barrio, un profesional perteneciente a la familia, un médico familiar recomendado por algún conocido o un pariente, e incluso puede tratarse de un compadre o un amigo. Cada una de estas opciones depende de la conformación de las redes sociales y del acceso económico de cada familia. Así, la primera alternativa profesional puede ser la búsqueda de atención en un centro de salud que proporcione servicios a la denominada "población abierta", donde sólo existan módicas cuotas de recuperación o el servicio sea gratuito. Acceder a la atención en un centro hospitalario que cuente con diversas especialidades médicas implica traspasar distintos filtros, ya que la consulta debe ser transferida por un médico de un centro de salud o una clínica u hospital regional que considere que el caso amerita atención especializada. Para entonces ya han transcurrido semanas, meses o años. Pero puede ocurrir que la recomendación de un médico o un empleado del propio hospital facilite el trayecto y se obtenga, como en el caso de la algología, una atención altamente especializada.

Lo más común en las carreras curativas es que al mismo tiempo que se llevan a cabo estrategias de atención biomédicas se establecen prácticas de autoatención y/o terapéuticas dentro de las "medicinas alternativas" (acupuntura,

homeopatía, espiritismo, despojos o limpias con prácticas mágico-religiosas). Además se acude a terapias psicológicas o psicoanalíticas, teniendo como resultado, según la observación de la práctica social, que ninguno de estos modos curativos se contraponen, sino que son complementarios.

Encontramos que los tratamientos profesionales se basan en fármacos, sea inyectables, orales o parches analgésicos, entre otros. Dentro del itinerario de atención se puede acudir antes, después o de manera simultánea a una cura ritual religiosa o con un especialista en acupuntura, naturismo, homeopatía, un huesero, un espiritista o un brujo. Ninguno de ellos impide el uso de un segundo o tercer sistema curativo. Y lo que se ve en los itinerarios de atención es que la eficacia terapéutica radica, precisamente, en la combinatoria o la alternativa de estos sistemas, a los que se agregan los grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos y Adictos Anónimos a las Relaciones Destructivas.

Por otra parte, la búsqueda de alivio permite la construcción del sentido, encontrar la cura. Es un camino que se recorre una y otra vez de manera incesante, con éxitos espectaculares o fracasos rotundos. La mayoría de las veces se logran resultados moderados que permiten continuar con "la esperanza" de dar con una cura *cuasi* milagrosa, que finalmente es una tregua para seguir viviendo.

Llama la atención el hecho de que son las personas con religiosidad acentuada quienes viven el dolor con menor sufrimiento; terminan por aceptar su situación y significan la dolencia de tal forma que ésta se constituye en un medio de acceder a estados de gracia. Esto ocurre en los informantes que profesan credos católicos y no católicos, como se verá en el siguiente apartado. También observé que las personas que tienen *fe* sólida en la ciencia médica viven el dolor de manera menos angustiada que quienes opinan que la eficacia biomédica queda en entredicho. De igual forma, la propia institución se constituye en un espacio donde, de una u otra manera, se encuentra cierto alivio, y donde con tan sólo visitar las instalaciones, platicar con algunos de los integrantes del equipo médico o paramédico, o simplemente programar una consulta, disminuyen la angustia y el dolor.

La búsqueda de la cura, a través de múltiples estrategias y de curadores, se comparte con la familia o el grupo social de relación. Son los distintos miembros del grupo familiar quienes proponen nuevas alternativas, consiguen las direcciones de los establecimientos donde se puede acceder a la cura, pagan las cuotas y los medicamentos y acompañan al enfermo tanto en el trayecto a las consultas como durante la misma ejecución de los rituales curativos; en resumen, comparten la experiencia del dolor. Aquí me pregunto si ellos también deben ser atendidos como dolientes, porque es una falacia que el dolor se viva en soledad. El dolor es una realidad compartida en todos los momentos del círculo, desde su causalidad, su recurrencia y alivio, pasando por la resignificación y la vuelta al dolor, como se demuestra en este estudio.

La familia es el grupo social más involucrado en la enfermedad y el dolor. Para bien o para mal, está siempre presente. Los familiares se quieren y se odian, pero están en la enfermedad unos u otros, sobre todo las mujeres: esposas en primer lugar; hijas, madres, hermanas, nietas, nueras, suegras. Son las eternas cuidadoras; seres para los otros. Solteras o casadas, empleadas o desempleadas, jóvenes o viejas, sanas o enfermas, son las enfermeras, sobadoras, hierberas, rezanderas, blanco del enojo y la frustración por la dolencia del esposo o el padre. Cuando ellas son las enfermas, otras mujeres también las cuidan (hermanas, amigas, comadres, suegras, sobrinas, vecinas), las escuchan y las consuelan, las acompañan y se solidarizan económicamente con ellas. Los hijos y esposos también fungen como cuidadores, aunque son los menos, y a semejanza de las mujeres, consuelan, acompañan, curan, y también, como las mujeres, descuidan el trabajo y su propia salud.

Los cuidados que se deben prodigar al enfermo se aprenden en la práctica, o a través de la interacción con los familiares de otros pacientes, quienes enseñan al familiar a lavar, cuidar, alimentar, etc.. En otras ocasiones los cuidadores se

informan en revistas, libros o folletos acerca de las acciones que se deben realizar para determinados procedimientos, como inyectar, desinfectar, vendar, bañar al enfermo, y sobre todo administrar el tipo de dieta acorde con el padecimiento. Este aspecto es muy importante, ya que en raras ocasiones se explica de forma adecuada cómo establecer las dietas pertinentes. Aquí la radio cumple un papel trascendental como medio de información, ya que varias de las mujeres que atienden a sus familiares enfermos relataron que han aprendido sobre las dietas a través de éste y otros medios como la televisión.

Pero también se observó otro fenómeno: tanto los hombres como las mujeres que se encargan de cuidar al paciente pueden convertirse en poseedores del enfermo, e incluso llegan a ejercer venganzas a través del maltrato psicológico o físico sobre el mismo. En contrapartida, el propio paciente, hombre o mujer, se convierte en violentador del cuidador o cuidadora, o utiliza su dolencia como forma de coacción hacia familiares o integrantes de la red social. Estos fenómenos están relacionados con la historia de vida y las experiencias de cada sujeto.

Actividades de evaluación

Resuelva de manera individual el siguiente cuestionario y analice en equipo de manera cuantitativa y cualitativa los resultados de todos los integrantes del grupo:

1. ¿Qué partes del cuerpo cree que son más sensibles al dolor?
2. ¿Quién es más sensible al dolor: el hombre o la mujer?
3. ¿Por qué?
4. ¿Qué partes del cuerpo le han dolido más en la vida?
5. ¿Cuál fue la causa del dolor?
6. ¿Describa las sensaciones que percibió durante el dolor que experimentó?
7. ¿Cómo atendió ese dolor?
8. Escriba un listado de los remedios que conoce o sabe que son buenos para quitar el dolor.

Citas adicionales

- I En el embarazo, durante el parto y en el alumbramiento, el umbral de detección del dolor se encuentra aumentado y depende "[...] de la secreción de endorfinas al torrente sanguíneo; es decir, de sustancias que se producen en nuestro organismo con acciones similares a las de la morfina (derivado del opio)". También en dicho periodo se elevan las concentraciones de progesterona, que ha demostrado tener actividad en el receptor del ácido gamma-aminobutírico (GABA), otra sustancia endógena con capacidad de inhibir las respuestas dolorosas. De hecho, la progesterona y sus derivados naturales tienen acciones similares a los barbitúricos, que son medicamentos que inhiben la actividad del sistema nervioso central (SNC). Esta acción consiste en aumentar la duración de los efectos producidos por el GABA.¹⁷
- II Para Dorra, el sentir es inmediato; mientras que la percepción requiere otro tipo de operación, en la que se elabora un examen, un análisis que en enunciación refleja la autoexploración y el reconocimiento de un cuerpo sintiente.²⁹ Ese autor explica la percepción como desencadenante de afectaciones: pasiones, sentimientos, emociones y en general sus efectos en la

dimensión patémica. El sentir se refiere a sentir-se; es un espacio indiferenciado de las afecciones. El percibir se refiere al reconocimiento y con ello a la memoria como actividad y receptáculo; a la relación cuerpo-mente y a la relación mundo-cuerpo, o cuerpo percibiente. (Resumen y notas de la ponencia "Sentir y percibir", dictada el 29 de agosto en el 2o. Coloquio sobre el Sentido y la Significación, ENAH.)

- III Acerca de las concepciones de la dicotomía frío-calor, existe una amplia discusión entre los especialistas. Por ello aquí retomo la idea de López Austin acerca de las creencias indígenas mesoamericanas con respecto a la concepción del ser humano como de naturaleza inestable cuyo ideal era el perfecto equilibrio, para lo cual el individuo se esforzaba por llevar una conducta que lo guiara a la armonía con el cosmos. Su desviación, por el contrario, lo llevaba a la anormalidad, al sufrimiento y la desubicación. La polaridad frío-calor regía en el Universo, el cielo, la Tierra, los vientos, las lluvias, las plantas, los animales, los minerales, los astros, los días de la semana, etc., y por supuesto la clasificación de lo frío y lo caliente incluía el campo de la salud, la enfermedad y la medicina.⁴⁷

Bibliografía

Referencias

- Menéndez E (1990). *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: CIESAS.
- Freyermuth G, Sesia P (2006). *Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica*. México: Desacatos, 20, 9-28.
- Ramírez Torres JL (2000). *Cuerpo y dolor. Semiótica de la anatomía y la enfermedad en la experiencia humana*. Toluca, México: UAEM.
- Guerrero C (2004). *La experiencia del dolor del parto de las mujeres de Temalac, comunidad nahua de Guerrero*. Tesis de licenciatura en etnología. Ciudad de México: ENAH.
- Barragán Solís A (1999). *Las múltiples representaciones del dolor: representaciones y prácticas sobre el dolor crónico, en un grupo de pacientes y de médicos algólogos*. Tesis de maestría en antropología social. México: ENAH, p. 49.
- Barragán Solís A (2005). *La experiencia del dolor crónico*. Tesis de doctorado en antropología. México: INAH-ENAH.
- Bakan D (1979). *Enfermedad, dolor y sacrificio. Hacia una psicología del sufrimiento*. México: Fondo de Cultura Económica, p. 66.
- Sciascia L (1989). Presentazione. En: D'Agostino G, Vibæk J (coord.). *Il dolore. Pratiche e segni*. Palermo: Quaderni del Circolo Semiologico Siciliano, 7-8.
- Dilthey W (1990). *Teoría de las concepciones del mundo*. México: Alianza Editorial Mexicana.
- Zborowski M (1958). "Cultural components in responses to pain". En: Gartly J (comp.). *Patients, physicians, and illness*. Glencoe, Illinois: The Free Press, pp. 256-268.
- Baeyer C et al. (1993). *Consequences of nonverbal expression of pain: Patient distress and observer concern*. London: Social Science and Medicine, 19 (12), 1319-1324.
- Domínguez B (1993). *Factores psicoemocionales y dolor crónico*. México: Ciencias, 31, 45-49.
- Kleinman A (1994). "Pain and resistance: The delegitimation and relegitimation of local worlds". En: Del Vecchio Mary-Jo et al. (eds.) *Pain as human experience. An anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press, pp. 169-197.
- Fishman SM, Greenberg DB (2000). Aspectos psicosociales en el tratamiento del dolor. En: Borsook D, LeBel A, McPeck B (eds.) *Massachusetts General Hospital. Tratamiento del dolor*. España: Marbán, pp. 379-393.
- Morris D (1993). *La cultura del dolor*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
- Guercy A, Consigliere S (2000). *Il dolore tra biología e cultura. Il dolore, la doluleur, pain*. Genova: SOMA, 5-19.
- Eguibar JR (1993). *Sexo y dolor*. México: Ciencias 31, 39-43.
- Battista RF (2000). "Aspetti psicologici e antropologici del dolore". En: *Il dolore, la doluleur, pain*. Genova: SOMA, 55-61.
- Baszanger I (1992). "Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Le cas des médecins de la douleur". En: Lafay A (ed.). *Approches pluridisciplinaires*. Paris: Editions L'Harmattan. Ecole Polytechnique, pp. 135-165.
- Barragán Solís A, Sánchez R, Ramírez De La Roche OF (2004). *La experiencia en el saber médico*. Toluca, México: UAEM. Antropofomas, 9, 13-19.
- García V (1996). *Anecdotario de un anestesiólogo*. México: Diana.
- Hendler N (1999). "Clínicas de dolor". En: Kanner R (ed.). *Secretos del tratamiento del dolor*. México: McGraw-Hill Interamericana, pp. 297-302.
- Borsook D, Lebel A, McPeck B (1999). *Massachusetts General Hospital. Tratamiento del dolor*. España: Marbán.
- Barragán Solís A, Ramírez De La Roche OF, Barragán Solís AN (2000). *La salud y el ambiente laboral entre los anestesiólogos: contexto laboral y social*. México: Revista Médica del Hospital General de México SSA, 63 (4), 247-253.
- Barragán Solís A (2001). *Representaciones del dolor crónico en un grupo de enfermos y sus médicos*. México: Cuicuilco, 8 (23), 171-190.
- Barragán Solís A (2002). *Dolor crónico: una revisión antropológica*. México: Clínica, Dolor y Terapia, Foro de Investigación y Tratamiento del Dolor para la Comunidad Médica, I (3), 17-20.
- Barragán Solís A (2003). "El cuerpo en la experiencia del dolor crónico: avances". En: Sánchez Díaz S, Prado Camacho SA (coords.). *Primer Foro de Investigación Científica en la ENAH*. México: ENAH, pp. 267-75.
- Berio A, Piazzini A (2000). *Aspetti clinici e antropologici del dolore nelle malattie metaboliche infantili. Il dolore, la doluleur, pain*. Genova: SOMA, pp. 26-39.
- Dorra R (2005a). *Resumen y notas de la ponencia Sentir y percibir*, dictada en el 2o. Coloquio sobre el Sentido y la Significación, del 29 al 31 de agosto, en la Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Marchionni FI (2000). "Dolore come modello comunicativo". En: *Il dolore, la doluleur, pain*. Genova: SOMA, pp. 21-25.
- Salvarezza L (2001). "El dolor en la tercera edad". En: D'Alvia R (comp.). *El dolor. Un enfoque interdisciplinario*. Buenos Aires: Paidós, pp. 45-52.
- Jackson J (1994). "After a while no one believes you: Real and unreal pain". En: Del Vecchio M-J (ed.). *Pain as human experience. An anthropological perspective*. Berkeley: University of California, pp. 138-168.
- Ramírez Velásquez J (2005). *El estrés como metáfora. Estudio antropológico con un grupo de operadoras telefónicas*. Tesis de doctorado en antropología. México: CIESAS.
- Mier R (2003). *Condenados al sentido*. Primer Coloquio sobre el Sentido y la Significación. Ciudad de México: ENAH, p. 3.
- Kunzle D (1992). "El arte de sacar muelas en los siglos xvii y xix: ¿de martirio público a pesadilla privada y lucha política?" En: Feher M et al. *Fragmentos para una historia del cuerpo humano*. Barcelona: Taurus, pp. 29-89.
- Brodwin P (1994). "Symptoms and social performances: The case of Diane Reden". En: Del Vecchio Good M-J et al. (eds.). *Pain as human experience. An anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press, pp. 77-99.
- Del Vecchio Good M-J (1994). *Pain as human experience. An anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press.
- Garro LC (1994). "Chronic illness and the construction of narratives". En: Del Vecchio M-J et al. (eds.). *Pain as human*

- experience. An anthropological perspective.* Berkeley: University of California Press, pp. 100-137.
39. Good BJ (1994). *Medicine, rationality, and experience.* Cambridge University Press.
40. Le Bretón D (1999). *Antropología del dolor.* Barcelona: Seix Barral.
41. Cousins N (2000). *Anatomía de una enfermedad.* Barcelona: Kairós 2000 (1982).
42. Kleinman A (1986). *Social origins of distress and disease: Depression, neurasthenia, and pain in modern China.* Current anthropology. Yale University Press, 27 (5), 499-509.
43. Millán I (2002). *La carrera del paciente con dolor crónico lumbar.* Tesis de licenciatura en antropología social. México: ENAH.
44. Ramos Beltrán I (2002). *Hueseros-sobadores en la Ciudad de México: un estudio de caso.* Tesis de maestría en antropología social. México: ENAH.
45. Cathébras PJ (1993). "Doleur et cultures: au delà des stéréotypes". En: *Santé Culture/Cuture Health.* Département d'Anthropologie Université de Montréal. Published by Girame (Montréal, Québec), X, (1-2), 229-243.
46. Menéndez E (1983). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud.* México: CIE-SAS. Cuadernos de la Casa Chata núm. 86, p. 35.
47. López Austin A (1983). La polémica sobre la dicotomía frío-calor. En: Lozoya X, Zolla C (eds.). *La medicina invisible.* México: Folios Ediciones, pp. 73-90.

Lecturas recomendadas

- Le Bretón D (1995). *Antropología del cuerpo y modernidad.* Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Lutz T (2001). *El llanto, historia cultural de las lágrimas.* México: Taurus.
- Sacks O (1999). *Un antropólogo en Marte.* Barcelona: Anagrama.
- Sontag S (1996). *La enfermedad y sus metáforas.* Madrid: Muchnick Ediciones.

Estudio de la violencia en la mixteca oaxaqueña*

Veronique Flanet

Conceptos clave

Binomio vida/muerte • Muerte natural • Muerte violenta
• Ritos funerarios

Introducción

Al hablar de muerte se puede hacer referencia a un simple concepto; pero también a un proceso natural e individual, a un fenómeno social y cultural, incluso a una compleja metáfora. De la misma manera que no es sólo un aspecto de la muerte el que, desde su origen, ha preocupado y ocupado al hombre, tampoco es una perspectiva única la que debe interesar a los profesionales de salud.

A través de este texto se busca un acercamiento inicial a la forma de significar y representar la muerte en un determinado grupo, señalando importantes similitudes y diferencias con cualquier otra visión de la muerte, individual o colectiva, que pretendiera analizarse. Y con eso, ir más allá de los aspectos biológicos que definen el binomio vida/muerte, para ahondar en los temas relacionados y fenómenos que acompañan al de la muerte y que pocas veces son concientizados por médicos, enfermeras y otros profesionales que mantienen una relación cercana con diversos procesos como la vida, la enfermedad, la atención a la salud, e inevitablemente, la muerte.

La muerte es vivida de manera diferente de un grupo sociocultural a otro: puede ser negada, aceptada, sublimada o fuente de angustia. Esas formas de integración o no-integración de la muerte son determinantes en la vida social del grupo, aunque muchas veces se tienda a olvidarlo. La muerte, en el nivel consciente o inconsciente, es la principal preocupación del hombre (¿De dónde venimos? o ¿A dónde vamos?) y está en el origen de las construcciones cosmológicas e ideológicas de todo grupo socio-cultural.

La lucha eterna y fecunda de la pareja vida/muerte es universal. Para constatarlo no hay más que remitirse a los mitos originales de las grandes culturas: los antiguos mexicanos, los griegos, los egipcios...

* Fragmento tomado de: Veronique F. (1990). *Viviré si Dios quiere. Un estudio de la violencia en la Mixteca de la Costa*. Colección Presencias, Instituto Nacional Indigenista. México: Dirección General de Publicaciones del Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.

CAPÍTULO

16

El psicoanálisis, desde sus comienzos, señaló la importancia de las pulsiones de vida y de las pulsiones de muerte (Freud, *Más allá del principio del placer*) y el tema no deja de ser retomado. No se puede, en consecuencia, conocer la vida de un grupo humano sin tener en cuenta cómo *vive la muerte*.

Por otra parte, se sabe que el problema principal en ciertas comunidades de México, como Jamiltepec, Oaxaca, es la violencia: se da muerte, se quita la vida por nada. La muerte está allí, en la vida misma de Jamiltepec.

Los muertos y los vivos

Muerte natural y muerte violenta

Se tiene el hábito de oponer muerte natural a muerte violenta. En Jamiltepec no se sabe muy bien dónde situar la diferencia. Por muerte violenta se entiende morir matado por otro. Esta muerte es la más frecuente para los mestizos, quienes llegan a decir que "la muerte natural —es decir, normal— es la muerte violenta" y que "casi todos los hombres que descansan en el panteón han sido matados a balazos".

Con humor negro, se dice que "la muerte natural no tiene chiste, porque entonces, no hay nada que comentar"; por cierto, quien así habla también tiene un miedo terrible de que lo maten.

Lo que se dice de la muerte

Nos referimos sólo a la primera "capa" de manifestaciones verbales que se dieron en respuesta a la pregunta: "¿Qué es la muerte?" en el medio mestizo. Todas las personas interrogadas (hombres y mujeres) expresaron desprecio hacia la muerte tomando de ella el aspecto desconocido y arbitrario:

- Sabemos que tenemos que morir. Entonces, ¿por qué temerle a la muerte?
- ¿Cómo voy a temer a la muerte? ¡Por lo que me da la vida!
- La muerte es una chingadera.
- La muerte no existe.
- Aquí, la muerte no existe ¡pum!, ¡te mandan de vacaciones!
- La muerte no se siente, siempre llega por atrás.
- La muerte llega por la espalda, nunca la ves, entonces, ¡imposible saber cómo es!

- En la vida, tienes que cumplir con dos leyes: nacer y morir; ya cumplí con la primera, me queda morir, entonces...
- Ese pequeño problema que es la muerte...

La lista podría prolongarse indefinidamente. La presencia fugaz de la muerte no ayuda al individuo a figurársela. Algunos adultos que pudieron atribuirle forma a la muerte dicen haberla visto bien como mujer, o asexuada y muchas veces como esqueleto; su voz es burlona. Agregan: "[Está] llena de pelos, barbona, y tiene un trinche para picar las nalgas a las personas que no quieren morir". Otros opinan: "La veo con unos huarachitos color de rosa", "Me gustaría que me enseñe una chichi", "¡Qué onda! ¿No?... Es una sátira de la muerte", "Pero sí... ¡hay que reírse de la muerte!"

El lenguaje para hablar de la muerte es también muy rico. Se designa muy a menudo al muerto como "muertito", sobre todo cuando falleció de forma violenta. Considere algunas expresiones que significan que alguien ha fenecido:

- Se enfrió.
- Colgó los guantes.
- Colgó los huaraches.
- Se peló.
- Se hizo caca.
- Ya se quebró.
- Al sol él voló.
- Ya estiró la pata.
- Piró.
- Ni pío hizo (muerte repentina).
- Lo quebraron (fue asesinado).
- Se lo chingarón (*idem*).
- Se lo echaron (*idem*).
- Se lo tronaron (*idem*).
- No va, lo llevan (ante el cortejo fúnebre que pasa).

Igualdad y desigualdad ante la muerte

"La muerte no tiene predilección por nadie. Si uno es pobre se muere, si uno es rico se muere, si uno es viejo se muere, si es joven se muere". Si bien la muerte no privilegia ni al rico ni al pobre, el que queda vivo, por el contrario, distingue entre el "muerto-rico", el "muerto-mestizo", el "muerto-pobre" y el "muerto-indígena". Los ejemplos abundan: "Es un mestizo el que, al volante de su camioneta, atropella y mata a un niño indígena y huye del mismo modo que cuando atropella a un puerco o a un perro. Es algo más fastidioso porque el cuerpo será llevado a la Agencia del Ministerio Público y, tal vez, habrá que presentarse a declarar. Pero esos indios son demasiado tontos para saber a qué tienen derecho, felizmente. Y si por casualidad un alma bien intencionada tuviera escrúpulos al ver la injusticia, cambiará de parecer antes de implicarse, pues corre riesgos de tener dificultades. El asunto está terminado. La madre vuelve a su casa con el cadáver del niño. Al día siguiente, un pequeño cortejo irá a enterrarlo en el panteón indígena".

Los ritos funerarios

Son idénticos en los indígenas y en los mestizos. El cuerpo del difunto es lavado por una mujer de la familia, luego vestido con "ropa de muerte" (la mortaja). El difunto es colocado en la pieza principal de la casa (por lo general, la única habitación) y a su alrededor comienzan los preparativos fúnebres de los adultos. Mientras, la vida continúa para los niños.

Al día siguiente, el cuerpo habrá de unirse de forma definitiva a la tierra. Pero antes se lo pondrá en contacto con ella, para que obtenga la gracia de Dios: se traza una cruz con cal en el piso de la casa; se acuesta el cuerpo sobre ella sosteniendo la cabeza sobre un ladrillo aún no cocido. Después de yacer unos veinte minutos sobre el suelo, el cuerpo es colocado de nuevo sobre su cama o catre. Los objetos que el muerto utilizaba son quemados, regalados o conservados.

Hay dos panteones: el de los mestizos y, junto a éste, el de los indígenas. El panteón mestizo está cercado por paredes "de material"; el de los indígenas es abierto. Los evangelistas son enterrados al exterior del panteón indígena.

Los familiares y amigos vienen a traer la "limosna" a la viuda, el viudo o algún otro pariente próximo. Esta persona hará una lista de gente que ha venido a ofrecer dinero o que ha acompañado el cuerpo al cementerio. En los días que siguen, los parientes cercanos al difunto van a la casa de esas personas que figuran en la lista para invitarlas al rosario. El octavo día después de la muerte, la familia va "a llevar el cariñito" a esas mismas personas: pan, chocolate y "marquesote" (un tipo de pan). El noveno día, aquellos seleccionados vienen a la casa del difunto para la "comida de los Nueve Días" (si se trata de un niño, esta fiesta tiene lugar en el séptimo día), trayendo flores, velas y dinero. Con todo ese dinero se pagará una parte de los gastos de la fiesta.

Hasta aquí el desarrollo del rito es idéntico en indígenas y mestizos. Para estos últimos la "comida de los Nueve Días" es ciertamente la única fiesta que los indígenas les reconocen como tal, pues siempre sostienen que "los mestizos no hacen fiestas", que "el casamiento sólo es una comida".

En los días siguientes al sepelio, por la mañana se ofrece, a las mujeres primero y luego a los hombres, chocolate de agua con pan. Una orquesta toca en el patio; los músicos acompañan con piezas musicales fúnebres a los hombres que beben y platican o juegan a las cartas y a los dados. El patio se anima. Poco se habla del difunto. En la cocina, las comadres ayudan en los preparativos de la comida. En la casa, frente al altar familiar, las mujeres rezan rosarios. Al rato se sirve barbacoa de cabrito o de res. Los conocidos se juntan en torno a la mesa, alrededor de una botella de brandy; se han dado cita en "la comida del compadre José (o cual haya sido el nombre del finado)". Al llegar, los invitados saludan a la viuda deslizándole un billete en la mano. Una mujer de la familia ofrece una copa que el recién llegado va a beber afuera con los compadres que ya están instalados junto a la mesa. La viuda se traslada al interior de la casa y se

suma al resto de las mujeres, arrodilladas frente a la cruz de flores de *itacuaan*, para rezar un rosario, dos, tres o más, bajo la dirección de algunas otras que entonan oraciones. Entre éstas hay algunos indígenas, compadres del difunto.

Más tarde, un rezandero y los hermanos del difunto, acompañados por algunas personas cercanas, van "a levantar la sombra". Se hace una cruz con flores y veladoras allí donde el individuo perdió la vida. Luego el hermano mayor quita las flores y las deposita en una caja. Al alba, las flores son llevadas a la tumba del difunto. En ese momento ya su sombra se ha reunido con el cuerpo en la tumba. Después, se regresa al patio de la casa a conversar o a rezar otro rosario. La noche está ya muy avanzada. Cerca de media noche, se sirve un pozole a los que todavía quedan jugando a las cartas o rezando. Al amanecer todo el mundo se va.

Entre los indígenas los ritos funerarios se desarrollan según el mismo modelo, pero con algunas diferencias significativas: los hombres están en la casa rezando rosarios; en los tiempos entre rezos, circula una botella de aguardiente; las mujeres permanecen alrededor de los comales y de las cazuelas; las jóvenes de pie, haciendo tortillas, las viejas, sentadas cerca del fuego. De la casa sale el humo del copal y se oye el sonido de la flauta y el tambor "de cascabel"; afuera hay movimiento constante entre la cocina y la casa; ya no quedan mesas para reunirse en torno al juego de barajas.

La fiesta de Todos los Santos es una de las más importantes del año. Mestizos e indígenas hacen todo lo que esté a su alcance para recibir al difunto como corresponde, para darle satisfacción a fin de que no se quede demasiado tiempo entre los vivos. Por ejemplo, de una mujer se espera que venga a la casa, pero que no se quede comiendo en los cocoteros y se vaya sin tardar a los alrededores.

El 31 de octubre a medio día, las familias (indígenas o mestizas) hacen un pequeño camino de flores desde la casa a la calle, para indicar el camino a los muertos. En la tarde del 31 todo el mundo parte en procesión al panteón. En las casas se arman los altares familiares con arcos de flores de *itacuaan* y ofrendas a los muertos: pan, chocolate, mole, alcohol, cigarrillos, frutas, panes de muerto (en forma de calavera) y pan en forma de conejo (los mismos que se comen durante la fiesta de *Corpus Christi*). El 2 de noviembre a las ocho de la noche, cada familia hace de nuevo un caminito de la calle a la casa, pero esta vez con cabos de velas, a fin de que los muertos "se lleven la luz para que se alumbren" y puedan así partir más fácilmente después de haberse saciado con sus manjares favoritos. Las ofrendas serán comidas por la familia y sus amistades al día siguiente.

El aspecto económico de la muerte

Las fiestas que se celebran en honor a los difuntos (comida de los Nueve Días, de Cabo de Año, de Siete Años) les cuestan muy caras a los vivos. Se tiene conciencia de ello hasta el punto en que el muerto (o la Muerte) se convierten en un problema para muchas familias, ya sea mixtecas o mestizas.

Una mujer indígena dice al respecto: "Chinto no tiene realmente ningún escrúpulo en gastar todo su dinero en borracheras. Son muy pobres y él no piensa en su familia. ¿Qué va a hacer ella (la esposa) cuando él se muera? Los deja sin un céntimo para la fiesta ¡Verdaderamente, no tiene escrúpulos! Cuando se muera, su familia va a tener dificultades". También se escuchan los mismos propósitos entre mestizos: "Mi marido había invitado a esa pobre vieja a venir a vivir con nosotros, ¡pero yo nunca volvería a hacerlo! Son muchos los problemas cuando se muere. Tuvimos que hacernos cargo de todos los gastos [...] ¡Y es la segunda vez que me pasa! La otra vez fue con mi hijo. Es un trabajo terrible. Sólo se puede descansar después de los Nueve Días. Es por eso que no quiero que la vieja vecina venga a vivir a la casa".

Las fiestas fúnebres a menudo son comparadas con las bodas, sobre todo por el costo: "El casamiento, cuando se terminó, se terminó. Pero los Nueve Días, no. Nunca se acaban: levantan la cruz, van al panteón y ya regresan a la casa; y otra vez a comer y a tomar [...] Es un gasto enorme".

En efecto, el costo de esas fiestas es terriblemente elevado: se gasta un promedio de diez a veinte mil pesos en el grupo mestizo; no obstante, a eso hay que restarle las donaciones de dinero que contribuyen en gran parte a pagar los gastos (entre 50 y 75%).

Los mestizos consideran esos gastos como una carga enorme. Eso se advierte en casi todas las entrevistas realizadas. Un mestizo puede comentar las dificultades que ha tenido para organizar la comida a la que invita; los indígenas jamás. Un mestizo podrá decir: "Desde que naces hasta que te mueres, son puras fiestas, puros centavos".

Ya sea que la comida de los Nueve Días se considere o no una pesada carga, el hecho es que la muerte es para la familia un problema de organización del que sólo saldrá una vez que la fiesta haya terminado. Toda la familia es absorbida por los detalles materiales que hay que arreglar, las visitas que hay que hacer, la gente que hay que recibir. Ese ajeteo, esa precipitación, al menos tienen la función de llenar el vacío y de ayudar a soportar el golpe que significa la muerte de un familiar.

La vida, la muerte y los alimentos

Dirigiéndome a una pareja de indígenas:

Yo: Hola, ¿cómo están?

Él: ¡Ya se va a morir la señora!

Ella: No, no. ¡Yo no soy pendeja! ¡Es él el que se va a morir!

Él: ¿Yo? No... (Señalando el zócalo y la calle). Cuando veo toda esa carnita que anda por todos lados, yo me digo que hay todavía para vivir.

Volvamos al rito fúnebre. Habíamos visto que se centraba en torno de la comida que se ofrecía a los amigos del difunto, la cual tenía las características de una fiesta:

Así que haces fiesta, gastos, desde el día que naces hasta que te mueres: el día que naciste te lo celebran; el día de tu bautismo, te lo celebran; el día de tu santo, te lo celebran; el día que te casas, te lo celebran; el día que te mueres, peor todavía. Y qué borracheras, ¿verdad? Una muerte es una fiesta...es otro casamiento...más caro que un casamiento.

A los Nueve Días, hay que dar de comer y beber:

—Voy a acompañar un rato. Pero claro que, si me invitan, voy a comer.

—Dice que va con devoción, pero “nomás” va a chingar el café, va a chingar el pan, va a chingar el mole. Pero dice: “Allí nos vemos. ¡llevo dos veladoras para poder llegar [entrar a la casa del difunto]!”

—¿Y tú?

—Igual.

Una vez más, los funerales son comparados con la boda: la muerte es objeto de fiestas con el mismo tamaño que el nacimiento o el matrimonio. Sin duda, la muerte forma parte del ciclo natural de la vida. El Día de Muertos se ofrecen al difunto las comidas que apreciaba: es la forma de aceptarlo tal como era, con todos sus defectos y cualidades. —El difunto es alguien que parte. En la fiesta de los Nueve Días todos sus amigos y su familia se reúnen con él en una comida; él ha de volver periódicamente todos los años, para el Día de Muertos.

El festín de despedida reúne al grupo en torno al muerto, en torno a la muerte. La vida y la muerte “son de ese modo colocadas en el marco general de las cosas perdidas y encontradas. Esta generalización del fenómeno contribuye eficazmente a despojar a la muerte de su carácter insólito e intolerable y a mostrar al hombre en duelo que lo que le sucede es un hecho banal”.

Si se considera la ingestión misma de la comida y no sólo su valor simbólico, se advierten una vez más los lazos estrechos que existen entre la vida, la muerte y los alimentos. Se sabe que la muerte está muy presente en la vida. El *Códice Borgia* nos da múltiples ejemplos de los ritos de los antiguos mixtecos: vidas humanas sacrificadas ritualmente para ofrecer su sangre a los dioses; alimento de los dioses que ha de permitir la sobrevivencia del grupo.

Hoy día se encuentra, con otras formas, ese elemento mediador, el alimento, entre la Vida y la Muerte. Se lo encuentra en la tradición mixteca, así como también en los fantasmas que se expresan cotidianamente en los dos grupos socioculturales y que reflejan, muy a menudo, la angustia por la muerte.

Los fantasmas de “devoración”

La tradición mixteca es muy rica en expresiones de fantasmas de “devoración”. Considere por una leyenda con origen en Jamiltepec, relatada por un viejo profesor del pueblo:

Al llegar al pie de un árbol que, corpulento, se levantaba en el lugar donde hoy se encuentra construido el viejo templo

de la parroquia de Jamiltepec, se vio que el árbol se encontraba salpicado por la roja sangre de Jamilli; pues el águila se lo había devorado y, en el suelo, sólo se encontraron algunos huesitos y su cabecita. El ave, al ver la multitud, voló con rumbo desconocido, quedando sólo el árbol bañado con la sangre de Jamilli. La ira de los cazadores se agitó, pero no consiguieron nada pues el ave se había escapado ya satisfecha: ya había saciado su hambre con la tierna carne de Jamilli que horas antes había muerto entre sus garras [...] Con todo respeto, fueron recogidos los huesos de Jamilli, así como su sangre rociada en el árbol.

Aparece aquí el árbol, elemento importante por dos motivos: con frecuencia surge en las fantasías de “devoración” de los cuentos y es un elemento clave en los mitos de origen de la raza mixteca; en este caso, en la fundación misma de Jamiltepec. El árbol es también un símbolo fálico; por tanto, su savia, esencia vital, tiene el mismo alcance simbólico que la sangre. La sangre de Jamilli fue vertida sobre el árbol que se convierte, por ello, en un centro de nueva vida: Jamiltepec. El árbol (sexualidad) es el mediador entre la muerte y la vida (toda vida pasa por la muerte: el orgasmo ¿no se define como “pequeña muerte”?).

El árbol, que pertenece al dominio del aire y de la tierra, es claramente un mediador entre el pájaro (aire) y el pueblo de Jamilli (tierra), entre lo sobrenatural y los hombres. El altar principal de la iglesia de Jamiltepec fue erigido en el lugar del árbol. La dimensión religiosa que se le confiere al árbol no necesita ser demostrada.

La mayoría de los mitos de origen se construye según el siguiente esquema: muerte de Dios, para dar Vida. Es interesante observar en este caso que “Dios” muere devorado para dar nacimiento a Jamiltepec.

A lo largo de nuestra investigación hemos encontrado numerosas huellas de canibalismo en las fantasías que la gente expresa de modo cotidiano y en los cuentos que relatan, ya sea que formen parte de la tradición mixteca o que hayan sido inventados a fuerza de imaginación.

La conversación que transcribimos al comienzo de este capítulo no es tanto la expresión de pulsiones canibalescas, sino del miedo neurótico a la falta de alimento. No hay que olvidar que la economía de la sociedad mixteca está basada en la subsistencia; la producción agrícola tiene un carácter absoluto de preservación de la vida.

Un cuento inventado por una adolescente (indígena aculturada) pone en escena al joven “Tigre” que su madre quiere devorar. Tigre se refugia subiendo a un árbol y pide socorro a los otros animales. La madre está al pie del árbol y termina siendo devorada por un león.

Es la madre que quiere devorar a su hijo. Su excesiva ternura por el niño, objeto de amor, es lo que aquí se está expresando. La madre quiere incorporarlo a sí misma y, en consecuencia, destruirlo. Son las pulsiones de canibalismo maternas lo que aparece en la fantasía del cuento. Esta misma devoración se produce en el interior del grupo: es endocanibalismo (así definido por L.V. Thomas).

El árbol es importante, pero esta vez impide el acto de devorar. El deseo de devorar es quizá también la expresión de una sexualidad sobre la que se ejerce un tabú: el del incesto. El propósito fue impedido por el árbol y la madre fue castigada: un animal poderoso la devora (los casos de incesto no son raros en el grupo de origen de la adolescente autora del cuento).

Otro tipo de canibalismo pone en escena elementos del grupo y elementos extraños al mismo. Se trata del exocanibalismo. Su presencia es constante en las conversaciones corrientes. Con frecuencia esas fantasías son verbalizadas con preguntas como: “¿Es cierto que los de tu tierra comen a los niños de aquí?”; por ejemplo:

—Unas comadres me dijeron que los güeros se llevan a los niños de aquí y que se los comen. Dime si es cierto.

—No.

—Pero una maestra contó que se había ido a Acapulco y que en un restaurante pidió un caldo de res. Que le traen el plato, ¡y que se da cuenta que era carne de niño! Sí, que esa carne era suave como la de un niño. Entonces se fue, no lo quiso comer.

Siempre en el mismo orden, remitámonos a la cosmología mixteca. Hemos visto que los nahuales viven en una sociedad que posee leyes similares a las de la sociedad mixteca, cuyo poder es detentado por dos espíritus encarnados: el Chaneque, que posee la autoridad suprema y que vive en la cima del Monte Viejo, y el Tabayucu, que tendría un poder de tipo subversivo y que vive entre los otros nahuales. El Tabayucu tiene mucho miedo del Chaneque, que puede devorarlo. Podríamos traducir esto así: el jefe quiere devorar a sus súbditos. Cabe agregar que el Chaneque es antropomórfico y el Tabayucu zoomórfico.

El mundo de los nahuales (dobles del individuo mixteco) está por tanto regido por un ser de una especie diferente (humana) que puede devorar a sus súbditos, mientras que él no es comestible. Esos conceptos mixtecos, por tanto, traducen a través de la oralidad una fuerte agresión hacia el poder. Esto nos parece importante en la medida en que tomando en cuenta sólo su comportamiento, se tiene la costumbre de considerar al indígena como sumiso y resignado. Una fuerte agresividad latente, que no se ha expresado, es lo que allí aparece. Hay mucho para reflexionar.

Tales metáforas que hablan de extranjeros devorando a elementos del grupo expresan el miedo al *afuera* y el rechazo a todo lo que viene de allí, actitud a la que ya nos hemos referido con amplitud. Ese exocanibalismo es el resultado de “una exogamia muy avanzada que amenaza al grupo social desde el exterior: es la unión imprudente con ese extranjero que es visto como el ogro seductor. La metáfora canibálica sirve aquí para circunscribir el campo de la alianza aceptable” (Thomas, 1950). A través de la oralidad que mezcla de forma estrecha el amor y el odio, se construye una metáfora de la agresividad.

Para terminar, citemos una vez más a Thomas: “Así, el canibalismo remite también a la pareja Mismo/Otro (oposición endo/exo) y por tanto a la relación narcisista, ya sea grupal u objetal. Todo un juego de relaciones entre lo interno y lo externo, lo próximo y lo lejano, fija las relaciones de distancia óptima entre la víctima y sus depredadores.”

Eros y Tánatos

No podemos dejar de aludir a las relaciones simbólicas que existen entre la sexualidad y la muerte, pulsiones de vida y pulsiones de muerte. Es necesario ahora que consideremos una de las dimensiones del famoso machismo.

La virilidad que expresa el machismo surge de su necesidad de dominio sobre la mujer, a la que el macho somete cuando le hace un hijo: la ha marcado con su sello indeleble y puede entonces irse (al que preña se le olvida, a la preñada nunca).

La mayoría de los hombres tiene hijos con su mujer legítima, pero otros los tienen con diversas concubinas. Todos esos niños son reconocidos por igual en el grupo. Los niños mantienen buenas relaciones; las mujeres rivales limitan el contacto al máximo. No obstante, la mujer legítima reconoce a los otros hijos de su esposo. El psicoanálisis ve en esos deseos (insaciables) de ser padre genitor una necesidad de prolongarse más allá de la muerte. Para esos hombres de Jamiltepec, que viven continuamente con la muerte (hecho que puede ocurrir mañana mismo), esa necesidad de inmortalidad no permanece en los niveles inconscientes de la mente, sino que se expresa verbalmente con claridad. Es el caso del hombre joven que, temiendo que le den muerte, está angustiado por la idea de “partir sin dejar nada, sin dejar un hijo”.

Aparte del argumento de la prolongación de la vida del individuo, interviene la necesidad de perpetuar la raza (y no sólo la especie), concepto de gran importancia en el grupo, donde las mezclas entre mestizos, negros e indígenas se producen desde hace cuatro siglos. Así, en virtud de la pseudo-superioridad de la raza blanca, el mestizo preferirá prolongarse en esa raza de “gente fina”.

Es posible, entonces, establecer una relación entre el miedo neurótico a la falta de alimento y la necesidad de perpetuarse. Robert Jaulin, en *La Mort Sara*, dice al respecto: “[...] hay entre los hijos y el alimento una analogía evidente: la perpetuación de la vida. El alimento permite a la vida humana perpetuarse hasta la muerte y los hijos permiten a la sociedad perpetuarse en un tiempo ilimitado”. A eso podría agregarse que el hijo le permite al individuo prolongarse más allá de la muerte.

Aparte de la reproducción (la perduración de uno mismo más allá de la muerte), la sexualidad posee otra dimensión: la del placer. Tal vez no sea necesario retomar las teorías psicoanalíticas que establecen el lugar en común que ocupan la muerte y el sexo, asociación que ha permitido calificar el orgasmo de “pequeña muerte”.

En Jamiltepec, el hombre que quiere hacer el amor con una nueva conquista femenina la llevará al panteón y practicará el coito con ella sobre una tumba. Esas prácticas son muy corrientes, en particular entre mestizos. ¿Hay que ver allí una simple expresión de deseos mórbidos? ¿No será tal vez una manera de responder a la necesidad angustiosa de tocar la muerte?

Sin duda, la sexualidad está entre la Vida y la Muerte; pero además, permite que la angustia de la muerte se exprese en sus formas más brutales, lo que nos parece tanto más importante en cuanto se trata en este caso no de la sexualidad de individuos aislados, sino de los rasgos sexuales de un grupo.

La muerte vívida

Déjame jugar con la vida, burlarme de la muerte.

Tonio

Cuando se considera el fenómeno de la muerte en México, se tiene fuerte tendencia a detenerse en sus expresiones burlescas, sin medir toda la angustia que puede significar.

Desde muy jóvenes los nacidos en Jamiltepec están en contacto con la muerte, pero con una muerte brutal, violenta: es el padre o el hermano que desaparecen súbitamente, es el tiroteo que ocurre cerca de los niños que juegan; es lo arbitrario, lo desconocido. Esos mismos niños el Día de Muertos comerán un pan o un dulce en forma de calavera con su nombre.

"La vida no vale nada", es el refrán que se escucha no sólo en Jamiltepec, en boca de hombres que se emborriachan en las cantinas. Es una frase que pertenece a la vida cotidiana, que se vive a diario: la vida no vale nada.

El indígena, y sobre todo el mestizo, adoptan frente a la vida una actitud pesimista: la vida es sólo una sucesión de problemas a los que la muerte puede darle solución. Un indígena dice: "Que seas rico o pobre, casado o soltero, son puros problemas: el rico siempre tiene que cuidarse de que no lo roben, de que la persona que lo visita no lo quiera matar; el pobre, desde luego, está jodido; el soltero anda buscando una mujer, se casa y lo manda su mujer". Los antiguos tenían la misma visión de la vida:

¡Ay! Tú has sido enviado aquí en la Tierra,
donde uno se cansa, donde se pena,
donde hay dolor y uno se angustia,
donde aflicción y congoja reinan e imperan.
Aquí hay molesta fatiga, hay cansancio,
llagas, tormentos y dolor.

Un indígena aculturado dice: "El indígena sabe solamente lo que Dios dice". Si el curandero no puede curar a un indígena enfermo, es porque Dios quiere que así sea; sólo queda esperar la muerte.

Para los mestizos se trata también de la voluntad de Dios, pero asimismo del destino arbitrario. Aunque para

indígenas y mestizos la muerte forma parte del orden natural de las cosas, el indígena reconoce su importancia y se dirige a Dios; en cuanto al mestizo, no puede aceptar lo desconocido.

La fiesta

¿A poco no buscas la muerte?

Entonces, ¿qué vas a hacer a la fiesta de San José?

Hemos visto en qué forma una fiesta, la de Carnaval, hace presente la muerte, permitiendo al grupo y al individuo vivirla: los Tejorones crean una contra-sociedad durante varios días, que habrá de morir de modo violento y espectacular por el sacrificio de los "toritos" y del "castillo" incendiados en la plaza. Los Tejorones lloran su desesperación frente a la muerte que puede sorprenderlos antes de la próxima fiesta.

Una fiesta fracasa y no es divertida si no hay algunos muertos, si no ha logrado, por tanto, liberar al individuo de su grupo. Por anarquía y por el desorden de la fiesta, esa sociedad puede morir, el individuo puede morir. En esa liberación óptima, el individuo puede vencer sus dificultades. Al ritmo de las fiestas la vida del grupo mixteco encuentra soluciones.

El hombre tiene una conciencia profunda de su triste destino humano: "En la vida hay que cumplir con dos leyes: nacer y morir. Ya cumplí con la primera; me falta morir, entonces". Entre los dos momentos, la vida no aporta mucho, sino gran cantidad de problemas. Es el vacío; el vacío del tiempo que hay que llenar.

La fiesta permite pasar varios días bebiendo (tomar hasta que no quepa ni un vaso), en cierto modo, para llenarse, para vaciarse. W. Burroughs, refiriéndose a la droga, dice: "[...] es toda la lucha entre el tiempo y la muerte: lucha contra un tiempo vacío que solamente llena la espera de la muerte. El drogado arriesga su vida insípida por unos pocos instantes de éxtasis en los que el tiempo que se dilata le da la ilusión de aplazar indefinidamente el término fatal". Son esos borrachos melancólicos que por una nadería se enfrentan a muerte con algún desconocido o un compadre. La fiesta, sus borracheras, sus juegos, permitirán no sentir más el tiempo: aturdirse.

Uno de los juegos más populares entre los negros y los mestizos es la pelea de gallos. Prácticamente todas las fiestas de la costa tienen su palenque. En Jamiltepec, desde hace algunos años, ya no se organizan peleas de gallos, pero existen en la actualidad algunos criaderos alrededor del palenque. El equipo de Jamiltepec recibe el nombre de "Los Mixtecos".

La mayoría de los apostadores son mestizos de la clase dirigente. Desde el comienzo de la tarde, se sientan alrededor del palenque y juegan a las cartas (póquer) y a los dados. Los partidos que van a hacer pelear sus gallos empiezan a ponerse de acuerdo sobre las apuestas. En algunos pueblos, la policía municipal cuida la entrada, con la escopeta al hombro, pues los incidentes son frecuentes. El "amarrador" veri-

fica por última vez que la navaja esté bien atada al espolón de su gallo; sostiene el animal en el hueco de sus brazos y lo acaricia antes de lanzarlo a la arena. Los jugadores dejan las cartas y la botella de brandy por un rato y se acercan al centro del palenque. El juez da la señal de comenzar; la mano que retenía al gallo en la línea lo suelta: la pelea empieza. Desde el principio se ve que los gallos usan las patas o el pico. Ya están heridos; la sangre corre; entra el silencio. De pronto, una irregularidad, un gallo que se dibuja como perdedor y el silencio se rompe de golpe: “¡Hiérello! ¡Mátalo! ¡Mátalo!” Los amarradores sufren y se exasperan, pegados al gallo, decididos a todo; es una cuestión de vida o muerte. Una señal del árbitro y los gallos deben ser retirados del juego. Cada amarrador cura a su gallo, lo refresca, lo acaricia, le habla; lo mira antes de enviarlo a su muerte una vez más. La gente reclama la muerte alrededor del palenque: “¡Pícalo! ¡Mátalo!”; gritos de sangre seguidos de un silencio pesado que espera la muerte. La suerte puede todavía favorecer al más débil; el amarrador sufre cada vez más. De todos modos, la muerte está cercana; si no es en ese combate, será en otro.

En torno al palenque, la agitación cede el lugar al silencio, y el silencio a la agitación. Entre los combates, cuando la gente no se deja llevar al centro del palenque por la emoción y la angustia de la muerte que se avecina, se reúne alrededor de una mesa para una partida de póquer o de dados. La botella de brandy se vacía y los billetes, más o menos grandes según las mesas, se amontonan o desaparecen a capricho del azar. Los rostros se crispan o se distienden. Es el miedo de vivir todavía otra pérdida, la expectativa frente al destino. El rostro del jugador ¿no es el de alguien que ve que la muerte se acerca o se aleja? ¿Dónde se encuentran rostros parecidos alrededor de las mesas de juego?: en el patio de la casa del compadre difunto (pero además, no hay otras festividades que institucionalicen de ese modo el juego de azar).

Es el juego de la muerte y del azar.

El amarrador es uno solo con el gallo; la pelea a muerte del gallo le permite a él vivir la muerte, jugar su propia muerte. Todo el mundo se reúne en torno a la muerte, en la muerte, que es un hecho del azar que se quiere desafiar. Estas costumbres dan forma claramente a la asociación muerte-azar: si el juego de azar permite expresar la angustia de morir, la muerte es aquí también un hecho de azar.

En busca de la propia muerte

La mayoría de los mestizos asocia la idea de muerte con un final violento e imprevisto: “Llega siempre por la espalda [...]. Todos buscamos la muerte y no la encontramos jamás [...]”. En efecto, es así como mueren muchos mestizos: sorprendidos por una bala. Casi la totalidad de las familias mestizas originarias de Jamiltepec vive o ha vivido relaciones conflictivas culminadas con el asesinato de un familiar.

El hombre comprometido directamente en un conflicto abierto vive al acecho, “se cuida”: puede ser matado luego, mañana; sólo si tiene suerte llegará a la vejez. Cuando un

hombre tiene un enemigo mortal, adopta un comportamiento determinado por el miedo de que lo sorprendan. Los menores hechos y los gestos más mínimos son corregidos: vive a la defensiva. Se confía en la pistola, busca protección o se rodea de pistoleros para dar temor. De ahí en adelante, las fiestas, las cantinas, las salidas nocturnas sin compañía, están prohibidas. El hombre a la defensiva se encierra en su casa lo más temprano posible y cierra escrupulosamente sus puertas, evitando sentarse donde pueda quedar expuesto; tiene miedo de su sombra y del ruido de sus propios pasos; todos sus sentidos están alerta, los días son largos y a veces pueden prolongarse meses.

Es la guerra del desgaste, jugar al escondite con la muerte. Las reglas de ese juego son rigurosas; la apuesta es clara: perder la vida o ganar la muerte del otro; matar su propia muerte.

Para ese hombre comienza entonces una terrible vida doble, separada entre el afuera y el adentro, su imagen y sus angustias secretas. Ésta es la tragedia del juego: conservar la imagen de valiente que protege y de pronto encontrarse solo frente a la muerte que se oculta muy cerca de allí. Es costumbre decir que el valiente no le teme a la muerte, pero no se dice qué muerte. Porque el valiente vive una angustia tal frente a una muerte que no conoce, arbitraria, que vive en definitiva en busca de su muerte; debe glorificar e inmortalizar su existencia en el grupo y frente al grupo. El grupo tiene sus valientes; él vive su tragedia, siente el fin que se aproxima. Se espera; se está atento al grito de la tragedia. Es la muerte de un valiente la que viene a liberarnos. Y no se trata de cualquier muerte, sino de una muerte que hará historia. Se habrá hablado mucho de su muerte; se habrá bajado el tono de voz al sentir que su muerte se aproximaba, hasta quedar en el silencio que habrá de romperse con su muerte. Esa muerte formará parte de los registros de la historia y sin duda tendrá su *corrido*. El muerto será convertido en héroe; tendrá una vida póstuma. Pero sobre esa muerte que se prolonga en el presente, muy pronto se impondrá la ley del silencio. El eterno recommienzo.

El grupo se ha liberado de sus tensiones con esa muerte; se tiene conciencia de ello: “la gente no está quieta —se dice— si no tiene su muerto”, o “necesitan sangre”. El grupo tendría cíclicamente entonces necesidad de un muerto para recuperarse. Estamos casi en el sacrificio ritual, en la violencia fundante. J. Girard habla de víctima propiciatoria: “El rito es ciertamente violento; pero es siempre una violencia menor que crea un dique a la violencia peor. Siempre busca recuperar la paz más grande que conoce la comunidad; esa paz que, después del sacrificio, surge de la unanimidad en torno de la víctima emisaria. Disipar los miasmas maléficos que se acumulan en la comunidad y recuperar la frescura de los orígenes, son una sola cosa. Ya sea que reine el orden en ella o que ya haya sido perturbado, siempre el mismo esquema que importa que se repita: el de una crisis que se ha sobrellevado victoriosamente; la violencia unánime contra la violencia emisaria”.

Las tensiones, la agresividad, las fuerzas de la rebelión no pueden sino existir en el grupo de manera latente. Todas esas fuerzas que no pueden alcanzar su objeto en el grupo son reprimidas; pero no desaparecen, sin embargo: viven en profundidad a la espera de una salida. El valiente en busca de su muerte es algo más que una imagen: se ha convertido en un absceso de fijación. J. Girard dice al respecto: "La muerte del hombre aislado aparece vagamente como un tributo que hay que pagar para que la vida colectiva pueda continuar. Basta que un solo ser muera para que la solidaridad de todos los vivos se vea reforzada [...]. La víctima emisaria al parecer muere para que la comunidad, amenazada de morir en su totalidad con ella, renazca a la fecundidad de un orden cultural nuevo o renovado".

Las víctimas de muerte violenta podría decirse que en cierto modo son empujadas por el grupo a morir de esa forma; es el grupo el que hace que sean "valientes".

El "valiente" le dice a otro: "Saca tu pistola, tengo ganas de matarme contigo". Esa conducta sería la misma que mantener relaciones conflictivas con un enemigo mortal. En todo caso, se trata de defender el honor, la fidelidad a un compromiso y a una línea de conducta; de excluir toda forma de cobardía del comportamiento; en una frase, de defender el valor personal (que se ha convertido ya en un valor cultural). Es preciso probarle al otro, probarse a sí mismo, el propio valor; valor que nos permite existir. Es la vida misma, hasta el punto en que la muerte ya no puede pesar en la balanza.

A través del desprecio a la muerte, el valor llega a su culminación.

Los valores que llevan a despreciar a la muerte no pertenecen a una ideología escogida por el individuo, sino que son el individuo mismo; ese desprecio por la muerte está generalizado en Jamiltepec. Pero, ¿qué hay detrás de ese desprecio?; ¿qué significa "déjame burlarme de la muerte"? Se origina en la necesidad de hacer vivir el propio valor, aun a riesgo de morir. Por medio de esa muerte el individuo, el "valiente", inmortaliza su valor: desprecia la vida y la muerte por una cierta forma de morir.

El hombre que dice a otro "quiero matarme contigo" adopta una actitud claramente suicida. Pero no es con cualquiera que pretende matarse, sino con alguien a quien le reconoce un valor. Quiere, en cierto modo, hacer suyo el valor que reconoce en el otro: si mata a ese hombre valeroso, adquirirá su valor; si éste le da muerte, también le entrega su valor. Tal es el caso del "valiente" que dirá en una riña: "¡Que me maten de una vez!"; o de aquel otro que incluso prefiere hacerse matar por los soldados que lo arrestan, en lugar de rendirse. Estas bravatas en relación con la muerte expresan actitudes suicidas en ese crisol de culturas. Por otro lado, los casos de suicidios son excepcionales en esta región.

Los comportamientos suicidas confieren al "valiente" la reputación de no temerle a la muerte. Se hace matar: su honor está a salvo. La muerte había de darle lo que la vida no le ha sabido dar.

Preguntas de repaso

1. Piensa y responde de manera individual o en equipo las siguientes preguntas:
 - a) ¿Qué es la muerte?
 - b) ¿Qué diferencias, además de lo referido en el texto, hay entre "muerte violenta" y "muerte natural"?
 - c) Durante tu formación profesional, ¿en qué aspectos has abordado el tema de la muerte? ¿Cuál es tu opinión al respecto?
 - d) De acuerdo a tu experiencia, ¿cómo se da la relación entre los profesionales de la salud y el tema de "la muerte"?
 - e) ¿Qué similitudes y diferencias encuentras entre la visión de la muerte referida en el texto y la de tu comunidad?

Para reflexionar...

NOCIONES SOBRE LA MUERTE

Esta proximidad de las dos parejas de palabras —vida y muerte, memoria y olvido— se percibe, expresa y simboliza en todo lugar. Para muchos no es sólo de orden metafórico (el olvido como una especie de muerte, la vida de los recuerdos), sino que pone en juego concepciones de la muerte (de la muerte como otra vida o de la muerte como inmanente a la vida) que rigen a su vez los papeles asignados a la memoria y al olvido: en un caso, la muerte se halla ante mí y debo en el momento presente recordar que un día tengo que morir, y en el otro, la muerte está tras de mí y debo vivir el momento presente sin olvidar el pasado que

habita en él. La idea de salvación, la idea cristiana, pertenece más bien al primer caso, y la idea de retorno, la idea pagana de reencarnaciones sucesivas, al segundo: una esperanza o un recuerdo dan forma a la existencia cotidiana.

[...] Las sociedades africanas que yo he frecuentado correspondían más bien al segundo caso: en Togo y Benín, por ejemplo, los dioses vudú se presentan la mayoría de las veces como ancestros, esto es, hombres ancianos; llaman al orden a quienes les olvidan o pasan por alto la presentación de ofrendas y el cumplimiento de sacrificios que todos los dioses vudú necesitan para poder sobrevivir en tal o cual encarnación.

Augé M (1998). *Las formas del olvido*. Barcelona: Ed. Gedisa, p. 23.

Maribel, una muchacha guerrillera de 26 años, con el grado de capitán, afirma: "Realmente aquí en las comunidades la muerte aparece de pronto, con diarrea, con vómito, con calentura. Por eso lo que decimos nosotros, los insurgentes, es que la vida más difícil no es ser insurgente, no es ser miliciano. La vida más difícil es la que padece el pueblo: los sufrimientos, las injusticias, la

falta de educación, la falta de alimentación. Eso es lo más difícil, porque no se vive un solo día. En cambio nosotros, nuestra vida pues sí es dura. Hay que caminar, correr, saltar, combatir. Pero eso no es todo el tiempo, como lo vive la comunidad".

Rovira G (2002). *Mujeres de maíz*. México: Ed. Era, p. 66.

Bibliografía

- Brown N. *Eros y Tánatos*. México: Editorial Joaquín Mortiz.
- Forster M (1970). *La muerte en la poesía mexicana*. México: Editorial Diógenes.
- Matos Moctezuma E (1963). *Muerte a filo de obsidiana*. México: SepSetentas.
- Oriol AA (1974). *De la muerte, de la filosofía y de Dios*. México: Costa-Amic Editor.
- Thomas LV (1975). *Anthropologie de la mort*. París: Payot.
- Vargas F (1975). *La muerte de rostro azul*. México: Costa-Amic Editor.
- Viqueira C, Palerm A (1950). *Alcoholismo, brujería y homicidio en dos comunidades de México*. *América Indígena*. XIV (1), p. 455.
- Westheim P (1971) *La calavera*. México: Era. —

Lecturas recomendadas

- Bronfman M (2000). *Como se vive se muere*. México: CRIM, UNAM.
- García-Orellán R (2003). *Antropología de la muerte entre lo intercultural y lo universal. Cuidados paliativos*. San Sebastián, España: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp. 305-322.
- Flores Martos JA, Abad González L (2007). *Etnografías de la Muerte y las culturas en América Latina*. Cuenca, España: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Freyermuth Enciso G (2003). *Las mujeres de humo. Morir en Chenthaló. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. México: CIESAS, Instituto Nacional de las Mujeres.

Mortalidad materna. Género, familia y etnia en Chenalhó¹

Graciela Freyermuth Enciso

CAPÍTULO

17

Conceptos clave

Muerte materna • Desigualdad social • Género • Etnia
• Generación • Violencia

Introducción

Este capítulo permite acercarnos a partir de datos etnográficos y epidemiológicos a un problema relevante en la salud pública de las mujeres de nuestro país y en especial de las mujeres indígenas: la mortalidad materna. Pone el acento en la desigualdad étnica, de género y generacional, su efecto en este problema de salud, así como en el reconocimiento de la violencia estructural, las relaciones familiares y la relación con los servicios institucionales de salud como determinantes en el acceso real a la atención del embarazo/parto/puerperio de estas mujeres tzotziles en el estado de Chiapas.

En Chiapas, la muerte materna nos remite a factores de orden económico, de infraestructura y de política sanitaria. Aunque se reconoce que el acceso a los servicios de salud crece a medida que se asciende en nivel económico, habría que preguntarse, en lo referente a la población indígena, si los ingresos, la infraestructura disponible y las características de las políticas de salud deben ser los únicos factores a considerar para explicar el nivel de acceso a dichos servicios.^{1,2}

Analizar las circunstancias, contexto y antecedentes de la muerte de mujeres durante su embarazo, parto o puerperio nos permite indagar sobre el peso que pueden tener en la mortalidad materna otros aspectos: los llamados *factores culturales*. Cuestiones como la desigualdad étnica y de género no pueden dejarse a un lado, pues así como existen diferencias entre la muerte de indígenas y mestizos, las causas y circunstancias que rodean la muerte de hombres y mujeres no son las mismas.

En los Altos de Chiapas el análisis de la identidad étnica (de indios y no indios) es central para comprender la dinámica de las poblaciones, sus aspiraciones y conflictos. El desarrollo de identidades diferentes remite más que a un conjunto de rasgos específicos inmutables, a formas distintas de concebir el mundo, entender y vivir la vida (o concebir la muerte y enfrentarla). Además, entre los diversos grupos indios y no indios se establecen relaciones profundamente racistas y desiguales que permean la estructura social, política y económica, mezclándose y confundiendo con la estructura de cla-

ses. Esta desigualdad limita las posibilidades y derechos de los indígenas en materia de salud en múltiples aspectos: haciéndolos enfrentar riesgos importantes, obstaculizando el desarrollo de la medicina popular indígena y limitando el acceso a la medicina alópata.

En los Altos de Chiapas la identidad de género, interiorizada por las mujeres gracias a largos procesos de socialización, no puede abstraerse del contexto sociocultural que le da forma y contenido específico. En las comunidades indígenas de los Altos, las normas de relación entre los géneros, los espacios y roles de competencia para cada uno de ellos y los derechos en torno a la salud son diferenciados y profundamente inequitativos.

Así consideramos que el proceso de la muerte materna podría constituirse en el mirador a través del cual es posible analizar las formas en que las personas se relacionan y establecen una serie de estrategias sociales y familiares en torno a la salud; y de qué manera las asimetrías, desigualdades, diferencias, consensos y apoyos mutuos entre hombres y mujeres indígenas se entretajan a lo largo de la vida para construir formas particulares de morir.

Dar cuenta de esos procesos complejos en el análisis de las condiciones, causas y circunstancias de la muerte materna fue el motivo de nuestra investigación. Partir de lo microsocioal, de las experiencias concretas y de las percepciones que ellas originan (a través de instrumentos cualitativos como la entrevista a profundidad) nos permitió realizar algunas consideraciones sobre la muerte materna, en concreto en las comunidades de Chenalhó.¹¹

Los alcances de este trabajo se limitarán a los casos de muerte captados por la estadística oficial entre 1988 y 1993 en el municipio de Chenalhó: once reconocidos como muerte materna. El seguimiento de otras 31 defunciones con diagnósticos inespecíficos nos proporcionó nueve casos adicionales. De todos los identificados, ocho son el objeto principal de esta reflexión, que junto con las entrevistas realizadas a parteras, autoridades y médicos del lugar, nos permitieron configurar un perfil de la problemática de salud de las mujeres indígenas en edad reproductiva. Mi experiencia de campo en la región de los Altos de Chiapas data de ocho años; el trabajo de campo de este proyecto en particular se realizó en 1995.

Ofrecemos al principio un breve esbozo del contexto en que fue realizado el trabajo y algunos resultados del traba-

jo de archivo. Nuestra intención fue identificar los temas, perspectivas y problemas comunes que en relación a la muerte materna enfrentan los integrantes de una etnia y una cultura subalternas, e indagar cuáles de estos elementos pueden ser atribuidos a la muerte de las mujeres indígenas en razón de género; estas reflexiones se encuentran en el último apartado de este artículo.

El contexto

Entre 1988 y 1993 se registraron en Chenalhó 230 muertes de hombres y mujeres en edad reproductiva. La mayoría de esas personas murió en su hogar, con la atención que les ofrecían la medicina tradicional, las alternativas populares o el autocuidado. Infecciones intestinales, respiratorias y tuberculosis fueron las principales causas de muerte; es decir que los adultos indígenas de Chenalhó suelen morir por las mismas causas que los niños preescolares del país en su conjunto.

Estos hombres y mujeres, con un promedio de dos hectáreas de terrenos sobretrabajados y desgastados sobreviven sin créditos para el cultivo, aparte de los que les proporciona Procañpo.³ El cultivo del maíz y la cafecultura ocupan a prácticamente toda la población de Chenalhó, desde niños hasta ancianos. El trabajo de la mujer es invisible en las estadísticas; pues apenas *ayuda* en la vida real. La tierra y sus productos, los alimentos, los pocos recursos económicos de la familia y su distribución son generados y controlados por los hombres. No aparece en las estadísticas la contribución de la mujer en la siembra, limpia y cosecha de la milpa y el café, en el cuidado de los animales, o en la elaboración de las telas, vestidos y artesanías que se utilizan de modo cotidiano.

Muchos chenalheros, igual que tzeltales y tzotziles de los restantes 16 municipios de la región de los Altos, se ven obligados a recurrir también a otras actividades laborales que podríamos llamar complementarias: el trabajo agrícola asalariado, que en años recientes ha perdido vitalidad; el empleo inseguro y temporal de la construcción en ciudades del sur, sureste y del centro de la República; el comercio, la venta de artesanías y de alimentos preparados a pequeña escala, y el servicio doméstico.^{4,5} Con todo ello, pocos en Chenalhó (según el censo de 1990) percibían por su trabajo un salario mínimo o mayor, mientras casi la mitad no obtenía ingreso alguno y los restantes, menos del mínimo.

La escasez, e incluso situaciones que se acercan a la hambruna, no son desconocidas en los Altos.⁶ Sin embargo, la desnutrición ha sido muy poco valorada como causa de muerte en las cifras oficiales. Para sus pobladores, el alimento es tema central de la vida y de la muerte:⁷ es descrito minuciosamente, establece relaciones, construye y sella la intimidad; nutre y causa daño; puede causar la muerte y sirve para combatir la pena de la pérdida.⁸

Chenalhó cuenta con 101 localidades, de las cuales sólo cinco sobrepasan los 1 000 habitantes y ninguna los 2 000.⁹ En estos pequeños asentamientos dispersos, muchos sin

transporte o siquiera caminos transitables, viven 30 868 personas. El traslado de enfermos graves implica entonces esfuerzos económicos e incluso físicos inusitados, pues en muchos casos es necesario cargarlos en mecapanal, por veredas, a través de valles y montañas hasta la carretera, con el riesgo de no encontrar transporte alguno.¹¹¹

Los hogares con una o dos habitaciones, construidas en su mayoría de materiales locales y pisos de tierra, protegen de forma precaria de la humedad, el viento y el frío a los chenalheros, haciéndolos presa fácil de enfermedades e infecciones respiratorias, segunda causa de muerte entre sus adultos, y tercera causa de muerte en los Altos. El agua entubada es privilegio de quienes habitan los centros de población más grandes, e incluso entre ellos, de quienes viven cerca de los edificios públicos comunitarios como la escuela primaria, la agencia municipal o la casa ejidal. La mitad de las viviendas de Chenalhó no tiene agua *potable* (que debe aclararse, se refiere al agua entubada, pues no existe control alguno sobre su calidad), ni aun como toma pública. El drenaje es prácticamente inexistente y la luz eléctrica, aunque ha incrementado de forma notable su cobertura en los últimos años, no ha sido introducida todavía en muchos de los pequeños parajes.¹¹² Todo tipo de diarreas e infecciones intestinales, desde el cólera hasta las parasitosis masivas, son causa de 25% de los decesos del municipio y primera causa de muerte entre los adultos. Juntas las infecciones gastrointestinales y de vías respiratorias producen 40% del total de las defunciones.

Muchas diferencias internas existen en el municipio de Chenalhó: de ingresos, étnicas, políticas, partidarias y religiosas. Los censos no desagregan la información según etnias y el Registro Civil tampoco. Sin embargo, podemos reconocer que algunas de estas diferencias tienen la posibilidad de ampliar las limitadas opciones de salud disponibles para la población indígena, sobre las concepciones en torno a la enfermedad y la muerte y sobre las estrategias para enfrentarlas.

Cierto que no encontramos una acumulación importante en Chenalhó; sin embargo, algunos maestros, los *coyotes* (intermediarios del café y del maíz) y comerciantes de aguardiente tienen mejores condiciones económicas, lo que se liga con frecuencia a intereses políticos de dentro y fuera de la comunidad. Es muy probable que esas familias con las mejores tierras y mejores condiciones de nutrición, de vivienda, de servicios básicos y de acceso a servicios médicos reduzcan los riesgos a los que el común de los indios están expuestos. Sin embargo, en el contexto indígena la relación entre mayores recursos económicos y mejores condiciones de salud no es automática, pues intervienen muchos otros elementos.

En Chenalhó, una buena parte de los entrevistados considera que ricos y pobres mueren por igual y que el dinero no salva de la muerte. La salud y la enfermedad, la sobrevivencia o la muerte dependen, en gran medida, de los recursos económicos; pero el acceso diferencial a la salud

tiene que ver también con desigualdades como las étnicas y las de género, que surgen, se actualizan y circulan a nivel familiar, comunitario e institucional.

Varias etnias, en su mayoría de habla tzotzil, conviven en este municipio: los pedranos, la etnia dominante; los chamulas, migueleros y tenejapanecos que migraron en diferentes momentos de municipios vecinos; los tzotziles del pueblo de Santa Marta, los del pueblo de Magdalena, y algunas pocas familias mestizas establecidas en el centro de los poblados más importantes: la cabecera y Yabteclum.¹¹ La lengua no es necesariamente el centro de la etnicidad; sin embargo, es uno de los elementos más poderosos para establecer las fronteras entre indios y mestizos. Ya que el tzotzil no es el idioma de uso en las clínicas y hospitales, la mitad de la población de Chenalhó queda excluida del sistema médico y una gran mayoría de aquellos que el censo registra como bilingües tiene un manejo apenas rudimentario del castellano.^V Pocos conocen los centros de salud, y menos aún la manera de relacionarse con el personal que labora en ellos.

En los Altos, la religión, asociada a intereses de orden económico y político, ha sido causa de conflictos serios y de estallidos de violencia constantes en las últimas décadas.^{VI} En el decenio de 1980-1989, sobre todo en Santa Marta y en algunas comunidades chamulas del municipio, hubo expulsiones de presbiterianos y católicos ligados a la diócesis de San Cristóbal. Sin embargo, a diferencia de lo ocurrido en San Juan Chamula, el gobierno del estado intervino para obligar a los expulsadores a aceptar el regreso de los *disidentes*; y éstos, por su parte, debieron comprometerse a contribuir con las cooperaciones económicas y de trabajo, y a asumir los cargos comunitarios.¹²

La religiosidad no es sólo fuente de conflicto, sino que encontramos también en ella material importante para el análisis en cuestión de salud. Como el bienestar en la vida y en la muerte se relaciona estrechamente con lo sobrenatural, la conversión a las distintas iglesias y denominaciones es en parte una búsqueda de mejoramiento en las condiciones de vida, para evitar la muerte y para abrirse mejores espacios en la vida después de la muerte.^{VII}

Muerte en cifras

Hasta antes de 1992, un porcentaje muy pequeño de las defunciones registradas en los municipios alteños contaba con la certificación médica o de personal autorizado por la Secretaría de Salud.¹⁵

La limitada presencia institucional puede reconocerse a partir de los registros de la propia SSA.¹⁶ Según éstos, en 1992 la muerte materna no figuró entre las primeras 20 causas de mortalidad general, lo cual no corresponde con nuestros hallazgos en trabajo de archivo, pues encontramos para ese año (en seis de los 17 municipios de la región) 11 muertes maternas; esto la situaba ya en el 15o. lugar entre las causas de mortalidad general. En 1993, sólo en Chenalhó, se

registraron seis muertes maternas, y hemos obtenido razones de muerte materna (RMM) hasta de 30/10 000, lo que correspondía a seis veces la nacional.^{VIII}

El subregistro de la muerte materna no es un problema privativo de México, sino compartido por los países en desarrollo y en algunos casos por los propios países desarrollados. Es por eso que los especialistas se han preocupado por reconocer cuáles son los diferentes niveles en los que pueden ocurrir omisiones y errores en el proceso de captación y procesamiento de la información.^{IX} En un contexto cultural como el de Chiapas, la captación de la información puede estar matizada por la dinámica particular que las instituciones gubernamentales o religiosas han observado en cada uno de los municipios.¹⁷ Incluimos a las instituciones religiosas porque son las que han demostrado una capacidad mayor para promover cambios en las prácticas de salud en la región.¹³

Las diferencias en las tasas de incidencia de muerte materna nos pueden dar pistas sobre las formas en que la población o las instituciones se han ido organizando para la atención de la salud, y cuáles son los recursos con que cuentan para ello, sean éstos comunitarios, religiosos o gubernamentales. Por ejemplo, la tasa de muerte materna más baja en los años 1988 a 1990 corresponde a Chamula, con incidencia de dos muertes por cada 10 000 nacidos vivos, y la más alta a Oxchuc, con 31/10 000. En este caso la muerte materna no es —como han sugerido otros autores— un indicador fiel del grado de bienestar social, pues en Chamula prácticamente no existe la certificación de las muertes y lo único que se expide, en el mejor de los casos, es un acta de defunción elaborada con base en un interrogatorio que se realiza en la oficialía del Registro Civil. En cambio, Oxchuc cuenta con una mayor organización alrededor de la salud, merced a una red de promotores que se encargan de la primera certificación de la causa de muerte, lo que resulta en un mejor registro y en tasas más elevadas de mortalidad materna.^X

El subregistro, por otra parte, es un indicador fiel de la escasa penetración de la práctica médica institucional en la región. Un elevado número de hombres y mujeres muere asistido solamente por las formas populares de curación. En 1991, según los certificados de defunción disponibles en la Dirección de Estadística, Informática y Evaluación de la SSA, 70% de los pacientes (sobre todo mujeres) no contó con seguridad social ni atención médica antes de su muerte.¹⁵ En 1992, en Chamula, solamente en 11% de los casos hubo un médico que extendiera el certificado de defunción, lo que de ninguna manera significa que hayan recibido atención médica antes del deceso. La relación entre la población y las instituciones en el momento de un fallecimiento se ve reflejada en el siguiente testimonio:

El que llegó fue el agente. El agente hizo un papel. Si tienen acta de nacimiento o registro civil él lo lleva y se van tres hombres: un declarante y dos testigos, y allá tienen

que llegar a hablar al doctor. Después que llegan con el doctor se van a dejar el papel, allá con el secretario en el Registro Civil y el secretario saca el acta de defunción. Así es como queda y así se termina nada más. El agente sabía que estaba embarazada mi mujer y allí no aparece; como que no lo dijeron, no sé qué hicieron. Como yo no fui no lo supe cómo lo hicieron el papel. Tal vez lo dijeron que en el parto murió, pero no lo apuntaron, no lo supieron. (Chenalhó, marzo 1995).

En estas circunstancias, la estimación de la RMM en la región resulta complicada, pues el numerador lo constituyen las muertes maternas registradas (muchas de ellas no declaradas como tales) y el denominador los recién nacidos vivos para el mismo periodo. Este último dato es especialmente difícil de obtener, ya que la mayoría de los niños no se registra en el momento de su nacimiento, ni en el de su muerte. Con frecuencia los registros de nacimientos son extemporáneos, ya que registrar a un niño es visto, en algunos municipios, como un medio de control del Estado.¹⁸ Si la estimación correcta de la muerte materna puede resultar difícil, la de los nacidos vivos lo es más.

Desde 1992 se realiza una campaña intensiva, por parte de las oficinas del registro civil, para que se cumpla con el registro de los fallecimientos. En Chenalhó se considera que no declarar la muerte de una persona es incurrir en un delito y los convierte en sospechosos de homicidio. Para la mayoría de los entrevistados, autoridades o no, es necesaria la declaración de la muerte para que los difuntos sean *borrados de una lista*. No se tiene información sobre el objetivo de la certificación de las defunciones, lo que ha generado que la declaración de las verdaderas causas de defunción tenga un valor secundario en este proceso:

Rápido se fueron a registrarlo, a borrarlo su nombre allá en Chenalhó. Llegando el marido que lo fue a borrar su nombre ya se entierra. Así tiene que ser, antes de que llegue el papel no se puede enterrar, porque si no, te castigan. (Chenalhó, abril 1995).

Desde entonces, exceptuando Oxchuc, todos los municipios estudiados han mostrado una tendencia al aumento en el registro de los casos de muerte materna, y una disminución de las muertes registradas.¹¹

Entre 1988 y 1993 se registraron en Chenalhó 117 muertes de mujeres entre 10 y 49 años de edad. De éstas, 11 eran muertes maternas. La muerte materna ocupaba el segundo lugar, cuya primera causa fue la producida por las enfermedades gastrointestinales. La *hinchazón*, *alteración*, *calentura* y *dolor de estómago* (síndromes de filiación cultural) aparecían entre las primeras 10 causas de muerte, las últimas dos de éstas eran el sarampión y el paludismo.

De las 11 muertes maternas, nueve se atribuyeron al parto o hemorragia transparto y dos a abortos. El seguimiento de estas muertes confirmó el diagnóstico inicial. De forma simultánea realizamos un seguimiento de otras 31

muerres de mujeres, no consignadas en acta como maternas, hubo otros nueve fallecimientos que, según testimonio de madre, padre, hermanas(os), esposo u otro familiar cercano, había ocurrido por causas relacionadas directamente con la maternidad.^{xii,xiii} De estos decesos, tres ocurrieron durante el embarazo, tres en el parto y otros tres durante el puerperio.

De un total de 38 casos de muertes de mujeres en edad reproductiva, 16 corresponden a muertes maternas; las otras 22 son decesos ocurridos por múltiples causas. Al estimar la RMM, partiendo de los datos obtenidos en el trabajo de campo, encontramos un subregistro de 45%, considerando todo el periodo (1988 a 1993) (cuadro 17-1).

Como es evidente, el subregistro es mayor antes de 1992. Mientras que según los datos del Registro Civil, la RMM para 1988 a 1990 fue de 5.87/10 000, según nuestras estimaciones fue de 20.54/10 000, lo que representa un subregistro de poco más de 71%. Para el periodo de 1991 a 1993 la diferencia entre la RMM es menor, pero el subregistro (de 33%) sigue siendo elevado y es probable que sea aún mayor si tomamos en cuenta que estas estimaciones las realizamos a partir del seguimiento de sólo 38 de un total de 117 defunciones. En los ajustes realizados (después del trabajo de campo), la muerte materna pasa del octavo al cuarto sitio en la ubicación de las 10 principales causas de muerte para el grupo de 10 a 49 años.

Tales datos dan cuenta de las formas de morir de las mujeres en Chenalhó. Esas mujeres indígenas mueren por motivos que ya no aparecen entre las primeras causas para los niños escolares a nivel nacional (sarampión), y por causas maternas seis veces más frecuentes que lo reportado a nivel nacional.

De acuerdo a la Secretaría de Salud, Chenalhó cuenta con una cobertura potencial de servicios de salud del 68%, merced a la presencia de casas de salud rurales, clínicas del IMSS y técnicos en Atención Primaria a la Salud. Obviamente, esta supuesta cobertura no se refleja en las cifras de mortalidad mencionadas arriba. Si existe tal cobertura potencial habría que preguntarse cuáles son los factores que

Cuadro 17-1. Razón de muerte materna, 1988-1990 y 1991-1993.

RMM*	Año	Acta de defunción	Trabajo de campo	Nacidos vivos
5.87	1988	1	2	1008
20.54	1989	0	4	1018
	1990	1	1	1381
	1991	1	4	1299
21.02	1992	4	4	1389
31.56	1993	4	5	1431
Total		11	20	7 526

* Número de muertes maternas por 10 000 nacidos vivos. Subregistro para 1988-1990: 71%; 1991-1993: 33%; 1988-1993: 45%.

influyen en la muerte prematura de las mujeres o de qué manera las desigualdades étnicas, de género, económicas, y las relaciones asimétricas entre las distintas prácticas médicas contribuyen a tan elevada mortalidad.

Algunas reflexiones

Desde hace algunas décadas han ocurrido cambios importantes al interior de las comunidades alteñas y los procesos de diferenciación se han acentuado. Las diferencias en el ingreso y en la participación política y religiosa están presentes en las historias de las mujeres que estudiamos. Sin embargo, estas familias comparten muchos rasgos del resto de los chenalheros. La mayoría tiene dos hectáreas para el cultivo de maíz; sólo una familia contaba con un mayor número de hectáreas y era considerada como *rica* por el resto de la comunidad. Las diferencias en escolaridad también estuvieron presentes y solamente una de las mujeres que estudiamos había tenido estudios básicos completos. Las mujeres que murieron entre 1988 y 1993 formaban parte de familias en etapa inicial, con residencia virilocal que permitía el intercambio entre otras familias del mismo grupo parental y que obligaron a estas mujeres a construir alianzas con su nuevo grupo. Las mujeres contaban con una edad de 15 a 30 años, con un promedio de 23 años en el momento de morir; la más joven tenía 15 años y la mayor 28. Sus hijos, al momento de morir, tenían menos de 10 años, y dos de ellas fallecieron a consecuencia de su primer parto. La muerte infantil fue un evento frecuente en estas familias, pues la mitad de ellas había tenido la experiencia de haber perdido entre uno y tres hijos antes del fallecimiento de la madre. En uno de los casos, en donde la pareja había concebido tres hijos, al momento de la entrevista no sobrevivía ninguno.

Son varios los elementos que intervienen en las formas de vivir y de morir en las mujeres de Chenalhó, en particular de las que fallecen por causas relacionadas con la maternidad: las relaciones intrafamiliares e interfamiliares, la violencia doméstica y la disputa en torno a las concepciones y prácticas de salud en relación a la maternidad (lo considerado *tradicional*, la medicina alópata y otras formas nuevas de medicina popular). Estos elementos van orientando, limitando o configurando la forma de vivir y de morir de las mujeres.

Violencia

Es uno de los elementos que caracterizan la vida y la muerte de esas mujeres.^{xiv} La violencia puede acompañarlas en casi todos los procesos de su vida, en la niñez, en el matrimonio, etc., y algunas veces se reconoce como la causa principal de su muerte.

El marido había empezado a tomar y regresó a su casa bien borracho. Como encontró a Catarina durmiendo y como no vivió el niño y era varón, le dijo:

—¿Qué haces, hija de la chingada? ¡Durmiendo! Ni siquiera vivió tu hijo, sólo estás estorbando aquí.

Y parece que le iba a pegar o le pegó, no sé. Hasta con la escopeta la amenazó y eso la asustó; por eso se enfermó y se murió.

La violencia doméstica ocurre con frecuencia durante el embarazo (entre los casos estudiados a profundidad, el 75% de las mujeres la había padecido). Las parteras y las mujeres reconocen que con frecuencia el aborto es inducido por los golpes que el marido le da a su mujer en el abdomen, o que la muerte de una mujer embarazada puede deberse a la negligencia:

A Martha su esposo no le pegaba, pero no le tenía lástima, no la quería tanto. No le daba lo que quería comer; le daba contado el guineo para vender y tenía que recibir completo el dinero. No le tenía lástima. No le hizo caso. Así estuvo grave su mujer, y no le hizo caso. Ni siquiera vio qué cosa le dolía. Ni siquiera le dio su medicina, y eso que era promotor del IMSS. La regañaba. Cuando Martha vendía punta de calabaza estando embarazada, la llevaba cargando. Sufrió mucho la pobrecita. Tenía que pedir permiso si comía alguna cosa, aunque fuera un poco. Cuando se murió, no dio su petróleo. Vinieron todos los visitantes y ellos tienen que comer; la familia de la difunta tiene que mantener a los visitantes y él no dio ni su maíz, ni su frijol. Así se vio que no quería a la mujer.

La violencia no sólo es ejercida en contra de las mujeres, sino que en ocasiones ellas son quienes la ejercen frente a quienes se encuentran en una situación subordinada, llámense hijos en el caso de una madre, o nueras en el caso de las suegras. Las mujeres mismas pueden estar incorporadas al círculo de violencia:

El hermano pensó que a lo mejor ya la castigó el Señor, porque molestaba a su hijo. Y es que molestó mucho a su hijo. Sus padres contaron que no le daba de mamar. Cuando torteaba o molía su maíz, buscaba un palo y sembraba allí a su hijo; lo amarraba todo el día. Se iba asoleando la pobre criatura y ahí le pegó la enfermedad y se murió. Ella no sabía cuidar al niño, no le daba lástima.

Para los chenalheros la violencia no es aceptable, pero sí comprensible; sobre todo en casos de *desobediencia* de la mujer o de *incumplimiento en sus labores*. El marido, como jefe de familia, como su *dueño*, puede ejercerla para fines correctivos. Cuando se ejerce en forma *injustificada* puede ser cuestionada, sobre todo por la familia de la mujer, y es una de las causales más frecuentes de separación. Dependiendo de la forma en que se ha estructurado el matrimonio y del apoyo que las mujeres tienen de su grupo familiar, la mujer podrá salir de una situación de esa naturaleza o la familia podrá negociar ante el marido un cambio en su actitud. El hombre violento es menos censurado cuando ejerce

la violencia en estado de ebriedad, pero el ejercicio de la violencia en condiciones normales es muy cuestionado, tanto por hombres como por mujeres.

Las formas en que se ejerce la violencia contra las mujeres es más dramática cuando éstas muestran más independencia y autonomía frente a sus grupos. Por otra parte, la violencia se ejerce como negligencia cuando las mujeres guardan una condición de sumisión y obediencia frente al marido y su familia. La negligencia, *que se expresa como que no le tenía lástima a su mujer*, es más cuestionada socialmente porque implica la irresponsabilidad respecto al cuidado, vestido y alimentación que el marido debe proporcionar a su cónyuge, lo cual de ninguna manera puede ser tolerado. La violencia física contra la mujer es percibida en ocasiones por su grupo familiar como justificada, y por lo general llega a niveles extremos cuando las redes de apoyo familiar están tan deterioradas que ponen en una situación de gran vulnerabilidad a la joven mujer.

Al margen del tipo de violencia que se ejerza contra la mujer, sea física, psicológica o por negligencia, y de la forma en que sea valorada por la comunidad en su conjunto, no es sancionada de ninguna manera por las autoridades, por los familiares o por la comunidad. Su presencia no es un indicador de la manera en que se han dado las relaciones inter e intrafamiliares.

Relaciones interfamiliares e intrafamiliares

El ingreso a la región de los diversos grupos religiosos, incluyendo el catolicismo, ha abierto espacios de transformación para la sociedad de Chenalhó. Esos espacios son generados por dichos grupos religiosos y también son gestados por las familias conversas en la búsqueda de nuevas formas de vida. En esas opciones religiosas se van reconstruyendo, con la participación de todos, otras posibilidades de vida, tanto para las mujeres como para los hombres. Hay varios elementos que han cambiado a partir del ingreso de las religiones en la comunidad: la reducción en el consumo de alcohol ha limitado el ejercicio de la violencia doméstica, la cual, como ya mencionamos antes, es menos condenada cuando se realiza en estado de ebriedad; la poligamia se ha reducido, pues un hombre con dos mujeres es muy sancionado por su comunidad religiosa y no puede asistir a las ceremonias de su iglesia y, finalmente, se observa reducción del periodo en que el desposado tiene que permanecer trabajando en la casa de sus suegros. Los dos primeros han mejorado la calidad de vida de las mujeres, pero el último las puede poner en una situación vulnerable.

La modificación de los dos primeros aspectos favorece la vida cotidiana de las mujeres y va creando posiciones más abiertas con respecto a su papel y su participación en la sociedad, sobre todo en relación a los grupos tradicionales. La participación en organizaciones como las de artesanas brinda a las mujeres espacios de reflexión en torno a la

sociedad en que viven, en particular respecto al papel que en ella quieren desempeñar.

En esos espacios las mujeres se van creando expectativas distintas, no sólo en cuanto a su vida sino también en cuanto al cuidado de su salud, que se traducen en demanda de servicios, de capacitación o de mejores vías de comunicación. La participación activa de las mujeres como catequistas ha posibilitado su ingreso en el ámbito público sin la oposición de la comunidad, aunque a la larga, sobre todo cuando su ingreso ocurre durante la soltería, llevan una vida distinta a la del resto de las mujeres.^{XV} Sin embargo, católicos, evangelistas y protestantes en conjunto todavía no constituyen la mitad de los alteños. Entre los casos que estudiamos, sólo en uno el cuidado de la mujer estuvo en manos de una familia presbiteriana; en el resto este cuidado se llevó a cabo por familias tradicionales.

En Chenalhó, todavía la mujer ejerce su poder sobre todo en el ámbito familiar. Es allí donde la suegra puede tener el control de la dinámica familiar, y a través de ese control las nueras se fortalecen o caen en desgracia. El poder de las suegras puede llegar a ser tal que lleguen a elegir a la esposa de sus hijos, pues como las nueras estarán bajo su mando, muchas veces las eligen por sus cualidades como trabajadoras, con independencia del interés que muestren sus hijos por ellas. Las mujeres jóvenes deberán esperar muchos años para hacer suyo ese poder que, sin embargo, siempre estará supeditado a un varón de la familia, sea el esposo, el hijo u otro pariente masculino. Como señala Linda Alcoff, el concepto de mujer se define no sólo por un conjunto particular de atributos, sino por una posición particular. La situación externa determina la posición relativa de la persona, y ésta (como un peón de ajedrez) puede ser peligrosa o segura, poderosa o fuerte según sea su relación con las otras piezas.¹⁹

Las mujeres pueden ser solicitadas en matrimonio tan temprano como a los 13 años de edad, dependiendo del municipio de que se trate, aunque cada vez son más las mujeres en Chenalhó que inician vida en pareja entre los 16 y 18 años. El pedimento es realizado por la familia del novio o una persona dedicada a tales menesteres, y algunos creyentes de la iglesia presbiteriana se hacen acompañar de los *ancianos*, predicadores de gran prestigio.

La pertenencia a religiones diferentes no es obstáculo para establecer un matrimonio. La familia de la joven siempre tratará de convertir al novio a su religión antes del matrimonio, pero cuando éste se haya consumado, la mujer se adscribe a la religión que el marido determine.

Algunos padres de familia, sobre todo los protestantes o evangélicos, toman en consideración el parecer de las hijas para la aceptación del novio; en cambio, entre los tradicionalistas es el padre o un hermano quien decidirá el arreglo matrimonial, con independencia del parecer de la mujer.

Lo que pasa es que nosotros no nos hablamos; ni siquiera de eso tienes una idea. De hablarte de un hombre. Fue nues-

tro padre, nuestra madre, cuando se encuentra en el mercado, en la calle o en la carretera, que se habla con el papá del señor, y ya. Les dan trago, les dan de tomar el trago y ya; así es. Cuando ya recibe el trago, cuando vengas a ver ya te casan; así es el costumbre. Nosotros olvídate que hablemos; ellos deciden cuándo te casas. A la fuerza tienes que ir, hasta con cincho te pueden llevar; no te piden el opinión, ni te preguntan. Cuando tú dices: yo no me quiero ir, dicen que estás durmiendo con otro hombre o tienes otro hombre.

La pertenencia a una familia de alcohólicos, la orfandad, la invalidez, haber trabajado en la ciudad, la viudez o el ser madre soltera ponen en mayor desventaja a la mujer en el arreglo matrimonial, mas no lo impide.

El matrimonio, que anteriormente se establecía por servicio, ha pasado a ser en algunos lugares matrimonio por compra. Sobre todo donde las diferencias en torno a la religión o la política han fracturado la cohesión comunitaria. Los presbiterianos han marcado como obligatorios tres meses de servicio, a diferencia de un año que era lo acostumbrado. Sólo cuando la familia de la novia tiene prestigio y poder, la pareja queda permanentemente al amparo de esa residencia. Esto fortalece a la recién desposada, ya que permanecer en la residencia de sus padres le permitirá contar con más apoyo en caso de embarazo, parto, enfermedad o violencia doméstica. Por otro lado, los hombres consideran que esto no beneficia a la pareja sino al padre de la novia y mientras permanezca el marido al servicio de su suegro no podrán acumular nada para ellos.

Aunque la edad para contraer matrimonio ha aumentado en dos años en la última década y la mujer, en algunos casos, puede intervenir en la decisión de cuándo y con quién casarse, cuando decide hacerlo con un integrante de un grupo familiar que no comparte con el suyo la adscripción religiosa o partidaria, se da la separación, muchas veces definitiva, de su grupo familiar; lo que la coloca en una situación de riesgo, sobre todo en momentos críticos como los de enfermedad.^{xvi}

El novio puede pedir a la novia varias veces y no ser aceptado hasta la séptima u octava ocasión. Los pedranos tienen la convicción de que si quieren por esposa a una mujer, con constancia podrán lograrlo. El pedimento se puede realizar muchas veces y en el caso de que el novio no sea aceptado, se puede recurrir al *robo* o al embarazo para ganar la *aceptación* de la familia política.

El *pago* de la novia puede hacerse a través de dinero o de obsequios. En un paraje presbiteriano de Chenalhó, cuando en la ceremonia participan los familiares y amigos y el novio invita con comida, el pago en efectivo es menor. Cuando el arreglo matrimonial se realiza sólo entre el padre y el novio no se hacen necesarios los regalos ni la comida, pero el pago en efectivo es mayor. Si el pedimento lo realiza una persona de prestigio (un *anciano*), el arreglo matrimonial puede ser más ventajoso para el novio con un pago menor de dinero. Para lograr la aceptación familiar, aun en los casos en que la

mujer esté embarazada o haya sido raptada, la familia del novio deberá pagar una retribución, a menos que la unión resulte en la ruptura familiar definitiva.

Siempre está presente la inconformidad con el trato, tanto por parte de los padres de la novia como de los padres del novio. Estos últimos siempre mencionarán el alto precio que tuvo la mujer de su hijo y los primeros señalarán que el pago fue regateado y no cubierto en su totalidad. Tales referencias son la regla cuando existen problemas en la pareja y en casos de violencia doméstica los padres de la joven justifican su retorno bajo esa argumentación. En el caso de que los padres de la novia no quieran el regreso de su hija, argumentarán lo contrario para no recibirla.

Cuando la mujer decide irse con un hombre al margen de toda negociación familiar, rompe con todas las redes de apoyo con las que contaría en caso de violencia doméstica o enfermedad. A mediano plazo, esto la coloca en un estado de vulnerabilidad frente a su esposo y su nueva familia adoptiva. Ella deberá construir sus nuevas redes de apoyo al interior de la familia del esposo y realizar alianzas, sobre todo con su suegra, sus cuñadas y las otras nueras de la familia para poder contar con los apoyos que se requieren durante la maternidad.

Concepciones y prácticas de salud en torno a la maternidad

El embarazo es un proceso natural y en general bien recibido, sobre todo cuando la pareja es joven. Sin embargo, también hay casos de parejas jóvenes en que el hombre prefiere que su esposa no se embarace o amamante a sus hijos.^{xvii} Aunque los y las pedranos asocian claramente el desgaste físico de la mujer con los continuos embarazos, el control de la fertilidad no se encuentra entre sus prioridades, tal vez por la poca relación que mantienen con las instituciones de salud. Algunas mujeres están interesadas en conocer más sobre los métodos de control natal, pero la forma en que se han puesto en marcha los programas de planificación familiar han despertado un fuerte rechazo, sobre todo entre la población católica.

Las mujeres juegan un papel esencial para aliviar y curar una serie de males y problemas de su vida cotidiana. La responsabilidad social de ayudar a las mujeres a parir recae en otras mujeres, madres, suegras o parteras. En comunidades muy pequeñas esta atención la realizan por tradición las mujeres de mayor edad de un grupo familiar, y en esos casos la atención no se remunera, a diferencia de cuando lo hace una partera.

El papel de curanderas es realizado tanto en el ámbito familiar como en el comunitario. Esas personas se encargan en casi todos los casos de la atención relacionada con el embarazo y el parto. En un estudio realizado en la región de los Altos, se estimó que existen en total 1400 parteras en los 16 municipios de la región, con un promedio de una a dos por comunidad y con presencia importante en todas las

subregiones de los Altos, con independencia del grupo étnico, religión o presencia institucional.¹³

En Chenalhó encontramos que las mujeres, además de ser parteras, pueden ser hueseras e *iloles*. Se pueden identificar dos tipos de parteras: las que establecen algún vínculo institucional y toman *cursos* en San Cristóbal de las Casas, y quienes han permanecido al margen de éstos. Las parteras relacionadas con las instituciones no necesariamente cuentan con mayor prestigio o *status* que las otras. De hecho, se llega a cuestionar su verdadero *don* de curar al requerir un curso de capacitación para atender un parto.

Las instituciones de salud con mayor presencia en la región son la Secretaría de Salud y el IMSS-Solidaridad. En el caso de la primera la interrelación con las parteras es menos orgánica; parteras e institución tienen una relación de intercambio. A cambio de material para atender el parto, las parteras llevan un control del número de partos que atienden y lo reportan al Centro de Salud. Ésta es la manera en que las instituciones establecen sus acciones de salud.

La interrelación, concebida como referencia y contra-referencia de pacientes, está muy lejos de establecerse en esta institución. Una de las parteras con las que tuvimos más contacto durante el trabajo de campo, y que estuvo involucrada en uno de los casos de muerte materna, identifica los embarazos de alto riesgo y los canaliza al *Jloktor Chiltak* de Yabteclum, o sugiere a los familiares de la paciente trasladarla a San Cristóbal de las Casas, sin especificar lugar alguno. En ninguno de los casos que ha referido (cuatro) sugirió la atención en el Centro de Salud.

En el caso de otra partera con vínculos con el IMSS-Solidaridad, la relación establecida es más fuerte. Apoya al equipo de salud de la clínica como traductora en la propia clínica y en las visitas domiciliarias. Acude a los cursos de capacitación que ofrece el IMSS-Solidaridad y recibe una compensación económica. Su relación con el personal masculino de la clínica le ha creado problemas con la comunidad, pues ha generado rumores que la desprestigian. Sin embargo, el trabajo en la clínica le ha facilitado aprender castellano, viajar a la ciudad y conocer otras formas de vivir y de pensar.

Tales ganancias secundarias le han permitido continuar su trabajo con los médicos del lugar. De hecho, sólo cuatro de las 38 fallecidas a las que se dio seguimiento habían buscado atención médica alópata. Esto representa una demanda de sólo 10% en situaciones de extrema gravedad.

Las parteras y los hombres y mujeres de Chenalhó coinciden en reconocer el parto como el único momento del proceso reproductivo que pone en riesgo la vida de la madre. Así también es percibido por autoridades religiosas y civiles y se manifiesta en las actas de defunción. El embarazo y la salud van de la mano. Sin embargo, las embarazadas pueden ser más vulnerables, pues con mayor facilidad pueden ser víctimas del *mal echado* o de la *envidia*. Aunque el trabajo físico es considerado un factor de riesgo (sobre todo por las parteras), embarazadas o no, las mujeres

desempeñan los mismo quehaceres, y sólo en caso de muerte materna el trabajo puede ser mencionado como una de sus posibles causas. La participación del marido para el buen desarrollo del embarazo y el parto es fundamental. La violencia doméstica, la negligencia y el alcoholismo del esposo son prácticas identificadas como riesgosas para la salud de la embarazada.

Cuando se jerarquizan las causas que pudieron llevar a la muerte a una mujer, aparecen con más peso las que se relacionan con prácticas sociales inadecuadas, que las relacionadas con las *enfermedades naturales*. Por lo general, las mujeres son atendidas por la misma partera durante toda su vida reproductiva; y en algunos casos en que ocurre la muerte de la mujer, el esposo cambiará de partera en caso de un nuevo matrimonio. Cuando una mujer está embarazada, solicita la atención de la partera a partir del quinto mes de gestación. Esta solicitud generalmente es tardía, a menos que la embarazada tenga ciertos problemas o molestias, o sea su primer embarazo. El diagnóstico de embarazo se basa en los síntomas del primer trimestre de la gestación, pero incluye signos que tienen una gran significación cultural y en razón de los cuales la embarazada tiene ciertas restricciones. Así, se dice que la gestante adquiere un brillo especial en la mirada y por tanto puede causar *mal de ojo*.

Es posible que por esa *fuerza* especial que se le atribuye a la embarazada, nunca se considera que la muerte durante el embarazo pueda estar relacionada con el propio proceso; prueba de esto es que cuando una mujer muere por *calentura*, *hinchazón* u otra causa nunca se señala en el Registro Civil que la mujer estaba gestando. El mayor subregistro de muerte materna lo encontramos en las etapas de embarazo y puerperio (cuadro 17-2).

Para las parteras es incómodo dar asistencia a una mujer que ha consultado previamente a otras parteras, o que cuando es llamada por los familiares a la casa de la parturienta se encuentre con otra u otras parteras. Por otro lado, la estrategia familiar de una parturienta es ir llamando a los diferentes especialistas de la comunidad en la medida en que un parto se complica. La presencia femenina se incrementa en la casa de la parturienta al tiempo en que un parto entra en una etapa mayor de complicación. Parteras, madre, suegra, hermanas, cuñadas y amigas pueden llegar a participar en la resolución de un parto complicado.

Sobre todo en los partos complicados, el esposo tiene la obligación de informar a sus suegros. La madre de la parturienta tiene un papel fundamental en la toma de decisiones, sobre todo cuando éstas son congruentes con las formas comunitarias. Cualquier decisión que rompa con estas formas debe ser analizada y aprobada por los integrantes varones de la familia.

Las parteras pedranas identifican varias complicaciones como son las situaciones anormales del producto (sobre todo la transversa) y la retención placentaria (o de restos), aunque la mayoría niega haber tenido que enfrentarlas.^{xviii} La mala *situación* puede prevenirse antes de que el embarazo

Cuadro 17-2. Muerte materna. Tipo de atención en mujeres fallecidas por causas relacionadas a la maternidad en Chenalhó, de 1989 a 1993.

Muerte durante el embarazo	
<p>Caso 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • María se embaraza • Amenaza de aborto (un mes antes) • Inicia su padecimiento con dolor (por la tarde) • Empeora • Muere por la madrugada, 12 horas después del inicio 	<ul style="list-style-type: none"> • Médica de San Cristóbal de las Casas • <i>J'ilol</i> • Medicamento que no logra ingerir
Muertes durante el parto	
<p>Caso 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicia trabajo de parto • El trabajo de parto se prolonga • El periodo expulsivo ocurre durante el trayecto • Después del parto se observan signos de choque. Ella muere en menos de una hora; casi 15 horas después de iniciado el trabajo de parto <p>Caso 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • En las últimas semanas de embarazo la mujer presenta sangrado transvaginal • La partera sugiere que se busque a un <i>jloktor ja'jchi'iltik</i> • Empeora un día por la mañana • Ocurre sangrado masivo, por lo menos dos semanas después del primer sangrado <p>Caso 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante el embarazo • En los últimos días del embarazo • Durante el trabajo de parto • Aparece sangrado masivo • Transcurren alrededor de 12 horas desde que inicia el trabajo de parto. Ella dice "sentirse mal", hasta que muere <p>Caso 5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante el embarazo hay amenaza de parto prematuro • Continúa con sangrado transvaginal • Persiste el sangrado transvaginal • Regresa a su casa • Inicia el trabajo de parto • La labor se complica • Ella muere después del parto. Tuvo embarazo con varios meses de complicación 	<ul style="list-style-type: none"> • Lllaman a la partera • Deciden llevarla con el <i>jloktor ja'jchi'iltik</i> o al hospital de San Cristóbal de las Casas • La atiende la partera en casa del hermano de la mujer • Lllaman al <i>jloktor ja'jchi'iltik</i> • La atiende la partera • Se busca a varios <i>j'iloletik</i> • Buscan ayuda con un <i>jloktor ja'jchi'iltik</i> • Solicitan ayuda de la partera • El <i>jloktor ja'jchi'iltik</i> la encuentra agonizante • Visita al médico, quien confirma el embarazo • La partera identifica una "malposición"; sugiere el traslado de la mujer • Es atendida por la partera y mujeres vecinas • Su esposo le aplica un medicamento inyectable • Clínica de <i>Yav jteclum</i> • Hospital de Campo • Hospital de Campo • La atienden un médico y una enfermera en su casa • Lllaman a un <i>j'ilol</i>
Muertes durante el posparto	
<p>Caso 6</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parto complicado con sangrado profuso • Molestias posparto • La situación empeora • La trasladan a casa de sus suegros • Ella empeora una semana después del nacimiento de su hijo <p>Caso 7</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parto que se complica con sangrado • Inicia con dolor abdominal • Empeoramiento. El agente municipal sugiere que sea trasladada al hospital 	<ul style="list-style-type: none"> • Partera (uso de oxitócicos) • La partera le administra un té • <i>J'ilol</i> y rezador • Rezadores del grupo religioso al que pertenecen • Búsqueda de un medicamento en otro municipio • La partera utiliza ciertas hierbas que, según los familiares, empeoran el cuadro • La mujer es tratada por su suegro <i>j'ilol</i> con rezos y plantas, para desechar la "sangre acumulada" • Es llevada al Hospital de Campo, donde le aplican un "suero" y la dan de alta con cita para tres días después

(continúa)

Cuadro 17-2. Muerte materna. Tipo de atención en mujeres fallecidas por causas relacionadas a la maternidad en Chenalhó, de 1989 a 1993 (*continuación*).

Muertes durante el posparto	
<ul style="list-style-type: none"> • Regresan a su pueblo • Ella muere 12 horas después de haber sido egresada y dos semanas después de iniciado su padecimiento <p>Caso 8</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se sabe poco del parto • Inicia con "calentura" (fiebre) después del parto <ul style="list-style-type: none"> • Empeoramiento • Transcurren alrededor de tres semanas desde el inicio del padecimiento hasta la muerte de la mujer <p>Caso 9</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicia trabajo de parto • Se complica el alumbramiento • Ella muere en el posparto inmediato, dos horas después del agravamiento <p>Caso 10</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicia trabajo de parto • Parto complicado con presentación podálica • Surge la hemorragia después del parto • Hay problemas familiares en el posparto que coinciden con un episodio de violencia doméstica • Se observa aumento del volumen abdominal con dolor intenso • Los familiares piensan que la púérpera <i>tiene susta</i>; por ello deciden no enviarla al médico • Luego de ocho días de evolución de la enfermedad, la mujer muere 	<ul style="list-style-type: none"> • Rezos a cargo de varios <i>j'ioletik</i> <ul style="list-style-type: none"> • La atiende su suegra, que es partera • Acude a un <i>j'loktor ja'jchi'iltik</i>, quien prescribe cloroquina suponiendo que se trata de paludismo • Llamam a los <i>j'ioletik</i> de la familia, para que recen • Se decide no hacer nada más y la mujer muere después de dos días <ul style="list-style-type: none"> • El esposo pide ayuda a su suegra • Solicitan ayuda a parteras y vecinas • Todos observan y acompañan <ul style="list-style-type: none"> • Acuden con el hermano de la mujer para que le aplique una inyección para la <i>apuración</i> del parto (oxitócico) • Se busca a la partera • La partera atiende. La mujer recibe dos inyecciones adicionales de oxitócicos • El recién nacido muere • Le dan "pastillas" a la mujer • La partera le aplica plantas y le administra pastillas para provocar la salida de sangre del abdomen • Se buscan medicamentos (inyecciones) con <i>j'loktor ja' jchi'iltik</i> • La partera sugiere que se traslade al Centro de salud • Se inician rezos con <i>j'ioletik</i> • Se busca un <i>jt'unul</i> (adivino)

esté a término, por eso consideran tan importante la vigilancia de la gestación con visitas quincenales o mensuales; *acomodar* mes con mes al producto es fundamental. Reconocen que en etapas avanzadas del embarazo o cuando éste es de término, corregir una mala *situación* es mucho más difícil y peligroso, y una vez identificada, las lleva a referir a la paciente. Sin embargo, si los familiares deciden no trasladar a la mujer y solicitan que sea la partera quien atienda el alumbramiento, no se niegan a hacerlo.

Un parto prolongado puede deberse a un diagnóstico inadecuado sobre el inicio del trabajo de parto o a una malposición. Con aceite y alcohol en el abdomen algunas parteras corrigen el problema. En casos de malposiciones es imposible la expulsión del bebé, por lo que las parteras o las mujeres que acompañan en el proceso pueden llegar a intentar versiones internas. Estas versiones a veces son exitosas para la madre pero no para el niño; en otros casos no lo son y terminan con la vida de ambos.^{XIX}

En caso de periodo expulsivo prolongado; las parteras pedranas utilizan remedios de herbolaria. A últimas fechas se ha incrementado, en algunos parajes, el uso de sueros o inyecciones con sustancias para ellas desconocidas pero que ayudan a *apurar* el parto. La mayoría de esas personas des-

conoce el nombre exacto de la sustancia, y refiere que no tiene sentido aprenderlo porque no sabe leer ni escribir. Los distribuidores de esos medicamentos son los llamados *jloktores chiltak*, y los familiares de las mismas parturientas sugieren su uso y son los encargados de su compra. Los *jloktores*, aunque no atienden partos, son solicitados para el manejo de las complicaciones y sobre todo para la utilización de esas *medicinas que curan* todos los problemas durante el parto.^{XX} La mala utilización de esas drogas puede llevar a la muerte de la parturienta, como lo sugieren dos de los casos.

La muerte durante el parto es un riesgo al cual todas las embarazadas están expuestas. Para las parteras las mujeres con mayor riesgo son las primigestas, porque nunca han tenido la experiencia de un parto. Entre la vida y la muerte hay un instante. Una mujer que tiene un sangrado profuso puede salir de él, reponerse y vivir. Otra no. Las mujeres que murieron por hemorragia durante el parto habían tenido por lo menos un episodio similar en su vida. La mayoría de las mujeres sobrevive a partos y abortos subsecuentes durante 10 o 20 años; es por eso que el destino o la suerte es una de las explicaciones a las que recurren las parteras en caso de muerte.

Las complicaciones del parto por placenta previa y retención de placenta o de restos placentarios son situaciones muy difíciles para las parteras y es donde sus posibilidades de actuar son mínimas. Las mujeres que murieron por hemorragia profusa fueron aconsejadas por las parteras, antes del trabajo de parto, para su atención fuera de la comunidad. Sin embargo, la familia (en un caso) y el esposo (en otro) decidieron atenderlas en la comunidad.

Hasta después del alumbramiento, que dura de 10 a 30 minutos, se corta el cordón umbilical y se separa al niño de la placenta. Cuando existe retención placentaria y ha pasado un tiempo mayor de lo esperado, se corta el cordón umbilical y se separa al niño de la madre; esta práctica ha permitido la sobrevivencia de los niños a pesar de que la complicación lleve a la muerte materna.

Cuando el alumbramiento se prolonga, las parteras presionan el abdomen, le colocan plantas calientes y realizan un masaje más enérgico. Se pueden utilizar, en vez de plantas, trapos calientes o ladrillos calientes envueltos en trapos. Sólo las parteras con mayor experiencia exploran la placenta después del alumbramiento, y son capaces de diagnosticar la retención de restos placentarios. Algunas parteras utilizan plantas medicinales para la expulsión de los fragmentos y otras aplican el *suero* o la inyección preparada por el *Jloktor Chiltak*. En otros lugares de Chiapas se han reportado casos en que, habiendo muerto por retención placentaria, el recién nacido no es separado de la placenta y por último muere con la madre.^{xxi}

Después del parto, a la madre se le da de beber pozol para que recupere su fuerza y energía; y si ha habido hemorragia profusa se le da a beber agua con sal. El tiempo de reposo posparto varía de un paraje a otro, pero no excede 15 días; pasada una semana la mujer ya se encuentra realizando sus labores en el fogón. La actividad que las mujeres desarrollen y el tiempo que permanezcan en descanso dependerán de las redes de apoyo familiar con que cuenten. Cuando la mujer vive sola con su pareja deberá incorporarse con mucho mayor rapidez a los quehaceres del hogar, porque no habrá nadie que la ayude. Se da el caso de que a los tres días del parto están realizando sus actividades cotidianas.

En la medida en que se presentan complicaciones, como en los casos de aborto, parto prolongado y retención placentaria, la explicación de los fenómenos a partir de una causa no natural se hace necesaria. Es en estas situaciones cuando, además de echar mano de algunos recursos terapéuticos de cierta eficacia (como el uso de algunas plantas medicinales), se utilizan los recursos de otros especialistas. Los tradicionalistas suelen acudir para el manejo de las complicaciones a uno o más *iloles*. Los de la Iglesia de Cristo requieren la presencia de los hermanos de su grey y juntos elevan una serie de plegarias para que mejore la enferma. Los católicos pueden consultar a su red de promotores y en algunos casos referir a la mujer al hospital.

La casualidad de la muerte se explica como el resultado de una serie de elementos con distintas jerarquías, y no co-

mo causas aisladas o únicas. La condición fatal y retrospectiva del evento permite a los entrevistados reflexionar sobre toda una serie de elementos que pudieron haber contribuido a la muerte. Esto no significa que en los momentos en que el suceso se desarrollaba éstas fueran las mismas apreciaciones que a tres o cinco años de distancia. A pesar de ello, creemos que las respuestas que se dieron a la enfermedad sí contribuyeron a esta elaboración retrospectiva. La jerarquía que se atribuye a cada elemento depende del caso, aunque para fines de exposición los agrupamos de la siguiente manera: por designio divino, por desviación de las normas sociales, por fenómenos sobrenaturales (envidia, mal echado, susto) y por conductas dañinas.

El rezo, tanto entre católicos como entre los de denominaciones o sectas protestantes y tradicionales, juega un papel primordial durante el desarrollo del embarazo y parto, y sobre todo en los casos de complicaciones y enfermedad. Para prevenir cualquier enfermedad, en la casa y en la iglesia, durante varios días, *prenden vela* o rezan con fe.

Entre los fenómenos sobrenaturales, sobresale la *envidia* o *mal echado*. Una persona en particular, el vecino, la suegra, el esposo u otra mujer puede *cortar vela*. La envidia, *el mal echado*, que puede estar dirigido a una persona en particular, o a una familia, se materializa en la enfermedad y muerte del más vulnerable. Ser envidiada como mujer por varios hombres, o la pérdida del espíritu por una caída o un susto coloca a la mujer en un estado de vulnerabilidad o riesgo permanente.

Las conductas dañinas pueden estar asociadas a otros fenómenos y contribuir a la muerte o ser reconocidas como uno de los elementos fundamentales de ella. Entre estas conductas dañinas se encuentran la violencia doméstica en sus diferentes formas y la violencia física que puede llevar hasta la muerte; la violencia emocional, a través de insultos, del imponer a otra mujer en la casa o de amedrentar con amenazas, y la negligencia, que se manifiesta en la limitación impuesta en las necesidades básicas de alimentación, vestido y habitación.

Otra conducta dañina es el exceso de trabajo durante el embarazo, como el cargar a un niño de forma permanente. Sin embargo, algunas familias no limitan las actividades de las embarazadas o púerperas. El deseo no cumplido de un alimento, la preparación de éste por alguien que desea hacer daño, o el consumo de ciertos alimentos, pueden ser elementos que agraven la enfermedad.

Algunos de los elementos que de forma explícita o implícita se encuentran en el discurso de los entrevistados, y que contribuyen a la muerte, son acciones que sin ser transgresiones a normas sociales establecidas se consideran situaciones no del todo deseables. Entre ellas se encuentra la relación con el *otro*. La relación entre un tradicionalista y una presbiteriana determina la conversión religiosa de alguno de ellos. La conversión, en uno de nuestros casos, de una presbiteriana a la religión tradicional desvió la conducta de la norma y de las expectativas familiares.

Dos casos ejemplifican la relación con un *no pedrano*. En uno se establece la relación de una pedrana con un *tzotzil* de Santa Martha, y en el otro la de un pedrano con una *chamula*. Las diferencias se establecen en todos los sentidos: en el hablar, en el vestir, en los gustos y en las costumbres. Dichas diferencias se llegan a ver como coadyuvantes en los casos de muerte.

La infidelidad o las relaciones bigámicas aceptadas con naturalidad entre los hombres tienen una connotación muy riesgosa cuando son adoptadas por una mujer.

Reflexiones en torno a la muerte materna en Chenalhó

La toma de decisión y la forma en que se resuelven las situaciones de crisis al interior de la pareja en una comunidad indígena tienen muy poco que ver con el concepto de los derechos reproductivos como parte de los derechos individuales. En la sociedad *pedrana* no existen hombres y mujeres autónomos que tomen decisiones al margen de su contexto familiar. La familia se convierte en la unidad fundamental donde se construyen las formas de relacionarse con el mundo. El poder de decisión y el tipo de decisiones que se adoptan en torno a la enfermedad de una mujer son un proceso que se viene gestando desde el inicio de la constitución de una pareja, o a veces desde antes. El matrimonio entre los *chenalheros* se da en términos de acuerdo entre dos grupos familiares. Cada uno de ellos tiene su propia dinámica de poder, jerarquías y solidaridades. Tanto la mujer como el hombre, antes de que contraigan matrimonio, ya tienen una posición de poder al interior de su grupo familiar que han ido construyendo a través del tiempo, con sus conductas, con sus actos. Se han conformado las redes de apoyo y solidaridad con sus hermanos, hermanas, padres y abuelos.

Esas redes le permitirán en casos de crisis y enfermedad contar con un respaldo. El cumplimiento de las reglas y de los roles que se esperan como hija o como hijo, van consolidando estas redes; a medida que un hombre o una mujer sea más independiente de su grupo familiar y transgrede las normas comunitarias, la enfermedad será explicada como el castigo natural a su comportamiento y los recursos y esfuerzos que se inviertan para su solución serán menores.

Si las dos familias de los contrayentes mantienen lazos de amistad y respeto, las mujeres serán menos vulnerables. Cuando la relación entre ambas familias no se da bajo estas premisas y la residencia de la pareja es *patrilocal*, el bienestar de la mujer dependerá de su capacidad para establecer alianzas con su nueva familia. Por lo general son el padre y los hermanos quienes vigilan el comportamiento del yerno, y son quienes pueden en un momento dado poner fin a una relación desventajosa.

En el ámbito de la salud, es la religiosidad popular la que ha tenido mayor influencia en la ampliación de las alternativas para resolver los problemas, aunque el bienestar, la enfermedad y la muerte se siguen relacionando con lo sobre-

natural y el destino. La conversión a las distintas sectas y denominaciones se genera, en parte, por la búsqueda de mejoría en las condiciones de vida, para evitar la muerte, o por mejores perspectivas en la vida después de la muerte. Las contiendas entre grupos políticos, religiosos y económicos matizan de manera importante la cohesión comunitaria y abren o cierran distintas posibilidades en materia de salud. Así, encontramos en los Altos distintas opciones de atención: velas, rezos, yerbas, oraciones, medicamentos, *Jloktores*, promotores, médicos y hospitales.

La salud se ha convertido en una reivindicación importante para los grupos organizados, políticos o religiosos. Pero también, lo que otrora era un campo de cooptación y consenso se ha transformado en uno de resistencia ciudadana. La no utilización de los servicios de atención disponibles y el no permitir la vacunación de niños o de animales son algunas de las tantas formas en que se está dando, desde 1994, la insurrección ciudadana en los municipios alteños.

En estos tiempos, la no asistencia a los centros de salud del IMSS o de la SSA se explica como una forma de protesta civil, aunque no está claro hasta qué punto es una forma de resistencia o una práctica cotidiana. Si analizamos las estadísticas disponibles, generadas por el Registro Civil o por la certificación médica de los últimos ocho años, lo más evidente es la ausencia de servicio médico en la región. En algunos municipios no existe certificación médica en más de 90% de los casos; y donde existe es realizada más que nada por promotores de salud. Chenalhó tiene mortalidad materna cinco veces mayor que la nacional. La prácticamente nula utilización de los servicios de salud disponibles (sugerida por las cifras oficiales) se constató en el trabajo de campo, pues sólo 10% de las familias declaró haber utilizado, como una opción de atención para la difunta, la medicina *alópata*.

En los últimos 20 años han proliferado en la región los centros de atención del IMSS y de la SSA, pero aún se encuentran muy subutilizados; en todo este tiempo no han podido legitimarse ante la población. Son pocos los que acuden a dichos centros de atención y quizás cada vez sean menos, por las razones mencionadas arriba. Existe fuerte resistencia al traslado de pacientes graves para su atención en el hospital, espacio al que se reconoce más como un preámbulo a la muerte que como una oportunidad de salvar la vida.

Los *chenalheros* han construido una serie de representaciones acerca de los servicios de salud y sobre todo de la medicina que practican los hombres blancos o *caxlanes*. Esas representaciones en ocasiones no tienen que ver con una experiencia personal directa, ni con el resultado de una intervención de los médicos en la resolución de un problema de salud, pero forman parte de las representaciones sociales colectivas, de una historia de relaciones profundamente desiguales y rica en experiencias de abuso y dolor.²¹

Con frecuencia, una intervención juzgada por los representantes de la medicina *alópata* como exitosa es considerada por los indígenas como una experiencia traumática,

sobre todo por el trato racista que reciben en las instituciones de salud. Es a partir de la relación entre indígenas y mestizos que se ha generado en los indígenas la percepción de que los *caxlanes*, o la medicina que ellos practican, tiene como objetivo último el exterminio, esterilización o simplemente maltrato de los indígenas. Así, los *Jloktores* o médicos *chiltak* se han convertido en representantes de la medicina alópata a nivel local. Ellos son quienes, con instrumentos de la medicina *caxlana*, se han constituido en otra alternativa para la solución de los problemas de salud, sin necesidad de salir del paraje o del lugar de origen.

En cambio, en el consumo de prácticas médicas han influido los grupos religiosos, desde los presbiterianos hasta los católicos, que de alguna manera se han visto beneficiados con la ampliación de su clientela a partir de posibilitar una mejor forma de vida con base en la atención de la salud, aunque en muchas ocasiones esto no sea del todo posible. Sin embargo, esos grupos han sido capaces no solamente de introducir hábitos que favorecen la prevención de enfermedades diarreicas o pulmonares, como hervir el agua o mejorar la vivienda, sino que también han estimulado la capacitación de promotores de salud para la atención de los enfermos. Sin embargo, en algunos casos estas modificaciones han ido aparejadas de la pérdida de algunas prácticas anteriores que también contribuían al cuidado de la salud (como el manejo de la herbolaria), o de la inclusión de algunas prácticas muy nocivas, como el manejo inadecuado de oxitócicos o corticosteroides, que provocan reaccio-

nes secundarias que en algunas ocasiones pueden ser causas directas de la muerte.

Las relaciones inter e intrafamiliares, y la violencia doméstica como un elemento indicativo de las contradicciones que se establecen con los nuevos arreglos familiares, nos pueden brindar los elementos contextuales en los que se desarrollan situaciones críticas en torno a la enfermedad y la muerte, como es el caso de la muerte materna. Sin embargo, es en las representaciones y en las prácticas en torno a la enfermedad, así como en la disputa entre los distintos actores involucrados en la atención a la salud, donde podemos reconocer los elementos fundamentales para el entendimiento de este tipo de muertes.

La mayoría de estas muertes hubiera podido evitarse de haber sido posible la canalización de las mujeres a través de redes familiares y sociales que posibilitaran la interrelación con la sociedad mestiza, y de contar con servicios hospitalarios con disposición de recursos humanos especializados y materiales suficientes. Solamente una de las ocho mujeres acudió a un servicio hospitalario y murió 24 horas después de su alta. Evitar muertes como las maternas requiere esfuerzos no sólo de la población, para detectar oportunamente las situaciones de riesgo, sino de una profunda transformación de los sistemas de salud y de las prácticas de atención dirigidas a las mujeres en general y a las mujeres indígenas en particular. Estas cifras y estas historias son las demandas mudas de las mujeres de Chenalhó.

Para reflexionar...

1. Discutir en grupo acerca de los siguientes asuntos:

- a) Identificar los factores biológicos, sociales y culturales que son determinantes de la muerte materna.
- b) Identificar las principales desigualdades que influyen en la muerte materna.

- c) Reflexionar acerca del efecto de la violencia en este problema de salud.
- d) Señalar los factores institucionales implicados en este problema.
- e) Proponer alguna alternativa de acercamiento o solución a este problema de salud.

Citas adicionales

- I En el proyecto sobre muerte materna participaron Sebastiana Vázquez y Delmi Marcela Pinto, del Grupo de Mujeres de San Cristóbal A.C.; Juana María Ruiz y Angelino Calvo, del Instituto de Estudios Indígenas; Emilio Luna y Agustina González, bajo la coordinación de Graciela Freyermuth, del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social del Sureste, y de Ana María Garza, del Instituto de Estudios Indígenas, y con el apoyo financiero del Programa de Salud Reproductiva de El Colegio de México. Algunas de las ideas que aquí se exponen han sido fruto del trabajo colectivo de coordinación, pero las interpretaciones son responsabilidad de la autora.
- II Por "entrevista a profundidad" entendemos las que se realizan en varias sesiones y que pretenden explorar un tema en profundidad. Son entrevistas realizadas con una guía temá-

tica, aunque en ocasiones se abordaron temas que no estaban considerados en la guía pero que fueron abordados por el entrevistado. Por cada muerte materna se entrevistó al padre o la madre, el esposo o la suegra, la amiga o el amigo. Cada caso, por tanto, incluye la entrevista a cuatro y hasta ocho personas relacionadas con la fallecida.

- III El pavimento cubre sólo de forma parcial la carretera que comunica San Cristóbal con las cabeceras de Chenalhó, Chalchihuitán y Pantelhó. Los poblados que tienen la suerte de quedar a orilla de carretera son los únicos que cuentan con transporte regular. Ese camino se pavimentó apenas en 1994-1995, hasta la cabecera de Chenalhó.
- IV El paraje suele componerse de varios patrilinajes que viven en la misma área, cuyos jefes estaban al principio (y en muchos casos aún lo están) unidos por lazos familiares. Las ca-

- sas están dispersas en una zona bastante amplia. Los miembros de esas familias viven y trabajan juntos y se consideran parientes, aunque no pueden delimitar con exactitud las relaciones de parentesco.¹⁰
- V Como investigadora en el área de salud durante muchos años, mi trabajo de campo en la región me hace sospechar que la educación primaria en Chenalhó no es suficiente para asegurar siquiera el aprendizaje del castellano. Los censos parecen sobrevalorar el número de hablantes de castellano y los logros de la educación formal.
- VI Las formas en que se han dado este tipo de conflictos en San Juan Chamula, vigentes hasta la fecha, se han difundido ampliamente por la prensa nacional e internacional y han merecido incluso la intervención de la federación a través de la CNDH. Mucho menos conocidos son los procesos desarrollados en otros lugares, como San Miguel Mitontic, Oxchuc, Chenalhó y otros municipios de Los Altos.
- VII Cfr. Freyermuth Graciela, 1993; Fernández Carlos, 1993; Pérez Marisa, 1990.¹²⁻¹⁴
- VIII Es el caso del municipio de Oxchuc.
- IX Al expedirse el certificado, una copia se envía al Registro Civil, otra al archivo de la Secretaría de Salud y otra a las oficinas centrales del INEGI, en donde se elaboran las estadísticas vitales. Éstas se realizan en función de la causa básica de la muerte, de tal manera que el embarazo, parto o puerperio pueden no aparecer consignados. Por ejemplo, una muerte por choque séptico en infección puerperal puede aparecer finalmente registrada como *sepsis*.
- X En Oxchuc, desde la década de 1950-1959 ha existido influencia de la iglesia presbiteriana, que entre otras cosas se encargó de la capacitación de promotores de salud. Después, también en la capacitación de personal de salud, tendría una presencia importante la iglesia católica.¹³
- XI Nos referimos a los municipios de Chamula, Huixtán, Oxchuc, Larráinzar, Chenalhó y San Cristóbal de las Casas.
- XII Con entrevista a un solo informante.
- XIII Los criterios que nos guiaron para considerar un caso como *materno* fueron los siguientes: 1) confirmación del embarazo por más de una persona; 2) cuadro clínico; 3) periodo de riesgo: desde que la mujer se declara embarazada, lo que suele ocurrir durante el primer trimestre de gestación y hasta 45 días después del parto.
- XIV La violencia no es privativa de este grupo. Estudios recientes informan de su carácter transclasista. Lo que llama la atención es que en las etnografías clásicas de Chenalhó no se menciona.
- XV Algunas líderes catequistas permanecen solteras.
- XVI De acuerdo con Laughlin (1993:163), en las décadas pasadas la edad para contraer matrimonio en Chenalhó era de 14 años.²⁰
- XVII Conocimos el caso de una joven de 14 años, cuyo primer hijo murió en los primeros meses de vida porque el esposo prohibió que ella lo amamantara.
- XVIII La situación es la relación que guarda el eje longitudinal del producto con el eje longitudinal de la madre.
- XIX En 1990 llegó a la clínica de campo una mujer con retención de un producto que había sido mutilado cuando trataron de sacarlo. La habían trasladado con un mecacapal. Fueron 24 horas de camino hasta la clínica de campo. La mujer sobrevivió. Un caso similar ocurrió en 1996.
- XX En Oxchuc, los promotores de salud o los doctores *chiltak* sí atienden los partos.
- XXI Es el caso de Bachajón. Comunicación personal de la doctora Gloria Sayavedra (Prodsusep).

Bibliografía

Referencias

- Hernández B, Langer A, Romero M, Chirinos J (1993). *Informe final del proyecto "Factores de riesgo para la muerte materna hospitalaria en el estado de Morelos"*. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Prevención de la mortalidad materna en las Américas: Perspectivas para los años noventa*. Washington, D.C., E.U.A.: Comunicación para la Salud, 2.
- Parra Vázquez M (1987). *La producción silvoagrícola de los indígenas de los Altos de Chiapas*. San Cristóbal de las Casas, Chiapas: Centro de Investigaciones Ecológicas del Sureste, pp. 5, 18-22.
- Angulo J (1994). *Migración indígena y organización social en los Altos de Chiapas*. San Cristóbal de las Casas, Chiapas: Anuario IV del Centro de Estudios Universitarios, UNACH.
- Rus D (1990). *La crisis económica y la mujer indígena. El caso de Chamula, Chiapas*. San Cristóbal de las Casas, México: Instituto de Asesoría Antropológica para la Región Maya A.C.
- González Casanova P (1988). *México, un país racista*. Revista CIHMECH, 4 (1-2), en prensa.
- Arias J (1975). *El mundo numinoso de los mayas. Estructura y cambios contemporáneos*. México: Sepsetentas, Secretaría de Educación Pública.
- Freyermuth Enciso G, Garza Caligaris AM (1996). *Muerte materna. Informe final presentado por el Programa de Salud Reproductiva del Colegio de México*. San Cristóbal de las Casas, Chiapas.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (1990). *XI Censo de población y vivienda*. Aguascalientes, México.
- Holland William R (1963). *Medicina maya en los Altos de Chiapas*. México: Instituto Nacional Indigenista, p. 52.
- Guiteras Holmes C (1986). *Los peligros del Alma. Visión del mundo de un tzotzil*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Pérez Enríquez MI (1990). *Migración y religión en los Altos de Chiapas*. Tesis para obtener el grado de maestría en sociología rural. México: Universidad Autónoma de Chapingo.
- Freyermuth Enciso G (1993). *Medicina alópata y medicina indígena. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*. San Cristóbal, Chiapas: CIESAS-ICHC.
- Fernández Liria C (1993). *Familia y Costumbre en el periférico de San Cristóbal de las Casas, Chiapas*. Anuario del Instituto Chiapaneco de Cultura.

15. Garza AM, Freyermuth Enciso G (1995). *Interpretaciones sobre las causas de defunción*. Anuario IEIV. San Cristóbal de las Casas, Chiapas: Instituto de Estudios Indígenas, Universidad Autónoma de Chiapas.
16. Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de Chiapas (1995). *Diagnóstico de Salud*. San Cristóbal de las Casas, Chiapas: Dirección de los Servicios de Salud, Departamento de Regulación de los Servicios de Salud, Jurisdicción Sanitaria No. II.
17. Fernández Olaiz S (1994). Estimación de la mortalidad materna. En: *Mortalidad materna y perinatal. Acciones para su reducción. Cifras y hechos: 1989-1994*. Comité Nacional para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Atención Materno Infantil.
18. Freyermuth Enciso G, Fernández Guerrero M (1994). *Factores culturales en el registro de actas de defunción*. En prensa.
19. Alcoff L (1988). *Feminismo cultural versus posestructuralismo: la crisis de la identidad en la teoría feminista*. *Feminaria*, 4. Publicado originalmente en SIGNS, *Journal of Women in Culture and Society*, 13 (3).
20. Laughlin Robert (1993). "Los tzotziles". En: Esponda VM (comp.) *La población indígena de Chiapas*. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, pp. 177-199.
21. Arias J (s/f) (comp.). *Historia de la colonia de Los Chorros, Chenalhó, Chiapas*. Fomento y Enriquecimiento de las Culturas, Subsecretaría de Asuntos Indígenas de Chiapas. Chiapas, México.

Lecturas recomendadas

- Castro Sánchez E (2008). *Diabetes y políticas de salud*. Grupo de Mujeres de San Cristóbal de las Casas, A.C., Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH), Comisión de Mujeres de Conpaz (1994). *Memorias del encuentro taller "Los derechos de las mujeres en nuestras costumbres y tradiciones"*. México, p. 84.
- Mendoza Zuanilda (2005). *Dónde quedó el árbol de las placentas. Transformaciones en el saber respecto del embarazo/parto/ puerperio de dos generaciones de triquis migrantes a la Ciudad de México*. Argentina: Salud Colectiva, 1 (21), 227-237.
- Freyermuth Enciso G (1999). *Matrimonio, violencia doméstica y redes de apoyo: factores constitutivos de los riesgos durante la maternidad. El caso de Chenalhó, Chiapas*. Género y salud en el Sureste de México, 2. Colección "Estudios de género en la Frontera Sur". Ecosur, UNFPA, COESPO. México, pp. 31-78.
- Freyermuth Enciso G (2000). "Invisibles y transgresoras. Migración y salud reproductiva en los Altos de Chiapas". En: Barrera D, Oemichen C (eds.). *Migración y relaciones de género en México*. México: GIMTRAP, UNAM/IIA, pp. 203-228.

Modelos hegemónico, subalterno
y de autoatención*

Eduardo L. Menéndez

CAPÍTULO

18

Conceptos clave

Modelo • Medicalización • Modelo médico hegemónico (MMH) • Modelo médico alternativo subordinado (MMAS) • Modelo de autoatención (MA)

Introducción

En la actualidad, dentro de todas las sociedades y sin importar su nivel de desarrollo económico, coexisten diversos sistemas de atención a la salud, fenómeno conocido como *pluralismo médico*. Sin embargo, las relaciones que se establecen entre los diferentes sistemas pueden representar conflictos y a la vez, grandes retos para las instituciones, los profesionales que laboran en ellas e incluso los estudiantes del área de la salud. Este capítulo aborda dicho fenómeno desde la perspectiva de los **modelos de atención médica** descritos por el antropólogo argentino Eduardo Menéndez, con la finalidad de conocer las características de cada uno de ellos, sus formas de interacción y sus posibles contradicciones. Así, el estudiante puede reconocer y comprender su contexto personal y social, reflejando dicho entendimiento en una mejor calidad de la práctica profesional.

El presente capítulo desarrolla una interpretación de la articulación que funciona actualmente entre los modelos de atención médica, lo cual supone describir los caracteres estructurales de los modelos diferenciados, así como analizar el proceso de expansión conflictiva y contradictoria del modelo médico hegemónico y discriminar la posibilidad de las alternativas de autoatención.

Dados estos objetivos, se presenta una descripción y análisis con el siguiente ordenamiento: *a)* planteamiento del problema y acotaciones metodológicas para su estudio; *b)* caracterización de los modelos de atención médica; *c)* dinámica del proceso de expansión del modelo médico hegemónico; *d)* el desarrollo estructural de formas de "autoatención" en salud; *e)* la crisis del modelo médico hegemónico respecto del problema del "alcoholismo"; *f)* el desarrollo y legitimación de formas de autoatención para y por los "alcohólicos"; *g)* fundamentación teórica e ideológica de las alternativas de autoatención gestionarias.

Se debe subrayar que este análisis tiene una verificación parcial a nivel de investigación directa en el estudio que sobre la expansión de los servicios de salud entre 1880 y 1978 realizamos en el estado de Yucatán y en la actual investigación que desarrollamos sobre "el proceso de alcoholización", en colaboración primero con la Escuela de Salud Pública de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y después con el Instituto Nacional de la Nutrición.¹

La idea central de nuestro estudio es que el proceso capitalista conduce a la emergencia de varios modelos de atención médica. En dicho proceso el modelo médico hegemónico (de ahora en adelante MMH) intenta la exclusión ideológica y jurídica de los otros modelos alternativos, lo cual en la práctica social se resuelve por la apropiación y transformación de los mismos, que cada vez en mayor medida constituyen derivados conflictivos y/o complementarios del modelo médico hegemónico.

Este proceso opera en los países capitalistas metropolitanos, en los países de capitalismo dependiente, así como en los de "socialismo real". Al reconocer los caracteres diferenciales e idiosincráticos que en los niveles económico, político e ideológico operan en las situaciones particulares, opinamos que en todos los contextos la expansión del MMH se genera de forma conflictiva y que dicha problemática su-

* Tomado de: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (1983). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: Cuadernos de la Casa Chata, 86.

pone en la mayoría de los casos soluciones de complementariedad y no la emergencia de procesos contradictorios entre el MMH y los alternativos. Más aún, planteamos que en los niveles de decisión, ya sean establecidos por el Estado o por las organizaciones corporativas privadas o parapúblicas, los procesos conflictivos tienden a ser resueltos de manera que se favorezcan los procesos de producción y reproducción económicos y políticos y se refuerce la hegemonía del sistema por encima de las necesidades particulares de las prácticas médicas que operan en el modelo médico hegemónico.

Estos procesos pueden generarse porque la organización social, ideológica y político-económica que opera sobre las prácticas médicas y sobre el conjunto del sistema tiende a producir, más que la exclusión de los sistemas alternativos, la apropiación y transformación de los mismos a partir de su subordinación ideológica al modelo médico hegemónico.

En los últimos años (década de 1960-1969), primero en algunos países capitalistas metropolitanos, sobre todo Estados Unidos, Gran Bretaña, Francia e Italia, y después en países de capitalismo dependiente y en algunos países socialistas, se ha visto una voluminosa y creciente producción científica e ideológica que describe, analiza y cuestiona la eficacia y eficiencia de las prácticas de la medicina denominada científica, y que llega incluso a recuperar como más eficaces las prácticas alternativas.

Los principales cuestionamientos pueden agruparse en los siguientes reactivos:

- a) Aumento del costo de la atención a la salud. Se centra primero en el alza de los costos de medicamentos y equipo, y después en el costo del personal. Esto ha conducido, por lo menos en países capitalistas, a crisis en los sistemas de seguridad social.
- b) Aumento correlativo del consumo de equipo y de fármacos. Dentro de los fármacos se habría intensificado el consumo de los que pueden producir consecuencias negativas en la salud.
- c) Aumento correlativo de la "intervención" médica. Una de sus expresiones más visibles y costosas son las intervenciones quirúrgicas, que en algunos casos pretenden establecer determinado tipo de intervenciones como una forma estandarizada de atención (las cesáreas).
- d) Aumento correlativo de la iatrogenia, así como de la ineficacia.
- e) Predominio de los criterios de productividad y rendimiento en la atención médica, en detrimento de la "calidad" de ésta.
- f) Ampliación ideológica y técnica de cada vez mayores áreas de atención (medicalización) y reducción real de las áreas de eficacia.
- g) Carencia de relación, por lo menos en algunos casos, entre el aumento de los costos, la epidemiología dominante y el control de la misma.
- h) Carencia de relación entre todos estos procesos y el panorama epidemiológico, que en *todos los contextos* aparece determinado básicamente por la producción social y económica de la enfermedad.
- i) Reconocimiento, primero referido a la acción psiquiátrica y luego a la práctica médica en general, de que junto con las funciones intencionales de curación, dichas prácticas cumplen funciones de control social e ideológico.
- j) Reconocimiento de que ese modelo, en su práctica, contribuye a la reproducción económica de los sistemas, así como a legitimar soluciones ocupacionales.

Las explicaciones respecto de estos hechos son diversas y en varios casos aparecen como contradictorias. Si bien estos cuestionamientos son planteados por algunas de las principales autoridades técnicas y académicas (Cochrane, Dubois, Mckweon, Newell), también tienden a ser reconocidas en parte por algunas de las instituciones políticas y salubristas dominantes. Existe cada vez mayor consenso sobre la crisis de un modelo que tiende a ser denunciado tanto desde el Estado como desde organismos de base; inclusive desde grupos radicales y hasta corporaciones médicas tanto nacionales como internacionales. Si bien la crisis y el cuestionamiento son reconocidos, la percepción de los mismos y las soluciones posibles no sólo no son homogéneas, sino que aparecen como conflictivas y hasta antagónicas según sean los sectores que se hagan cargo del cuestionamiento de la crisis.

Reconocemos la incidencia de la crisis del MMH, así como la mayoría de los cuestionamientos específicos, y esto es perceptible tanto en el estudio sobre el caso global yucateco como en los resultados de la investigación de las relaciones entre la práctica médica y el "alcoholismo", sobre todo.

Nuestro análisis del proceso enunciado supone la construcción de un marco teórico-ideológico del cual sólo enumeraremos las siguientes características básicas que operan con mayor visibilidad en nuestro trabajo, para facilitar por lo menos una lectura más ordenada:

- a) Este análisis constituye una aproximación esquemática aunque global que necesita ser referida a casos específicos; en nuestro caso, dichas referencias son Yucatán y nuestra actual investigación, el proceso de alcoholización.
- b) Nuestra enumeración y discriminación de los modelos es tipológica (términos casi sinónimos). Esta aproximación metodológica cumple funciones de ordenamiento, pero no ignora que los modelos son construcciones y que solamente la dinámica histórica y social da cuenta de los procesos de transformación operados.
- c) Si bien en este trabajo se hace referencia a condiciones capitalistas dependientes y metropolitanas, a procesos de desarrollo desigual, a una estructura clasista abstracta, dichas referencias deben relacionarse por necesidad con situaciones históricamente determinadas. Las categorías clasistas como "proletario" o "campesino" han si-

do utilizadas con demasiada frecuencia como "tipos" (aun por autores asumidos como marxistas) en que se elimina la dinámica de los conjuntos en beneficio de una estructura maniquea o mecánica.

- d) Los modelos médicos propuestos son instrumentos en los cuales la dinámica de los procesos que representan está, por así decirlo, entre paréntesis; pero todos los modelos estudiados, aun el denominado frecuentemente "tradicional", son considerados dinámicos y en proceso de transformación.
- e) Desde esta perspectiva, la crisis del MMH, así como sus consecuencias, se perciben como procesos sociales donde se descartan las concepciones que consideran lo "anterior" o "ulterior" como lo "mejor" tanto en términos tipológicos como históricos.
- f) Los modelos propuestos no constituyen construcciones "en sí", sino que deben ser referidas a las fuerzas sociales y políticas que se hacen cargo de las mismas.
- g) En el análisis utilizaremos de forma reiterada algunos conceptos e instrumentos que requieren un mínimo de precisión o por lo menos referencia teórica.

Por "modelo" se alude a un instrumento metodológico que supone una construcción propuesta por nosotros a través de determinados rasgos estructurales y cuyo valor es básicamente heurístico. Por modelos médicos entendemos aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la formación de los mismos no sólo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los "curadores" (incluidos los médicos), sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento. Cada uno de los modelos estará caracterizado en el párrafo siguiente. El concepto de medicalización refiere a las prácticas, ideologías y saberes manejados no sólo por los médicos, sino también por los conjuntos que actúan dichas prácticas, las cuales refieren a una extensión cada vez más acentuada de sus funciones curativas y preventivas, a funciones de control y normatización. Hegemonía se utiliza en la conceptualización gramsciana, aunque en nuestro enfoque se articula con el concepto de transacciones.¹ El concepto de "proceso de alcoholización" refiere a la ingesta de alcohol en los conjuntos sociales, a partir de la consideración de dicho acto como socio-ideológicamente determinado, sin que esto implique evaluaciones negativas o positivas del mismo.²

Para los efectos de este trabajo se reconocen tres modelos básicos:

- a) Modelo médico hegemónico.
- b) Modelo médico alternativo subordinado.
- c) Modelo médico basado en la autoatención.

Modelo médico hegemónico

Supone el reconocimiento de tres submodelos: modelo médico individual privado, modelo médico corporativo pú-

blico y modelo corporativo privado. Los tres presentan los siguientes rasgos estructurales: biologismo, concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud como mercancía (en términos directos o indirectos), relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasiva de los "consumidores" en las acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, legitimación jurídica y académica de las otras prácticas "curadoras", profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de los otros modelos, tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas a las que "medicaliza", normatización de la salud/enfermedad en sentido medicalizador, tendencia al control social e ideológico, tendencia inductora al consumismo médico, tendencia al dominio de la cuantificación sobre la calidad, y tendencia a la escisión entre teoría y práctica, correlativa a la tendencia a escindir la práctica de la investigación.

Los submodelos corporativos se caracterizarían, además, por la estructuración jerarquizada de relaciones internas y externas en la organización de la atención médica; por el burocratismo, por la consecuente disminución de las responsabilidades, y por la dominación de los criterios de productividad. El modelo corporativo público presenta a su vez algunos caracteres particulares: la tendencia al enfoque de prevención, la tendencia a actuar sobre "el medio" y no sobre los individuos (aunque "naturalizando" dicho "medio"), así como la tendencia a constituir subprofesionales controlados y dirigir las legitimaciones políticas e ideológicas en el sector salud.

Modelo médico alternativo subordinado

Aquí se integran las prácticas reconocidas generalmente como "tradicionales". Pero esta calificación no sólo connota una suerte de "pasado" cargado de valores, sino que clausura toda la serie de prácticas alternativas que se van constituyendo como dominantes, pero que no sólo no proceden del "pasado", sino que en gran medida son derivaciones o emergentes del MMH, y sintetizan y transforman inclusive a las llamadas prácticas tradicionales. Además, aquí se incluyen prácticas médicas de alto nivel de complejidad y organización desarrolladas hasta ahora al margen del sistema médico "occidental", como la medicina ayurvédica o la acupuntura y herbolaria chinas. Leslie ha demostrado que estos sistemas se organizaron profesional y hasta académicamente mucho antes que el sistema occidental, y que cumplieron también funciones de cura y control.

Ahora bien, la razón de agrupar en este modelo tanto a estos saberes médicos como a la medicina curanderil urbana, o a fenómenos como la dianética o las prácticas espiritistas, radica en que varias de ellas son claramente deriva-

das del MMH, y las otras prácticas y saberes reciben cada vez más influencia de dicho modelo hegemónico. En teoría puede llegar a ocurrirles el mismo proceso de apropiación que se produjo con la quiropráctica o con la homeopatía.

A partir de esto, es necesario reconocer que en tal modelo se agrupan prácticas que presentan rasgos no homogeneizables y que incluso algunas no integran la totalidad de los rasgos estructurales a señalar. Al respecto, debemos decir que al manejar el concepto de modelo, asumimos que ello no implica la necesidad de recuperar el proceso global de cada práctica, sino de construir justamente un modelo de las mismas. Desde esta perspectiva, es preciso señalar que el eje de esta "agrupación" radica en que dichas prácticas constituyen alternativas institucionales que el MMH ha pretendido estigmatizar, pero que en los hechos tiende a subordinar ideológicamente.

Los caracteres básicos de este modelo son: concepción globalizadora de los padecimientos y problemas (las acciones terapéuticas suponen casi siempre a la eficacia simbólica y la sociabilidad como condicionantes de la eficacia), tendencia al pragmatismo, ahistoricidad, asimetría en la relación curador-paciente, participación subordinada de los consumidores, legitimación comunal o por lo menos grupal de las actividades curativas, identificación con una determinada racionalidad técnica y simbólica, tendencia a excluir a otros de su "saber y prácticas curativas", y tendencia reciente a la mercantilización.

De esta enumeración se deriva que este modelo tiene una serie de rasgos idénticos o similares a los reconocidos en el MMH; más aún, supone la existencia de rasgos que tienden a la identificación. Dichos rasgos operan integrados con otros caracteres considerados conflictivos y hasta incompatibles respecto del modelo médico hegemónico.

Un análisis procesal debería ayudar a determinar cuáles constituyen los rasgos compatibles y qué función alternativa cumplen. En apariencia los caracteres más destacados en este sentido son la intensidad comparada de la eficacia simbólica y la sociabilidad, así como la intención globalizadora. Ajeno a entrar en la discusión de que el MMH también presenta fuertes rasgos de eficacia simbólica y en consecuencia implica sociabilidad (caso del psicoanálisis según Lévi Strauss o el planteamiento universalista de los símbolos según Turner), lo cierto es que se necesitaría un análisis dinámico de esta alternativa. La información comparada disponible apunta, sin embargo, a señalar que los caracteres de complementación y subordinación, no de oposición, son los que tenderían a determinar este modelo.

Modelo de atención basado en la autoatención

Es el nombre del modelo basado en el diagnóstico y atención llevados a cabo por el propio sujeto o personas inmediatas de sus grupos parentales o comunales, y en el cual no actúa de manera directa un curador profesional. La auto-

atención supone desde acciones conscientes de no hacer nada, pero encaminadas a la cura, hasta el uso de equipos de determinado grado de complejidad.³ Este modelo es estructural a toda sociedad, suponiendo el primer nivel real de atención; está en la base de todos los anteriores y su estructuralidad se sostiene en las funciones no sólo curativas, sino sobre todo socioeconómicas que cumple para los grupos en que opera.

Los caracteres básicos son: eficacia pragmática, concepción de la salud como bien de uso y tendencia a percibir la enfermedad como mercancía, estructuración de una participación simétrica y homogeneizante, legitimidad grupal y comunal, concepción basada en la experiencia, tendencia a la apropiación tradicional de las prácticas médicas, tendencia sintetizadora y tendencia a asumir la subordinación inducida respecto de los otros modelos.

Los factores dinámicos que influyen en la articulación y transformación de los procesos que constituyen estos tres modelos se centran al principio en la dinámica del submodelo individual instituido en los países de capitalismo metropolitano de los siglos XVIII y XIX. La institucionalización de este modelo acompaña el desarrollo económico-político de las capas burguesas que se apropian directa o vicariamente del poder entre 1750 y 1880. Todos los caracteres del MMH están saturados, en niveles conscientes y no conscientes, por concepciones ideológicas de esa burguesía en ascenso, de la cual forman parte los nuevos sectores de la pequeña burguesía independiente a la que pertenecen la mayoría de los médicos.

Este modelo supone en consecuencia una serie de características isomórficas a la estructura de clases dominante: será jerárquico, asimétrico, clasista y racista.¹

Es durante el periodo constitutivo cuando este submodelo formula y consigue imponer su concepción excluyente respecto de las prácticas operadas en el modelo alternativo. Pero esa exclusión se dará básicamente en términos ideológicos y funcionará de forma secundaria en términos técnicos y profesionales. El MMH necesita imponer su hegemonía, ser la referencia científica e ideológica necesaria y legitimada de las acciones contra la enfermedad, aun cuando sólo pueda ser utilizado por un sector relativamente pequeño de la población. Será básicamente este submodelo el que se haga cargo del inicio del proceso de hegemonización. Dada su identificación con los estratos dominantes, su apropiación de la enfermedad como mercancía, y en función del proceso señalado, será también el encargado de descalificar, negar o marginar las actividades de atención y curación alternativas. La legitimación para estigmatizar a un modelo alternativo la obtiene en parte por las funciones de control social e ideológico que puede ejercer respecto del conjunto de los estratos sociales. Estas funciones se manifiestan a través de la práctica profesional "privada" y luego pública, y será esta acción profesional la que oculte a los conjuntos sociales, las funciones de control y legitimación que cumple el MMH. Los conjuntos sociales, aun los más

explotados, ven en la práctica médica el paradigma científico, que además en el caso de la clase obrera organizada (en especial la de orientación socialista) se establecía con criterios ideológicos positivistas que tendían a imponerse cada vez más en sus concepciones ideológicas.

Tanto la clase obrera como los dueños de los medios de producción y el Estado requieren, por razones contradictorias y complementarias, una organización contra la enfermedad que garantice la supervivencia del trabajador y su familia; es decir, que contribuya a la reproducción y la productividad de la mano de obra. Tanto el movimiento obrero como el Estado, o para ser más correctos, algunos sectores de la clase dominante, plantean la necesidad de una "medicina pública" que se haga cargo de forma eficiente de las funciones que no cumple el profesional privado. Si bien desde mediados del siglo XVIII asistimos al desarrollo de una perspectiva estatal de la salud, será a partir de mediados del siglo XIX cuando el Estado de algunos países capitalistas comience a hacerse cargo de manera sistemática tanto de procesos asistenciales como de acciones sobre el medio, que posibiliten una vía de desarrollo, control y legitimación del sistema dominante. Como se señaló, serán algunos de los países capitalistas "avanzados" los que primero establezcan estas "políticas de salud"; mismas que operarán en algunos países de capitalismo dependiente, sobre todo en países de América Latina. El contraste entre legitimación ideológica y acciones prácticas de salud se hará más evidente en nuestros países, donde la estigmatización de las prácticas alternativas no puede ir más allá de la sanción ideológica, dado que son las condiciones mismas de los conjuntos sociales subalternos las que de hecho estimulan el desarrollo de tales prácticas.

Por supuesto que este proceso se dará de acuerdo con las condiciones de desarrollo capitalista de los diferentes contextos. Así, donde ese desarrollo lo haga posible la relación entre expansión ideológica y expansión técnica será mayor. Esto lo hemos podido analizar respecto del caso yucateco.

No obstante las diferenciaciones señaladas, el desarrollo capitalista conducirá en todos los casos a la emergencia del submodelo corporativo público, que tiende a asumir las condiciones sociales y económicas de la atención curativa, a proponer criterios de organización social de la prevención, y a opacar las relaciones de cambio dominantes en el área de salud. Serán este desarrollo y la posterior emergencia del submodelo corporativo privado los que hagan surgir nuevos rasgos estructurales e incrementen tendencias secundarias del submodelo individual privado. Así, la "sociabilidad" de la enfermedad y la cura serán opacadas por un desarrollo epidemiológico que tiende a "naturalizar" dicha "sociabilidad". Esta función tiene una racionalidad interna basada en el proceso económico-político en que opera, ya que la incorporación de lo social sólo puede darse dentro de ciertos límites, más allá de los cuales se pone de manifiesto la concepción y producción sectorial y estratificada

de la sociedad, así como la causalidad social tanto de los padecimientos como de la atención médica.

La emergencia de los submodelos corporativos supone la posibilidad de conflictos entre los mismos y el submodelo individual privado; pero el proceso conduce a una complementariedad de los primeros en algunos contextos, a la hegemonía absoluta del submodelo corporativo público en otros, y a la paulatina o drástica subordinación del submodelo individual, que puede conducir a su eliminación. Esta situación de conflicto, complementariedad y subordinación puede percibirse en la relación del MMH con los otros dos modelos.

Ya hemos señalado que la expansión del MMH era excluyente en términos ideológicos, fundamentando dicha exclusión en su identificación con la racionalidad científica y en un proceso de profesionalización legitimada por el Estado. También señalamos que en la mayoría de los países de capitalismo dependiente dicha exclusión no puede operar en los hechos prácticos de atención médica. Ni el número de profesionales médicos, ni paramédicos, ni las características del mercado, ni las políticas de inversiones en salud conducen, salvo excepciones, a la localización de estas prácticas en amplias zonas y respecto de determinados sectores sociales. Aquí, de hecho, dominan los otros dos modelos, aun cuando la hegemonía a nivel nacional se plantee de manera excluyente en términos del MMH. Así, para México, un trabajo producido a principios de la década de 1960-1969 y en el cual colaboraron Álvarez Amézquita y Bustamante sostenía que todavía para esos años, el principal problema de atención médica en México lo constituía la vigencia de los "curanderos" y otros curadores similares que se estimaban en alrededor de 185 000.⁴ Ahora bien, debe subrayarse que la extensión y permanencia de los dos modelos no hegemónicos no es producto, salvo en contados casos, de resistencias contraculturales, sino que los mismos se mantienen y reproducen por su relativa eficacia, por su reconocimiento social y por ser con frecuencia los únicos con que cuenta una parte de la población.

La expansión de los submodelos corporativos público y privado se verificará en la emergencia y/o acentuación de tendencias ya enumeradas y en la extensión de sus prácticas a áreas y sectores subalternos. En el primer caso se hace evidente la tendencia a la concentración monopólica, al aumento de las pautas de burocratización, la emergencia y el agravamiento ulterior de la escisión entre investigación y práctica clínica, y a la creciente medicalización. En el segundo caso, la expansión se expresará a través de formas directas e indirectas, de las cuales la más importante será el desarrollo de la medicina farmacológica, a la cual accederán los estratos subalternos, inclusive los más aislados, tanto en términos ecológicos como sociales.

Como ya se señaló, el MMH se instituye a partir de los estratos sociales urbanos, incluida la clase obrera.¹¹ Tanto la ruptura de los mecanismos de atención comunal/familiar generada por el desarrollo del proceso productivo, como la

pérdida parcial de la eficacia simbólica y la necesidad de salud de los trabajadores y de restauración de la misma, así como las necesidades de control y productividad del sistema dominante, avalan la expansión y hegemonía del MMH. Esto es claramente perceptible en la situación yucateca, donde son los trabajadores de la transformación del henequén y los obreros del transporte de la fibra quienes de forma más temprana obtienen seguridad en la atención médica "científica", exigida por ellos como una conquista social. Serán también los trabajadores ligados a la explotación henequenera, en este caso la producción directa de fibra, los que después obtengan una asistencia global por parte del Estado (Servicios Rurales Corporativos). Las demandas de los sectores laborales de mayor desarrollo organizativo y con mayor incidencia en el crecimiento del producto interno bruto (PBI), las necesidades del sector empresarial privado y del estatal, así como la búsqueda de legitimación de un Estado "populista" que busca fundar un nuevo consenso ideológico, se expresan en la expansión del modelo médico hegemónico.

En el caso mexicano en su conjunto, la expansión se acelerará desde la década de 1950-1959 en adelante, tanto en los mecanismos directos (servicios de salud) como indirectos (venta de medicamentos de patente; medicalización de los modelos alternativos). Esa expansión supone la subordinación y marginación, no sólo ideológica sino práctica, de los otros modelos, aun cuando en el caso mexicano algunas prácticas tengan una extraordinaria capacidad de permanencia (nos referimos a las parteras empíricas). Pero dicha permanencia debe ser relacionada con los procesos transaccionales que operan entre los tres modelos; en ellos se da una transformación conjunta a partir de la incorporación dinámica, por los "modelos subordinados", de cada vez mayores elementos prácticos e ideológicos del modelo médico hegemónico.

En el caso de Yucatán, hemos documentado cómo los curadores "tradicionales" utilizaron desde la década de 1930-1939 medicinas de patente en sus prácticas curativas, incluso para enfermedades "tradicionales". Estudios realizados con curadores "tradicionales", aun en pequeñas comunidades de menos de 1 000 habitantes, evidencian no sólo la existencia de tiendas de medicamentos de patente para la década de 1950-1959, sino la frecuencia de la prescripción de los fármacos por parte de esos curanderos.

Lo anterior se hace aún más manifiesto respecto de la expansión del MMH sobre el modelo de autoatención. Para la década de 1930-1939 hallamos en el medio rural yucateco el uso de fármacos en las pautas de automedicación; el decenio de 1940-1949 incorpora de manera temprana el uso de la penicilina, y para la década de 1950-1959 se habla de una "lluvia de medicamentos" sobre la población en su conjunto, incluida la de las áreas rurales. Señalemos que esta "lluvia" supuso la utilización de drogas psicotrópicas, incluso prescritas por curadores "tradicionales". Los datos indicarían que en Yucatán inició el aumento de los expendios de

medicamentos a partir del decenio de 1940-1949; crece lentamente en las décadas posteriores, para incrementar su desarrollo en la década de 1970-1979. Es durante este periodo que la campaña contra el paludismo penetra de modo profundo en Yucatán, al igual que en otras áreas nacionales, y no sólo genera acciones de saneamiento, sino que forma personal local para la detección de casos y para el desarrollo de acciones antipalúdicas. Se estima que en México alrededor de 50 000 personas fueron adiestradas para poner en marcha dichas tareas a nivel comunal.¹

La expansión del MMH sobre los otros modelos se realiza a partir de las funciones ya señaladas, y de otra que iniciada en la década de 1930-1939 cobra aceleración espectacular en los decenios de 1960-1969 y 1970-1979; nos referimos a la importancia económica que tiene la "industria de la salud" para el desarrollo y mantenimiento de las formaciones capitalistas. Pero junto a estas funciones, deben tomarse en cuenta las de eficacia real y simbólica que las prácticas de la medicina científica demuestran también a partir de la década de 1930-1939. El descenso de las tasas de mortalidad en algunos países de capitalismo dependiente es correlativo a la expansión directa o indirecta del MMH, sobre todo en las primeras etapas del descenso. Además, cumplirán funciones de "mantenimiento", más adelante al disminuir la letalidad en la morbilidad por una parte o el descenso y el control de estados crónicos de "malestar". El autocontrol social y psicológico con diazepam o clordiazepóxido tiene tanta importancia como la contención oscilante del paludismo o el abatimiento de la letalidad en padecimientos respiratorios agudos con antimicrobianos. La hegemonía del modelo médico trata de mantenerse aun a través de la actual situación de crisis. Esto se manifiesta no sólo en la apropiación de la quiropráctica, la acupuntura o la homeopatía, sino también en el intento de control y subordinación a través de los denominados "planes de extensión de cobertura". Debe subrayarse que este proceso de hegemonización no se da en forma mecánica y unilateral, ya que supone conflictos y la posibilidad de un cuestionamiento radical del modelo médico hegemónico.

La expansión del MMH se caracteriza entonces por el desarrollo de un proceso de concentración monopólica en la atención a la salud, y por una función cada vez más directa del Estado. Por el desarrollo de un proceso de profesionalización que puede ser diferenciado en dos etapas: una correspondiente al profesionalismo liberal, referida de forma casi exclusiva al médico, y una segunda, que corresponde al desarrollo de los submodelos corporativos y que supone la emergencia de un tipo de profesional ligado directamente al control, la planificación y la administración. Por el desarrollo de una tendencia en las prácticas curativas que va desde las actividades artesanales de bajo costo hasta una organización industrial de la atención médica que supone un constante incremento de los costos en salud. Por el desarrollo de un proceso de eficacia centrado en los medicamentos respecto de la eficacia simbólica dominante en las primeras etapas.

Por la ampliación de la medicalización y la demanda de las prácticas de este modelo en mayores sectores de la población cada vez, incluido el conjunto de las clases subalternas.

Si bien la expansión del MMH está en crisis, ésta debe interpretarse a través de dos hechos: a) el reconocimien-

to de una determinada eficacia en el control efectivo o potencial de ciertos problemas epidemiológicos, y b) el reconocimiento de que el proceso señalado ha conducido a la transformación dialécticamente irreversible de los otros modelos.

Para reflexionar...

MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO Y BIOÉTICA

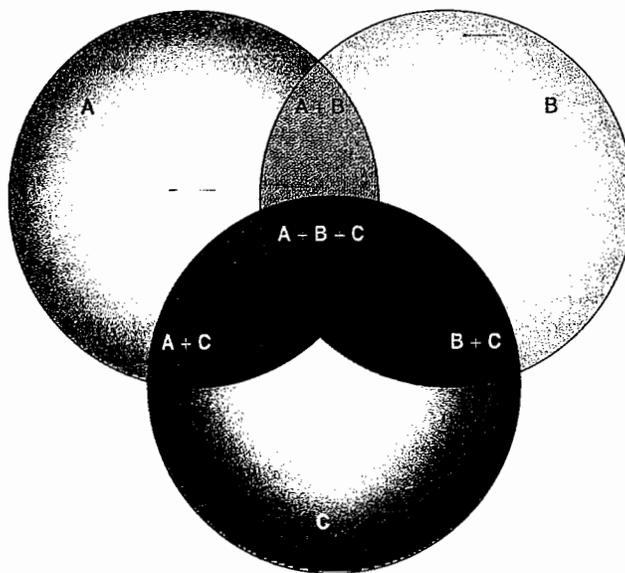
El acto científico es un acto moral. En las ciencias "duras", la manipulación de la realidad tiene implicaciones que no son sólo técnicas; ya sea en los laboratorios de física atómica, de biología, de química molecular, genómica; ya sea *in vivo* (una cirugía, la

construcción de una presa hidroeléctrica, los nuevos cultivos y las nuevas prácticas agrícolas). También en las ciencias del hombre y de la sociedad, la conciencia humanista debe acompañar la conciencia profesional. Los valores tienen la misma importancia que la conceptualización. La ciencia sin conciencia no es ciencia.⁵



Actividades de evaluación

- Resolver lo siguiente, de manera individual o en equipo de trabajo:
 - Sitúe las características básicas o estructurales de los diferentes modelos de atención de acuerdo al siguiente esquema (A = modelo médico hegemónico; B = modelo alternativo subordinado; C = modelo de autoatención):
- Mencione tres ejemplos de prácticas de atención a la salud para cada uno de los modelos.
- En su opinión, ¿cómo se lleva a cabo la interacción entre estos modelos en su contexto familiar, social y profesional?



Citas adicionales

1 Su "racismo" será biológico y/o cultural, y expresará no sólo una función ideológica de dominación sino también las limitaciones científicas del mismo. Al respecto, es importante revisar los libros de texto, sobre todo de anatomía descriptiva y de anatomía patológica, a través de los cuales se formaron los médicos durante la segunda parte del siglo XIX y primeras

décadas del siglo XX. Un exponente claro lo constituye el "clásico" manual de Testut (luego Testut y Latarjet), en el cual aprendieron anatomía varias generaciones de médicos franceses y latinoamericanos. Hasta la década de 1950-1959 fue el manual más utilizado en las escuelas de medicina de la mayoría de los países de América Latina. Este manual está saturado

de concepciones "racistas" que sin embargo pasaron como científicas en el proceso formativo profesional.

- II Una expresión de esta situación, y en particular de las referencias a la clase obrera, la tenemos en la "lucha" profesional emprendida por médicos y farmacéuticos contra el opio en el país capitalista de punta de mediados del siglo XIX: Inglaterra. A partir de la segunda mitad de ese siglo la lucha se acentuó hasta lograr que los profesionales tuvieran el control absoluto sobre la prescripción y venta de dicha droga. Como ya sabemos,

el mayor consumo de opio no se daba entre las clases dominantes o entre los "artistas e intelectuales", sino en la clase obrera, para la cual cumplía varias funciones, entre otras, curativas. Los análisis actuales reconocen que la mortalidad por consumo de opio era muy baja: para el lapso de 1848 a 1869 se calcula en cinco a seis personas por millón de habitantes, una cifra insignificante si se compara con la mortalidad por cirrosis. El control del opio apuntaba en esencia a asegurar el monopolio profesional, sobre todo respecto de la clase obrera.

Bibliografía

Referencias

- Menéndez EL (1981). *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: Ediciones de la Casa Chata.
- Menéndez EL (1982). *Investigación del proceso de alcoholización en Latinoamérica* (ponencia). X Congreso Internacional de Sociología. México.
- Menéndez EL (1981). *La automedicación y los medios de comunicación masiva*. Rosario, Argentina: Cuadernos Médico-Sociales, 15, 23-32.
- Schendel G (1968). *Medicine in Mexico. From Aztec to betatrons*. Austin: University of Texas.
- Aubry A (2011). *Otro modo de hacer ciencia*. UAM-X, CIESAS, UACH, pp. 71-72.

Lecturas recomendadas

- Aguirre Beltrán G (1955). *Los programas de salud en la situación intercultural*. México: INI.
- Aguirre Beltrán G (1973). *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*. México: INI.
- Barofski L (1978). *Compliance, adherence and the therapeutic alliance: Steps in the development of self-care*. Social Science & Medicine, 12A, 369-376.
- Barragán Solís A (2005). *La interrelación de los distintos modelos médicos en la atención del dolor crónico en un grupo de pacientes con neuralgia posherpética*. México: ENAH. Cuicuilco, 12 (33), 61-78.
- Berlinger G et al. (1974). *Crisi della medicina. Proposte di iniziativa politica di massa*. Roma: Editori Riuniti.
- Caro G (1972). *La medicina impugnada, La práctica social de la medicina en la sociedad capitalista*. Barcelona: Laia.
- Cochrane AL (1972). *Effectiveness and efficiency, random reflections on health service*. Londres: The Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Collado R (1976). *Médicos y estructura social*. México: FCE.
- Corea G (1977). *The hidden malpractice: how American medicine mistreats women*. Nueva York: Jove.
- Dobkin De Ríos M (1971). *Curanderismo con la soja alucinógena (ayahuasca) en la selva peruana*. América Indígena, 31 (3), 591.
- Dunell K, Cartwright A (1972). *Medicine takers, prescribers and heardess*. Londres: Routledge and Kegan Paul.
- Fee E (1975). *Women and health care: A comparison of theories*. I.J.H.S., 5 (3), 397-415.
- Finkler K (1977). *El cuidado de la salud: un problema de relaciones de poder*. A.L., 37 (2), 435-455.

- Foucault M (1977). *La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina*. Educación Médica y Salud, 10 (2), 152-170.
- Foucault M (1977). *Historia de la medicalización*. Educación Médica y Salud, 11 (1), 3-25.
- Freidson E (1977). *La profesión médica*. Barcelona: Península.
- Fuchs VR (1974). *Who shall live?* Nueva York: Basic Books.
- Hyde G (1979). *El servicio de sanidad soviético. Estudio histórico y comparativo*. Madrid: Akai Editor.
- Illich I (1975). *Némesis médica. La apropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.
- Leslie Ch (comp.). (1976). *Asian medical systems, A comparative study*. Berkeley: University of California Press.
- Mckeown Th (1976). *The modern rise of population*, Academic Press, 1976.
- Mckeown Th (1976). *The role of medicine. Dream, mirage or nemesis?* Londres: The Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Menéndez EL (1978). "El modelo médico y la salud de los trabajadores". En: Basaglia F et al. (ed.). *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud*. México: Nueva Imagen.
- Menéndez EL (1979). *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México: Nueva Imagen.
- Menéndez EL (1980). *Clases subalternas y el problema de la medicina denominada "tradicional"*. México: CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, 32.
- Menéndez E (1990). *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial y Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Navarro V (1978). *La medicina bajo el capitalismo*. Barcelona: Grijalbo.
- Newell KW (comp.). (1975). *La salud para el pueblo*. Ginebra: OMS.
- Olantude A et al. (1979). *Self medication: benefits, precautions and dangers*. Honk Kong: The MacMillan Press.
- Osorio RM (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: CIESAS/INAH.
- Press I (1978). *Urban folk medicine: A functional overview*. American Anthropologist, 80 (1), 71-84.
- Rabin DL, Busch PJ (1974). *The use of medicine: Historical, trends and international comparisons*. Int J Health Serv., 4 (1), 61-88.
- Robinson D, Henry S (1977). *Self-help and health, mutual aid for modern problems*. Londres: Martin Robertson.
- Ruitembeek H (1970). *The new groups therapeutic*. Aaron Books.
- Schutz W (1978). *Todos somos uno. La cultura de los encuentros*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Sepúlveda O (1966). *Research on behavioral science and medicine in Latin America*. The Milbank Memorial Fund, Quart, 44 (2), 52-72.
- Solien De González N (1965). *Medical beliefs of the urban folk in Guatemala*. *América Indígena*, 25 (3), 321-328.
- Somers HM, Somers AR (1962). *Doctors, patients and health insurance*. Nueva York: Doubleday.
- Velimirovic B (comp.) (1978). *La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.: Public Científica, 39.
- Viesca C (1979). *Problemática y vigencia de la medicina tradicional*. *Estudios del Tercer Mundo*, 2 (4), 635-644.
- Wallis R, Morley P (comp.). *Marginal medicine*. Nueva York: The Free Press.
- Waitzkin H, Waterman B (1974). *The exploitation of illness in capitalism society*. Nueva York: Bobbs Merrill.
- Zola IK (1978). "Medicine as an institution of social control". En: Ehrenreich J (comp.). *The cultural crisis of modern medicine*. Monthly Review Press, 1978, pp. 80-100.

Sistema real de atención a la salud en México*

Carlos Zolla Luque • Carolina Sánchez García**

CAPÍTULO

19

Al caracterizar la salud de los pueblos indígenas, la inmensa mayoría de los documentos (informes de los ministerios o de las direcciones de epidemiología de los países, estudios generales o específicos, sistemas de registro de salud, estudios de marginación y pobreza indígenas) subraya el problema que constituye para los pueblos originarios el acceso a los servicios de salud, ya sea por carencia de éstos o por limitaciones vinculadas a la accesibilidad económica, geográfica o cultural. Ante esta evidencia se plantea la cuestión de saber cómo enfrentan las comunidades y las personas la problemática de la salud; en otras palabras, cómo se insertan los indígenas en los procesos de salud-enfermedad-atención.

La limitación de la información a que nos referimos obliga a responder la pregunta de cómo está estructurado lo que aquí denominaremos **el sistema real de salud**; es decir, **el conjunto de respuestas sociales organizadas para hacer frente a la enfermedad, el accidente, el desequilibrio o la muerte**, y cómo obtener información y producir indicadores teniendo en cuenta la índole de los distintos modelos que participan. Ello en el entendido de que (como ha señalado de manera persistente la historia de la salud pública o, en fechas más recientes, la antropología médica) toda sociedad explora vías y aplica medidas para enfrentar las contingencias médicas.

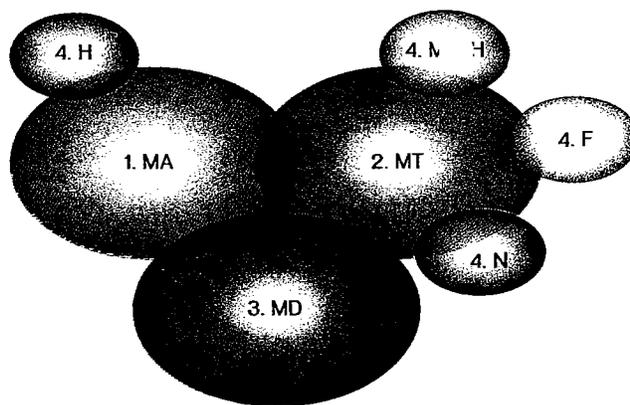
En el caso de los países de América Latina que poseen importantes contingentes de población indígena, el **sistema real de salud** suele estar constituido por tres modelos médicos básicos, a los que se suman las llamadas "medicinas alternativas o complementarias" (figura 19-1):

1. El modelo de **la medicina académica, científica o moderna**, institucional o privada (en esencia, la medicina alopática; aunque en algunos casos la medicina homeopática se reconoce oficialmente) (1. MA, en la figura 19-1).
2. El modelo de **la medicina tradicional, popular o indígena** (2. MT, en la figura 19-1).

3. El modelo de **la medicina doméstica o casera** (llamado también "modelo de la autoatención") (3. MD, en la figura 19-1).
4. Los modelos de las **medicinas alternativas o complementarias** (naturismo, acupuntura y medicina tradicional china, medicina ayurvédica, iridología, fitoterapia, bioenergética y quiropráctica, entre otras. En algunos países, también la homeopatía) (4. H, MTCH, F, N, en la figura 19-1).

Al referir el "sistema real de salud", partimos del principio de que cada sistema contiene un conjunto de **modelos**, entre ellos los sustentados por los pueblos indígenas (a los que varios autores denominan, precisamente, "sistemas indígenas de salud").

Es bien conocido que desde 1978, con la oficialización de la atención primaria de la salud (APS), las referencias a **los recursos locales para la salud** coincidieron en el plano internacional con la importancia creciente concedida a la **medicina tradicional** y a la **medicina doméstica**, que junto a la **medicina académica** aparecen como los tres pilares básicos del **sistema real de salud**. Los planes de extensión de cobertura de la medicina académica institucional (que en el caso mexicano están representados por la creación del IMSS-COPLAMAR y la instalación de 3 025 unidades médicas rurales y 60 hospitales rurales "S" entre 1979 y 1981) provocaron que el sistema real de salud de miles de comunidades indígenas pasara de la coexistencia de la **medicina**



* Extraído de: Zolla C, Sánchez García C (investigación y redacción) (2010). *Pueblos indígenas e indicadores de salud*. México: PUMC/UNAM-OPS/OMS, pp. 26-59.

** Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad (UNAM).

Figura 19-1. El sistema real de salud en México (ejemplo, Ciudad de México).

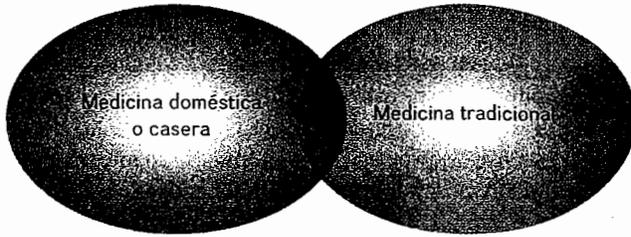


Figura 19-2. El sistema real de salud en regiones indígenas sin servicios institucionales de medicina académica.

doméstica o casera con la medicina tradicional (figura 19-2) a un triple esquema, representado en la figura 19-3.

Es preciso aclarar, sin embargo, que miles de comunidades indígenas siguen manteniendo el modelo bipartito, ya sea por limitaciones de la cobertura institucional o en razón de la pequeñez y dispersión de esas poblaciones. El caso de México es, otra vez, ilustrativo de esto: el Censo General de Población y Vivienda 2000 identificó 53 031 localidades con presencia indígena. De ellas, 17 436 tenían menos de 100 habitantes, rasgo que contribuye a la **exclusión de hecho de la dotación de servicios** educativos, de drenaje y alcantarillado, provisión de agua potable, vías regulares de comunicación y, desde luego (incluso por normatividad institucional), de servicios institucionales de salud (figura 19-2).

No es casualidad que esas localidades tengan hoy los mayores índices de marginación, los grados más bajos de desarrollo social, el más alto monolingüismo en lenguas indígenas (en especial entre mujeres), las más elevadas tasas de mortalidad materno-infantil del país, y una migración que las perpetúa como pequeños núcleos excluidos del desarrollo (figura 19-3).

Como un dato objetivo de la realidad, pero también como tendencia creciente y aspiración de las propias comunidades, el **sistema real de salud, en el que participan la medicina académica, la medicina tradicional y la medicina doméstica, tiende cada vez más a comportarse co-**

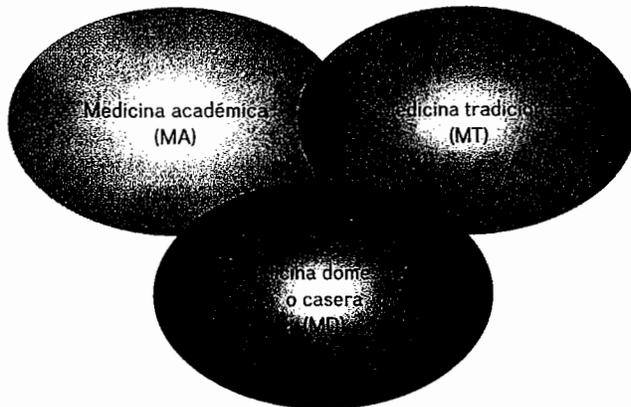


Figura 19-3. El sistema real de salud en regiones indígenas con servicios institucionales de medicina académica.

mo un modelo médico intercultural. Por ello pueden observarse los siguientes rasgos distintivos:

1. El sistema real de salud (SRS) está constituido como un campo de interacción donde los usuarios constituyen los agentes más activos de la interculturalidad y por lo general perciben a los servicios como complementarios, es decir, no mutuamente excluyentes (figura 19-4).
2. Las medicinas tradicional y doméstica constituyen aportes de la comunidad. Son, en sentido estricto, recursos locales para la salud. Mientras, la medicina académica, científica o institucional es producto de una intervención exterior, por lo general del Estado.
3. Lo anterior provoca asimetrías dentro del modelo, que sólo un esfuerzo de interculturalidad armónica puede corregir con acciones de orden económico, técnico-sanitario, cultural, jurídico y político.
4. La medicina doméstica o casera es, al mismo tiempo, el modelo estructural básico, y el hogar es el sitio privilegiado de percepción del daño y también el más aculturado por influencia de los otros dos modelos (académico y tradicional, y en periodos más recientes, también por las medicinas alternativas o complementarias).
5. La mujer es el agente principal de la medicina doméstica o casera, y su ámbito de atención es parental o vecinal, no público.
6. En contraste, aunque por distintas vías y mecanismos, los agentes de las medicinas académica y tradicional son terapeutas socialmente reconocidos y su actividad constituye una oferta pública de servicios.
7. Los terapeutas de las medicinas académica y tradicional suelen mantener relaciones de conflicto y complementación.
8. Las medicinas tradicional y doméstica manejan elementos de la cosmovisión y de la ideología del grupo. Con frecuencia, los terapeutas tradicionales son tam-

La población es quien realmente asocia los distintos modelos de salud y los usa como complementarios

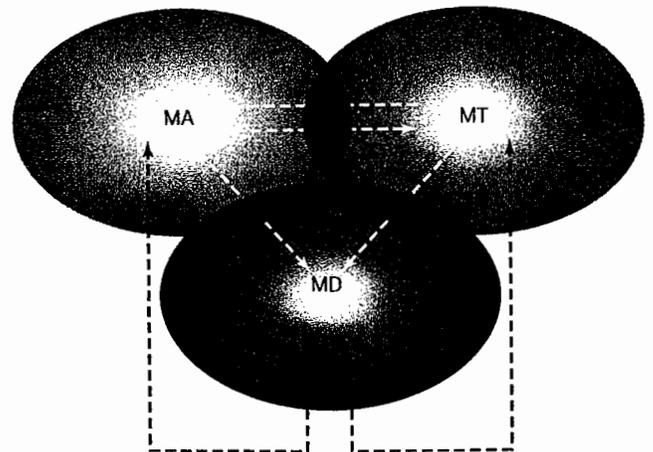


Figura 19-4. Asociación de modelos de salud.

bién autoridades civiles o religiosas, expertos en el clima o en el manejo de los ecosistemas, y un factor de cohesión y control social.

9. En el caso de México, la medicina tradicional indígena está constituida por una fuerte base de elementos prehispánicos. Pero, como toda institución social, ha cambiado en el curso de los siglos por influencia de las medicinas colonial europea, africana y, en años más recientes, científica o alopática, y por factores epidemiológicos, ecológicos, económicos, culturales y políticos.
10. Aunque pueden percibirse elementos de eficacia simbólica en los tres modelos que forman el SRS, en la medicina tradicional indígena ésta se reconoce y se usa como un elemento esencial de la curación.

La identificación de sistemas mixtos o plurales de atención a la salud cobró fuerza entre los estudiosos de la salud pública cuando la Organización Mundial de la Salud aprobó la táctica de Sistemas Locales de Salud (SILOS) como el elemento mediador entre la estrategia de la APS y la meta "Salud para todos en el año 2000". En México, por ejemplo, la Dirección General de Estadística y Proyectos Estratégicos de la Secretaría de Salud señalaba: "Por *sistema de salud* debe entenderse a todos los elementos de una sociedad relacionados directa o indirectamente con la salud. No se limita al llamado Sector Salud e incluye a otros, extrasectoriales, como educación, servicios públicos (agua, drenaje, electricidad, transporte, etc.), el sistema económico, el político y en general todos los elementos de la cultura de una sociedad o grupo que inciden en la salud. Los límites geográficos y poblacionales de un *sistema de salud* son los que le dan el carácter *nacional* o *local*".¹ Y a continuación insertaba la información del

Cuadro 19-1. Sistema de salud.¹

Sistema de atención a la salud
• Sistema institucional de servicios de salud
-Público (población abierta)
-Seguridad social
-Servicios privados
• Sistema tradicional
-Parteras tradicionales
-Curanderos
-Otros
• Sistema popular
-Autocuidado
-Amas de casa (las principales agentes de salud)
-Redes de apoyo social (laborales, religiosas, etc.)
Elementos no diferenciados formalmente
• Sistema educativo
• Servicios públicos
-Saneamiento
-Esparcimiento
-Transporte, electricidad, etc.
• Sistema económico
• Sistema político
• Religión
• Otros

cuadro 19-1, donde es posible observar, más allá de ciertas diferencias estructurales y terminológicas, una coincidencia básica con lo que llamamos *el sistema real de salud*.

Reconocida esta estructura del SRS, es evidente que deriva de ella una serie de consecuencias respecto de las estrategias para la producción y obtención de información, y para la definición y aplicación de indicadores pertinentes:

1. En primer lugar, el hecho de que el único productor sistemático de información es el sector de la medicina académica institucional. La medicina académica privada (se trate de grandes corporaciones o de consultorios individuales) suele aportar información de manera irregular, por lo que los principales registros están ubicados en la estructura gubernamental: en el caso de México, desde las jurisdicciones sanitarias de base hasta la Dirección General de Epidemiología, por lo general con datos de las seis instituciones estatales o paraestatales que integran el Sistema Nacional de Salud (Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina y Petróleos Mexicanos).
2. La inexistencia de mecanismos que permitan obtener información sobre la atención a la salud por parte de la medicina doméstica, la medicina tradicional y las medicinas alternativas o complementarias.¹
3. En consecuencia, resalta la necesidad de producir diagnósticos o estudios especializados que den cuenta de la estructuración del SRS, el número y características de los terapeutas, las causas de demanda de atención, los ámbitos de atención, el costo de los servicios, los recursos terapéuticos materiales y simbólicos usados, y las relaciones de cada modelo dentro del sistema real de salud.
4. Además, conforme a lo ya señalado, se requiere proponer nuevos modelos de sistemas de información e indicadores pertinentes.

Con el surgimiento (sobre todo en la década de 1990-1999) de las universidades indígenas e interculturales en América Latina (incluidas iniciativas multilaterales, como es el caso de la Universidad Indígena Intercultural, promovida por el Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe), han cobrado nueva fuerza los temas de la salud intercultural, la medicina tradicional, la medicina indígena, la protección y desarrollo de los saberes médicos tradicionales indígenas y la necesidad de un nuevo orden médico legal. La multiplicación de las instituciones mencionadas confirma la percepción respecto del interés de los pueblos y los movimientos indígenas en la medicina tradicional y la salud de las comunidades originarias. Prácticamente todas las propuestas programáticas indígenas insertan como temas prioritarios la atención a la salud, la revaloración de los recursos locales, el acceso a los servicios y la adecuación de los modelos en el seno de los sistemas.

Situación de la salud de los pueblos indígenas y determinantes sociales

Si se acepta el hecho, evidente por lo demás, de que la información sobre la situación de salud de los pueblos indígenas carece de sistematicidad, regularidad y exhaustividad, resulta esencial responder a la pregunta de **cómo se ha construido la imagen sanitaria de los indígenas americanos**, y qué nuevos aportes deberían hacerse por y para las instituciones responsables del diseño de políticas específicas sobre bases informativas confiables con datos probatorios.

Lo cierto es que, investigador o usuario de la información, quien busque responder a este interrogante básico puede hoy producir o disponer de una **acumulación de materiales**, un conglomerado de textos de muy diverso orden, donde corren parejo los progresos y los vacíos de información, la diversidad de los enfoques adoptados por los autores y las circunstancias y propósitos que los motivaron, además de las referencias epidemiológicas objetivas y los reclamos ante la inequidad.

La revisión de la información disponible es indicativa de que la imagen de la salud de los pueblos indígenas fue construida (y lo sigue siendo aún) a partir de los datos proporcionados por dos orientaciones metodológicas, a las que no dudaríamos en denominar **cuantitativas** y **cualitativas**, cuya naturaleza, desarrollo y complementariedad deben ser motivo de análisis, al menos por las siguientes razones:

1. Ninguna es, en sí misma, lo suficientemente comprensiva, exhaustiva o analítica para definir un modelo informativo confiable, al menos para México y América Latina. El hecho de que los sistemas de registro epidemiológico (instrumentos cuantitativos por excelencia) no distinguen entre población indígena y no indígena impide los análisis específicos y, en consecuencia, obstaculiza la comprensión de la salud de un segmento social al que se reconocen características distintivas (sociales, económicas, culturales, epidemiológicas, ecológicas, etcétera).
2. Los estudios cualitativos (por lo general estudios de caso enfocados a un pueblo indígena, un tema o un fenómeno epidemiológico o sanitario) son difícilmente generalizables, por limitaciones de la cobertura, en la mayoría de los casos.
3. La **suma de información cuantitativa y cualitativa** para componer un cuadro de conjunto tropieza con el obstáculo (epistemológico, metodológico, práctico) que resulta de que la información proviene de distintos enfoques, intencionalidades, universos o temporalidades, pero puede contener datos de indudable valor y utilidad.
4. Aunque sería deseable la conjunción de los métodos cuantitativos y cualitativos, ésta es una tarea que aún parece lejana, sobre todo por la inexistencia de políticas, programas o proyectos totalizadores que se pro-

pongan armonizar ambas tendencias y usarlas de manera sistemática.

5. En consecuencia, el cuadro resultante revela avances y vacíos informativos, desacuerdos conceptuales y aplicativos, y predominio de las estimaciones por sobre las certezas informativas o estadísticas. **Sin embargo, es preciso señalar que (casi sin excepción) la información obtenida confirma el alto grado de vulnerabilidad de la población indígena, el predominio de la "patología de la pobreza" reflejada en el alto impacto de las enfermedades infecto-contagiosas, el efecto diferencial negativo de los factores de riesgo, las limitaciones en el acceso a los servicios y la inadecuación de los modelos al tipo de población a atender.**

Los intentos de la Organización Panamericana de la Salud (en especial desde la aprobación e implementación de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas (1993 y 1997²) por ofrecer panoramas de conjunto de la salud indígena son reveladores de todo lo anterior,¹¹ en la medida en que sus fuentes principales de datos son los informes y las estadísticas nacionales, o estudios de caso, parciales aunque importantes, preparados por equipos locales, nacionales o regionales.¹¹

Precisamente al esbozar un "Panorama global de la salud indígena en América Latina", la OPS/Ecuador señala:³

No es difícil constatar que la destrucción gradual del ecosistema por la sobreexplotación de recursos naturales y minerales, la presencia de desastres y fenómenos naturales y la alteración de la dinámica de vida por la presencia de olas sucesivas de colonos y colonización indiscriminada, la migración, las obras de desarrollo, los cambios de patrones de asentamiento por el avance de las llamadas fronteras vivas y la falta de verdadera participación política impiden que se considere a estos pueblos como actores sociales y protagonistas dentro de las propuestas de desarrollo de los países.

La marginación de la población indígena se traduce en índices alarmantes de pobreza, falta de tierra y territorios, bajos salarios, desempleo acentuado, altos índices de analfabetismo (especialmente femenino), deserción escolar, necesidades básicas insatisfechas y un perfil epidemiológico donde predominan las enfermedades por causas prevenibles.

La cobertura de la atención de salud, ya de por sí baja en las zonas rurales, alcanza los niveles más críticos en las zonas indígenas. Los saberes colectivos, las prácticas, los terapeutas de la medicina indígena y los recursos comunitarios, si bien son de un valor inapreciable, ante un perfil epidemiológico tan complejo cubren solamente una parte de las necesidades de salud.

A su vez, el documento CE 138/13, rev. 1, del 12 de junio de 2006, correspondiente a la 138a. Sesión del Comité Ejecutivo de la OPS, denominado "La salud de los pueblos indígenas de las Américas", señala de manera explícita:¹⁴

- Tradicionalmente, las poblaciones indígenas han padecido tasas desproporcionadamente altas de mortalidad materna e infantil, de malnutrición y de enfermedades infecciosas. Sin embargo, a medida que esas poblaciones adquieren mayor movilidad, están menos aisladas, se tornan más urbanas y se ubican en zonas fronterizas, algunas cuestiones como el uso de drogas y el abuso de alcohol, el suicidio, las enfermedades de transmisión sexual y la pérdida de influencia de las prácticas tradicionales de salud adquieren una importancia cada vez mayor.
 - Aunque la carga de morbilidad y el perfil epidemiológico de esta etapa de transición son similares a los de otros grupos desfavorecidos de la región, su situación sanitaria deficiente se ve exacerbada por la discriminación y la desigualdad dentro del sistema de salud. Las poblaciones indígenas representan la mayoría en varios países y zonas geográficas, pero 40% de esa población carece de acceso a los servicios sanitarios convencionales y 80% depende de los curanderos tradicionales como su principal prestador de asistencia sanitaria.
 - Aunque la prestación de servicios de salud de baja calidad es habitual en muchos contextos de países en desarrollo, esos temas se tornan más graves en las áreas habitadas por los pueblos indígenas. Algunos temas persistentes relacionados con la prestación de servicios de calidad deficiente, como la competencia limitada del personal, el incumplimiento de protocolos de tratamiento basados en datos probatorios, la escasez de medicamentos y una retención deficiente del personal son comunes en muchas de las ubicaciones remotas en las que viven los pueblos indígenas. Además, las barreras geográficas impiden que los indígenas tengan acceso a la atención primaria debido a la distancia, la disponibilidad y la asequibilidad del transporte, y el aislamiento geográfico estacional. Aunque los servicios de atención de salud en gran parte son gratuitos para los pueblos indígenas, el costo *real* de la atención, incluidos los costos en efectivo de transporte, alimentos, alojamiento, atención de la familia, medicamentos y la pérdida de días laborales representan una amenaza para el acceso a la atención primaria.
 - Las barreras culturales plantean el reto más complejo, ya que hay poca comprensión de los factores sociales y culturales que derivan del conocimiento, las actitudes y las prácticas relacionadas con la salud de los pueblos indígenas. El sesgo hacia la medicina e intervención occidental puede ser ofensivo e inapropiado para los profesionales de la medicina tradicional. Encontrar personal sanitario que hable y comprenda los idiomas indígenas es difícil, y la comunicación deficiente entre los prestadores y los clientes en todos los niveles compromete el acceso a una atención de calidad. Es más, los indígenas son a menudo discriminados en los centros de salud por el personal no indígena; y tanto el temor como la desconfianza causados por las actitudes y los comportamientos de los trabajadores sanitarios impiden que los indígenas busquen la atención de salud que necesitan.
 - Al nivel de las políticas, la falta de estadísticas vitales o de clasificación por grupos étnicos, sexo y edad dificulta la generación de políticas y procesos de gestión basados en datos probatorios. Esto representa una amenaza para la formulación de prioridades y para los sistemas de seguimiento y evaluación apropiados para las poblaciones indígenas.
- Aunque basados en múltiples evidencias, estos panoramas generales o globales deben acudir a la información fragmentada que hemos referido, concordante, sin embargo, en lo que hace a carencias, vulnerabilidad e impacto diferencial de los daños, como lo prueban los siguientes ejemplos que seleccionamos de diversos países de América:
- En **Honduras**, el *Informe de Desarrollo Humano de la Región* (PNUD, 1999) señala que la esperanza de vida de los Pech y Lencas es de 39 y 47 años, respectivamente para hombres, y 42 y 57 para mujeres; mientras el promedio nacional es de 65.4 para hombres y 70.1 para mujeres.
 - En **Guatemala**, según cifras oficiales para el año 2000, 85% de la atención de parto y uso de servicios se realiza en el hogar de las poblaciones indígenas, mientras que sólo 6% son prestados por la medicina privada, 7% por el Seguro Social y 12% por los Servicios Públicos de Salud.
 - En **Estados Unidos** la tasa promedio nacional de mortalidad por alcoholismo es de 48.7 por 1 000 para los indígenas y de sólo 6.7 por 1 000 para los no indígenas. Los suicidios, a su vez, muestran valores de 20 por 1 000 y de 10.3 por 1 000, respectivamente. Los homicidios, a su vez, registran 15.0 por 1 000 para indígenas y 7.3 por 1 000 para no indígenas.
 - También en **Estados Unidos**, los registros de diabetes muestran 56.8 por 1 000 en indígenas y 13.6 por 1 000 en no indígenas; 154.9 por 100 000 para cardiopatías y 126.6 por 100 000, y 124.5 por 100 000 y 123.6 por 100 000 en cáncer para indígenas y no indígenas, respectivamente.
 - En **México**, según datos de la Secretaría de Salud, para el año 2001 la desnutrición en niños y mujeres embarazadas indígenas presenta perfiles críticos: la desnutrición crónica en niños y niñas se manifiesta como retraso en el crecimiento (talla baja) en casi la mitad (44%) de la población, frente a 17.7% del promedio nacional; la deficiencia de micronutrientes y anemia: 36% en indígenas y 27% en no indígenas; hay deficiencias importantes de hierro, cinc, vitaminas C y A (entre 12 y 50% de los niños indígenas); además, cuatro de 10 embarazadas presentan anemia (casi el doble de la población general).
 - También en **México**, la mortalidad infantil por grupo etnolingüístico, reportada por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) en el Programa Nacional de Población 2001-2006, presentó las siguientes tasas de defunciones por cada mil niños nacidos vivos registrados:

maya 37.9, otomí 40.1, zapoteco 40.4, mazahua 44.7, chol 47.2, náhuatl 48.3, tzotzil 52.6, tzeltal 53.4, huasteco 53.6, mazateco 55.6, mixteco 56.2, totonaca 57.0, frente a 24.9 por 1 000 para la población infantil no indígena. La esperanza de vida de los indígenas es siete años inferior al resto de la población nacional (69/76) para el año 2000.

- En **Panamá**, el censo de 1990 reportó 80 por 1 000 de mortalidad infantil indígena, en contraste con 23 por 1 000 para la población infantil no indígena.
- En **Perú**, según datos de la representación de la OPS/OMS, la información sobre mortalidad infantil de 127 provincias con población indígena se agrupa en cinco estratos, y las tasas van de 32.60 a 47.90 por 1 000 para el estrato I (14 provincias) a 111.40 a 136.70 en el estrato V (11 provincias) por cada 1 000 nacidos vivos registrados. El informe de la OPS concluye señalando en específico que la mortalidad infantil entre las familias quechua, aru, arahuaca, jíbaro, harakmbet, pano, huitoto, peba-yagua, tucano, tupí-guaraní, záparo y pahuacana oscila entre 32.60 y 136.70 por 1 000 nacidos vivos.
- Para el caso de **Ecuador**, los infantes indígenas y los afroecuatorianos son los más afectados por la desnutrición. Así lo evidencia el primer reporte del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). La población infantil de ambas etnias, que el INEC calcula en 245 386, tiene altos porcentajes de los diversos tipos de desnutrición: 18.1% crónica, 8.6% global y 1.7% aguda.
- En **México**, la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional Indigenista elaboraron uno de los escasos panoramas de conjunto sobre el tema.⁵⁶ El trabajo de la SSA contenía, como se muestra en el cuadro 19-2, información de mortalidad por causas, comparando tasas nacionales e indígenas.
- También en México, el epidemiólogo Miguel Vaca Marín, de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, preparó para el Instituto Nacional Indigenista un primer muestreo epidemiológico de población indígena y no indígena para ocho causas (diarreas, T.B., desnutrición, enfermedades del corazón,

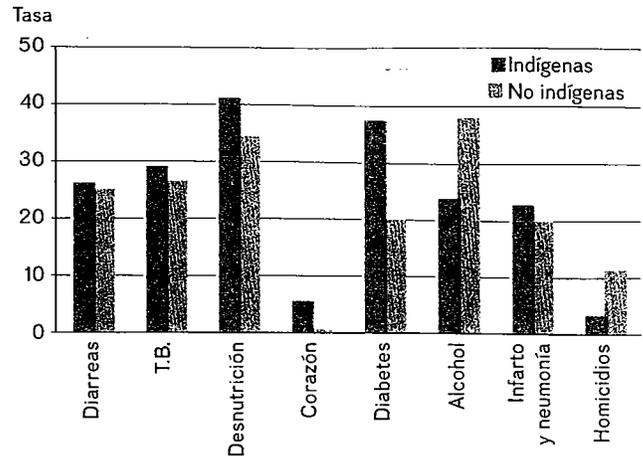


Figura 19-5. Comparación de la tasa de mortalidad para ocho diferentes eventos. Fuente: Dr. Miguel Vaca Marín. 1998 (Inédito. Documento de trabajo, Archivo de la Dirección de Investigación y Promoción Cultural del INI).

diabetes, alcoholismo, neumonías y homicidios) en regiones con fuerte presencia de población indígena de los estados mexicanos de Chiapas, Oaxaca y Puebla. El trabajo de Vaca Marín tuvo el mérito indudable y valioso, pero aislado, de mostrar que era posible avanzar en la aplicación de marcadores étnicos con información captada por las jurisdicciones sanitarias de Tuxtla Gutiérrez, San Cristóbal de las Casas, Comitán de Domínguez, Pichucalco y Tonalá, en Chiapas, y Valles Centrales, Istmo, Tuxtepec, Costa, Mixteca y Sierra, en Oaxaca, además de Huauchinango, Chignahuapan, Zacapoaxtla, San Salvador El Seco, Izúcar de Matamoros, Tepexi de Rodríguez y Tehuacán, en Puebla. Ejemplificamos en la figura 19-5 con el caso de la Jurisdicción Mixteca, de Oaxaca.

Participación indígena y visibilidad estadística

Son múltiples los ejemplos de participación o de demandas de participación de los pueblos indígenas en los programas y acciones de salud, prácticamente desde que los Estados realizaron planes de extensión de cobertura de servicios de salud en regiones indígenas (cuadro 19-3). La idea de la *participación local* estaba determinada (y en buena medida sigue estando) por diversas circunstancias y requerimientos, como los siguientes: *a)* necesidades de comunicación en contextos lingüísticos con predominio de los idiomas locales; *b)* identificación de líderes locales que facilitarían la entrada y aceptación de los programas sanitarios; *c)* participación organizada de grupos locales, ya sea como agentes de salud (integrados en comités de salud, saneamiento, APS, alimentación y nutrición, vigilancia epidemiológica simplificada, educación y promoción de la salud, parteras rurales y salud reproductiva, vacunación, notificación de paludismo, pun-

Cuadro 19-2. Mortalidad por causas seleccionadas, nacionales e indígenas.*

Causa	Nacional	Indígena
Diabetes mellitus	36	16
Tumores	53	33
Enfermedad del corazón	69	46
Cirrosis	24	23
Neumonías	22	29
Tuberculosis	4	9
Enfermedad materna	4	14
Diarreas	11	34

* Tasa por 100 000 habitantes. Fuente: SSA, 2001.

tos centinela, mantenimiento de las instalaciones sanitarias, agua potable, etc.) o como grupos de riesgo; *d*) organización de los recursos locales para la salud (médicos tradicionales, parteras, promotores voluntarios), y *e*) solución de problemas logísticos, entre otros. Incluso la fundamentación de modelos como el de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) estuvo concebida sobre la base de una importante participación comunitaria. En palabras de la propia OMS/OPS: "El desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS) constituye la respuesta del sector de la salud a la necesidad de acelerar la aplicación de la estrategia de atención primaria para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 con equidad, calidad, eficiencia y mayor participación social. De ahí que el modelo de atención elegido y discutido en esta publi-

cación permita la transferencia de responsabilidades y de recursos a entidades locales capaces de tomar decisiones sobre la salud, sin obviar la responsabilidad ineludible del Estado de favorecer la equidad y calidad de la atención".⁷ Más aún, autores como Gonzalo Gutiérrez señalan que "sólo en los sistemas locales de salud la *participación social* se puede transformar en una realidad operante donde los grupos, las organizaciones y las instituciones políticas y sociales de una zona geográfica determinada pueden identificar sus problemas de salud y organizarse, con el liderazgo del Sector Salud, para diseñar, probar y poner en práctica soluciones locales o regionales".¹ En otras palabras, la participación comunitaria se concibe como un componente estructural de muchas de las estrategias de salud pública.

Cuadro 19-3. América Latina y El Caribe (15 países): legislación de salud para pueblos indígenas vigente en 2006.¹

País	Normas	Fecha	Contenido
Argentina	Ley 23, 302	1985	Política indigenista y apoyo al Instituto Nacional de Apoyos Indígenas (INAI), encargado de formular planes de salud y de saneamiento ambiental
	Resolución del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) No. 152/2004 y modificatoria No. 301/2004; 142/2006	2004	Conformación del Consejo de participación indígena
		2006	—
Bolivia	Resolución Ministerial 0231	1987	Reglamentación del ejercicio de la práctica de la medicina tradicional boliviana
	Decreto Supremo 25.265	1998	Seguro básico de salud
	Decreto Supremo 26.330	2001	Seguro básico de salud indígena y originario
	Ley 2.426	2002	Ley de seguro universal materno-infantil (SUMI)
	Decreto Supremo 26.874	2002	Reglamentación del seguro universal materno-infantil (SUMI). Se establece en el artículo 8 que las prestaciones deben adecuarse a los usos, costumbres, idiomas y lenguas de los pueblos campesinos, indígenas y originarios, respetando la identidad, base cultural y con enfoque de género
	Proyecto de ley	2005	Se promueve el desarrollo de una nueva política de salud intercultural
	Decreto Supremo 28.631	2006	Creación del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad que tiene como meta desarrollar planes de interculturalidad en materia de salud y revalorizar la medicina tradicional
Brasil	Ley 9.836	1999	Creación del subsistema de atención de salud para la población indígena
	Decreto 3.156	1999	Establecimiento de las condiciones para la prestación de asistencia a los pueblos indígenas
	Decreto ministerial No. 852 (FUNASA)	1999	Reglamentación del funcionamiento de los distritos sanitarios especiales indígenas
	Decreto ministerial No. 254 y sus anexos	2002	Política nacional de atención de la salud de los pueblos indígenas
	Decreto ministerial 70/GM	2004	Aprobación de las directrices para la gestión de la salud indígena
	Decreto No. 644 (FUNASA)	2006	Creación del Foro Permanente de Presidentes en los Discretos Sanitarios Especiales
	Decreto presidencial Ministerio de Justicia	2006	Creación de la Comisión Nacional de Política Indigenista
Chile	Decreto ley 2.763	2004	Incorporación de la población indígena como grupo prioritario en el Plan Nacional de Salud. Se indica que el ministerio de salud debe incorporar un enfoque intercultural en los programas de salud
	Resolución exenta No. 91 Ministerio de Salud	2006	Formulación de la política de salud y pueblos indígenas
	Resolución exenta No. 261	2006	Se señala la necesidad de incorporar la pertinencia cultural, la interculturalidad y la complementariedad en materia de salud

(continúa)

Cuadro 19-3. América Latina y El Caribe (15 países): legislación de salud para pueblos indígenas vigente en 2006¹ (continuación).

País	Normas	Fecha	Contenido
Colombia	Decreto 1.811	1990	Reglamentación parcial de la ley 10 de 1990 en lo referente a la prestación de servicios de salud para las comunidades indígenas
	Decreto 1.416	1990	Se plantearon normas relativas a la organización y establecimiento de las modalidades de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud
	Resolución No. 005.078	1992	Adopción de normas técnico-administrativas en materia de medicinas tradicionales y terapéuticas alternativas y creación del Consejo Asesor para la Conservación y el Desarrollo de éstas
	Ley 100	1993	Se plantean mecanismos para garantizar el acceso a la cobertura de salud de la población indígena
	Ley 691	2001	Reglamentación de la participación de los grupos étnicos en el sistema general de seguridad social
	Decreto No. 330	2001	Establecimiento de normas para la constitución y funcionamiento de entidades promotoras de salud conformadas por cabildos y autoridades tradicionales indígenas
	Acuerdo 244	2003	Se prioriza a los indígenas como beneficiarios del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud mediante la elaboración de listados censales de las autoridades tradicionales
	Acuerdo 326	2006	Adopción de algunos lineamientos para la organización y el funcionamiento del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en la salud de los pueblos indígenas
Costa Rica	Proyecto de ley de desarrollo autónomo de los pueblos indígenas	2006	Reconocimiento del uso de la medicina tradicional en forma preventiva y curativa y propuesta de desarrollo de programas específicos de salud para los pueblos indígenas
	Decreto No. 33.121-S	2006	Creación del Consejo Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (CONASPI)
Ecuador	Decreto No. 1642	1999	Creación de la Dirección Nacional de Salud de los pueblos indígenas como una dependencia de Ministerio de Salud Pública, con autonomía técnica, administrativa y funcional
	Decreto No. 2.717	2005	Desarrollo de modelos interculturales de salud y medicina tradicional en el marco de la política de salud sexual y derechos reproductivos
	Ley orgánica de salud	2006	Reconocimiento de la necesidad de desarrollar las medicinas tradicionales y de adoptar un enfoque intercultural en las políticas de salud
Guatemala	Decreto legislativo 42-2001 (ley de desarrollo social)	2001	Se garantiza el derecho a un modelo de atención de salud integral, respetando el uso de la medicina tradicional indígena
México	Ley General de Salud	(Actualizada a junio de 2003)	Establecimiento de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, encargada de atención de la salud indígena
	Ley del Seguro Social	Actualizada a agosto de 2006)	Se establece que los indígenas tendrán acceso a las prestaciones de solidaridad social, en la forma y términos que se establecen en la ley
Nicaragua	Ley general de salud 423 y decreto reglamentario No. 001-2003	2002-2003	Se establece que las regiones autónomas podrán definir un modelo de atención de salud conforme a sus tradiciones, cultura, usos y costumbres, dentro del marco de las políticas, planes, programas y proyectos del Ministerio de Salud
	Proyecto de ley de medicina tradicional, terapias complementarias y alternativas en Nicaragua	2007	Se propone legalizar la medicina tradicional como respaldo a los líderes naturales, terapeutas o médicos naturistas
	Reglamento de la ley No 28 Estatuto de autonomía de las regiones de la costa atlántica de Nicaragua	2003	Se articulan las relaciones entre el Ministerio de Salud y los Consejos Regionales de Salud en las regiones autónomas y se establecen las comisiones de salud
Panamá	Resolución ministerial No. 4.376	1999	Creación de la Unidad de Medicina Tradicional del Ministerio de Salud
	Decreto ejecutivo No. 117	2003	Creación de la Comisión Nacional de Medicina Tradicional Indígena

(continúa)

Cuadro 19-3. América Latina y El Caribe (15 países): legislación de salud para pueblos indígenas vigente en 2006¹ (continuación).

País	Normas	Fecha	Contenido
Perú	Ley 27.300	2000	Regulación y promoción del aprovechamiento sostenible de las plantas medicinales
	Decreto supremo 001-2003-SA	2003	Reglamentación de la organización y funciones del Instituto Nacional de Salud
	Resolución ministerial 771	2004	Establecimiento de las estrategias sanitarias nacionales de Ministerio de Salud, entre ellas la salud de los pueblos indígenas a cargo del Centro Nacional de Salud Intercultural del Instituto Nacional de Salud
	Ley 28.736	2006	Establecimiento del régimen especial transectorial de protección de los derechos de los pueblos indígenas de la Amazonia peruana que se encuentren en situación de aislamiento o en situación de contacto inicial
Venezuela (República Bolivariana de)	Ley 37.600, ley orgánica del sistema público nacional de salud	2002	Se establece que el Sistema de Seguridad Social otorgue protección especial a los indígenas, entre otros grupos de personas que lo ameriten
	Ley orgánica de pueblos y comunidades indígenas	2005	Incorporación de la medicina tradicional y las prácticas terapéuticas de los pueblos y comunidades indígenas a los servicios del Sistema Nacional de Salud, así como la capacitación del personal a cargo de la atención en salud de los pueblos y comunidades indígenas
	Proyecto de ley orgánica de salud y sistema público nacional de salud	2007	Creación del Consejo Asesor del sistema público nacional de salud con representación de las comunidades indígenas, se reconoce el derecho al uso y práctica de la medicina tradicional, elaboración de políticas y programas de salud con pertinencia cultural y lingüística

Fuente: Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL), sobre la base de las respuestas de los países a la encuesta de la CEPAL; Banco Interamericano de Desarrollo (BID); Banco de Datos de Legislación Indígena [base datos en línea] 2006 http://www.iadb.org/sds/ind/site_3152_s.htm; Organización Panamericana de la Salud (OPS). "Iniciativa de Salud para los Pueblos Indígenas de las Américas (SAPIA)".

¹ El Salvador, Honduras y Paraguay no hacen mención a la existencia de una legislación específica en salud y pueblos indígenas. Tampoco hay referencias en la base de datos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), por lo que se infiere que no existiría legislación al respecto.

En lo relativo a los sistemas de información sociodemográfica, a los sistemas de información sobre salud de los pueblos indígenas y al diseño y aplicación de indicadores de salud para esta población, la demanda se ha ampliado. Al respecto existen novedades cualitativas. Por ejemplo, en el caso de los censos (como apuntamos antes), los pueblos, organizaciones, líderes e intelectuales indígenas buscan no sólo su inclusión en registros diferenciados que eviten la "invisibilidad estadística", sino también la participación en la definición del contenido y forma de las preguntas de las cédulas censales, en la difusión en lenguas indígenas de las rondas censales, en su aplicación y en el análisis de los resultados. Los dos Censos Nacionales Indígenas de Población y Viviendas de Paraguay (1981 y 2002) constituyen un avance significativo en el sentido de la participación indígena y en los mecanismos de devolución y reversión de la información. "La participación indígena estuvo preparada de forma conveniente por la DGEEC, en estrecha colaboración con los mismos pueblos indígenas y diversas instituciones indígenas de los sectores privado y público. Desde el inicio del operativo se vio la necesidad de generar y fortalecer la confianza hacia el trabajo censal de todos los sectores, en especial de los pueblos indígenas, como la mejor garantía para que el operativo fuera viable y redundara en beneficio de todos. La participación indígena se dio inicialmente de la mano de sus representantes (líderes políticos y religiosos), y

luego con la colaboración de otros referentes importantes, como maestros y agentes de salud, entre otros, hasta llegar a todos los miembros de la comunidad"⁸

En el caso del tema de la salud, los ejemplos de legislaciones nacionales que contemplan la participación indígena se han multiplicado en el curso de las dos últimas décadas. Así, el artículo 98 de la Constitución de Guatemala (1985) señala de forma explícita: "Las comunidades indígenas tienen el derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud". Y el Código Sanitario (Guatemala, 1997) prevé "la participación comunitaria en la administración total o parcial de los programas y servicios de salud".

En Argentina, en la Provincia de Misiones, donde se asientan 93 comunidades mbya-guaraníes dispersas en todo el territorio, el *Plan Techai Mbya-salud indígena* establece, con respecto a la participación comunitaria: "Fortalecer la Red Sanitaria conformada por agentes sanitarios interculturales indígenas, médicos, caciques, Opyguas o chamanes, administrativos y otros del sistema de salud. Reconocer y valorizar la participación comunitaria como una herramienta para la individualización de problemas para mejorar la accesibilidad y aceptación"⁹

Para el caso de México, se cuenta con una importante revisión de esta temática en el trabajo de Haro y de Keijzer, denominado precisamente *Participación comunitaria en*

salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro. Se trata de un extenso volumen donde se discuten tanto los supuestos teóricos y metodológicos de la participación, como el resultado de proyectos aplicados.¹⁰

Indicadores convencionales y propuestas de indicadores culturalmente adecuados

Ya se indicó que en las numerosas reuniones nacionales, regionales e internacionales comenzó a establecerse lo que podría llamarse la **agenda básica para la definición de indicadores para pueblos indígenas**. En dicha agenda era posible distinguir **cuatro propuestas** que, enunciadas para las temáticas generales del bienestar y el desarrollo, permiten la inclusión en ellas de los indicadores de salud (o al menos constituyen una **guía provisional** para su definición, pues corresponde a los expertos decidir su pertinencia añadiendo, suprimiendo o modificando los allí planteados).

La "agenda básica" mencionada permite identificar una tipología que agrupa y distingue cuatro propuestas:

- a) Indicadores convencionales con marcadores étnicos (Indicadores convencionales con marcadores indígenas).
- b) Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) con marcadores étnicos (Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio con marcadores indígenas).
- c) Indicadores culturalmente adecuados (Indicadores con pertinencia cultural).
- d) Otros indicadores específicos, no generalizables, útiles a los pueblos indígenas.

A continuación se detallan estos puntos.

- a) **Indicadores convencionales con marcadores étnicos.** La necesidad de disponer de **indicadores convencionales con marcadores étnicos o indígenas** insertos en censos, encuestas, registros administrativos, estadísticas vitales y otros instrumentos estadísticos, diseñados y/o aplicados por los sistemas nacionales e internacionales de información en salud (p. ej., tasa global de fecundidad indígena; tasa de mortalidad infantil indígena por 1 000 NVR; esperanza de vida al nacer [hombres y mujeres indígenas]; tasa de mortalidad materna reportada [mujeres indígenas], etcétera).
- b) **Indicadores de salud de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).** La asociación con los objetivos, metas e indicadores aplicados a pueblos indígenas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, tanto a nivel internacional como (sobre todo) a niveles nacionales. Los representantes y expertos indígenas han señalado su interés por el cumplimiento efectivo (para los pue-

blos indígenas) de los ocho objetivos y las 18 metas de esta iniciativa mundial. Los 48 indicadores seleccionados deberían aplicarse a estos conjuntos poblacionales. Aunque los ocho objetivos están íntimamente relacionados, para el caso específico de la salud interesan, sobre todo, el objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años; el objetivo 5: Mejorar la salud materna, y el objetivo 6: Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades.¹¹

- c) **Indicadores de salud culturalmente adecuados.** La necesidad de disponer de **indicadores culturalmente adecuados o con pertinencia cultural** que reflejen las propuestas indígenas, sus concepciones y cosmovisiones, sus ideas sobre el bienestar y el desarrollo, y que fueran asumidos y aplicados nacional e internacionalmente con fuerte participación indígena en todas las etapas del proceso. Castro y Erviti (2003), por ejemplo, proponen la expresión "indicadores con sensibilidad intercultural", que para nosotros es equivalente a las dos anteriores.¹² Por ejemplo, se incluyen: número de veces, en los últimos 12 meses, que la comunidad ha participado en la *evaluación* del personal que labora en el Centro de Salud mediante asambleas comunitarias; número de seminarios, cursos o talleres de capacitación en salud intercultural impartidos al personal de los Centros de Salud, entre otros. A éstos se podrían agregar: existencia en el país de legislación que reconozca a los terapeutas tradicionales indígenas; registro de enfermedades y síndromes de filiación cultural atendidos por la medicina tradicional indígena, etcétera.
- d) **Indicadores específicos, no generalizables, útiles a los pueblos indígenas.** La posibilidad de disponer de **otros indicadores útiles a los pueblos indígenas**, relativos a situaciones locales o regionales, específicas de una cultura o pueblo, o a procesos y temas emergentes no contemplados en los dos grupos de indicadores ya mencionados (p. ej., para dar cuenta de la atención a la salud en pueblos nómades o seminómades de las regiones amazónicas, de las curaciones shamánicas, de la mortalidad por "venganza de sangre" o por brujería, o del intercambio económico no monetario por servicios de salud).

Son varias e importantes las cuestiones que se derivan de este planteo:

1. En primer lugar, la demanda indígena de indicadores es un reclamo **en contra de la invisibilidad estadística**; de allí la propuesta de disponer de **indicadores convencionales que incluyan marcadores étnicos o marcadores indígenas** que permitan construir estadísticas y análisis diferenciales de una población caracterizada por su magnitud y su diversidad (étnica, epidemiológica, lingüística, cultural, histórica, ecológica, jurídica), pero también por ser conjuntos sociales que resienten los efectos de procesos históricos de dominación colo-

nial, de explotación, exclusión y discriminación. Los indicadores convencionales suelen ser los que mejor reflejan las políticas generales de los Estados en materia de desarrollo y bienestar social, y el modo en que éstas dan o no satisfacción a grupos identificados (así sea en el discurso oficial) como prioritarios.

2. En segundo lugar, porque su abordaje obliga a responder una cuestión central: ¿qué debemos entender cuando los científicos sociales y los planificadores en general y los indígenas en particular sugieren o demandan que en los estudios relativos a éstos se empleen “**indicadores culturalmente adecuados**”, “**indicadores con pertinencia cultural**” o “**indicadores con sensibilidad intercultural**”? En un nivel de “especificidad general” (si se nos permite el oxímoron), la demanda se refiere al uso de instrumentos que permitan distinguir grandes conjuntos identificados como “indios” o “indígenas” (aun a sabiendas de que se trata de categorías coloniales que anulan la diversidad), “afrodescendientes”, “pueblos originarios” y, en un nivel de especificidad mayor, como “miskitus”, “quechuas”, “mayas”, “lenkas”, “mapuches”, “yanomamis”, “aimaras”, “seris”, “rarámuris”, etcétera.
3. También, porque la cuestión cultural ha permeado otros ámbitos de la actividad humana abordada (u omitida) por los indicadores nacionales e internacionales, por los índices complejos y, sobre todo, por su estrecha asociación al desarrollo y a los derechos colectivos, a las discusiones sobre multiculturalismo, multiculturalidad e interculturalidad, a la percepción indígena del territorio y de la Tierra, a las identidades, a la migración y a la reconfiguración de las sociedades pluriétnicas y multiculturales. Naturalmente, las concepciones sobre lo que debe entenderse por cultura (y culturas) se instalan en el centro de las reflexiones, de las discusiones y de la construcción de indicadores.
4. Por último, porque la complejidad de todo lo anterior alerta sobre la necesidad de elaborar, al menos para América y con una periodicidad regular, un *Informe sobre el desarrollo económico y social de los pueblos indígenas* y, no menos importante, un *Informe sobre salud de los pueblos indígenas de América* que constituyan avances hacia **sistemas integrados de información e indicadores** que resulten útiles a los pueblos indígenas, a los gobiernos y sus políticas públicas, a los organismos de la cooperación internacional y a las agencias del sistema de Naciones Unidas.

Conclusiones y recomendaciones

Una primera conclusión general establece que es necesario el esfuerzo coordinado intersectorial (a niveles internacional, regional, nacional y local) para mejorar la situación de salud y las condiciones de vida de millones de seres huma-

nos identificados bajo la denominación genérica de “pueblos indígenas de América y el mundo”. Además, que en esa tarea, los sistemas de información y los indicadores de salud específicos constituyen una herramienta fundamental para el diagnóstico de la salud indígena, el diseño de políticas públicas y la formulación y aplicación de programas y proyectos en la materia. Como inequívocamente se ha planteado en el seno de la OPS: “La falta de estadísticas vitales o de clasificación por grupos étnicos, sexo y edad dificulta la generación de políticas y procesos de gestión basados en datos probatorios. Esto representa una amenaza para la formulación de prioridades y para los sistemas de seguimiento y evaluación apropiados para las poblaciones indígenas. Las políticas nacionales y los acuerdos internacionales orientan a algunos países en la elaboración de programas centrados en los pueblos indígenas y asignan fondos específicos para los servicios sociales indígenas. Sin embargo, la ejecución de estas políticas no cuenta en gran parte con una buena coordinación y no incluye una participación indígena uniforme en la elaboración o ejecución de estas iniciativas. La falta de comunicación, así como la desintegración y la duplicación de esfuerzos en todos los niveles, impiden la difusión de las enseñanzas extraídas y restringen la sistematización y el uso de la información para entregar productos finales a la sociedad. Además, no se han abordado de forma adecuada temas como los derechos de propiedad colectiva, las patentes, la protección de la diversidad biológica y la preservación”.

Otra conclusión general enfatiza que el incremento de los programas y acciones de salud para la población indígena debe considerar de manera prioritaria las situaciones que son expresión de la **diversidad** (sanitaria, cultural, ecológica, económica) que los caracteriza y distingue, y de la **desigualdad** que los margina, discrimina, invisibiliza estadísticamente y posterga en el logro de los satisfactores esenciales y de los servicios de calidad, con pertinencia cultural y correctores del rezago.

Al final, una última conclusión general plantea que los procesos de la globalización económica han tenido efecto diferencial y sobre todo negativo sobre los pueblos indígenas que se expresa en estructuras multifactoriales. Esto crea situaciones inéditas que se reflejan en la migración, la alimentación, la morbilidad y mortalidad, la pérdida de tierras y territorios, y el acoso sobre los ecosistemas donde los indígenas poseen recursos valiosos para su bienestar y desarrollo.

Si bien el conjunto de recomendaciones que se insertan a continuación tienen como objetivo mayor y final incidir en la mejoría de la situación de salud y las condiciones de vida de los pueblos indígenas, los dos temas principales de este documento se refieren a lo siguiente: *a*) el incremento de la calidad y cantidad de los datos que deben o deberían contener los sistemas de información sobre salud de los pueblos indígenas, y *b*) estrechamente asociados a lo anterior, la selección, diseño y aplicación de indicadores de salud para, de y con los pueblos indígenas.

I. Respaldo a la Resolución de la 138a. Sesión del Comité Ejecutivo, "La salud de los pueblos indígenas de las Américas", del 23 de junio de 2006. Esta resolución define cuatro líneas estratégicas de acción: "a) velar por la incorporación de la perspectiva indígena en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y en las políticas sanitarias nacionales; b) mejorar la información y la gestión del conocimiento en torno a los temas de salud de los pueblos indígenas, a fin de fortalecer la adopción de decisiones basadas en datos probatorios y las capacidades de seguimiento nacionales y regionales; c) integrar un criterio intercultural en los sistemas nacionales de salud de la región, como parte de la estrategia de atención primaria de la salud, y d) forjar alianzas estratégicas con los pueblos indígenas y otros interesados directos clave, a fin de promover un avance mayor en pos de la salud de los pueblos indígenas".

En este mismo sentido, convendría hacer extensivo este respaldo a la Resolución CD47.R18, "La salud de los pueblos indígenas de las Américas", del 47º Consejo Directivo de la OPS (Washington, D.C., EUA, 25 al 29 de septiembre de 2006), que plantea lo siguiente:

1. Aprobar las líneas estratégicas de acción propuestas para la cooperación técnica de la OPS en el ámbito de la salud de los pueblos indígenas de las Américas.
2. Instar a los Estados miembros a que:
 - a) Velen por la incorporación de la perspectiva de los pueblos indígenas en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las políticas sanitarias nacionales.
 - b) Mejoren la gestión de la información y del conocimiento en los temas de salud de los pueblos indígenas, para fortalecer la capacidad para la toma de decisiones basadas en evidencia y la capacidad de monitoreo en la región.
 - c) Incorporen el enfoque intercultural en los sistemas nacionales de salud de la región, como parte de la estrategia de atención primaria de salud.
 - d) Desarrollen, junto con la OPS/OMS, alianzas estratégicas con los pueblos indígenas y otros interesados directos, para mejorar aún más la salud de los pueblos indígenas.
 - e) Promuevan la capacitación, la educación y el perfeccionamiento del liderazgo de los terapeutas indígenas, así como su incorporación en el sistema de salud formal, cuando corresponda.
 - f) Propicien la incorporación del criterio intercultural en los planes de estudios de todos los programas de capacitación y carreras en el campo de la salud y esferas afines, así como su ejecución en todas las instituciones sanitarias.
 - g) Promuevan el establecimiento de mecanismos de consulta permanente con las comunidades

indígenas en las decisiones de salud relacionadas con éstas.

- h) Capaciten a los recursos humanos de los sistemas de salud para que actúen como facilitadores interculturales.

II. Revisar la índole misma de los sistemas de información nacional e internacional, la legislación y las políticas en la materia. En ese sentido, creemos conveniente recuperar la propuesta de la OPS que plantea que los países adopten los siguientes indicadores relacionados con pueblos indígenas:

1. Análisis de la legislación que aborda las necesidades y los derechos indígenas.
2. Indicadores de avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para la salud indígena acordados con los pueblos indígenas y ejecutados a escala nacional y subnacional.
3. Cantidad de países con poblaciones indígenas que recopilan estadísticas vitales y sanitarias, y que son capaces de vigilar y evaluar la salud de los pueblos indígenas.
4. Existencia de una biblioteca virtual sobre la salud de los pueblos indígenas y el criterio intercultural del funcionamiento de la salud.
5. Inventario de prácticas óptimas de la región en torno a la incorporación del criterio intercultural en el sistema de salud.
6. Cantidad de países con servicios de salud interculturales certificados.
7. Método adecuado para evaluar la seguridad y eficacia de las prácticas tradicionales indígenas seleccionadas.
8. Indicadores iniciales del acceso a los servicios de atención de salud básicos y de calidad creados e implantados a escala nacional y subnacional.
9. Cantidad de países con poblaciones indígenas que reciben cooperación técnica de la OPS en la organización, el mantenimiento y el fortalecimiento de las unidades técnicas responsables de la salud de los pueblos indígenas.
10. Presencia de redes regionales, subregionales y nacionales en materia de salud de los pueblos indígenas y el criterio intercultural de la salud.

III. Realizar con carácter regular, siguiendo la experiencia desarrollada en Bolivia, Chile, Ecuador o México, un estudio del estado del desarrollo económico y social de los pueblos indígenas que incluya el Índice de Desarrollo Humano (IDH) y un Índice de Desarrollo Social de los Pueblos Indígenas (IDSPI), a semejanza del elaborado por el Programa Universitario México Nación Multicultural para el estado mexicano de Guerrero. Este proyecto amplía el número de variables (incluyendo varias relativas a la salud) y permite el

análisis hasta el nivel de localidad. Esta metodología permitirá actualizar de forma permanente datos sobre los determinantes sociales de la salud de los pueblos indígenas de las Américas.

- IV. Incluir en los planes de estudio de las universidades públicas, y en especial de sus escuelas y facultades de medicina o ciencias de la salud, **asignaturas relativas a la formación de personal con conocimientos de la situación de salud de los pueblos indígenas, la interculturalidad en salud, la antropología médica y la epidemiología sociocultural**. Que las áreas de ciencias de la salud y medicina, en coordinación con las de humanidades y ciencias sociales, realicen estudios y propongan modelos para articular la información cualitativa y cuantitativa relativa a la salud de los pueblos indígenas del continente.
- V. Incluir en las estrategias y programas de los sistemas nacionales de salud, **la atención a la salud de los pueblos indígenas y los modelos interculturales de salud, y realizar las gestiones correspondientes para su efectiva aplicación**. Las instituciones rectoras de los estados en materia de salud deberán incluir de manera sistemática y diferenciada en sus sistemas de registro información (también diferenciada) sobre salud de los pueblos indígenas. Los indicadores convencionales deberían incluir marcadores étnicos o marcadores indígenas.
- VI. **Recomendar la participación indígena en la construcción de indicadores (resultados de la Reunión de Expertos sobre Pueblos Indígenas e Indicadores de Salud convocada por PUMC/UNAM y OPS/OMS México) y entre otros:**
1. Socializar los principales planteamientos sobre la importancia de involucrar a los pueblos indígenas en los procesos de producción de información. Eso tendría que ver con la convicción de que los indicadores, desde la visión indígena, diferirían de los convencionales en algún grado, sin dejar de ser pertinentes para la construcción de la política pública indígena. Se necesita un criterio sobre el interlocutor indígena, quien debe fortalecer las bases comunitarias provenientes de su cultura. La participación social es un derecho plasmado en diversos instrumentos jurídicos a nivel internacional, nacional, estatal y municipal.
 2. Considerar las características de la participación indígena y las formas organizadas para su efectivo cumplimiento. En todas las comunidades indígenas existen estructuras organizativas que se han constituido con diferentes propósitos (sistemas de cargos, comités locales, consejos comunitarios, etc.), a partir de las cuales pueden definirse formas de participación para programas, proyectos o acciones de salud. Una modalidad más o menos reciente es la de

los **observatorios de salud**. Se propone, en consecuencia, alentar esta modalidad, innovadora e incluyente, para poder contar con **observatorios de la salud indígena**. La visión de los propios indígenas resulta fundamental para el seguimiento y evaluación de las acciones, al tiempo que las comunidades construyen su propio sistema de información. Esto implica apertura y respeto a las demandas y necesidades sentidas desde la percepción de sus propios procesos de salud-enfermedad-atención. Existe la necesidad de acercarse al proceso indígena; es decir, se requieren interlocución y diálogo intercultural que no soslayan aspectos estructurales vinculados con la desigualdad social. Se precisa el fortalecimiento de la participación para la planeación local y para la construcción de sistemas de vigilancia comunitaria, y para eso se requieren instancias concretas de participación. La participación social es sustantiva para definir las características y la calidad de los indicadores de salud-enfermedad-atención en el medio indígena.

VII. **Recomendaciones generales sobre la construcción de indicadores.**

1. Complementar la obtención de datos a partir de espacios y procesos tangibles de participación social, incluso respecto a indicadores convencionales (por ejemplo, los indicadores que definen las instituciones, y a los cuales deben agregarse marcadores étnicos o marcadores indígenas que distingan cuándo el daño o la mejoría trascienden a la población indígena).

Para ello es recomendable:

- a) Identificar las instancias o los actores de la base comunitaria que pueden participar.
 - b) Desarrollar los observatorios ciudadanos de salud indígena desde los cuales se haga seguimiento de los planes, programas y proyectos de salud, y se aporten datos sustantivos al sistema de información.
2. Alentar el diálogo o la interlocución con las instancias sanitarias oficiales. Esta tarea es esencial para el logro efectivo del diseño y la aplicación de indicadores, pero también para el manejo de otra información de la comunidad o de los agentes de salud. La comunidad puede proveer al personal de salud que llega a la localidad datos sobre sucesos o procesos de importancia para la salud de la población. Para ello es recomendable la organización de redes sociales o el aprovechamiento de las ya existentes, en tanto que son un factor importante para la relación organizada con el personal de salud institucional.
 3. Promover la construcción de indicadores a partir de la dimensión sociocultural de las comunidades indí-

genas. Es decir, valorar e incorporar las ideas indígenas respecto de la vida, el cuerpo, la salud, la enfermedad, el equilibrio y el desequilibrio, las prácticas curativas, etc., a partir de información cualitativa que se integre a la información estadística o cuantitativa. En tal sentido, se recomienda promover la participación de representantes, grupos intelectuales, profesionistas y miembros de organizaciones y redes sociales indígenas para que participen en el diseño y, de ser posible, la aplicación de los indicadores culturalmente adecuados.

VIII. Diez recomendaciones específicas para fortalecer la producción y sistematización de información, y el mejoramiento de la salud indígena.

1. Para la producción y sistematización de información es importante el aporte que pueden realizar distintos actores o sectores comunitarios: integrantes de familias, curadores populares o tradicionales, líderes en salud comunitaria-indígena, organizaciones sociales, presidentes municipales y sus cabildos. *Cómo:* fortaleciendo la base comunitaria, promoviendo talleres de capacitación y transfiriendo instrumentos técnicos y metodológicos.
2. Identificar con la comunidad y los agentes ya mencionados los problemas sociales, ambientales, políticos, económicos, sanitarios y culturales que detonan como elementos de enfermedad o de conservación de la salud. *Cómo:* promoviendo reuniones, asambleas o talleres comunitarios, aplicando encuestas rápidas y, en general, estableciendo espacios de consulta y consenso.
3. Definir y promover la capacidad autogestora en salud, en concordancia con la intervención institucional. *Cómo:* aplicando, como método principal, el enfoque intercultural de atención a la salud.
4. Revisar y valorar experiencias, estrategias y tácticas exitosas o que, no habiéndose aplicado, posean un potencial para mejorar las condiciones de salud, como la APS y los SILOS (Sistemas Locales de Salud), y otras propuestas nuevas e incluyentes, como es el caso de los Observatorios de la Salud Indígena. *Cómo:* recopilando y analizando información, sistematizando experiencias y promoviendo las innovaciones.
5. Alentar y, de ser posible, normar que en las instancias institucionales de salud (ministerios, secretarías, organismos sanitarios especializados) se establezcan mecanismos para el seguimiento y evaluación de las políticas, planes y proyectos de salud indígena. *Cómo:* proponiendo ajustes a la legislación y a la normatividad existente, y gestionando que en esas

instancias las representaciones indígenas tengan participación en el diseño de instrumentos (p ej., los indicadores culturalmente adecuados), y en la consulta, planificación, instrumentación y evaluación de los programas.

6. Etiquetar recursos y fondos del Presupuesto de Egresos de la Federación o de las instancias de gobierno que participan en el diseño de gastos oficiales, para lograr apoyos financieros suficientes para todo el proceso de mejoramiento de la salud indígena. *Cómo:* buscando la interlocución con los poderes Ejecutivo y Legislativo, con las áreas de la hacienda pública y con los ministerios o secretarías de salud.
7. Promover seminarios de análisis y discusión, y campañas de difusión de información recurriendo a diversos medios. *Cómo:* buscando la interlocución y participación organizada con cabildos y municipios, organismos de salud, universidades y sus escuelas de salud (medicina, enfermería, veterinaria, trabajo social, etc.), además de agencias del sistema de Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales solidarias.
8. Organizar observatorios ciudadanos de la salud indígena, con enfoques interculturales y de efecto público. El Observatorio Ciudadano se concibe como un instrumento para dar seguimiento a las acciones institucionales y no institucionales de salud y medicina (académica, tradicional y doméstica o casera); también como una alianza para la interlocución, el seguimiento y la evaluación sobre problemas atendidos y no atendidos, y como una instancia técnica en la que se definen mecanismos metodológicos (p. ej., los mismos indicadores propuestos). *Cómo:* revisando la experiencia de otros observatorios y proponiendo nuevas modalidades y funciones.
9. Fortalecer el conjunto de programas y acciones de atención a la salud indígena, sean institucionales o comunitarios. *Cómo:* haciendo efectivas las propuestas mencionadas en los apartados anteriores, y prestando especial atención al reconocimiento y fortalecimiento de las medicinas tradicionales indígenas, al enfoque intercultural en salud y, en general, a los recursos locales para la salud.
10. Lograr la efectiva aplicación de los instrumentos jurídicos y legales que benefician la salud de los indígenas, su medicina tradicional, sus plantas y otros recursos medicinales (en el caso de México, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, las leyes estatales de salud, el Convenio 169 de la OIT, la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, y las leyes de derechos y cultura indígenas).

Citas adicionales

- I En diversos países de América se registran experiencias de servicios públicos mixtos (de medicina académica y tradicional) que permiten obtener información de la consulta ofrecida por médicos y curanderos. En México, el Hospital Rural del Instituto Nacional Indigenista, en Cuetzalan, Puebla, fue pionero tanto en la incorporación de los médicos tradicionales al nosocomio, como en el registro de datos de ambas medicinas. Incluso, en colaboración con la organización regional de médicos indígenas, fue líder en la consulta ofrecida por médicos tradicionales en las propias comunidades.
- II Dos documentos de la OPS (uno de ellos muy reciente) ilustran esto: 1) OPS/OMS. La salud de los pueblos indígenas de las Américas. 138a. Sesión del Comité Ejecutivo, Washington, D.C., EUA, 19-23 de junio de 2006. CE 138/13, Rev. 1 (Esp.), 12 de junio de 2006, 16 pp. y anexos. 2) Salud de los pueblos indígenas de las Américas. Evaluación de los logros en salud en el marco del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo. Organización Panamericana de la Salud, Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud. Washington, D.C., 2006 (edición de 2008), con información proporcionada por 19 países.
- III Véanse, en este sentido, tanto los documentos liminares de la Iniciativa, como los balances de los planes de acción de ésta, las memorias de numerosas reuniones (sobre tuberculosis, VIH/sida y enfermedades por transmisión sexual, salud y mortalidad materno-infantil, medicina tradicional o nutrición), las evaluaciones sobre salud indígena en el contexto del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo 1995-2004 y los documentos de reuniones auspiciadas, convocadas o apoyadas por la OPS, o difundidos por ella.
- IV La OPS ha promovido encuentros, talleres y reuniones relativas al tema de los determinantes sociales en la salud en general y de los pueblos indígenas en particular. Véase el documento: "Pan American Health Organization, Regional Office of the World Health Organization, Technology, Health Care and Research Regional Health Program of the Indigenous Peoples. Social Determinants of health of the indigenous peoples of the Americas, Report", Regional Meeting, Quito, Ecuador, October, 2008.

Bibliografía

Referencias

1. Gutiérrez G (1991). *Los Sistemas Locales de Salud: una transición de la respuesta social organizada*. México: Salud Pública México, 33 (6), 617-622.
2. OPS/OMS Resoluciones CD37.R5 y CD40.R6.
3. Rojas R. *Panorama global de la salud indígena en América Latina*. Informe de la Reunión. Salud integral con énfasis en el control de la tuberculosis en pueblos indígenas. Documento memoria, OPS, HDM/CD/T/515-08, Cochabamba, Bolivia, 23-24 octubre 2007, pp. 4-5.
4. OPS/OMS. *La salud de los pueblos indígenas de las Américas*. 138a. Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, D.C., EUA, 19-23 de junio de 2006. Documento CE 138/13, Rev. 1, 12 de junio de 2006, pp. 3-4.
5. Sepúlveda J (coord.) (1993). *La salud de los pueblos indígenas en México*. México, SSA-INI.
6. SSA (2001). *Programa de acción: salud y nutrición para los pueblos indígenas*. México.
7. OPS/OMS. Los Sistemas Locales de Salud. Descripción. En: *Información Internacional en Salud*. <http://www.infosalud.com.mx>
8. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). II Censo Nacional Indígena de Población y Vivienda 2001. Pueblos indígenas del Paraguay. Resultados finales. Asunción, Paraguay: DGEEC, diciembre de 2003, p. 9. www.dgeec.gov.py
9. Gobierno de la Provincia de Misiones. Plan Techai Mbya-Salud indígena. Misiones Salud Pública, www.misiones.gov.ar/salud
10. Haro JA, De Keijzer B (coord.) (1998). *Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro*. Hermosillo, Sonora: El Colegio de Sonora, Prodessep, A.C., Organización Mexicana para la Salud. 304 pp.
11. Vega LM (2007). "Perspectivas de los pueblos indígenas en los procesos de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio". En: *OPS Informe de la Reunión. Salud integral con énfasis en el control de la tuberculosis en pueblos indígenas*. Documento memoria, OPS, HDM/CD/T/515-08, Cochabamba, Bolivia, 23-24, pp. 8-9.
12. Castro R, Erviti J (2003). *Desarrollo de indicadores de calidad de atención con sensibilidad intercultural: servicios de salud en poblaciones indígenas*. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM-UNAM), versión final, abril de 2003 (inédito).

Cultura de atención médica materna en las enfermedades infantiles*

Rosa María Osorio Carranza

CAPÍTULO

20

Conceptos clave

Trayectoria de atención • Saberes maternos • Cultura materna • Enfermedades infantiles • Autoatención

Introducción

A través de cinco casos de enfermedades infantiles frecuentes en población suburbana de la Ciudad de México, este capítulo muestra la racionalidad y estrategias a que recurren las madres de familia siguiendo una trayectoria de atención en la búsqueda de la resolución del problema de salud de sus hijos. Se hace evidente una cultura médica materna que construye representaciones y prácticas sintetizando y resignificando su saber con lo que aprenden del saber médico, poniendo en juego las diferencias frente al tipo de padecimiento, las condiciones socioeconómicas de cada grupo doméstico y los recursos de atención a que tienen acceso.

El trabajo propone como instrumento de análisis la reconstrucción de la trayectoria de atención en determinados padecimientos infantiles, a fin de mostrar cómo son operacionalizados los saberes maternos respecto de dichas enfermedades. Me interesa analizar el conjunto de representaciones que se manifiestan a través de determinadas prácticas de atención en cada episodio de enfermedad, en el contexto de una comunidad suburbana de la Ciudad de México que cuenta con determinados servicios de salud, cuya accesibilidad está condicionada por las características sociales y económicas del grupo doméstico.

A través de la reconstrucción y análisis de la trayectoria de atención es posible captar los sistemas de racionalidades que orientan la conducta materna de búsqueda de atención (que incluyen el pragmatismo curativo, la reformulación diagnóstica y la elección de los recursos más apropiados, accesibles y/o eficaces) y que permiten identificar la articulación dialéctica entre representaciones y prácticas sociales, en términos de una síntesis de elementos médicos procedentes de diferentes modelos. Dichas racionalidades van moldeando las decisiones y acciones de las madres de familia en los casos de las principales enfermedades en el entorno familiar, y de sus hijos menores en particular.

En la primera parte del trabajo me interesa sintetizar algunos conceptos producidos por la antropología y sociología médicas, referidos a la categoría de trayectoria de atención o carrera curativa, que han sido desarrollados para múltiples contextos socioeconómicos y culturales. En la segunda parte se presentan determinados ejemplos que muestran de forma gráfica la dinámica de las representaciones y las prácticas maternas a través de la trayectoria de atención. Se plantean algunas reflexiones en torno a la plasticidad y consistencia de los saberes maternos expresados en la trayectoria de atención. Por último, se discuten algunos de los principales condicionantes socioeconómicos, culturales y epidemiológicos que moldean estos procesos de atención.

Marco conceptual para comprender la trayectoria de atención

Desde la década de 1960-1969 es posible identificar una importante tradición de la investigación socioantropológica enfocada en el análisis de las formas de respuesta social a la enfermedad y de la conducta de búsqueda de atención (*health seeking behavior*). Dicho proceso ha sido reconocido desde la antropología y sociología médicas a través de diferentes categorías, como trayectoria de atención, carrera del enfermo, carrera curativa, itinerario terapéutico, proceso asistencial, conducta del padecimiento, conducta de búsqueda de atención, entre otras. Desde la epidemiología se han propuesto diversos modelos que explican la utilización de los servicios de salud por parte de la población. Sin pretender desarrollar de forma exhaustiva las propuestas teóricas y empíricas que se han desarrollado al respecto, cabe recuperar algunas de las aportaciones más relevantes.²⁻⁹

El concepto de carrera curativa se basa en el desarrollo sobre "carrera moral" hecho por Goffman, quien señala que sería "cualquier trayectoria social recorrida por cualquier persona en el curso de su vida" y aplica este concepto al estudio de las etapas a través de las cuales transita el paciente mental cuando es hospitalizado. Utilizando la perspectiva de la historia natural, identifica las etapas de prepaciente, paciente, interno y ex paciente (a partir de que es dado de alta). Incluye en ocasiones la de repaciente, cuando se presenta una recidiva. Goffman reconstruye y analiza esta trayectoria social particular caracterizando las agencias y agentes que participan en este sistema social, los códigos socialmente es-

* Una parte de este trabajo fue publicada en: Esteban ML.¹

tablecidos que marcan el inicio, la duración y finalización de cada etapa, los diferentes estatus atribuidos y asumidos, así como las variadas funciones que pueden desempeñar los agentes de rol que se incluyen en la trayectoria. También enfatiza las relaciones que se establecen entre la dimensión subjetiva, la identidad y la dimensión social de la institucionalización, articulando la normatividad con el estilo de vida, en una interacción ambivalente que va moldeando ambas esferas.¹⁰

Hacia el mismo periodo, Mechanic plantea un concepto análogo: la conducta del padecimiento, la cual se refiere a "las maneras en que determinados síntomas pueden ser diferencialmente percibidos, evaluados e interpretados (o no) por una persona que reconoce algún dolor, disconfort o malfuncionamiento orgánico".¹¹ En sentido amplio, alude a la forma en que los sujetos establecen criterios diferenciales para vigilar sus cuerpos, definir y dar significados e interpretaciones a sus síntomas, realizar acciones para remediar esos problemas y utilizar los recursos de atención a la enfermedad.

Mechanic reconoce esta conducta como una respuesta aprendida socioculturalmente tanto por el enfermo como por quienes le rodean. Es decir que la gente responde a su propia definición y la de los otros, pero ambas son compartidas por vía del aprendizaje, la socialización y las experiencias dentro del marco cultural del enfermo. Uno de los aspectos que más condicionan dicha conducta tiene que ver con la forma en que el padecimiento interfiere con las rutinas cotidianas del sujeto.

Por su parte, Freidson plantea el concepto de carrera como "una secuencia de acontecimientos sociales pautada de forma convencional, a través de la cual pasa la gente [...]. Podemos definir los puntos de la carrera por los roles o las imputaciones que el individuo experimenta en su paso por las distintas entidades de control social, ya sean médicas o de otro tipo [...]. Proporciona un mecanismo que vincula a los individuos y su experiencia con la comunidad, profana y profesional; dado que a través de su paso de una noción a otra, el individuo típicamente tiene la experiencia con distintos agentes e instituciones de control social"¹² Así, propone la construcción de la carrera a partir de las instituciones y agentes más que a partir de los cambios reales o atribuidos a la desviación propiamente dicha.

Otra elaboración es la planteada por Kleinman, quien describe la conducta de búsqueda de atención en términos de la secuencia de pasos que ocurren, al menos al principio, en el curso del padecimiento. Dicha secuencia se puede identificar a través de un conjunto de actividades, como percibir y experimentar los síntomas, etiquetar y valorar la enfermedad, sancionar un tipo particular de rol del enfermo, decidir qué hacer y manifestar una conducta específica de búsqueda de atención, aplicar el tratamiento y evaluar el efecto del autotratamiento o de la terapia obtenida por otros sectores del sistema de atención a la salud.⁷

Tomando como base los planteamientos antes señalados, en este trabajo me refiero a la trayectoria de atención

como la secuencia organizada de decisiones y estrategias instrumentadas por los sujetos para gestionar o hacer frente a un episodio concreto de enfermedad. Dicha ruta incluye todos los recursos de atención y actores sociales que participan del episodio. Las estrategias involucran un conjunto de saberes (representaciones y prácticas sociales) que se expresan en la toma de decisiones y en las acciones orientadas a la solución del problema; es decir, curar, paliar o controlar la enfermedad.¹²

A través de este itinerario terapéutico es posible reconocer determinados actores sociales que participan en el mismo desempeñando diversas actividades. Entre éstos se identifica, por supuesto, a los enfermos/pacientes, a los terapeutas profesionales, curanderos populares o profesionales no biomédicos, a quienes actúan como curadores(as) en el ámbito doméstico-familiar, así como a otro tipo de mediadores y redes sociales de apoyo. Todos ellos operan mediante la atención del padecimiento, soporte y cuidado de los enfermos, administración o suspensión del tratamiento, ofrecer consejos y referir instituciones y/o terapeutas a fin de generar soluciones. El inicio de esta trayectoria se marca con la detección/diagnóstico de algún malestar; su desarrollo incluye toda una serie de decisiones, prácticas y recursos y su finalización conlleva una evaluación de los resultados y un proceso de aprendizaje que retroalimenta las futuras experiencias de enfermedad.

A través del análisis de la carrera curativa es posible sistematizar, por un lado, cuál es la utilización real y no sólo formal de los diferentes servicios de salud, así como identificar el papel que juega la mujer en su rol de madre/esposa en términos de agente de salud familiar; no sólo en la selección de estos servicios, sino también en lo que a nuestro juicio resulta central: su papel como curadora, vía la estructura de autoatención. El uso combinado y diferencial de recursos de atención en cada padecimiento se relaciona con el reconocimiento social de un ámbito técnico-ideológico donde los distintos curadores pueden ser incluidos/excluidos en la atención de ciertos padecimientos, y establece los alcances y limitaciones de la estructura de automedicación, aproximándonos de esta manera a las relaciones establecidas entre los saberes de los conjuntos sociales y de los terapeutas.

Análisis etnográfico de las trayectorias de atención

En este apartado se muestran algunos ejemplos de trayectorias de atención que permitan concretar estos aportes teóricos a partir de una sintética aproximación empírica. La investigación se desarrolló en una localidad suburbana cercana a la Ciudad de México, con enfoque en el análisis de la cultura médica materna a partir de la síntesis y articulación de los saberes procedentes de la biomedicina y de la llamada medicina tradicional, que se refleja en una determinada construcción sociocultural de los padecimientos, tanto en térmi-

nos de la epidemiología sociocultural como de la utilización de los recursos de atención a la enfermedad. En este sentido, se analizaron 12 padecimientos infantiles que incluían enfermedades respiratorias, gastrointestinales y síndromes culturalmente delimitados.

El actor social protagónico de este trabajo es la madre de familia, por ser ella quien fundamentalmente organiza, determina y ejecuta gran parte de las decisiones y acciones que se han de llevar a cabo cuando uno de sus hijos pequeños enferma, aun cuando a lo largo de este itinerario participan otros actores sociales.

En este marco de análisis se busca profundizar en la cultura médica materna, entendida como todo un conjunto diferenciado de prácticas, conocimientos e ideologías que, como construcciones sociales, son reproducidas y transformadas por la mujer en su rol de madre de familia, quien los aplica explícitamente en la detección, atención y/o prevención de los padecimientos, a fin de alcanzar y/o mantener determinadas condiciones de salud. Esto se refiere tanto al nivel de una formación sociohistórica determinada, con una estructura socioeconómica y sociocultural particular, como en el nivel focalizado del grupo familiar, la comunidad y en su relación con los terapeutas y servicios de salud.¹³

En este sentido, la investigación se centró en recuperar las experiencias y vivencias de un grupo de madres de familia cuando recuerdan, narran y reconstruyen los eventos de enfermedad en sus hijos. A través de las entrevistas a profundidad, se construyó la carrera curativa en 70 episodios de enfermedades infantiles, estructurando el número de etapas en que éstas se desarrollaron, así como el orden y frecuencia de utilización de los recursos. Lo anterior tuvo el propósito de conocer qué hacen las madres cuando ocurre algún padecimiento infantil, cómo lo curan, quiénes participan en este proceso, quién toma las decisiones y quién las lleva a cabo; además del tipo y número de terapeutas que se consultan y las razones de esto, la manera en que se va reformulando el diagnóstico y cómo se modifica el pronóstico materno a lo largo de la carrera curativa, así como la evaluación y el aprendizaje resultantes del episodio.

De este modo, en la reconstrucción de la carrera curativa se manifiesta la forma en que múltiples saberes son instrumentados, resignificados y asimilados por las madres en sus estrategias de atención a la enfermedad. Esto muestra la plasticidad y consistencia de esas estrategias y expresa de manera clara la dinámica de articulación entre el sistema de representaciones y el sistema de prácticas.

A continuación se presenta la trayectoria de atención seguida en algunos episodios analizados, que fueron seleccionados como casos paradigmáticos que expresan la operacionalización de saberes. Se propone mostrar la información de manera gráfica, esquematizando la trayectoria de atención, ya que pensamos que de esa manera se puede definir con mayor claridad ésta, identificando los puntos de inflexión de cada fase, como una secuencia de los recursos que se han utilizado y señalando en cada caso algunas líneas generales

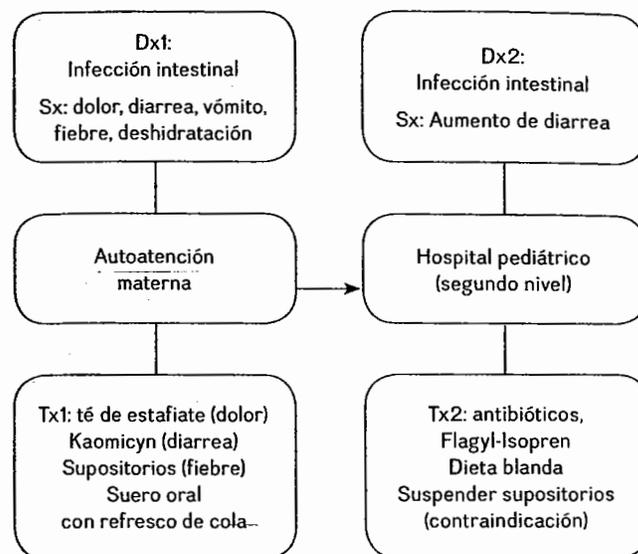


Figura 20-1. Caso 1: Infección intestinal.

de análisis. En los casos analizados se indican las fases implicadas, la edad del enfermo, signos y síntomas (Sx), diagnóstico inicial (Dx1) o subsecuentes (Dx2, Dx3), tipo de recursos utilizados y tratamientos aplicados (Tx).

Caso 1. Infección intestinal (figura 20-1).

Ayer se enfermó mi hijo (de tres años de edad) del estómago. Tenía diarrea y vómito. Le comenzó a doler el estómago y le di la medicina que acostumbro a darles (Kaomicyn); además le di té de estafiate. Como tenía calentura (fiebre) y a veces les doy Desenfriol o Mejoralitos, pues le puse supositorios de Tempra. No pensé que le iba a provocar más diarrea.

Hoy también le di el suero oral con Coca-Cola; pero mejor lo llevé al Hospital Infantil de Legaria, porque ahí son especialistas y le saben a todas las enfermedades. Me recetaron Flagyl e Isopren. El doctor me dijo que con diarrea no conviene darles supositorios porque les provoca más diarrea o vómitos. Me aconsejó que le diera solamente manzana cocida y no le voy a dar nada más de comer. Hoy amaneció mejor, aunque a cada rato se hace del baño. Le tuve que poner pañal.

Esta trayectoria se configuró en dos fases. La automedicación estuvo encaminada a controlar signos y síntomas específicos. Es decir, el tratamiento fue sintomatológico y buscó remediar la fiebre (mediante supositorios), dolor de estómago y deshidratación (con té de estafiate y suero oral con refresco) y un antidiarreico (Kaomicyn). Se estableció un diagnóstico diferencial entre infección intestinal y la entidad nosológica "diarrea" a partir de identificar una cadena diagnóstica diarrea/vómito/fiebre, lo que conduce a tratar a base de "suspensiones" y no sólo con remedios caseros. Se incorporaron en la automedicación productos que en anteriores episodios había prescrito el médico. A partir de la no eficacia, se decide acudir a una segunda instancia, donde se

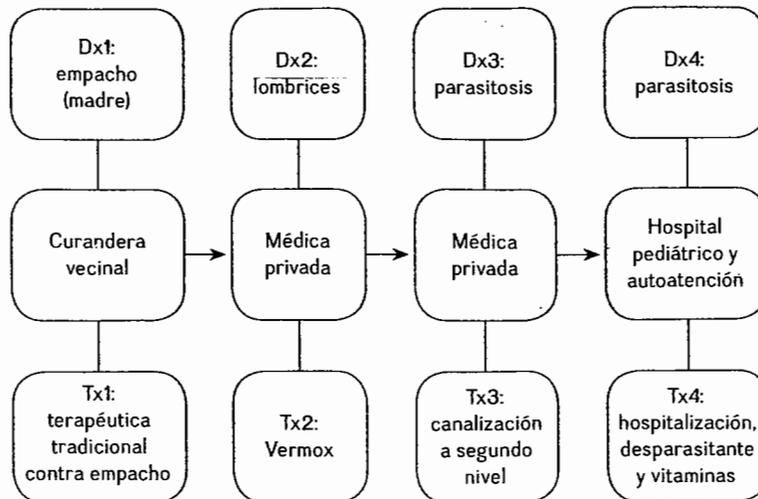


Figura 20-2. Caso 2: Parasitosis (lombrices).

prescribe otro tratamiento y se registra un aprendizaje sobre el uso adecuado de los supositorios.

Caso 2. Parasitosis (lombrices) (figura 20-2).

Mi niña [de dos años] comenzó a estar molesta; tenía fiebre y se le infló el estómago. No tenía sed y no quería tomar ni agua. Según yo, estaba empachada. La llevé con mi comadre Tencha (curandera vecinal) y ella la curó como si fuera de empacho, con manteca y bicarbonato. La sobó por atrás y la tronó por la espalda. Lo malo es que a veces le truene aunque no esté mala de empacho.

Siguió mala y luego me di cuenta que eran lombrices, porque comenzó a arrojarlas. La llevé con la doctora Rosario (médica privada) que está en Huixquilucan; ella me dio Vermox y entonces vomitó lombrices, pero luego ya no quería comer. La volví a llevar con la doctora, pero siguió mala y no quería comer. Cuando la volví a llevar, ella me dijo que mejor la llevara al hospital porque estaba bien mala. La llevé al Hospital Infantil de Legaria y allí le tomaron rayos X y fue donde salió que eran lombrices. Se quedó internada como una semana y yo me quedé con ella porque tenía que sacarle las lombrices que se le salían por la nariz y por la boca. En el hospital le dieron Piperazil y además le recetaron muchas vitaminas que se llamaban Incrementín de Hierro. Se tomó muchos frascos, como dos botellas y cuarto de esa vitamina. Lo que me sobró me fijé que todavía servía y ahora se lo estoy dando a otro de mis hijos, porque está muy chico; sí come pero no crece mucho.

Como es evidente, esta carrera curativa se conformó por cuatro fases de atención. Inició con un diagnóstico materno de empacho y el problema fue tratado como tal por una curandera vecinal. A partir del agravamiento de la enfermedad y de la ineficacia del primer tratamiento, la propia madre reformula el diagnóstico y recurre a la médica privada en dos ocasiones. Esa terapeuta es quien canaliza a la niña hacia el hospital.

Otro elemento que es importante enfatizar es el hecho de que en este episodio resulta clara la dificultad para establecer el diagnóstico diferencial. En el mismo caso se diagnostican de forma secuencial dos entidades distintas y se aplican de manera pragmática los tratamientos específicos a cada una. En la primera fase del padecimiento, se "construye" (es decir, se diagnostica y se trata) como empacho, y luego se reformula el diagnóstico y se "construye" esta vez como parasitosis. A pesar de que la madre de familia no intervino de modo directo como curadora, son notables el peso de la autoatención a lo largo de la trayectoria y la importancia de la participación materna en la emisión del diagnóstico inicial, en su reformulación, en la elección de las instancias curativas, en la aplicación del tratamiento prescrito por los médicos consultados y en los cuidados efectuados durante la hospitalización. Después se aplicó el conocimiento generado en este episodio, con la autoprescripción de las vitaminas sobrantes a otro de los hijos con problemas de crecimiento.

Caso 3. Gripe (figura 20-3).

Todos mis hijos y yo estamos enfermos. Nos pusimos bien malos en lo que va de la semana. Mi hija la chica [tres años] se puso mala el lunes, martes y miércoles; mi hijo [cinco años] y yo el jueves, viernes y sábado; luego se enfermó el más chico [dos años] el sábado y para terminar, mi hija la mayor [siete años] el domingo.

Tuvimos tos, catarro y fiebre. Fui a comprar el Ilosone y el jarabe de Neomelubrina y se los di a los más chicos. A mi hija la grande le di Tempra para adulto, con Pen-trexyl y el Ilosone, porque a ella ya no le hace la Neomelubrina. Será porque ya rebasó los kilos de niño y ya no le hace la dosis.

A mí me curó mi prima con un té de canela con Vick y dos Desenfrioles con jugo de limones exprimidos. Yo quise mejor así con remedios; porque a mí no me gusta tomar nada de medicina. A mis niños pues es mejor que se curen rápido, no sea que se les vaya a agravar.

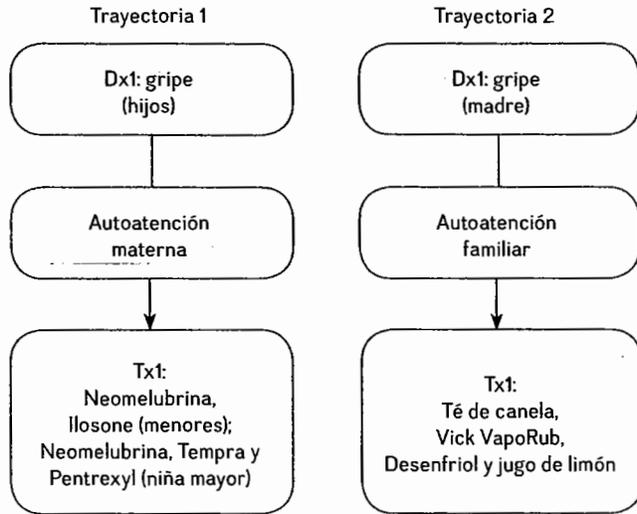


Figura 20-3. Caso 3: Gripe.

· Apreciamos aquí dos trayectorias diferenciales en un evento familiar de gripe, ya que según quien sea el enfermo, se modifica la terapéutica. Existe una representación de que la medicina alopática tendría una mayor eficacia cura-

tiva, necesaria en los casos de pacientes más vulnerables o en edad de mayor riesgo (los niños). Sin embargo, al mismo tiempo esta disciplina podría resultar “más iatrogénica” que los remedios caseros, por lo que la madre decide utilizar estos últimos para su propio tratamiento. La elección de la mujer se basa en la necesidad de una eficacia curativa más rápida para los niños, mientras ella procura evitar posibles contraindicaciones derivadas del consumo de fármacos, aun cuando la eficacia sea más lenta en términos comparativos. Desde esta perspectiva la autoatención sería diferencial para un adulto, una mujer embarazada, un niño menor u otro de mayor edad.

La informante maneja una determinada noción de “dosis” relacionada con la edad, porque los medicamentos seleccionados son distintos si los hijos son mayores o menores de cinco años, y sobre todo si son menores de un año. Esta noción de adecuación de la dosis tomaría en cuenta la relación peso/edad, para elegir el tratamiento más eficaz modificando la cantidad según sea necesario.

Caso 4. Exantema viral (figura 20-4).

Mi bebé [ocho meses] se puso malo el jueves; o sea que mañana hace una semana. Comenzó con calentura (fiebre) y le di Tempra gotas, pero no cedió. Luego lo llevé

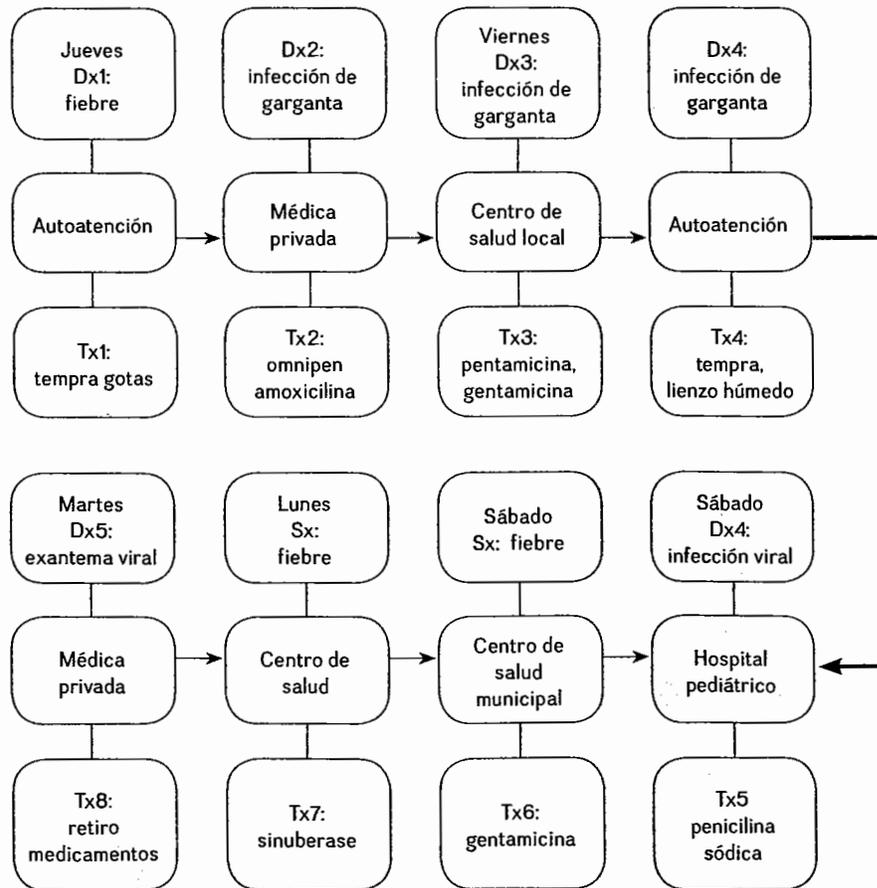


Figura 20-4. Caso 4: Exantema viral.

con la doctora Rocío (médica privada) y ella le recetó Omnipen tomado y Amoxil tomado, porque era de la garganta. Como tampoco le bajaba, el viernes lo llevé al centro de salud y el doctor le recetó tres inyecciones de gentamicina y pentamicina. Yo le puse supositorios Temptra y trapos húmedos en la frente, para la fiebre. Luego el sábado en la mañana lo llevé al Hospital Infantil de Legaria y allí le pusieron una inyección de penicilina sódica cristalizada. Allí me dijeron que era un virus; que no era de la garganta, sino que tenía una infección viral, que no se le podía hacer nada porque no saben cómo atenderlos. Ese día como a las 11 de la noche lo llevé al Centro de Salud de Huixquilucan. Le dieron gentamicina, ampicilina y Neomelubrina. Cuando lo volví a llevar al centro de salud el lunes en la mañana, ya había otro doctor que le recetó Sinuberase, porque el niño estaba suelto del estómago. El doctor me dijo que eso iba a servir porque protege la flora. Además le recetó cuatro inyecciones de penicilina. Luego el martes volví a ver a la doctora Rocío, porque a mi hijo le comenzaron a salir granitos. Ella me dijo que era "edema viral" [sic], parecido al sarampión, y le quitó todas las medicinas. Me dijo que solos se le iban a desaparecer. Hubiera preferido que sólo la doctora lo hubiera visto, porque no se le tenía que haber dado nada de medicina, y al contrario, se le provocó diarrea por tanta medicina. Los granitos que le salieron se le quitan solos.

En este caso son notables la recurrencia a múltiples instancias de atención y la aplicación casi indiscriminada de tratamientos. Es quizás uno de los episodios detallados con mayor precisión, pues tuve oportunidad de seguirlo de forma casi cotidiana. Aunque el diagnóstico final remitió a una enfermedad exantemática, los diagnósticos de la madre y los médicos apuntaban hacia un trastorno respiratorio. Es interesante la cantidad de recursos utilizados en tan poco tiempo. Destacan la cantidad de recursos usados (ocho) en seis días, la mezcla de terapéuticas inconclusas, la aparente ineficacia de todas, las consecuencias iatrogénicas de la sobremedicación, y la existencia de un diagnóstico médico erróneo y de otro no explicitado a la madre. El aspecto que más nos interesa enfatizar es la manera en que la informante consulta diversos servicios y aplica o cambia las terapéuticas por prescripción médica o por iniciativa propia, donde el tratamiento se orienta más hacia determinados signos particulares y no a la entidad nosológica en conjunto.

Caso 5. Mal de ojo (figura 20-5).

Lupe sacó de su armario una caja llena de medicamentos que forman parte de su botiquín familiar y comentó que su hijo estaba enfermo de los ojos, que tenía conjuntivitis. Lo llamó porque le iba a poner gotas de cloranfenicol, pero al final le administró Synalar oftálmico. Previamente le había lavado los ojos con té de manzanilla.

Tres días después se observaron sobre la alacena de la cocina un vaso de agua con el contenido de un huevo crudo. Al preguntarle qué era eso, contestó: "Es para José, que ya tiene una semana con los ojos malos; los tiene la-

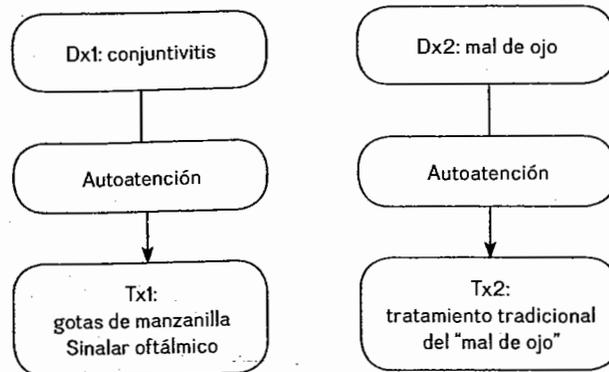


Figura 20-5. Caso 5: Mal de ojo.

gañosos y rojos. Ya no sé qué hacer; ya le puse gotas y se los lavé, pero sigue igual. Mi mamá me dijo que lo limpiara con un huevo y que luego vaciara el huevo en un vaso de vidrio con agua. Parece que el niño se mejoró con la curación. Se me ha olvidado tirar el vaso con el huevo [...]. Yo no sé de eso, sino que mi mamá me dijo que lo limpiara porque vio que tenía los ojos chinguñosos, pero nada más. No sé cómo, pero sí le salieron unas tiras blancas al vaciarlo al vaso. Se cuece la clara. Por eso se sabe que sí hay mal de ojo. Nada más lo limpié y sí se curó.

Una semana después, la mujer aún conservaba el vaso de agua con el huevo. Es probable que haya repetido la curación, aunque aseguró que se había olvidado de tirarlo. En este caso, el diagnóstico inicial (conjuntivitis) fue hecho por la madre de familia. El tratamiento inicial se enfocó en dicha enfermedad y también fue administrado por la madre. El diagnóstico subsecuente fue realizado por la abuela materna, aunque el tratamiento tradicional fue ejecutado por la madre. En vista de la eficacia del segundo tratamiento, se reformula el diagnóstico.

A partir de estos ejemplos, es factible analizar cómo se van configurando las distintas trayectorias de atención, a partir de la identificación de ciertos signos y síntomas, la evolución del padecimiento y las decisiones que se toman en cuanto a opciones terapéuticas, instituciones y terapeutas, así como determinadas condicionantes que van moldeando dichas trayectorias.

La reconstrucción de las trayectorias de atención seguidas en cada evento constituye un instrumento analítico privilegiado para aproximarnos a la manera en que se operacionalizan los sistemas de representaciones sociales en las prácticas concretas de las madres, a través de un conjunto de racionalidades que articulan ambas dimensiones de lo real. En función de la evolución del paciente y de la eficacia del tratamiento aplicado, la madre pone en práctica sus saberes, elige recursos y toma decisiones que la conducen a resolver la enfermedad. Es en la práctica concreta donde se ponen *en acción* y se resignifica el conjunto de representaciones sociales que se tienen sobre la enfermedad y sobre las distintas prácticas terapéuticas.

Se observa que la dinámica del diagnóstico se correlaciona con la dinámica de la terapéutica a través de la elección de recursos curativos, de manera secuencial, paralela o alternativa. Todo ello implica la combinación de tratamientos, con la decisión de administrar unos y suspender otros. Así, por ejemplo, al analizar el sistema de representaciones que definen la racionalidad del diagnóstico encontramos que la madre maneja con relativa fluidez un sistema popular de clasificación de enfermedades y construye sus cuadros diagnósticos identificando un conjunto de signos y síntomas que refieren a determinada entidad nosológica, aunque las semejanzas entre algunos padecimientos en ocasiones dificultan el diagnóstico diferencial. Ahora bien, lo que podemos verificar de manera empírica a través de la carrera curativa, es decir, cuando nos adentramos en la dimensión de las prácticas sociales, en los episodios específicos y concretos, es que estas clasificaciones se flexibilizan y se transforman de manera dinámica.

En un mismo episodio se observa que un diagnóstico puede ser reformulado o se superpone a otro, o bien que el cuadro diagnóstico (como pauta ideal en el sistema representacional) no siempre se corresponde en su totalidad con los síntomas del enfermo (en la situación "real"). En otras palabras, la representación materna del cuadro diagnóstico de cada entidad nosológica puede construirse a partir de una estructura de signos y síntomas que pueden ser hipotéticamente identificables y que "significan" un determinado padecimiento y no otro. Sin embargo, cuando un sujeto enferma, este bagaje de saberes se resignifica y se "actualiza" en el sentido de que serán los signos y síntomas realmente identificados los que permitan codificar (en la práctica real) el padecimiento y emitir un diagnóstico definitivo.

El conjunto de síntomas, la evolución del enfermo y su respuesta a las terapias aplicadas conducen a una formulación-reformulación diagnóstica, lo que genera una dinámica de aprendizaje continua donde se identifica una construcción popular de la historia natural y social de los padecimientos como parte integral de la cultura médica materna.

En el caso de la racionalidad terapéutica, la lógica sería similar, aunque la cantidad de conocimientos, actores y condicionantes que entran en juego se vuelve más compleja. A nivel de las representaciones sociales, las madres manejan un cuadro básico de tratamientos reconocidos como eficaces para cada padecimiento, mismos que han sido aprendidos a lo largo de su propia experiencia en el cuidado infantil. Acerca de lo anterior, algunos procedimientos fueron recetados con anterioridad por otros terapeutas, o recomendados por sus familiares. Sin embargo, al analizar la práctica terapéutica, lo que se observa es que ese repertorio "ideal" de tratamientos (representaciones sobre las terapéuticas) es, por lo general, más amplio que el tratamiento real (prácticas terapéuticas aplicadas). La eficacia curativa mostrada, la experiencia materna en el cuidado filial y la accesibilidad a los servicios de salud y a los medicamentos condicionan de manera muy importante la práctica terapéutica.

Estas racionalidades diagnósticas y terapéuticas de la cultura médica materna pueden construirse también si se analizan los criterios pronósticos, etiológicos o preventivos que condicionan la trayectoria de atención.

Condicionantes de la trayectoria de atención

Aquí cabe plantear de manera condensada los principales condicionantes que influyen en la configuración de la trayectoria de atención. Conviene subrayar que partimos de un enfoque estructural-relacional donde cada elemento adquiere sentido y significado en función de la dinámica del conjunto, y donde los aspectos epidemiológicos, socioculturales y económico-políticos se articulan y sobredeterminan entre sí y pueden enfocarse de una manera comprensiva en el nivel de los procesos microgrupales analizados.

El enfoque estructural-relacional supone entonces conocer la manera en que se van entretejiendo sus articulaciones y cómo participan diversos actores sociales (y se excluyen otros) que desarrollan determinados saberes sujetos a ciertas racionalidades que se van plasmando en los contextos particulares en los que se desenvuelve de una manera dinámica la trayectoria de atención. No se trata de identificar y asociar estos aspectos a través de una causalidad unívoca que considere los condicionantes como variables susceptibles de ser aisladas y/o cuantificadas de manera independiente o multifactorial, pretendiendo establecer el peso específico de cada uno de ellos de manera autónoma, pues eso conduciría, de alguna manera, a interpretaciones sesgadas o mecanicistas.

Para fines expositivos y analíticos, identificamos y organizamos cuatro dimensiones o estructuras que van orientando la trayectoria de atención y moldean la configuración de las decisiones y acciones de los conjuntos sociales. Estas dimensiones, que condicionan la composición y organización de la trayectoria de atención son: los saberes respecto al tipo de padecimiento, el perfil del enfermo, las condiciones socioeconómicas del grupo familiar y la estructura de recursos de atención accesibles. A continuación se analizan cada una de estas dimensiones a fin de mostrar la plasticidad y complejidad de su dinámica.

Saberes sobre el tipo de padecimiento

En primer término, reconocemos que el conjunto de saberes que la madre posee y maneja para caracterizar el tipo de padecimiento es una parte fundamental que da inicio al itinerario terapéutico, aun cuando se expresan durante todo el trayecto. Nos referimos a los saberes que posee la madre sobre las causas, signos y síntomas reconocidos (para establecer el diagnóstico, pronóstico y prevención del padecimiento), que se ponen en escena en una situación concreta de enfermedad y dan lugar a que "se activen" ciertas prácticas de atención que van orientando el itinerario terapéutico.

Este sistema de representaciones maternas permite tipificar el padecimiento a partir de una serie de categorías que le llevan a decidir entre autoatender o buscar atención profesional. En general, la detección de algún malestar en los niños corre a cargo, en primer término, de la madre u otra mujer cercana al grupo familiar, quienes manejan un cuadro diagnóstico o repertorio básico de signos y síntomas identificados/identificables, definidos según su presencia/ausencia, duración, frecuencia e intensidad, cuya recomposición se establece en cada padecimiento, lo que determina un diagnóstico inicial a veces provisorio.

La cadena diagnóstica identificada se sitúa en una escala de gravedad y se relaciona también con una posible causalidad (hipotética o verificada) que opera como indicador del tipo de padecimiento y de su pronóstico probable. En este sentido, son muy importantes los sistemas clasificatorios del padecimiento, que permiten caracterizarlo como contagioso o no, frío o caliente, frecuente o inusitado, recurrente o nuevo, grave o leve, crónico o agudo; o bien, si es una enfermedad susceptible de ser atendida por el doctor o requiere la atención de un terapeuta popular (como en los síndromes de filiación cultural), además en qué casos pueden participar indistintamente uno u otro (inclusive ambos tipos de terapeutas) y en qué casos la mujer puede manejar la situación a través de la autoatención.

Conforme transcurre la carrera curativa, la madre tiende a establecer un diagnóstico definitivo o final, en el que incorpora todos estos criterios además de la causalidad asociada, los diagnósticos emitidos por los curadores y/o la eficacia curativa de los tratamientos utilizados. Se ponen en juego los saberes aprendidos de diversas fuentes, ya sea a partir de experiencias previas (con hijos, hermanos, otros familiares), de lo prescrito por curadores (médicos, promotoras, parteras, curanderos, boticarios), por otras mujeres (su propia madre, suegra, vecinas, comadres), o bien a partir de otras fuentes de información (medios de comunicación, libros, revistas).

Las madres reconocen que el diagnóstico y la terapia deben ser oportunos y adecuados. En esta medida sus decisiones y acciones orientadas a buscar la atención profesional cuando se requiera, así como la instrumentación de los tratamientos prescritos, son imprescindibles no sólo para curar la enfermedad, sino para evitar un agravamiento, su complicación con otros cuadros o inclusive un desenlace mortal. En este sentido, se evalúan los resultados obtenidos en cada nueva experiencia y de una comparación o recuperación retrospectiva de sus experiencias previas; de tal forma que en la cultura médica materna se va configurando una historia social del padecimiento que es paralela a su historia natural.

Perfil del enfermo

Un aspecto que puede ser fundamental en la configuración de la trayectoria de atención tiene que ver con las caracte-

rísticas del enfermo, como son la edad y sexo, el orden de nacimiento, sus antecedentes personales de enfermedades (por decirlo así, *su historia clínica*), la vulnerabilidad, estado nutricional, estado anímico y actividad física. A partir de estos rasgos, la madre organiza las acciones a seguir y la premura con que se ha de actuar; cabe recordar que nuestra unidad de análisis en esta investigación se centró en las trayectorias de atención seguidas en episodios de enfermedad de niños menores de cinco años, por tal razón, el análisis que se presenta está referido para este grupo de edad, aunque la intención es que sea recuperado como un modelo que pueda ser útil para comprender cualquier trayectoria de atención.

La edad del enfermo condiciona de manera significativa el momento de inicio de la carrera y el recurso de atención a usar. La madre tiene clara conciencia de que cuando sus hijos son menores de un año la vulnerabilidad es mayor y el riesgo de complicaciones también se incrementa. Esta noción de riesgo y vulnerabilidad conduce a que la mujer actúe con mayor rapidez ante el primer indicio de enfermedad cuando el enfermo es menor de un año, y lo más frecuente es que decida iniciar de modo directo el itinerario terapéutico consultando al médico, y en menor proporción a otro terapeuta profesional, sin pasar por la autoatención doméstica o vecinal.

El orden de nacimiento del niño enfermo es trascendente en la forma y contenido de la trayectoria de atención, puesto que se vincula de forma estrecha con el número de hijos y la experiencia materna en la crianza infantil. En los casos en que el enfermo sea el primer y único hijo, al margen de su edad, es de esperar que la madre acuda con mayor rapidez a consultar al médico ante cualquier signo o síntoma identificado como atípico, evitando o limitando la autoatención en el grupo familiar. Conforme el número de hijos aumenta, la conducta de búsqueda de atención cambia de manera sustancial y la experiencia favorece que la mujer inicie la carrera curativa con la autoatención, fruto de lo que ha ido aprendiendo a través de los años con sus diferentes hijos. En el caso de las familias con mayor número de hijos, se observa que la autoatención es casi siempre la primera instancia y en muchos casos la única. Por tanto, las trayectorias de atención para un mismo padecimiento serán diferentes si se compara a familias con un solo hijo respecto de familias numerosas.

Otra característica del perfil del enfermo que se toma en cuenta es la vulnerabilidad del sujeto; es decir, su tendencia a contraer cierto tipo de padecimientos. Ello se asocia con el estado de ánimo, el estado nutricional y la actividad física del individuo, que contribuyen a disminuir el riesgo a enfermar. Al respecto, cabe señalar que desde el punto de vista de la madre, determinadas pautas de cuidado materno-infantil favorecen o limitan la incidencia y el desarrollo de la mayoría de los padecimientos de sus hijos pequeños, así como la capacidad de respuesta y recuperación del enfermo. El tipo de cuidados del niño que la madre haya prac-

ticado a lo largo de la primera infancia condicionaría la incidencia de los padecimientos a través de un efecto de prevención o predisposición a las enfermedades.

Se considera que las madres que permiten que sus hijos desde pequeños tenga ciertas conductas de exposición, como andar descalzos, mojarse, desabrigarse, comer de todos los alimentos, etc., propiciarían que esos niños generen defensas y tengan mayor resistencia a las enfermedades (efecto de prevención). Lo contrario sucede con niños "sobrepotejados", quienes no fueron criados de esa manera desde que tenían menos de un año y cuyas madres siempre "los cuidaron mucho", provocándoles de forma involuntaria una mayor vulnerabilidad a las distintas enfermedades o (aunque no se le denomine así) una menor inmunidad a éstas (efecto de predisposición).

Por tanto, a partir de estas pautas habría niños que aun con mayores cuidados fueran "más enfermizos" y otros que con menores atenciones comparativas tuvieran más "defensas adquiridas" durante el proceso de crianza temprana y, por tanto, serían "menos enfermizos". Como puede observarse, existe una representación de susceptibilidad individual a las enfermedades y se asume que habría un conjunto de hábitos familiares que podrían ocasionar el efecto de predisposición/prevención en los niños a padecer más o menos enfermedades, según el caso, en función de la vulnerabilidad/inmunidad adquirida en su primera infancia, con independencia de su estrato social.

Asimismo, parte de las conductas "sobrepotejadoras" tienen que ver con las formas de atención a las enfermedades instrumentadas por la madre, sobre todo si incluyen la atención médica o la medicalización excesiva, que a su vez se vincula con una representación de la medicina de paciente como potencialmente iatrogénica. Estas pautas de cuidado materno-infantil son fundamentales dentro de los criterios preventivos y también en las estrategias terapéuticas instrumentadas. La historia del cuidado materno se va entrelazando con las historias social y natural de la enfermedad que la madre construye a partir de los episodios específicos y de sus experiencias concretas, recuperando cómo se han enfermado sus hijos a través del tiempo y las variaciones en la atención brindada (en términos de recursos y terapéuticas diferenciales), evaluando y registrando sus respuestas individuales a las enfermedades, desde esta doble perspectiva temporal (sincrónica y diacrónica) que se refleja a través del itinerario terapéutico, en un proceso permanente de aprendizaje en el que las representaciones y las prácticas se actualizan, se reproducen y se transforman.

Características socioeconómicas del grupo doméstico

El estrato socioeconómico al que pertenece el grupo familiar es un condicionante clave para entender por qué la trayectoria de atención se da de una u otra manera, ya que la misma atraviesa y condiciona las otras dimensiones. Aquí

sólo se citan algunos elementos que son útiles para comprender su relevancia.

Las características identificadas incluyen el ingreso familiar, el nivel de escolaridad materna y paterna, la ocupación y la historia ocupacional de ambos jefes de familia, el ciclo de trabajo diario y la estructura de la vida cotidiana y la organización del tiempo libre, la estructura y composición familiar, el origen rural/urbano, el estatus femenino y, de manera muy relevante, la adscripción o no a algún sistema de seguridad social. También podemos identificar las redes sociales que intervienen a través del apoyo económico, emocional o laboral, como sistemas de referencia y consejo o incluso como proveedores de tratamientos específicos.

Las estrategias particulares practicadas por las madres de familia responden en parte a sus condiciones estructurales de vida y el modo en que cada una de ellas haga frente a la necesidad de resolver los problemas de salud/enfermedad/atención (s/e/a) variará de acuerdo a estas condiciones. En este sentido, puede decirse que la utilización preponderante de la autoatención por parte de ciertos grupos familiares aparecería en ocasiones como consecuencia de determinadas condiciones socioeconómicas desfavorables, que inducen a los conjuntos sociales a hacer uso de sus propias posibilidades de (auto)atención con obvias limitaciones. En los grupos familiares que cuentan con mejores condiciones socioeconómicas, donde no hay barreras de atención y la accesibilidad es mayor, se observa un incremento notable en la utilización de los servicios médicos institucionales, en detrimento de la autoatención.

En este sentido, la utilización de los servicios de salud se halla profundamente condicionada por las posibilidades económicas, disposición de tiempos personales y derecho a la seguridad social que en cada situación tengan las familias. La combinatoria de este conjunto de factores condicionarán de manera sustancial la consulta a uno u otro tipo de terapeuta. Sin embargo, en condiciones socioeconómicas relativamente similares, la utilización del servicio está dada por el bagaje de conocimientos que posea la madre, de sus preferencias por cierto tipo de medicina (popular o alopática), o bien que prefiera la atención pública o privada.

La importancia de la estructura socioeconómica se muestra no sólo en la secuencia de acciones desarrolladas para atender la enfermedad, sino también determina la incidencia de dichos procesos en la familia. Situaciones como la estructura del ciclo de trabajo diario de la madre condicionan la disponibilidad de tiempo para acudir a consulta, atender a los niños o dejar de ir a trabajar en estas situaciones.

Una de las variables que inciden de manera más relevante en los patrones de atención a la salud, tanto en las representaciones como en las prácticas, es el grado de escolaridad materna. Esta variable no debe ser pensada en términos de un indicador aislado, sino en la medida en que opera sobredeterminando otras variables como el ingreso, el número de hijos, la ocupación o la historia ocupacional, la incidencia de las enfermedades, la utilización de los recursos

para la salud y para la enfermedad, y el llamado capital cultural de la población. Se encontró, por ejemplo, cierta tendencia a mayor uso de la medicina alopática entre las madres con mayor nivel de escolaridad, y en sentido inverso, cierta preferencia a los recursos de la medicina "tradicional" entre madres con menor escolaridad, aunque todas conocían y usaban ambos tipos de medicina.

Será el conjunto de todas estas estructuras lo que permita analizar cómo se construye y cómo se actúa frente a los padecimientos. Es así como pretendemos reconstruir la dinámica de los procesos de hegemonización/subordinación de los modelos médicos.

Estructura de recursos de atención y los saberes terapéuticos

Los aspectos aquí considerados se refieren al sistema de representaciones sociales que la población tiene sobre las terapias, los terapeutas y los servicios de salud, así como cuál es la estructura de servicios de salud disponible tanto en términos del conocimiento que se tiene de ellos, la accesibilidad diferencial (como posibilidad) y por último el uso efectivo y oportuno que se hace de los mismos.

También se consideran los sistemas de saberes terapéuticos, que en específico tienen que ver con los tratamientos conocidos y/o usados para resolver el problema, los criterios que definen la selección del tipo de terapeutas a quienes consultar, y la evaluación de la eficacia terapéutica real o atribuida a determinados tratamientos, terapeutas o formas de medicina, en función de la respuesta del enfermo, las relaciones médico/paciente, los sistemas de clasificación de enfermedades y prácticas médicas, las ventajas y desventajas que ofrecen respectivamente y, en general, cómo evalúan las informantes sus posibilidades de acceso a los distintos recursos de atención, donde se privilegia una lógica de pragmatismo curativo vinculada a las condiciones de acceso real.

La trayectoria de atención expresaría una racionalidad pragmática orientada a lograr los mejores resultados en términos de la eliminación y/o limitación del daño, vinculada a la economía de costos y tiempos de atención, así como a la accesibilidad del recurso. Se aprecia también un alto pragmatismo en lo que respecta a la eficacia curativa, donde se aplica con mucha frecuencia la reformulación diagnóstica y/o terapéutica a partir de la lógica del ensayo y error.

En este sentido resulta estratégico el papel que desempeña la madre, ya que su experiencia es crucial para saber cuándo, cómo y qué tipo de instancia debe utilizarse. En el caso de las enfermedades infantiles, suele ser ella quien elige qué es lo que se quiere, se puede o se tiene que hacer, pero sobre todo, es quien al final opera esas decisiones. La selección realizada puede incluir de manera simultánea a varios curadores, puede continuar dentro de la autoatención, o bien, la madre puede modificar o suspender el tratamiento prescrito por el curador, en función de lo que ella considere mejor, idóneo o esperado de acuerdo a sus expectativas. Si

considera que la evolución del enfermo no es la adecuada en el tiempo que ella se ha fijado, puede decidir acudir a otro curador, suspender el tratamiento, complementarlo con otro o modificar la dosis prescrita; todo ello sobre la expectativa de cierta eficacia, en función de la evolución del enfermo en un tiempo delimitado. Es en esta racionalidad que podemos explicar el porqué de los tratamientos inconclusos (sobre todo los antibióticos inyectables), el no cumplimiento de la prescripción médica, la polifarmacia y la multiplicidad de instancias usadas.

Tales decisiones maternas deben ser entendidas como parte del sistema de transacciones que los conjuntos sociales establecen respecto a los curadores, en las que podemos identificar un espacio de decisión, un margen de maniobra donde van generando nuevas representaciones y prácticas, reconociendo o reconstruyendo las propias, en una permanente articulación con los saberes médicos hegemónicos o alternativos, pero con autonomía relativa. Dichas transacciones, entonces, deben analizarse a la luz de estas racionalidades y condicionantes que explican las prácticas y decisiones maternas.

Uno de los principales condicionantes que operan en la elección de los recursos alopáticos y populares se refiere a las posibilidades de acceso que la población tenga a éstos, en términos de distancias, tiempos, costos y si los sujetos son derechohabientes o no. Todo lo mencionado se conoce bajo los términos de accesibilidad geográfica, económica e institucional de cada uno de esos servicios.¹⁴ La accesibilidad geográfica considera el tiempo y la distancia a que se halle determinado servicio de salud. La accesibilidad económica se refiere al costo de la consulta a algún servicio de salud, que incluye los pagos por la consulta, medicinas, transporte, alimentación, así como los costos económicos indirectos por el tiempo invertido en la consulta, donde pueden incluirse la inasistencia al lugar de trabajo o la imposibilidad de comprar los alimentos en determinado lugar y día. La accesibilidad institucional se refiere a la posibilidad de las personas a tener derecho a la atención a partir de su adscripción nominal a algún sistema de seguridad social, porque ciertos recursos sólo son accesibles a la población derechohabiente.

La elección del recurso de atención se verá condicionada por las características socioeconómicas del grupo familiar y la situación específica en que se genere el episodio de enfermedad. Así, por ejemplo, si el grupo familiar tiene seguridad social y la madre dispone de tiempo, dinero y/o considera suficientemente grave el padecimiento, podrá optar por acudir a la seguridad social o inclusive a algún médico privado cercano y de confianza. Sin embargo, si no se dispone de seguridad social y/o de tiempo personal, entonces se tiende a elegir un servicio más económico o cercano, como un centro de salud local o municipal. La búsqueda de atención en hospitales de segundo o tercer nivel ocurre en casos de extrema urgencia, cuando se ha sufrido un accidente o se percibe que una enfermedad puede tener consecuencias mortales y requiere atención especializada,

a pesar de las dificultades de acceso y la necesidad de llevar una referencia médica, además de la distancia y el tiempo que se invierten en acudir a consulta.

Como es de suponer, la accesibilidad económica actúa como la principal limitante para la utilización de la medicina privada. Cuando no se dispone de tiempo, o no hay médico disponible en el centro de salud y la enfermedad es lo suficientemente preocupante para necesitar de manera urgente la atención de algún terapeuta biomédico, entonces se acude a un servicio privado, a pesar de la precariedad económica de algunas familias. Por su parte, las curanderas son consultadas para determinadas causas específicas y su atención no resulta tan costosa. Si bien se requiere tiempo para localizarlas, son un recurso bastante accesible en el que las relaciones interpersonales facilitan la atención. Además, hay reconocimiento de su especialización y su eficacia para tratar algunos padecimientos.

De esta forma, es evidente que la utilización de los servicios de salud se halla profundamente condicionada por las posibilidades económicas que tengan las familias en cada situación. Sin embargo, a partir de necesidades y posibilidades socioeconómicas relativamente similares, se opta por un esquema de utilización en función del tipo de padecimiento, del bagaje de conocimientos que maneje la madre, de sus preferencias por ciertos tipos de medicina (ya sea la popular o la alopática), o bien, su preferencia por la atención pública o la privada. En términos generales, puede decirse que la estructura del gasto en atención a la salud depende del tipo de enfermedades que se padezcan en el grupo familiar, en particular de la existencia de gastos médicos mayores (partos, intervenciones quirúrgicas, accidentes, etc.), de la adscripción o no a la seguridad social y, en última instancia, de los tipos de servicio a los que se acude.

En función de lo anterior, cabe afirmar que dadas las diversas barreras de acceso que ofrecen los servicios alopáticos y populares, la automedicación aparece como el recurso de atención donde la "accesibilidad" sería permanente o casi. Es decir que en la mayoría de los episodios de enfermedad, la autoatención opera como el real primer nivel de diagnóstico, atención y prevención; pero dicha estructura actúa también como la más accesible y permanente de todas las estructuras de atención que actúan a través de los itinerarios terapéuticos. La pauta más general en casi todos los padecimientos es una combinación y complementariedad de los distintos recursos de atención y de variadas prácticas terapéuticas en casi todas las enfermedades, donde la estructura de la autoatención es el eje que articula los diversos recursos institucionales y no institucionales.

Dichas estrategias serían instrumentadas con mayor frecuencia cuando la accesibilidad a los servicios alopáticos o populares, públicos y privados, no sea la óptima. En este contexto se piensa que una óptima accesibilidad implicaría un nivel socioeconómico relativamente alto, disposición de tiempo y adscripción a la seguridad social. Podemos concluir que una baja accesibilidad a los servicios de salud fa-

vorecerá el uso de la autoatención como estrategia básica en la carrera curativa. En sentido inverso, la mayor accesibilidad a los servicios posibilitará una mayor variedad de respuestas, pero al mismo tiempo condicionará una mayor medicalización en las madres de familia, lo que incrementa su dependencia respecto de los servicios de salud públicos o privados y en particular de los recursos alopáticos.

Otro aspecto muy importante a considerar en la elección de los recursos y tratamientos es la noción de eficacia atribuida a cada uno de ellos; la confianza o incluso la fe (en el sentido de credibilidad) que se pueda tener hacia ciertos tratamientos para que muestren su eficacia total. De alguna manera, lo anterior alude a un componente simbólico de la eficacia. Por ejemplo, se reconoce que en ciertas terapéuticas populares (sobre todo las que se enfocan a la brujería o al mal de ojo) y en las prácticas religiosas de sanación, se enfatiza el papel que juegan la fe y la convicción de los pacientes en la eficacia del terapeuta y la utilidad de sus tratamientos. En el caso de los fármacos y los médicos, tenerles fe resultaría menos relevante, aunque no por ello deja de estar presente, ya que el "creer" en ellos puede contribuir a la curación.

También hay un conjunto de representaciones sociales relacionadas con los posibles efectos iatrogénicos de la medicina alopática, donde al mismo tiempo se conjugan saberes provenientes del modelo biomédico y se reivindican las terapias populares y los remedios caseros. Podemos identificar la apropiación de categorías biomédicas ("disminución de la flora intestinal", "medicina/droga/adicción", "efectos sobre el producto") que reflejan ciertas reticencias al uso indiscriminado de los medicamentos de patente y, por ende, a la consulta médica alopática. Reiteramos que a pesar de expresar esta preferencia en sus representaciones sociales, lo que se refleja en la práctica materna es una tendencia a combinar tratamientos, terapeutas y formas de atención, con la lógica pragmática que tiene la expectativa de atender los procesos de salud/enfermedad en el menor tiempo y costo posibles, y con las menores consecuencias negativas.

Relacionado con lo anterior, se reconoce un ámbito de acción técnica especializado donde sólo los terapeutas profesionales (médico o curandero) son reconocidos como los expertos capacitados por sus conocimientos, métodos diagnósticos o determinadas técnicas y tecnologías terapéuticas y/o para determinadas causas de demanda, donde es imprescindible su intervención.

El hecho de que existan estos campos de especialización no excluye la posibilidad de que a lo largo de la trayectoria de atención haya superposiciones entre los mismos, ya que puede ocurrir que en un mismo episodio participen terapeutas biomédicos y populares, como lo demuestran el control prenatal simultáneo del médico y la partera en ciertos sectores sociales, o la frecuente recurrencia a curanderos por parte de pacientes que han sido desahuciados por el doctor, o la alternancia de consultas a diversos terapeutas en casos donde no se tiene certeza en el diagnóstico. Es obvio que existen ámbitos de atención donde la madre no está

capacitada teórica o técnicamente y ella reconoce estas limitaciones, a partir de las cuales circunscribe su propio ámbito de acción. Sin embargo, es necesario reconocer que los conjuntos sociales, y de manera particular las madres, incorporan (al menos en forma parcial) los saberes técnicos, sociales e ideológicos procedentes de la biomedicina y de otros modelos médicos complementarios, los resignifican, sintetizan y aplican de manera permanente a través de la estructura de *autoatención*.

En síntesis, puede decirse que la opinión que se tiene de los diferentes servicios de salud influye de forma significativa en su utilización, tomando en cuenta diversas variables como: calidad de la atención, costos de atención, relación médico-paciente; confianza, credibilidad y prestigio; eficacia curativa, especialización y capacitación técnica de los curadores; técnicas y tecnología médicas o curanderiles, accesibilidad del servicio, tiempos de atención (referidos a duración de la consulta, tiempos de traslado y espera), distancia del servicio de atención, disponibilidad del terapeuta, riesgo de sufrir iatrogenia, atención diferencial a padecimientos graves/leves o crónicos/agudos. Es el conjunto de estos elementos y su interacción lo que nos permite comprender la lógica que subyace a la selección de recursos de atención y condiciona en parte la dinámica de la carrera curativa.

En este sentido, la reconstrucción de las trayectorias de atención constituye un instrumento privilegiado para el análisis de las relaciones entre los modelos médicos, en la medida en que se plasman las síntesis, congruencias, contradicciones y adecuaciones entre las prácticas y las representaciones de los conjuntos sociales, además de que se posibilita el análisis de las relaciones entre diversos actores sociales, sobre todo las relaciones terapeuta-paciente.

Desde esta perspectiva, la autoatención como parte sustantiva de la cultura médica materna aparece como la estructura de atención más permanente, accesible y estratégica, cuyas decisiones y acciones resultan cruciales para la detección, atención y solución de situaciones de enfermedad en el ámbito doméstico. Es necesario enfatizar el carácter cognitivo, estructural y relacional de los procesos descritos, que expresan una determinada construcción sociocultural de los saberes maternos y cuestionan así el supuesto ideológico que tiende a "naturalizarlos" por ser cotidianos, o los considera nociones de sentido común inherentes al hecho de ser madre, como formas de expresión del "instinto materno". Este capítulo demuestra que la cultura médica materna posee racionalidades construidas en términos de sistemas de conocimiento y acción, además de que la plasticidad y dinámica de la trayectoria de atención son despliegues de dichos saberes.

Actividades de evaluación

1. Revisa en grupo las trayectorias de atención que muestra la autora en los cinco casos y discutan acerca de:
 - a) La presencia e importancia del saber médico.
 - b) Cuáles son las explicaciones que la madre elabora.
 - c) A qué tipo de terapéuticas recurre.
 - d) Qué condicionantes son los más importantes en la trayectoria.
 - e) La presencia e importancia de prácticas médicas tradicionales.

Para reflexionar...

LA ENFERMEDAD Y SUS METÁFORAS¹⁵

La enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más cara. A todos, al nacer, nos otorgan una doble ciudadanía: la del reino de los sanos y la del reino de los enfermos. Y aunque preferimos usar el pasaporte bueno, tarde o temprano cada uno de nosotros se ve obligado a identificarse, al menos por un tiempo, como ciudadano de aquel otro lugar.

No quiero describir aquí cómo en realidad emigrar al reino de los enfermos y vivir en él, sino referirme a las fantasías puni-

tivas o sentimentales que se maquinan sobre ese estado; no a una geografía real, sino a los estereotipos del carácter nacional. Mi tema no es la enfermedad física en sí, sino el uso que de ella se hace como figura o metáfora. Lo que quiero demostrar es que la enfermedad no es una metáfora, y que el modo más auténtico de encarar la enfermedad (y el modo más sano de estar enfermo) es el que menos se presta y mejor resiste al pensamiento metafórico. Sin embargo es casi imposible residir en el reino de los enfermos sin dejarse influenciar por las siniestras metáforas con que han pintado su paisaje. Aclarar estas metáforas y librarnos de ellas es la finalidad a la que consagro este trabajo.

Bibliografía

Referencias

1. Esteban ML (ed.) (2007). *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*. Bilbao: Ed. Osalde. Asociación por el Derecho a la Salud; OP Osasun Publikoaren, pp. 151-137.
2. Freidson E (1978). *La profesión médica*. Barcelona: Ed. Península, p. 244.
3. Twaddle A (1980). "Sickness and the sickness career, some implications". En: Eisenberg L, Kleinman A (eds.). *The relevance*

- of social science for medicine*. Dordrecht, Netherlands: D. Reidel Publishing Company.
4. Comelles JM (1985). *El papel de los no profesionales en los procesos asistenciales*. *Jano*, XXIX, 660 (H), 357-362.
 5. Arredondo A, Meléndez V (1992). *Modelos de utilización de los servicios de salud*. México: Salud Pública de México, 34 (1).
 6. Chrisman N, Maretzky T (eds.). *Clinically applied anthropology. Anthropologists in health science settings*. Dordrecht, Netherlands: D. Reidel Pub. Co. 437 pp.
 7. Kleinman A (1980). *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley, USA: University of California Press. 427 pp., pp. 51-52
 8. Werner JF (1996). "D'un itinéraire à l'autre ou les incertitudes du savoir ethnographique". En: Jean Benoist. *Soigner au Pluriel*. Paris: Karthala, pp. 363-392.
 9. Finnerman R (1989). "The forgotten healers. Women as family healers in an Andean Indian community". En: McClain SC (ed.). *Women as healers. Cross-cultural perspectives*. USA: Rutgers University Press, pp. 24-41.
 10. Goffman E (1988). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu, pp. 133, 141.
 11. Mechanic D (1961). *The concept of illness behaviour*. Pergamon Press Ltd. *Journal of Chronical Disease*, 15, 189-194.
 12. Osorio RM (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana. CIESAS-INI-INAH. Conaculta. 380 pp.
 13. Osorio RM (1994). *La cultura médica materna y la salud infantil. Síntesis de representaciones y prácticas sociales en un grupo de madres de familia*. Tesis de maestría en antropología social. México, D.F.: Escuela Nacional de Antropología e Historia. 398 pp.
 14. Coplamar (1982). *Necesidades esenciales en México*. 1a ed., vol. 4. Salud. México: Siglo XXI eds. 452 pp.
 15. Sontag S (2003). *La enfermedad y sus metáforas/El Sida y sus metáforas*. Buenos Aires: Editorial Taurus.

Lecturas recomendadas

- Brofman M (2000).** *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*. México: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Mendoza Z (2005).** *Dónde quedó el árbol de las placentas. Transformaciones en el saber respecto del embarazo/parto/puerperio de dos generaciones de triquis migrantes a la Ciudad de México*. *Revista Salud Colectiva*, 1 (21), 227-237.
- Mendoza Z (2006).** *Saberes de mujeres y varones triquis acerca de la crianza. Continuidades y cambios generacionales*. *Revista Salud Colectiva*, 2 (1), 47-59.

Selección y complementariedad de tratamientos en una pequeña ciudad argentina

Anatilde Idoyaga Molina

CAPÍTULO

21

Introducción

Este capítulo permite aproximarse a las representaciones culturales que se asocian con la selección y combinación de alternativas terapéuticas brindadas por las diferentes medicinas con que cuenta la población criolla y rural de San Juan. Es preciso decir, más que hacer hincapié en las diferencias socioeconómicas entre el sector mencionado y la población de mayores recursos o en la calidad de los servicios biomédicos a que acceden los unos y los otros para explicar las peculiaridades de los itinerarios terapéuticos, se pretende subrayar la incidencia de factores culturales. Además, se presta atención a los alcances y límites que los usuarios adjudican a cada terapia.¹ Asimismo, se analiza el modo en que las distintas medicinas justifican o rechazan la combinación terapéutica y su relación con los comportamientos de la gente. Al hablar de representaciones culturales no se hace referencia a aspectos cognitivos, sino a contenidos de conciencia intersubjetivos, en el sentido fenomenológico (sensaciones, percepciones, representaciones, conceptos, etc.), incorporando dimensiones emocionales y vivencias.

A fin de dar cuenta del tema en cuestión, al recabar la información se privilegia el análisis de casos reales de enfermedad y de los caminos terapéuticos seguidos concretamente por diferentes personas. Los materiales provienen de diversas campañas realizadas a partir de 1997.¹¹

El tema presentado aquí corresponde a diversos proyectos financiados por la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de la Nación y el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Agradecemos a dichas instituciones su auspicio y financiamiento.

La población rural que nos ocupa, conocida como criolla, se caracteriza por mantener una tradición cultural que sintetiza la dinámica histórica de antiguas creencias y prácticas europeas, aportadas desde los días de la conquista y colonización con los saberes y creencias aportados por las sucesivas olas inmigratorias, entre las que destacan las de los siglos XIX y XX. Los inmigrantes asentados en el área son, en su mayoría, de origen italiano, español y árabe.

La población rural vive principalmente de la cría de ganado, en especial caprino y ovino. El clima seco y de altura no favorece la agricultura, por lo que ésta se limita a pequeñas huertas, situadas en la propia vivienda. La lengua nativa

es el español y no se registran hablantes de otros idiomas. Aunque la escolaridad primaria es obligatoria, el abandono del proceso formal de instrucción es frecuente, lo que equivale a decir que los campesinos no siempre completan el primer nivel y son escasos los que acuden a la enseñanza secundaria.

Selección de terapias en un sistema etnomédico

De acuerdo con nuestra propuesta —con soporte en algunas ideas de Good— un sistema etnomédico está formado por el traslape de la biomedicina, las medicinas tradicionales, el autotratamiento, las terapias religiosas y las llamadas de alternativa.^{1,2}

En San Juan, al igual que en el resto del país, la **biomedicina** en su versión alopática pretende llegar a la totalidad de la población con un servicio médico gratuito a través de su organización en hospitales y centros de salud, estos últimos se clasifican en cinco niveles de creciente jerarquía, los ubicados en las ciudades, muchas veces en la capital provincial, son los de mayor complejidad, mientras que los más alejados se limitan a una suerte de salas de primeros servicios, sólo son asistidos diariamente por enfermeros y agentes sanitarios, y reciben la visita semanal de un biomédico.

Los **terapeutas tradicionales** son los curanderos o médicos rurales cuyo saber y prácticas sintetizan tradiciones terapéutico-rituales, en su mayoría de raigambre católica, con los conocimientos de élite que los inmigrantes europeos aportaron en los días de la conquista, más los saberes tradicionales y populares aportados más tarde con las grandes inmigraciones de los siglos XIX y XX.

El curandero, al igual que el chamán indígena, posee un poder y un saber especiales que le permiten realizar diagnósticos y ejercer la terapia, además de otras actividades. Existen diversas técnicas para lograr el diagnóstico del mal, entre ellas figuran la lectura de la orina del paciente, la lectura a través de las cenizas del cigarrillo, la lectura del agua colocada en un recipiente, la lectura de cartas y, en las tierras altas, más al norte, la lectura sobre las hojas de coca arrojadas en puñados por tres veces. En cuanto a la terapia, se espera que el curandero sane cualquier enfermedad, incluso que sea capaz de deshacer daños, causa de muchos

males y aun de muertes, desde el punto de vista de los campesinos. Cabe acotar que las nociones relativas a la salud, la enfermedad y las prácticas del curandero y de la medicina casera de San Juan son muy similares a las del noroeste argentino.^{III}

Las curaciones de estos especialistas incluyen normalmente tratamientos sobre la base de recetas tradicionales, la mayoría preparadas con vegetales, aunque también pueden incluir grasas animales y elementos minerales, a éstas se suman fármacos de laboratorio, que el mismo especialista recomienda. La terapia involucra también aspectos rituales que varían según la enfermedad y las modalidades particulares de cada practicante.

El curandero es, en el imaginario social, un personaje ambivalente, respetado y temido, ya que puede ejercer tanto la terapia como hacer daño. La ambivalencia del curanderismo como institución, más allá de las decisiones y actividades de cada sanador particular, permite que los especialistas manipulen a los pacientes y actúen de un modo que admite interpretaciones contrapuestas entre lo bueno y lo malo, lo admisible y lo censurable.

Yo me casé con un hombre con 10 años de separado. En una oportunidad vino un curandero de San Luis, era curandero porque venía a curar. La casa donde se instalaba era la de una amiga mía. Él me hizo llamar y me dijo que la ex mujer de mi esposo le había ofrecido plata, mucha, a cambio de hacerme daño para que mi marido me dejara. Me pidió dinero para no hacerme daño y protegerme. Yo le contesté que no, le dije: "Si es de Dios que mi matrimonio se deshaga, que suceda, soy una mujer resignada. Si usted se atreve a hacerme daño, hágalo". Pienso que no me hizo daño. El curandero se sorprendió porque no acepté su trabajo. Los curanderos hacen daño y también curan. (Zulma).

El relato muestra un caso de extorsión, al menos así lo vivió la mujer, en virtud de que detrás de la oferta de brindar protección, se escondía una amenaza de daño y el interés en cobrar por la labor protectora a realizar. Explícita además la posibilidad de que los curanderos hagan maleficios por encargo. A la vez, el episodio puede ser justificado por el curandero o quien quiera argumentar a su favor, sosteniendo que la mujer estaba en riesgo real y que la protección era conveniente para neutralizar los malos deseos de su oponente o del daño que ésta pudiera encargar a otro especialista.

Otra forma de terapia es la de la **medicina casera** o **autotratamiento**, practicada por legos y sobre la base de la reciprocidad comunitaria a diferencia de la medicina del curandero que se paga.

No cabe duda de que esta medicina, que incluye el saber de parientes, amigos y miembros de la comunidad, es la primera opción terapéutica a la que recurre la población de las áreas rurales de San Juan, de modo similar a la mayor parte de la gente en las más diversas sociedades.¹ Los criol-

los poseen un rico conocimiento sobre recetas y prácticas vernáculas que les permiten asistirse sin dejar su aldea.

La mayoría de las personas conoce cómo preparar varios remedios en los que se utilizan elementos vegetales, raíces, tallos, hojas o la planta en su totalidad, y que se hierven para extraer los principios activos y luego se beben, se preparan como infusiones, se agregan a comidas, se adosan a cataplasmas, a baños de asiento o se colocan directo sobre la parte afectada. Los líquidos preparados y las infusiones pueden estar hechas sobre la base de un solo vegetal o combinar varios según el diagnóstico del mal, expresado habitualmente como dolor de un órgano o de una zona del cuerpo.

Algunos vegetales considerados cálidos, como la sacancia, se usan en infusiones para dar masajes en músculos contracturados o doloridos.^{IV} Lo habitual es moler el vegetal, agregarle aceite o grasa, hasta que se forme un ungüento con el que se dan las friegas, que procuran calentar la zona tratada. Entre las hojas que se aplican sobre el cuerpo figuran la del durazno para la comezón y la de los picantes para cicatrizar. En estos casos lo más común es masticar la hoja para que fluya el líquido y luego se coloca sobre la lesión. En fin, existe una enorme cantidad de recetas cuyo detalle supera los límites del trabajo presente.

Suelen usarse, como dijimos, minerales y grasa de animales como la del puma para masajes y la de gallina, que derretida y mezclada con azúcar tostada o con miel se toma para el dolor de garganta.

La cataplasma de toronjil sirve para el dolor del corazón, se calienta la cataplasma y va lanzando un vapor que alivia. Mi tía se curó así una vez cuando le dolía el corazón. El toronjil se planta en huerta, no crece en el campo. Se usa la hoja y el tallito. (Nicolasa).

Yo les doy a mis hijos yerba mota para el estómago, se usa para la diarrea y la frialdad de estómago. (Zulma).

La medicación con fármacos vegetales requiere un prolijo y adecuado análisis de las manifestaciones del mal, ya que la mera molestia o dolor de un órgano no refiere de por sí un vegetal o una infusión determinados. Así, por ejemplo, los actores distinguen claramente el "ardor de estómago", dolencia cálida para la que se recomiendan infusiones de la hierba barba de piedra, del "frío de estómago", dolencia fría para la que se recomiendan las infusiones de ruda o yerba mota.³

La barba de piedra es para el ardor de estómago. (Etelvina).

La ruda se toma para el dolor de estómago, cuando hay frío en el estómago. Se toma como té, hay que hervir la hoja. El frío al estómago viene cuando la persona come algo helado o tiene frío y come, entonces se hace frío. La ruda sirve también para dolores menstruales. (Nicolasa).

Este saber y prácticas médicas caseras incluye, además, otras técnicas como la "cura de palabra". Distintas personas "poseen" fórmulas para curar diversas enfermedades como

las quemaduras, el empacho, la abertura de carnes, el susto, la hernia, la angina, las verrugas, etc. Estas fórmulas por lo general sólo pueden transmitirse en viernes santo y, muchas veces cuando el poseedor ha decidido dejar de usarla, la transfiere a otra persona a modo de don. Algunos sostienen que aquel que enseña sus fórmulas pierde la posibilidad de curar mientras que otros consideran que si la transmisión se hace siguiendo la técnica pautada, observando los recaudos necesarios, el poseedor no pierde sus capacidades. La fórmula debe repetirse tres veces durante tres días consecutivos, si bien son secretas pudimos recoger algunas, lo que permite afirmar que se invoca y se pide a las deidades del catolicismo (Cristo, vírgenes y santos), de modo que la cura se conceptúa como muestra de su poder. A modo de ejemplo se cita una fórmula posible: "Que se vaya el mal y que entre el bien como hizo Jesús en Jerusalén". En este caso, la mención a Jesús y sus acciones opera como referencia mítica fundante y actualizable a través de la palabra.

El hecho de que numerosas enfermedades se curen de palabra no es para pensar que un solo individuo sepa curar todos los males, en la práctica una persona sólo cura una, dos o tres enfermedades, sólo el acervo de la comunidad en su conjunto permite tratar numerosos males. Tanto el uso de vegetales como las fórmulas "de palabra" se utilizan en una gama de actividades más amplia que la terapia, así, por ejemplo, la ruda y la contrahierba se usan para resguardar espacios y para impedir daños. Existen fórmulas para conjurar las tormentas y proteger los cultivos. Vale decir, fórmulas y vegetales cumplen una función preventiva y purificatoria además de terapéutica.

Hay también especialistas específicos, como los hueros que atienden las quebraduras y expertos en zafaduras, quienes reubican en el lugar correcto la rodilla, el hombro, el pie o el hueso que estuviera dislocado. Esta medicina es comunitaria desde la perspectiva de la práctica, dado que el saber repartido entre los miembros del grupo local opera por medio de la reciprocidad —directa o indirecta— en provecho colectivo y tiende, por ende, a la cohesión social. Es además gratuita, a diferencia de las labores realizadas por los especialistas tradicionales. El autotratamiento tampoco hecha sombras de sospechas al conocedor de cual o tal fórmula, o de los procedimientos para preparar remedios. He aquí otra diferencia respecto a los ambivalentes curanderos, quienes de uno u otro modo ejercen alguna clase de poder sobre sus pacientes.

Entre las **curas religiosas** ganan espacio en San Juan, al igual que en el resto del país, las practicadas en los cultos carismáticos y evangélicos. En ellos la terapia se centra en la oración y la imposición de manos sobre el cuerpo del doliente, invocando el poder de Dios o del Espíritu Santo. Las conversiones a los credos de referencia son muy comunes en los sectores populares, aunque también ganan feligreses en los sectores más educados y de mayores ingresos.

Entre los motivos de conversión, si bien figuran las sanaciones, se destaca la solución a otros problemas existen-

ciales como los relacionados con lo económico, el trabajo y los vínculos familiares o afectivos.

A diferencia del área metropolitana y de la provincia de Buenos Aires, de las del litoral y de las del noreste argentino, en San Juan no se registra participación de la población rural en cultos afroamericanos. Sin embargo, éstos han llegado a las ciudades capitales del área cuyana y del noroeste argentino.

En lo que hace a las llamadas **terapias de alternativa**, cabe destacar que se ofrecen variadas opciones que han alcanzado buena clientela entre los sectores sociales medios y altos. Su costo y su carácter ciudadano impiden su rápida divulgación entre la población criolla. No obstante, los campesinos conocen estas posibilidades, ya que escuchan programas radiales sobre el tema, en los que autodenominados parapsicólogos o médicos naturistas, ofrecen servicios terapéuticos y, en general, ayuda para remediar cualquier clase de circunstancia negativa por la que atravesase el individuo. Estos programas suscitan interés sin importar sexo ni edad de los oidores. Sólo unos pocos han visitado a estos especialistas en la ciudad de San Juan.

Primero el autotratamiento

De este mosaico de opciones terapéuticas, la población rural recurre sin duda al autotratamiento como primera solución, luego se opta indistintamente por la biomedicina y los curanderos tradicionales. Lo más frecuente es que se consulte a uno y a otro en forma simultánea. Si el mal persiste se multiplican las consultas a biomédicos y curanderos, a la vez que aumentan las posibilidades de que el doliente recurra a la cura religiosa, de la cual no pocas veces resulta la conversión.

Lo expuesto significa que, en la mayor parte de los casos, la enfermedad se cura con infusiones, fórmulas rituales u otras alternativas tradicionales en el contexto de la familia y la aldea. La biomedicina es sólo la primera opción terapéutica en el caso de quebraduras y heridas graves.

El diagnóstico inicial de la enfermedad, expresado en el dolor de tal o cual órgano, catarro, tos, gripe o lo que fuese, es realizado en el contexto familiar en el que se decide el primer tratamiento. Si éste fracasa y el mal persiste se inicia un camino diferente en busca de un nuevo y acertado diagnóstico, que traiga la sanación.

La recurrencia a la medicina casera o al curandero genera muchas veces conflictos entre los biomédicos y los pacientes. Los primeros, en términos generales, desdeñan las prácticas de la medicina tradicional y ponen el acento en su formación profesional, piensan que basta con su discurso para fundar el rechazo a las otras medicinas y entienden que el modelo biomédico es la única herramienta válida en los problemas concernientes a la salud. Esto no sólo sucede en San Juan o la Argentina, sino en la mayoría de los lugares de encuentro multiétnico e intercultural.^{1,2,4-11}

A fin de resguardarse de críticas y presiones, cuando los pacientes concurren al hospital o al centro de salud

oci
mi
va
ofi
do
cu
me
po

tiv
ra
na
y
la
ci
cu
ur
ta
sc

{
I
C
I
e
c
l

ocultan los tratamientos a los que se han sometido. Ocultamiento que debe entenderse como una estrategia adaptativa de la población al modo en que funciona la medicina oficial, al que alguna vez se definió como un ingenuo y fallido intento deculturativo del otro,² vale decir del usuario cuyas representaciones culturales sobre la salud, la enfermedad y la terapia no sólo son diferentes a las sustentadas por la biomedicina, sino también a veces contradictorias.

Es mejor callarse cuando uno va al médico porque se enoja. Si uno cuenta que tomó un té el médico le contesta: ¡Bueno, seguí tomando el té, y curate vos! (Nicolasa).

Más allá de la actitud de los biomédicos, el valor positivo que la población atribuye a la medicina casera y al curanderismo se mantiene vigente. Por su parte, las medicinas religiosas y alternativas cuentan también con prestigio y una valoración positiva. Valoración que se ve reflejada en las actitudes de la población que trata sus dolencias seleccionando y combinando las terapias que le parezcan adecuadas. De hecho, la combinación de distintas medicinas es una de las estrategias preferidas, que se sigue implementando en forma oculta a los biomédicos, aun cuando la persona hubiera sido hospitalizada.

A una señora que estaba internada por el corazón, le dieron toronjil y pudo volver a la casa. Dejó de tomar toronjil y la volvieron a internar y le pidió toronjil a un familiar para que le llevara al hospital y se volvió a sanar. (Etelvina).

El (bio)médico dice que la nena tiene no sé qué, y que hay que operarla, pero en el otro piso del hospital encontré una señora que la está tratando por mal de ojo. (Natalia).^v

Anoche vino el curandero al hospital para tratar a esa señora, dicen que tiene un daño, él estuvo trabajando. Vino a la noche porque ya no hay médicos, una de las enfermeras sabe, pero no dice nada. (Bernarda).

Búsqueda de complementariedad

Los relatos muestran cómo la población rural convive con dobles diagnósticos y tratamientos, los de la biomedicina y los de las medicinas tradicionales. Complementariedad terapéutica que le permite atribuir la cura —si ésta sucede— a una medicina particular, o justamente a la combinación, opinión que por supuesto no compartirían los biomédicos, hecho que no preocupa a los pacientes, quienes hacen caso omiso a las explicaciones de los profesionales.

La papa de zorro se parece a una sandía, es amarga, tiene que limpiarla con un trapo y si la corta queda seca, queda como un arrocito, hay que tomarlo en ayunas como un comprimido. Sirve para bajar el azúcar, para diabetes, se toma un grano por día en ayunas. Mi mamá le conversó en el hospital al niño y le convidó y le bajó el azúcar a cero. (Etelvina).

A mí me curaron el infarto como abertura de carnes, tenía tajo en el corazón. Los médicos no me dejaban hacer nada y ahora amaso. (Etelvina).

Por otra parte, esta combinación terapéutica echa por tierra la idea de que la complementariedad entre la biomedicina y las medicinas tradicionales se funda en el tipo de enfermedad que afecta al doliente. Algunos investigadores han propuesto que la elección de una u otra medicina depende de que el enfermo padezca un mal tradicional —envidia, daño, ojeo, susto, etc.—, caso en que se consulta al curandero, o de que se padezca una enfermedad occidental, caso que determina la concurrencia al biomédico.^{12,13} De hecho, no existe una doble concepción de la enfermedad, sino una sola, son sólo los nombres de los padecimientos los que son referidos con términos tradicionales y expresiones biomédicas. Así, cualquier episodio de enfermedad es visto por el curandero en el marco de sus representaciones y, por ende, definido como tratable por él. El mismo episodio considerado por el biomédico es explicado por la medicina académica y, por ende, tratable por sus profesionales.¹⁴

Es cierto que los especialistas tradicionales suelen argüir un discurso de complementariedad entre sus prácticas y las de la biomedicina, afirmando que ellos tratan males como el susto, la culebrilla, el empacho, el ojeo, etc., de los que no se ocupa la biomedicina. Hecho que niega la praxis, puesto que cualquier dolencia puede ser definida y tratada en términos de la terapia curanderil, pero constituye una estrategia adaptativa de supervivencia de los curanderos en el sistema global. Se trata de definir su campo de acción fuera de la competencia del biomédico a fin de neutralizar acusaciones de ejercicio ilegal en la atención de la salud.

Lo dicho no quiere decir que no existan derivaciones entre biomédicos y curanderos. De hecho, cuando los últimos presumen que el paciente necesita ser intervenido quirúrgicamente o tratado por heridas, quebraduras, esguinces o problemas similares envían al consultante al hospital. También los biomédicos, en especial los que tienen experiencia en áreas rurales, mandan niños al curandero en casos de empacho u otros males en los que reconocen la eficacia de la terapia tradicional. Es ésta la única aceptación de complementariedad que se advierte en la medicina oficial.

Los diagnósticos y los tipos de tratamiento buscados se multiplican cuando persiste la enfermedad. Un ejemplo interesante que muestra varios diagnósticos biomédicos y de la medicina tradicional es el de Elvira, una adolescente de Iglesia (provincia de San Juan),¹⁵ quien primero fue tratada por "abertura de carnes" según los criterios de la medicina casera o autotratamiento. Más tarde le diagnosticaron reumatismo y leucemia en dos hospitales diferentes, mientras que Felipa —una de las curanderas más afamadas de la provincia de San Juan— diagnosticó enfermedad de garganta, derivándola a la biomedicina y otra curandera problemas en los huesos, las dos últimas aludieron además que la niña había sido objeto de un daño y plantearon la gravedad del mal.

Tomando este ejemplo, interesa destacar que el diagnóstico y la percepción de la enfermedad son dinámicos, lo que se inició como "abertura de carnes" culminó siendo un daño después de la muerte de la joven y, en el ínterin, después de un breve periodo de recuperación asociado al tratamiento biomédico, padecía de reumatismo. El desenlace de la enfermedad, fatal o no, permite refigurar y reinterpretar el proceso completo, lo que en un principio fue tomado como un diagnóstico correcto se convierte en diagnóstico fallido, y aquél que se vincula a la sanación es el diagnóstico adecuado, fuese hecho por el biomédico o el curandero.

Desde la perspectiva de la praxis de los actores no hay episodios de enfermedad que deban tratarse con una medicina específica (bio o tradicional), sino más bien autotratamientos y luego nuevas opciones según se desarrolle el proceso, existen diagnósticos sucesivos que sólo son convalidados con la salud del paciente. Dicho de otro modo, si el enfermo se cura con el autotratamiento, el mal será dolor de hígado, un aire, presión, abertura de carnes, anginas, gripe, tos o lo que se hubiese diagnosticado. Si el doliente continúa enfermo, el mal pasará a ser otro, tantas veces como diagnósticos y tratamientos redefinan la enfermedad. El final del proceso permite reinterpretar y definir la naturaleza de la dolencia desde el inicio.

Cuando la enfermedad se torna un complicado proceso, la importancia de los "síntomas" para establecer de qué mal se trata se desvanece por completo y cobra relevancia descubrir y precisar el origen de la dolencia. El "síntoma" se transforma en una manifestación engañosa de la causa verdadera. Un ardor de estómago ya no será un empacho, sino el resultado de la acción de un brujo que está afectando a la persona. Tal descubrimiento no puede hacerse a partir de las manifestaciones del mal, sino de las técnicas diagnósticas del curandero, que podrá ver, incluso mostrar a su paciente, quien lo está dañando. El cuadro de la dolencia tiene importancia cuando la afección responde a causas naturales, pero cuando las causas involucran ideas de poder y acciones intencionales de daño, descubrir el origen del mal es central para proceder a su neutralización y cura.

Si la enfermedad culmina con la muerte del paciente, entonces la interpretación tradicional de brujería y maleficio se acreditan como la única explicación del hecho.

Los médicos la trataban por reumatismo, pero yo creo que murió por daño. El daño que no se toma a tiempo mata, igual que otra enfermedad. (Zulma).

La idea de que la muerte deviene de una dolencia provocada intencionalmente implica que todos los diagnósticos biomédicos que no restauren la salud se consideran equivocados. Por tanto, desde la perspectiva de los campesinos, la cantidad de diagnósticos biomédicos fallidos es notoria. Explicación que puede no ser correcta, pero que incide en el valor reconocido a la biomedicina. Por otra parte, en lo que hace a las representaciones, los campesinos

afirman que el daño es sólo tratable y sanable por los curanderos, pues la terapia implica aspectos rituales como deshacer el maleficio, la purificación del paciente, la recomposición de los vínculos sociales, etc., vale decir, un conjunto de actividades que exceden en mucho a la práctica biomédica. Lo que no quiere decir que ante un diagnóstico de daño se abandonen las consultas y tratamientos biomédicos y se ponga al paciente en manos del curandero, sino que la duplicidad de diagnósticos y tratamientos seguirá hasta el final con la recuperación de la salud o la muerte del enfermo, final que permite redefinir todo el proceso desde esta nueva perspectiva.

Otro ejemplo en que el camino terapéutico incluye la medicina casera, la del curandero, y la biomedicina se encuentra en el de la madre de una de nuestras informantes:

Cuando mi mamá estaba grande fuimos a ver a Felipa, y en ese momento ella había salido a la ciudad. Un señor que estaba ahí dijo que se había ido y nos dio la dirección donde estaba. Fuimos, mucho conversé con ella. Mi mamá sufría de los huesos y Felipa, la curandera, dijo que ante Dios todo es posible. Desde los cuarenta y cinco años sufría de los huesos. Le dio unos yuyos la Felipa a mi mamá y tiró un tiempo más. La hija [de Felipa] debe haber aprendido [a curar]. Nosotros la necesitamos dos veces por lo de mi mamá, Felipa nos dijo que volviéramos para ver si se aliviaba un poco y volvimos porque se alivió. Los yuyos había que comprarlos en la herboristería de San Juan. A mi mamá también la atendía el médico, no le decía nada, le daba remedios y remedios y ño decía nada, mientras le pagaran la consulta no decía nada. A ella la trataba el médico, yo la llevé también a Felipa porque uno hace todo lo posible para que la mamá se sane. El médico la trataba de los huesos, porque lo que mi mamá tenía era reumatismo. La Felipa le dio unos yuyos pero dijo que ante Dios es todo posible. La Felipa también dijo que mi mamá estaba enferma de los huesos, los huesos se empiezan a deformar. Como ella ve las aguas [hace el diagnóstico observando el orín] ve cada parte, donde iban las coyunturas, ahí quedaba muy clarito, y ella me iba diciendo aquí y aquí. Mi mamá vio varios médicos siempre en la ciudad, mi hermana la llevó porque ella tenía la obra social de PAMI, iba al sanatorio. Siempre la veía el Dr. Oliva y el Dr. Freiberg, también la trataban del corazón. El Dr. Vedia era traumatólogo. Siempre tenía presión alta, tenía agitado el corazón. Para la presión se puede comer ajo. Hay un médico que era de Córdoba, que cuando me subía y me bajaba la presión, me dijo: "Le voy a dar un consejo, pero no le diga a nadie porque si no van a decir que soy curandero. Cuando haga sopa eche un poquito de cola de caballo (una hierba)". Y así se me regularizó la presión. A mi mamá había noches que le dolían los huesos, yo buscaba romero y hacía humito. Echaba ruda, romero y azúcar, yo levantaba la colcha y hacía que el humo le fuera a las piernas. Fuimos con Paredes [curandero de la localidad de Los Berros] con mi mamá para que la atendiera. Antes de Paredes fuimos con otro curandero de San Juan que le mos-

tró el daño y la persona que lo había hecho en las cenizas de un cigarrillo. Era un daño porque se le hinchaba la rodilla con la forma de la cabeza de un chancho. ¿Qué enfermedad puede tener esa forma? Le hicieron daño por envidia, mi madre era una mujer trabajadora, de su casa. El que le hizo daño es de aquí. (Zulma).

El camino terapéutico incluye la consulta a varios biomédicos y varios curanderos y el tratamiento con la medicina casera. En este caso los curanderos no sólo coinciden en que se trataba de brujería, sino también que el mal se había centrado principalmente en los huesos. Es interesante destacar que doña Felipa dio a la enferma por desahuciada, al indicar que estaba a merced de la voluntad de Dios. Para la biomedicina la paciente murió por su enfermedad en los huesos, aunque padecía de otros males y era tratada por varios biomédicos en forma simultánea, en apariencia nunca hubo disparidad en los diagnósticos, la que en algunos casos —como el de la adolescente Elvira, recién mencionado— alcanza niveles alarmantes.

De acuerdo con los actores, los remedios recetados por la curandera le permitieron seguir viviendo por un tiempo, a la vez que le aliviaban el dolor. Esta última capacidad se atribuye también al sahumero de la medicina casera, por el contrario, la alusión a los fármacos de laboratorio connota más una ingesta sin sentido que la valoración positiva de un tratamiento terapéutico. Si bien la interpretación negativa de los efectos secundarios como enfermedad es un hecho común, al igual que la queja acerca de que estos fármacos curan un mal, pero provocan otro, en el relato se resalta el silencio del biomédico, que restringe la terapia al consumo de fármacos y, por ende, no deconstruye emocional y socialmente la enfermedad, tanto por falta de contención como por la carencia de explicaciones entendibles por el paciente y su familia. Este absoluto y total silencio es el mayor reproche de Zulma, acostumbrada a entender la enfermedad como un hecho físico, pero también emocional y familiar. Desde esta perspectiva, la biomedicina se contraponen a la práctica del curandero, que abunda en explicaciones con significado para el usuario y su contexto de parientes y amigos. Así, doña Felipa mostraba el fundamento de su diagnóstico a través de la lectura de las aguas, a la vez que explicaba sus recetas, se preocupaba por la mejoría o el alivio de su cliente y era capaz de decir que se trataba de un caso sin esperanzas. Por otra parte, la terapeuta tradicional, al explicar el problema de los huesos refería su origen en un daño intencional, otro de los curanderos incluso hizo que la paciente descubriera en las cenizas de un cigarrillo al causante de sus penas. Los curanderos brindan discursos con sentido para los actores, pues ubican al mal en el seno del contexto social, como expresión de maldad, de envidia y del poder de los brujos, ideas que el doliente entiende, comparte y que definen su campo de lucha, sus posibilidades de sobrevivir y presentan la enfermedad en términos inteligibles.

Es el carácter holístico de las medicinas tradicionales una de las virtudes que sus usuarios más aprecian. Por el contrario, la biomedicina carece de esta perspectiva totalizadora, hecho que alienta la combinación terapéutica. Tan es así, que aun en circunstancias en las que el paciente considera que el tratamiento biomédico ha sido eficaz, suele completarlo con el tradicional. En casos de quebraduras o heridas que requieren cirugía, ocasiones en las que se prefiere la biomedicina, una vez completada la curación los enfermos suelen acudir al curandero para que sea él quien atienda los aspectos espirituales o sociales del mal, como el susto o los deseos negativos que se asocian a la dolencia.

Tuve un accidente, cuando viajaba en camioneta me llevaron al hospital y me curaron las heridas y el brazo que se había quebrado. Cuando salí del hospital, fui a ver un curandero, él me dijo que había tenido el accidente por la gente que envidiaba la camioneta. Entonces me trató para que no me llegara la envidia, y desde ese tiempo no me pasó más nada. (Fernando).

Mi hijo estuvo en terapia intensiva, los médicos dicen que se curó, pero él quedó asustado. Soñaba; no podía dormir, se asustó con todos esos aparatos que le pusieron, no quedó sano. Por eso cuando salió del hospital lo llevé a un curandero y ya le sacó el susto. (Miguelina).

En el primer texto, la consulta al especialista tradicional coloca a la enfermedad en el horizonte de representaciones culturales del actor social al situarla en el campo de la envidia, a la vez que proporciona un tratamiento adecuado. Para curar y prevenir este mal se recomiendan habitualmente sahumeros y aspersiones con ruda y contrahierba, cintas rojas, e infusiones vegetales, el curandero realiza por su parte el ritual correspondiente. En el segundo caso, es el tratamiento biomédico el que provoca la enfermedad y, por ende, el que genera la atención del curandero. Ambos, en definitiva, muestran motivos por los cuales se recurre a la complementariedad terapéutica, los que implican la reelaboración de la experiencia en el hospital y de los predicados biomédicos, en el marco tradicional.

La combinación de terapias expuesta en estos ejemplos se funda en los campos diferenciales que atienden una y otra medicinas. Sin embargo, más allá de una mera sumatoria, la concepción de la enfermedad como fenómeno orgánico, emocional, espiritual y social, así como el carácter totalizador de la cura explican la eficacia y la continuidad de las medicinas tradicionales en la selección de alternativas terapéuticas.

Un hecho común es también la continua recurrencia a la medicina casera tanto en forma paralela a la biomedicina, como para completar un tratamiento:

La cataplasma de jarilla se usa para la puntada, se pone rociada con vino en ceniza caliente arriba del dolor. El vino se rocía en forma de cruz. Se calienta una alpargata y

se la rocía con vino, se entierra la alpargata en ceniza y se pone la alpargata envuelta en el pulmón. La enfermedad es una herida en el pulmón, por eso a veces sale sangre. A mí me agarró neumonía por un viento zonda muy fuerte, estábamos plantando tomate. A la novecita empecé con tos y con fiebre, y yo no me podía mover. El médico dijo que casi me había pasado la neumonía al otro pulmón. Así que estuve 40 días en la cama. Me traté con el médico y con la cataplasma también. (Rosario).

Estuve siete días internada, me llevaron con infarto, ahora tomo uña de vaca, que traje de Chile. (Etelvina).

Tenía abertura de carnes, fui al médico y me dio remedio para el estómago y fui a un vecino y me curó de palabra, me dijo que me pusiera un paño caliente, me dijo que no hiciera fuerza. Después me curó Juanita, ella me dijo que se estaba cerrando ya. (Rosario).

Combinatoria de opciones

Es claro que la combinación de medicinas responde tanto a las complicaciones de cada proceso, como a las nociones mismas de enfermedad y terapia. En cuanto al concepto mismo de enfermedad, es notorio que se articula en una doble explicación, implica tanto una intención como causas naturales. La etiología refiere una intención cuando el mal resulta de la envidia, del ojeo y de daños realizados por especialistas, brujos o los propios curanderos a quienes algunos de nuestros informantes otorgan un poder y un saber ambivalentes, serían seres capaces de ejercer el daño y la terapia. La intención que causa el mal puede provenir también de los seres míticos —santos oficiales y populares, las ánimas, los duendes— quienes porque no se ha cumplido con las promesas que les hicieran o por venganza envían la enfermedad.^{vi} El mal de ojo, ojeo u ojeadura se origina, en la energía o fuerza de la persona que mira, piensa o toca a la víctima y la enferma, puede ser intencional o no. En el primer caso son los malos deseos y pensamientos los que provocan el mal, en el segundo no existe la intención de dañar, sino que se trata de un desborde de poder o fuerza, es un desequilibrio energético producido por una persona de mucho poder en alguien mucho más débil. Los niños son los más proclives a sufrir este tipo de efecto, pues se considera que su espíritu es también pequeño y, por ende, carente de fuerza.

Las fuertes y repentinas emociones también generan enfermedades; tal es el caso del mal conocido como susto, una dolencia más frecuente en los niños que en los adultos, al menos en el área que nos ocupa.

Existen explicaciones naturales, así el mal aire puede provenir de haberse expuesto a una corriente de aire; el empacho de haber comido en exceso o algo indebido; la abertura de carnes por haber hecho un esfuerzo; el dolor de estómago por haber tomado frío; la soleadura o insolación por haberse expuesto excesivamente al sol, etc. Estas diferencias

han llevado a algunos autores a clasificar las enfermedades en mágicas y naturales según las supuestas concepciones de los "nativos", mientras que otros han propuesto definir la enfermedad por la medicina que supuestamente la trata, así los males crónicos corresponderían al curandero y las dolencias puntuales a la biomedicina.^{12,16-19} Siguiendo este modelo habría enfermedades de curandero o practicantes tradicionales, como la envidia, la abertura de carnes, la ojeadura, entre otras, y enfermedades de la biomedicina como la presión alta, problemas del corazón, del hígado, de los riñones o de cualquier órgano. Otra variante consiste en comparar las enfermedades tradicionales con las biomédicas a fin de establecer equivalencias entre unas y otras.²⁰

Tales criterios de clasificación resultan ingenuos y distorsionantes de las ideas de los actores sociales. En primer lugar, porque no hay una correspondencia entre tipo de mal y tipo de medicina.^{vii} Vimos que el corazón puede tratarse con infusiones de toronjil o las anginas curarse de palabra, por mencionar sólo unos ejemplos. En segundo término, porque las divisiones mencionadas dan una imagen estática del proceso de diagnóstico de la enfermedad, como si la identificación del mal dependiera de un único diagnóstico, pero éste y, por ende, el tratamiento y la definición de la dolencia que sufre tal o cual persona son dinámicos.^{14,21} El doliente padece del mal indicado por el último diagnóstico que el grupo familiar ha aceptado, el que sólo es convalidado por un tratamiento efectivo, si el mal persiste o la persona muere, daños o etiologías que involucran a seres intencionados son las explicaciones aceptadas. En tercera instancia, porque no hay dos conceptos sobre la enfermedad y, por consiguiente, dos tipos de males —mágicos y naturales— sino un único concepto que apunta a distintos tipos de desequilibrios tanto en cuanto al origen como al dominio en que se manifiestan.^{viii} Por último, porque la variabilidad de los síntomas de los males tradicionales (ojeo, susto, envidia, etc.) y la caracterización de enfermedades diferentes a través de los mismos síntomas impiden la comparación con las entidades nosográficas de la biomedicina. Mientras el concepto occidental supone la asociación reiterada de síntomas y signos, el concepto tradicional es flexible respecto a los síntomas y atribuye el origen a seres intencionados y a manifestaciones de poder.

Estas distintas etiologías de la enfermedad no son contradictorias ni excluyentes en la representación de la población estudiada. Una enfermedad puede explicarse como daño intencional o como natural según su duración y la facilidad con que el doliente responde a la terapia. Así, un mal aire puede ser el simple resultado de haber tomado frío; el empacho, de haber comido en exceso o algo en mal estado; la insolación de haberse expuesto al sol; una quebradura de haberse caído al piso y así sucesivamente, pero si se prolongan y el paciente no mejora con la medicina casera, cualesquiera de los males mencionados serán vistos como resultado de un daño, del ojeo, de la envidia o de la punición de un ser mítico. Aun una quebradura admite esta oscilación,

tanto puede explicarse naturalmente por una caída, como en términos intencionales afirmarse que la caída se produjo porque la persona está ojeada, es objeto de daño, o porque la decidió una figura mítica.^{1x}

Es importante dejar en claro que la denominación de la enfermedad, fuera ésta tradicional o referida por nombres de órganos y expresiones biomédicas como "presión arterial", "derrame cerebral", etc., no hace a la conceptualización del mal, sino que da cuenta de la multiplicación de los taxa, algunos de los cuales dan cuenta de las sucesivas influencias de la biomedicina y del contacto de los criollos con las instituciones de salud. Hablamos de sucesivas influencias en virtud de que, por ejemplo, el mal de ojo era en el siglo XVI una dolencia aceptada por la medicina oficial y más tarde considerado superchería, el padecimiento denominado nervios —hoy un taxón tradicional— fue reconocido por la biomedicina hasta principios del siglo XX, mientras que el taxón —reconocido hoy en día— denominado "presión arterial" muestra la incorporación de expresiones biomédicas con vigencia en la actualidad, aunque reelaboradas, pues en términos biomédicos la presión arterial es un síntoma o un signo, y de ningún modo la denominación de una entidad o mal específico reconocido por la ciencia.

A diferencia de las dolencias físicas, las mentales se explican siempre como el resultado de un daño. Lo más frecuente es que la demencia, denotada en las conductas anómalas y sin sentido, en los discursos incoherentes y en las visiones se remita al maleficio realizado por un brujo, por encargo de un pariente, vecino, en definitiva, alguien próximo a la víctima.³ Los brujos (ésta es la palabra que usan los informantes), son personas entrenadas en las técnicas del daño y con el poder suficiente como para influir en la mente o el cuerpo de los otros.

En este caso se hace necesaria la intervención del curandero, ya para que el brujo desista de su labor maligna o para que deshaga el daño, que enferma la víctima. La opción de la biomedicina en relación con la "locura" es vista como inoperante en el mejor de los casos. De hecho, es una atención que se rechaza en términos representacionales, en virtud de que no hay conexión entre el tratamiento occidental, psiquiátrico o psicológico y el modo en que la población entiende los males que se manifiestan como trastornos mentales. Es claro que si la enfermedad resulta de una intención o de la manifestación de un poder, el sujeto es ajeno a lo que le sucede y sólo puede ser auxiliado por un curandero que neutralice, a través de la terapia ritual, las intenciones o los poderes que están causando la enfermedad. Los medicamentos occidentales si bien pueden paliar las manifestaciones de la enfermedad no atacan sus causas, por lo que no pueden aportar la sanación definitiva. Por otra parte, la población rural ve en forma negativa a la reclusión del paciente en un hospicio, en tanto supone dejar de lado la responsabilidad que implican los vínculos familiares y sociales. Todo ello hace que el curanderismo sea la opción terapéutica preferida en estos casos.

De lo expuesto se deduce que desde el punto de vista de los actores, la vigencia y la selección de las medicinas tradicionales responden a su consonancia lógica con la noción de enfermedad, así como a su demostrada eficacia. Por su parte, la recurrencia a la biomedicina tiene soporte en el hecho de que es una opción gratuita, en las presiones que se ejercen desde los centros de salud, en el discurso oficial que la presenta como la solución eficaz y en el valor que le otorgan los usuarios. Este valor es mucho menor que el supuesto por el discurso y las representaciones biomédicas como lo prueban diversos aspectos.

En primer lugar, la biomedicina es sólo la primera opción terapéutica en caso de quebraduras o problemas similares, lo que quiere decir que fuera del ámbito de la traumatología la población no le reconoce especial ventaja. En segundo término, la persistencia y valoración positiva de las medicinas tradicionales, no puede ser eclipsada. En tercera instancia, los profesionales y trabajadores de la salud deben ejercer presión sobre la población para que concurra a las entrevistas biomédicas. Esta presión se ejerce por diferentes vías, a través de la distribución de leche y medicamentos, ya que sólo se entregan a los que concurren al centro de salud o al hospital y demuestran que han cumplido con las entrevistas biomédicas, las vacunaciones indicadas y todo aquello que se haya solicitado. Otra forma agresiva consiste en la amenaza, realizada por agentes sanitarios y trabajadores sociales, cuando visitan o van a las casas de los pacientes que tienen pendiente una consulta con el biomédico y que se muestran renuentes a concurrir, los trabajadores de la salud en estas circunstancias indican sin más a los pacientes que de no ir serán acusados de abandono de persona, delito que es penado hasta con la cárcel. Hay padres que han tenido que enfrentar procesos judiciales al ser denunciados por abandono de persona cuando decidieron no acercarse a los servicios biomédicos y tratar al hijo con otra medicina. Desde una perspectiva antropológica, se trata de una forma muy extraña de entender el respeto intercultural, la libertad de conciencia y el derecho a mantener las propias tradiciones.

Por otra parte, el valor relativo que se otorga a la biomedicina es comprensible teniendo en cuenta la escasa calidad de la oferta que habitualmente se brinda en los centros de salud. Esto equivale a decir que la violación de los actores no sólo adquiere sentido a partir de las reelaboraciones que ellos realizan respecto a sus experiencias, sino también a partir de los límites dados por la realidad del servicio. En relación con el tema, Leslie apunta que la biomedicina es casi siempre mucho menos científica de lo que pretende ser.

Si consideramos nuevamente el caso de Elvira, la adolescente que recibió el diagnóstico correcto de cáncer en la tercera consulta, más de un año después de su primera visita a la medicina oficial, las carencias del servicio de salud no acaban aquí: cuando la niña estuvo internada en la ciudad de San Juan estaba acompañada por su madre, quien, en

primer lugar, asumió roles para los que no está calificada, colaborando en la atención de su hija. En segundo término, enfermó por dormir en el hospital sobre el suelo de baldosas. De lo que se deduce que los trabajadores del área social no advirtieron o no fueron capaces de solucionar, a través de sus servicios, el problema de falta de redes sociales de parientes y conocidos que le dieran alguna clase de apoyo y contención a la mujer. Por otra parte, la familia entera se vio afectada por la enfermedad de Elvira, ya que ésta implicó numerosos gastos económicos, que se afrontaron contrayendo deudas y restringiendo su ya escasa calidad de vida. Asimismo, el traslado a San Juan ocasionó que la madre de Elvira tuviera que dejar el cuidado de sus otros hijos en las manos solidarias de otros miembros de su comunidad, situación que presenta una complicación para todos los actores involucrados, ya fuere por falta de espacio habitacional, la responsabilidad de cuidar niños ajenos o por razones afectivas en lo que hace a los menores.

Otra forma de combinar medicinas consiste en reemplazar por etnofármacos los remedios recomendados por el biomédico. Hecho que se debe al costo excesivo de los fármacos de laboratorio, a su refiguración negativa y al alto valor terapéutico que se atribuye a los remedios tradicionales.

El médico le falló en la medicación. Estuve 16 días internada porque tenía hemorragia por la nariz. Entonces me trajeron yuyos para que pararan la hemorragia. (Etelvina).

Mi padre sólo tomaba yuyos y llegó a 90 años, murió sentado y podía caminar, hacer todo. Nosotros acá nos medicamos y nos curamos. Por lo menos 30 pesos [en ese momento el equivalente a 30 dólares] hay que gastar cuando el médico te manda remedios, nosotros no buscamos en la farmacia, tomamos los remedios caseros. (Etelvina).

El precio de los medicamentos de laboratorio actúa como un factor que limita su consumo por parte de los sectores de más bajos recursos. Es factible observar en las herboristerías de San Juan a personas que muestran al farmacéutico, la receta que les han dado en el hospital, a la par que le piden consejo respecto al remedio tradicional que pueden comprar en reemplazo del recetado. Habitualmente, estas personas explican que sus presupuestos no alcanzan para acceder a los fármacos de la industria.

No sólo motivos económicos fundan la preferencia por los etnofármacos, inciden además las representaciones culturales. En efecto, la carencia de la noción de reacciones secundarias, en muchas circunstancias determina que las mismas sean reelaboradas y explicadas como muestras de los males que originan los fármacos alopáticos. Asimismo, la alta eficacia que los actores asignan a diferentes terapias conlleva a la preferencia por sus medicamentos en desmedro de los fármacos recetados por el biomédico.

La barba de la piedra es chiquita, un palito finito, finito, que se hace sobre la piedra en la cordillera, se usa para la

angina. La escarapela se usa para la gastritis, es de la cordillera, también es como una escarapela, se usa para el corazón también. La gastritis también se cura de palabra porque a mí me la curaron. Yo vivía con remedios, todo me caía mal, los remedios del corazón eran fuertes y me daban gastritis. Una señora de San Juan me curó de palabra rezando y con alcohol me hizo señas en la barriga, tres días, tres veces, una vez por día. Y me curó hace tres años que me curó, ya puedo tomar café y otras cosas. (Nicolasa).

Tratamientos religiosos

Más allá de las distintas variantes combinatorias entre la biomedicina, el curanderismo y la medicina casera. Las terapias religiosas aparecen como una nueva opción cuando los procesos de enfermedad son largos y se ha recurrido a varios especialistas tradicionales y biomédicos. La selección del culto y el sanador dependen, como en los otros casos, de factores coyunturales,²² entre los que figuran los consejos de vecinos, amigos y parientes —normalmente sustentados en sus propias experiencias—, las posibilidades económicas y de movilidad hacia el lugar de cura, la fama especial de un determinado sanador y la interpretación que se haga de la terapia ofrecida, la que debe ser entendida en el marco de las representaciones tradicionales.

La adscripción a los cultos carismáticos o evangélicos en muchos casos se origina en la cura de los dolientes, quienes se convierten así en instrumentos de una activa propaganda, a partir no sólo de sus testimonios en el ritual, sino también de su prédica. Especialmente pentecostales y evangélicos suelen asumir una actitud de cruzados, la consigna de conversión del prójimo parece centrar sus vidas, lo que da crédito a sus pastores y a sus capacidades terapéuticas. Las que desde el punto de vista de los creyentes, son mera expresión de la voluntad de la divinidad en el sujeto y no poder de la persona, lo que no quiere decir que estas repetidas explicaciones de carismáticos y pentecostales sean aceptadas por la población rural. Más bien la gente acostumbrada a negociar con los poderes humanos de curanderos y brujos, entiende la capacidad terapéutica de los sanadores religiosos como manifestación de su propia energía y habilidad.

Entre los fieles de las iglesias evangélicas y protestantes y los católico-carismáticos, la cura religiosa desplaza al curanderismo, convirtiéndose en opción inmediata después de la medicina casera, a las que se suma la mayoría de las veces la biomedicina. Los religiosos han construido un elaborado discurso de complementariedad, que deja el cuerpo en manos de los biomédicos y el espíritu en manos de los pastores y sacerdotes, y en general de la comunidad religiosa. Sin duda, se trata de una estrategia que intenta colocar a los sanadores religiosos fuera de sospecha y del peligro de ser acusados de ejercicio ilegal de la medicina. Actitud que tiene sentido, ya que en la Argentina la única medicina permitida es la biomédica y tanto históricamente como en la actualidad, los curanderos han sido y son discriminados, in-

cluso procesados y encarcelados.²³ De acuerdo con Vituro,²⁴ los biomédicos están en contra de la medicación que realizan los especialistas tradicionales, mientras que se muestran más tolerantes con las curas espirituales mediante oraciones. Más allá de estos matices se advierte en los profesionales biomédicos una reacción tendiente a afirmar su hegemonía en el campo de la salud ante la creciente opción por medicinas más delicadas,²⁵ que se advierte en los más diversos sectores de la sociedad. Sin embargo, las críticas del sector biomédico se canalizan contra especialistas tradicionales y alternativos obviando las menciones a los religiosos, límite que puede explicarse en virtud del poder que poseen y suelen ejercer las Iglesias.

Hablamos de la construcción de un discurso de complementariedad debido a que en la práctica los sanadores religiosos tratan cualquier tipo de mal y los participantes de los cultos dan cuenta de sanaciones en las que el enfermo padecía cáncer, parálisis u otras dolencias físicas. Es claro, además, que de acuerdo con su sistema de representaciones, los creyentes consideran ilimitado al poder de Dios y, por consiguiente, capaz de curar cualquier tipo de mal. Cabe resaltar que los pacientes que visitan a sacerdotes y pastores esperan ser tratados de dolencias físicas. En síntesis, se advierte en los terapeutas religiosos una contradicción entre el discurso y la praxis, que apunta a preservarse de las presiones biomédicas. Ello no quiere decir que la complementariedad entre la biomedicina y la religión no sea una selección recurrente, de hecho, la mayoría de los pacientes es tratada por las dos terapias.

Entre los creyentes, la concurrencia al culto les permite cargarse de energía y armonía, vale decir mejorar su estado de salud y su calidad de vida, la oración comunitaria se convierte así en un procedimiento preventivo contra las enfermedades y en un medio que aumenta el caudal de salud y facilita el mejor desarrollo de las potencialidades del sujeto.

Mi consuegra va todas las semanas al culto y por eso está bien, ella dice que consigue todo, que el hijo ande bien con su pareja, que tenga trabajo. Ella tiene bastante edad y se siente bien, no tiene enfermedad. En San Juan hay una iglesia carismática, yo fui a la misa con las hermanas de mi nuera. Ellas van a rezar, a pedir para tener salud, para que no les pase nada, ni a ellas ni a su familia. Ellas dicen que se recibe energía, que es como protección. (Nicolasa).

La noción de enfermedad en las representaciones religiosas implica una dimensión orgánica, una dimensión psíquica y una dimensión espiritual, esta última involucra el estado de gracia, la armonía con la divinidad, y la estabilidad de los vínculos familiares y sociales. La idea de salud no es meramente física, por tanto, el doliente necesita siempre de la terapia religiosa, aun cuando el mal se manifieste principalmente en el nivel orgánico y sea atendido por la biomedicina.

Los conceptos de enfermedad y terapia sustentados por carismáticos y evangélicos son básicamente similares a los

tradicionales, lo que explica su fácil aceptación y reelaboración por parte de los actores no practicantes de estos cultos. Estos últimos recurren a esta opción después de haber tentado con más de un curandero y un biomédico, por lo cual las búsquedas sucesivas se orientan hacia medicinas que manejen energía y proporcionen un tratamiento holístico, y no a terapias concentradas en lo orgánico, condiciones que cubre la cura religiosa.

Por otra parte, el sentimiento de pertenencia comunitaria que suscita la adscripción a estos cultos y que favorece la elección de la terapia religiosa entre los creyentes, es a la vez un factor limitante fuera de ese ámbito. En efecto, un carismático no concurre a un terapeuta evangélico y viceversa, mientras que la mayoría de la población de raigambre católica prefiere los carismáticos y aun podría temer la censura social de visitar un evangélico, por lo que, si estas consultas se hacen, se concretan de manera discreta. Lo dicho muestra que la profesión de determinada fe es otro de los factores que incide en los caminos terapéuticos seguidos por la población.

En Los Berros [una aldea cercana] hay una iglesia evangélica. Acá no hay gente que vaya a curarse a Los Berros, ellos se curan con el pastor. Allí se hizo la mayoría evangélica, los católicos están predicando de nuevo porque se hicieron muchos evangélicos. Yo fui una vez con una amiga, que está convertida, paseando hasta Buenos Aires, por 50 pesos [en ese momento, equivalentes a 50 dólares]. Fuimos a un club y después estuve en el servicio religioso, donde le dieron a los bautizados un pedazo de pan, como si fuera la ostia y una copita de vino. Allí se oraba y se oraba, qué sé yo. Yo a la mañana anduve paseando, después vino el pastor preguntado si me había gustado. (Nicolasa).

Medicinas alternativas

Si bien las medicinas alternativas no figuran en los caminos terapéuticos de la población rural, podría esperarse que en no mucho tiempo se las tuviera entre las opciones seleccionables, tanto por las concordancias semánticas entre estas terapias y las tradicionales, como por el nivel de divulgación de las primeras y el eco que ellas tienen en la gente.

Se conoce la labor que realizan algunas personas que se autodenominan médicos naturistas, quienes a través de programas de radio reciben consultas de la gente —incluida la población rural— y dan recetas, en su mayoría vegetales, para tratar algunas dolencias.

Sentí por radio, estoy por ir a un parapsicólogo, hacen mucha propaganda sobre todo en Chile. Yo oigo muchas radios chilenas, que transmiten programas con parapsicólogos. (Domingo).

Los que salen en radio Colón (de San Juan) parece que saben. Se había perdido un arreo de vacas y el dueño preguntó quién se los había robado. El parapsicólogo le dijo: las vacas están hacia el oeste, unos 7 km, un señor inválido las

ha encerrado, usted dejó la tranquera abierta y las vacas escaparon. (Domingo).

En San Juan hay médicos naturistas, cobran 10 pesos (10 dólares) por la consulta. A uno que llamó por un pleito, el médico le dijo que si quería fuera al consultorio para darle más detalles. Cuando llaman por enfermedad van al consultorio para que les recete. (Rosario).

Yo aprendí recetas —usando vegetales— por la radio y las usé para la enfermedad y me dieron resultado. (Etelvina).

Se advierte que los motivos de consulta a estos especialistas son similares a las razones porque se va al curandero —adivinación, enfermedad, presunción de daño, etc.—. A la vez, es notorio que la difusión radiofónica es un mecanismo de propaganda y de captación de clientela; una fuente que genera estrategias de uso de las medicinas alternativas por parte de la población rural, como la atención a través de la comunicación radial y la apropiación de conocimientos impartidos por los especialistas alternativos, que los actores utilizan como legos, después de haber aprendido formas de tratamiento y de preparación de remedios por la radio.

La población campesina posee un rico conocimiento de la flora, de su posible utilización como fármaco y de las dosis necesarias. Sin embargo, errores en las dosis se registran cuando se valen de preparados que no pertenecen a su acervo tradicional o cuando migran a la ciudad y pierden ese saber inmediato acumulado en la experiencia cotidiana.

Entre nuestros informantes, el único que se trasladó a San Juan para consultar uno de estos especialistas lo hizo por problemas laborales:

Uno que vino de Chile, Joaquín Bernal, tenía el consultorio en la calle Rioja, San Juan, al lado de la panadería Argentina, no sé si ahora atenderá, eso queda en San Juan, me dio unos perfumes, uno para cada día de la semana. El perfume me lo tenía que refregar uno por las manos. Yo andaba mal en el trabajo, trabajaba de chofer y tuve problemas con el jefe, me sacaron de chofer y después volví. El parapsicólogo me ayudó un poco. Él me dijo: en 20 días más te incorporan como chofer. (Domingo).

Es interesante destacar que el informante reconoce cierta ayuda en la labor del parapsicólogo y que la utilización de los perfumes le resultó admisible. Si bien los perfumes no pertenecen al patrimonio de los elementos preventivos y restauradores tradicionales como la ruda y la contrahierba, son fácilmente incorporables puesto que las ideas de limpieza y purificación mediante líquidos olorosos forman parte del sistema de creencias campesino.²⁶

Variables que intervienen en la selección de terapias

En síntesis, los caminos terapéuticos de la población estudiada incluyen variadas medicinas, en la selección intervie-

nen aspectos representacionales sobre las ideas de enfermedad y terapia, la duración del mal, la adscripción religiosa del usuario y criterios sobre eficacia demostrada tanto de la biomedicina como de las terapias utilizadas. Asimismo, inciden factores económicos en lo que hace a una accesibilidad adecuada a las unidades de mayor complejidad tecnológica y a los fármacos prescritos por los biomédicos. Las carencias de la medicina oficial se advierten en la falta o insuficiencia de los servicios en zonas rurales, en contar con tecnología más compleja sólo en la ciudad capital, en diagnósticos incorrectos que, por ende, no desembocan en tratamientos adecuados y en la discriminación social y cultural de los usuarios rurales y más pobres, tildados de ignorantes, de recurrir a prácticas inoperantes e incluso dañinas para la salud, sometidos a recurrir repetidas veces para poder ser atendidos en un horario reducido, a tolerar prolongadas esperas, largas filas, recriminaciones y retos por parte de los profesionales y privados del derecho a recibir algún tipo de explicación, en términos sencillos y entendibles sobre los males que los aquejan.

La combinación terapéutica es vista como buena en sí misma y constituye una estrategia muy generalizada. Las autoridades sanitarias y los trabajadores de la salud, se explican equivocadamente la concurrencia a las medicinas tradicionales como ignorancia o resultado de la carencia de oferta biomédica. En nuestra investigación pudimos comprobar que los sectores de más poder adquisitivo y mayor nivel de instrucción son los que concretan itinerarios terapéuticos más complejos y variados, lo que pone en claro que la preferencia por otras medicinas responde a complejas razones desde la perspectiva del usuario.²⁷

Los discursos y visiones que las distintas medicinas sostienen no reflejan las preferencias o conductas de la población ni consideran sus caminos terapéuticos. En términos generales puede afirmarse que el carácter hegemónico de la biomedicina se transforma en diferentes tipos de presiones y discriminaciones, tanto sobre las otras medicinas como sobre los pacientes.^{2,7,9,10,28,29}

Las medicinas tradicionales son descritas como falaces, irracionales e inoperantes, mera expresión del pensamiento mágico desde el esquema positivista y sus sanadores como embaucadores profesionales que lucran con la ignorancia y torpeza de la gente. El usuario que admite haber recurrido a especialistas tradicionales o a la medicina casera es denostado, censurado, ridiculizado y agredido, mientras que los especialistas son perseguidos, y a veces denunciados —cada vez menos— por práctica ilegal.

En las estrategias adaptativas de los especialistas figuran los discursos de complementariedad y el ocultamiento de la condición de sanador. Los curanderos señalan recurrentemente que las dolencias que ellos tratan no son las mismas que las de los biomédicos a fin de resguardarse. No obstante, esta separación de campos entre el especialista tradicional y el académico no impide que sean desvalorizados y perseguidos. No hay ocultamiento del estatus de sa-

nador adentro de la propia comunidad o de poblaciones similares —de hecho, los curanderos visitan aldeas alejadas, incluso fuera de la propia provincia—, es más bien una estrategia ante el extraño. Ello no impide que a través de recomendaciones, personas foráneas puedan vencer el recelo, ubicar especialistas y hacerse atender. Concretamente, en las filas de espera de doña Felipa, famosa curadora de Iglesia (Provincia de San Juan), pueden observarse personas de todos los niveles sociales, económicos y de instrucción. Del mismo modo, otros curadores son convocados a centros urbanos, incluida la Capital Federal, en estos casos por individuos pertenecientes a los sectores de altos ingresos y mayor educación.

El ocultamiento y la negación son las estrategias más comunes de los usuarios en la consulta biomédica. Respuestas cortas o simplemente un “no sé” les permiten evadir retos y reproches por no haber hecho nada más que tratar su salud de acuerdo con su sistema de creencias.

En lo que hace a las terapias de alternativa, el discurso biomédico muestra cierta tolerancia a la acupuntura y a aquellas otras, cuyas técnicas puedan, más o menos, ser explicadas desde las representaciones biomédicas, mientras que desaprueba las que tienen soporte en la eficacia y manipulación simbólicas. Las medicinas y los sanadores alternativos, generalmente más instruidos que los tradicionales, brindan claras explicaciones sobre las nociones involucradas en sus prácticas, ideas de persona, corporalidad, energía, salud y enfermedad muy diversas de las de la biomedicina, por lo que pueden fundar la utilización de técnicas también muy diversas. Estas medicinas son muy aceptadas y están muy difundidas en todo el país, en especial en los sectores de mayores ingresos e instrucción. En cuanto a la relación con la biomedicina, las alternativas generan un discurso que hace mayor hincapié en las diferencias y en sus ventajas que en la complementariedad.

Una doble actitud de los biomédicos se advierte en relación con las medicinas religiosas. Por un lado, la cura de carismáticos y evangélicos es tolerada en virtud del carácter espiritual de la misma, a nuestro modo de ver es un límite impuesto o autoimpuesto por el poder de la Iglesia, que sin duda no vería con buenos ojos que uno de sus sacerdotes fuera denunciado y apresado por ejercicio ilegal de la medicina. Este hecho beneficia a los evangélicos —cuyas iglesias seguramente no tienen la misma fuerza que la católica en virtud de la similitud de sus terapias y los sistemas de creencias que las fundan—. Por otro lado, están los sanadores de cultos afroamericanos, como umbanda, que son discriminados, perseguidos y definidos como embusteros que se aprovechan de las personas más necesitadas e ignorantes. Las creencias de raigambre afro son tenidas por primitivas, mágicas e inoperantes y, en cierto sentido, rechazadas por más amplios sectores. Hecho que se halla en relación con la cantidad de fieles umbanda que luego se volvieron pentecostales, y así sus más severos perseguidores y detractores. Cabe acotar que al plantear su campo de competencia terapéutica

se advierte también un discurso de complementariedad similar al de las otras religiones, que en este caso no tiene resultados positivos.

Desde la biomedicina, en México no se elaboran ni admiten discursos de complementariedad. En la práctica sólo la mencionada derivación al curandero que algunos biomédicos realizan en casos de empacho, culebrilla, etc., o la recomendación de alguna receta casera muestran su tolerancia o reconocimiento hacia la medicina tradicional. La supuesta preocupación por el consumo de remedios de origen vegetal —que se puede registrar en los hospitales y centros de salud— no es más que una máscara que oculta el ejercicio del poder en la atención de la salud. Al descalificarse las medicinas populares se generan conflictos entre profesionales de la biomedicina y usuarios del sistema. Se trata de un enfrentamiento que involucra la validación y anulación de praxis terapéuticas, saberes, conceptos, técnicas, representaciones culturales y marcos epistemológicos. La marginalidad y la prohibición de las medicinas tradicionales muestran además el cinismo de la política oficial en el área de salud, que mientras ignora la medicina del otro social y cultural, y étnico presenta un discurso de respeto intercultural, de pluralismo democrático y de aceptación de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Lo dicho no impide que la complementariedad y la combinación terapéutica sean las formas más comunes de atención de la salud, no sólo en poblaciones campesinas sino también urbanas y educadas.

Los caminos terapéuticos seguidos por la población muestran que los discursos de complementariedad son mucho más estrategias desarrolladas por los curadores que ideas que reflejen el modo de pensar y actuar de los pobladores rurales.

Conclusiones

El análisis de episodios concretos de enfermedad indica que la primera elección terapéutica es la de la medicina casera, con sus múltiples variantes, a las que se suman en segunda instancia, sin preferencia, la biomedicina y el curanderismo, la mayoría de las veces combinándolas. Si la dolencia se prolonga suele tentarse con las curas religiosas —carismáticas y evangélicas—, si el enfermo es un creyente y militante de estos cultos, entonces la cura religiosa reemplaza a la del curandero, no así a la medicina casera que sigue combinándose con las otras durante todo el proceso de enfermedad. Las medicinas alternativas están siendo conocidas y es probable que en el futuro se conviertan en una opción de importancia. Hasta ahora nos han reseñado la consulta radiofónica y la apropiación de remedios, cuya preparación fue indicada por medios de comunicación.

La selección y combinación de terapias responde a factores estructurales como las representaciones sobre la enfermedad, la prevención, la cura, la idea de persona y las entidades que la integran, etc. Lo que explica la importancia

que tienen la medicina casera y el curanderismo, así como la aceptación y fácil reelaboración de las prácticas religiosas y alternativas. La aceptación de la biomedicina se debe, ya no a concordancias semánticas y lógicas con las nociones tradicionales, sino a cierta eficacia comprobada empíricamente y a la situación de contacto con la sociedad global, que ha desarrollado múltiples estrategias para imponerla.

La duración del mal incide también en la cantidad de medicinas y terapeutas a los que se recurre, los males prolongados se transforman en verdaderos itinerarios en búsqueda de diagnóstico y tratamiento efectivo. El diagnóstico que no se corrobora mediante la cura y la recuperación de la salud es equivocado. Sólo los males causados intencionalmente ocasionan la muerte, por tanto, si el paciente muere, el único diagnóstico correcto es el de daño. Factores económicos limitan el acceso a las unidades de mayor complejidad, siempre alejadas, para los pobladores rurales y al consumo de fármacos de laboratorio por su alto costo.

Las bondades de la biomedicina moderna en relación con el tratamiento de diversos males, no son parte de la experiencia de la población que nos ocupa, por ende, no pueden considerarse ni evaluarse. El juicio de los actores privilegiando las áreas de cirugía y traumatología parece estar en consonancia con las calidades de los servicios biomédicos que reciben.

La combinación de medicinas es positiva por sí misma e involucra tanto la consulta a los especialistas como el consumo de fármacos. Permite, asimismo, que los actores atribuyan la cura a una medicina determinada o a la combinación de varias, según sus propios criterios.

La más alta selección de la biomedicina responde al tratamiento de quebraduras y heridas. Si el mal padecido es un daño se entiende que sólo puede ser atendido por el curandero, ello no quiere decir que durante el proceso de enfermedad se descarten las terapias biomédicas, ya que la existencia de múltiples diagnósticos, entre ellos los de la biomedicina, definen al mal como tratable por ésta. Sólo la muerte del paciente devela que dicho tratamiento era inadecuado y que los diagnósticos de daño eran los correctos. El curanderismo es la terapia preferencial para los trastornos mentales.

El concepto de enfermedad comprende distintos desequilibrios físicos, emocionales, entre las entidades que involucran a la persona, sociales, ambientales y religioso-rituales. Para explicar las dolencias existen causas naturales y causas que incluyen ideas de energía, poder e intención. Sólo los episodios curados en breve tiempo pueden remitirse a causas naturales, mientras que los prolongados impli-

can alguna manifestación de poder y los procesos seguidos de muerte una intención dañina. A fin de aplicar las recetas de la medicina casera es necesario prestar atención a los síntomas en relación con las posibles causas de la enfermedad. Si el autotratamiento no resulta, lo más importante es establecer el origen del mal, pasando a ser cualquier síntoma una manifestación engañosa de una causa verdadera, como un daño, malos deseos, etc. Tal descubrimiento no puede hacerse a partir del cuadro que presenta el doliente, sino de las técnicas diagnósticas del curandero, que podrá ver, incluso mostrar a su paciente, quién lo está dañando. La importancia que se da a los "síntomas" tiene sentido si las causas son naturales; en cambio, si éstas involucran trabajos de daño, intenciones negativas o poder, establecer el origen del mal es el punto fundamental que permite neutralizarlo.

Dado que la enfermedad refiere disfunciones orgánicas, armónicas, sociales, ambientales y religiosas, demanda una medicina capaz de actuar en esos campos. Sólo las terapias tradicionales responden plenamente a las representaciones culturales particulares de los campesinos, las biomédicas por tratar lo orgánico deben necesariamente combinarse, mientras que las religiosas y alternativas si bien apuntan a todos los desequilibrios, tienen que ser reelaboradas para adecuarse a los sistemas de creencias de los actores.

Los nombres de los taxa de enfermedad son tradicionales (ojeo, susto, etc.), referidos por órganos (ardor de estómago, frío de garganta, dolor de riñones, etc.) y por expresiones biomédicas (presión arterial, derrame cerebral, etc.). Estos nombres diferentes no implican distintas conceptualizaciones de la enfermedad, ni se asocian a causas diferentes.

Los discursos de complementariedad explicitados por los terapeutas tradicionales y religiosos y las críticas de la biomedicina a las otras medicinas no inciden en la selección de terapias que realiza el enfermo.

Los factores coyunturales como consejos de vecinos, posibilidades económicas y de traslado, inciden en concurrir a uno u otro hospital, a uno u otro curandero, a uno u otro especialista religioso, pero no determinan la concurrencia o no a un determinado tipo de medicina.

Son los aspectos estructurales de las creencias culturales los que fundan la elección y la combinación terapéutica, aspectos que a la vez se han puesto en juego para incorporar ideas, hechos, experiencias y tecnologías impuestos por la situación de contacto y que, al ser refigurados, se integran en forma armónica sin resquebrajar las estructuras de pensamientos de los actores sociales.

Citas adicionales

1 La concurrencia a diferentes medicinas, la heterogeneidad cultural entre profesionales de la salud y pacientes y el carácter hegemónico de la biomedicina originan numerosos con-

flictos.^{1-5,7-11,28-33} Sin embargo, desde la perspectiva del paciente, la combinación terapéutica es una estrategia valorada positivamente.^{1,12,13,15,24,34}

- II En los trabajos de campo, la mayor parte de la información fue recabada en entrevistas abiertas, extensas y recurrentes con informantes calificados y, en algunos casos, con grupos naturales. Se recurrió también a la observación y a la observación participante. La información de entrevistas fue registrada con magnetófono y transcrita literalmente, al pie de los relatos que aquí se publican. Se indica el nombre del informante con su consentimiento o por su pedido explícito. No fue necesario usar seudónimos.
- III Sobre la medicina tradicional del noroeste argentino (NOA), consulte varias citas:^{12,14-16,18,19,27,34-36,38} y más específicamente sobre la de San Juan.^{15,39}
- IV Sobre la clasificación de las enfermedades, las formas preventivas y terapéuticas en cálidas y frías véase Idoyaga Molina.³
- V El mal de ojo es una enfermedad que sufren especialmente los niños, se produce cuando una persona de mucha energía piensa, toca, mira o extraña a otra de energía mucho menor. El que daña puede tener intención de enfermar o meramente producir el mal sin voluntad, al causar un desequilibrio energético en seres más débiles.
- VI Sobre santos populares y otros personajes míticos de importancia en las representaciones culturales de los campesinos de San Juan.⁴⁰⁻⁴⁴
- VII Sobre este punto puede verse Idoyaga Molina.¹⁴
- VIII En un trabajo referido al noroeste argentino (NOA), pero aplicable a San Juan, propusimos entender la enfermedad como distintos tipos de desequilibrios: a) Desequilibrios orgánicos, los que se manifiestan sólo en el nivel físico o emocional y se deben a causas naturales. b) Desequilibrios entre las entidades que integran la persona: tal es el caso del susto en el NOA, que implica la pérdida del alma. c) Desequilibrios sociales, los que se originan en la interacción social como la envidia, el daño o la tiricia, ocasionada por la pérdida de lazos familiares. d) Desequilibrios espacio-ambientales, los males que contagian los ambientes negativos, o los espacios tabuados, como el mal aire, la aikadura, etc. e) Desequilibrios religioso-rituales, los males que se contraen por faltas cometidas en las ofrendas, las promesas y las ceremonias dedicadas a los seres míticos.^{14,35,37,45}
- IX En el NOA, por ejemplo la Pachamama (la madre Tierra) puede hacer caer a las personas especialmente en agosto, mes en que la tierra está abierta y hambrienta, por lo que los riesgos y peligros aumentan, para neutralizarlos es necesario multiplicar las ofrendas a la deidad. En San Juan los duendes, las almas de niños cuyas madres practicaron abortos intentan vengarse de sus progenitoras causándoles males diversos.

Bibliografía

Referencias

- Good BJ (1977). *The Heart of What's the Matter. The Semantics of Illness in Iran*. Culture, Medicine and Psychiatry.
- Idoyaga Molina A (1997a). *Ethnomedicine and world-view. A comparative analysis of the rejection and incorporation of the contraceptive methods among Argentine women*. *Anthropology and Medicine*, 4 (2).
- Idoyaga Molina A (1999b). *El simbolismo de lo cálido o frío. Reflexiones sobre el daño, la prevención y la terapia entre criollos de San Juan (Argentina)*. Mitológicas, XIV.
- Bourdieu P (1988). *Cosas dichas*. Barcelona. Gedisa.
- Good BJ (1992). "A Body in Pain. The making off a World of Chronic Pain". En: *Pain as a Human Experience. An Anthropological perspective*. Berkeley. University of California Press.
- Idoyaga Molina A (1998a). *Núcleos de conflicto entre la medicina científica y las medicinas tradicionales en la Argentina*. *The Journal of Intercultural Studies*, 25.
- Kalinsky B, Arrúe. (1996). *Claves antropológicas de la salud. El conocimiento en una realidad intercultural*. Buenos Aires. Miño y Dávila Editores.
- Luxardo N (1999). *Las representaciones culturales y la prevención de la salud*. *Folklore Latinoamericano*. Tomo I, A Colatarci comp. Buenos Aires. Prensa INPF- IUNA.
- Menéndez E (1985). *Crisis del Modelo Médico Hegemónico*. Cuadernos Médicos Sociales, 33.
- Palma N (1995). *Reflexiones acerca de la enseñanza de la medicina en la Univ. de la Plata*. Cátedra: Salud, Medicina y Sociedad. *Kallaway*, nueva serie, 2.
- Wilce J (1995). *I can't tell you all my troubles. Conflict, resistance and metacommunication in Bangladesh illness interactions*. *American Ethnologist*, 13.
- Pérez de Nucci A (1989). *La Medicina tradicional del Noroeste Argentino: historia y Presente*. Buenos Aires. Ediciones del Sol.
- Pelegrín M (1998). *Don Rafael: Brujo por decisión sobrenatural y enfermero por circunstancia*. Kallaway, nueva serie, 5.
- Idoyaga Molina A (2000a). *Natural and Mythical explanations. Reflections on the taxonomies disease in Northwestern Argentina*. *Acta Americana* 8(1): 17-32 Universidad de Uppsala.
- Idoyaga Molina A, C Krause (1999). "Entre el diagnóstico la esperanza y la muerte. Los rumbos en búsqueda de salud de una adolescente criolla de San Juan". En: *Folklore Latinoamericano*, Vol. I, A. Colatarci comp. Buenos Aires. Prensa del INSPF- IUNA.
- Bianchetti, MC (1996). *Cosmovisión sobrenatural de la locura. Pautas populares de Salud Mental en la Puna argentina*. Hanne. Salta.
- Gould HA (1957). *The implications of technological change for folk and scientific medicine*. *American Anthropologist*, 59.
- Hurrell JA (1991). *Etnomedicina, Enfermedad y Adaptación en Iruya y Santa Victoria* (Salta, Argentina). *Revista del Museo de la Plata*, nueva serie, 4.
- Palma N (1978). *La Medicina Popular en el Noroeste Argentino*. Buenos Aires. Ediciones Huemul.
- Browner C, Ortiz de Montellano B, A Rubel (1988). *A Methodology for Cross Cultural Ethnomedical Research*. *Current Anthropology*, 27(3).
- Yoder TS (1995). *Examining ethnomedical diagnoses and treatment choices for diarrheal disorders in Lubumbashi Swahili*. *Medical Anthropology*, 16 (3).

22. Fassin, D (1992). *Pouvoir et maladie en Afrique*. París: PUF.
23. Klappembach, H. (1994). *Curanderismo y charlatanería en el campo médico argentino de los años treinta. La psicología como respuesta a la crisis médica*. Scripta Ethnologica, XVI.
24. Viturro, M (1998). *Bio and Ethnomedicine: Complementary Alternatives from the perspective of the patient*. Scripta Ethnologica, XX.
25. Douglas, M (1998). *Estilos de pensar*. Barcelona. Gedisa.
26. Idoyaga Molina, A Brujos (1999c). *Daño y enfermedad. Aproximación a algunas representaciones del mal entre criollos sanjuaninos (Argentina)*. Folklore latinoamericano, Vol II. A Colatarci (comp.). Buenos Aires. Prensa del INSPF- IUNA.
27. Idoyaga Molina A (2000b). *La calidad de las prestaciones de salud y el punto de vista del usuario en un contexto de medicinas múltiples*. Scripta Ethnologica, XXII.
28. Luxardo N (1998). *El Cientificismo y las modalidades de atención en los centros de salud del Gran Buenos Aires*. Scripta Ethnologica, XX.
29. Torres G, C Aprea (1995). *Un ejemplo de la vigencia de sistemas médicos paralelos en los estratos marginales del Gran Buenos Aires: La pata de cabra*. Kallawaya, nueva serie, 2.
30. Green E (1989). "Can Collaborative Programs between Biomedical and African Indigenous Health Practitioners Succeed?" En: *Selected Readings in Cultural, Social and Behavioural Determinants of Health*. J Cadwel y G Santow (comps.). The Australian National University Press.
31. Nathan T (1991). *El Sermón del Diablo. Elementos de psicoterapia*. Buenos Aires. Losada.
32. Pellegrini J (1986). *Gerónima*. Buenos Aires. Ediciones 5.
33. Sachs L (1989). *Misunderstanding as therapy: Doctors, patients and medicines in rural Clinic in Sri Lanka*. Culture, Medicine, and Psychiatry, 13 (2).
34. Sturzenegger O 1994. "El camino a tientas. Reflexiones en torno a un itinerario terapéutico". En: *Suplemento Antropológico*. Vol. XXIX, Partes 1 y 2.
35. Idoyaga Molina A (2002a). *Culturas, enfermedades y medicinas. Reflexiones sobre la atención de la salud en contextos interculturales de Argentina*. Buenos Aires. Prensa del Instituto Universitario Nacional del Arte.
36. Idoyaga Molina A (2002b). *Los Nervios: Un taxón Tradicional en el NOA. Reflexiones sobre las Teorías de la Enfermedad*. Mitológicas, XVII.
37. Idoyaga Molina A (2002c). *The Illness as a ritual imbalance in Northwest Argentina*. Latin American Indian Literatures Journal, 28 (2).
38. Pérez de Nucci A (1988). *Magia y Chamanismo en la Medicina Popular del Noroeste Argentino*. San Miguel de Tucumán. Editorial Universitaria de Tucumán.
39. Almeida H (1996). *Introducción al estudio de la medicina popular en Cuyo*. Cuartas Jornadas Nacionales de Folklore. Buenos Aires. Prensa del Ministerio de Salud.
40. Krause MC (1994a). *Las ánimas: un subsistema autónomo de la religión popular*. Mitológicas, IX.
41. Krause MC (1994b). *Transformación diacrónica del mito*. Scripta Ethnologica, XVI.
42. Krause MC (1995). *El Diablo y los duendes cordilleranos*. Selección de Textos del Folklore del Mercosur. Azucena Colatarci (comp.). Buenos Aires. Prensa del INSPF-IUNA.
43. Krause MC (1996a). *Una concepción del Mal en el mundo cordillerano*. Actas del IV Simposio Internacional sobre Mitos. Buenos Aires. Asociación Psicoanalítica.
44. Krause MC (1996b). "La devoción de las ánimas". En: I Geist (comp.). *Procesos de escenificación y contextos Rituales*. México. Plaza y Valdés.
45. Idoyaga Molina A (2003). *Los pecados capitales, las nociones de enfermedad y muerte en el Noreste Argentino (NOA)*. Mitológicas, 18.

Representaciones sociales sobre el proceso de alcoholización

María Eugenia Módena

CAPÍTULO

22

Conceptos clave

Carrera alcohólica • Complejo de la ingesta • Alcohólicos Anónimos • Alcoholismo y enfermedad

Introducción

En este capítulo se describen y analizan las características de la etapa de consumo de bebidas alcohólicas como una parte de la carrera alcohólica que transitan los miembros masculinos de un grupo de Alcohólicos Anónimos (AA) situado en una región indígena y mestiza del Estado de México. El texto se funda en una investigación antropológica-social que, por medio de la etnografía —utilizando las entrevistas en profundidad y la observación participante en las juntas cerradas del mencionado grupo— obtuvo las representaciones sociales de este conjunto de varones respecto a sus imágenes sobre el consumo de alcohol en su familia de origen, su inicio en la ingesta, las bebidas y situaciones preferentes para beber, las primeras alcoholizaciones y las distintas etapas que recorrieron, signadas por adscripciones socioculturales, antes de arribar a Alcohólicos Anónimos.

Este capítulo describe y analiza una parte de la carrera alcohólica, la que refiere a la fase activa de la misma. Las representaciones de dicha etapa, como las del periodo de abstinencia, se obtuvieron de la información que nos dieron los miembros de un grupo de Alcohólicos Anónimos (AA): seis varones habitantes de la región mazahua y mestiza del Estado de México. Para proteger su identidad y pertenencia social sus nombres serán ficticios, también se omitirá la localidad en que habitan y desarrollaron la mencionada carrera. Luis, Gabino, Juan, Ramón, Manuel y Lorenzo fueron los sujetos que construyeron el grupo de AA donde desarrollé la investigación de la cual presentaré, a continuación, una pequeña parte.

Inicio con las representaciones que los sujetos pertenecientes a AA tienen sobre las distintas etapas activas de su carrera alcohólica. Desde sus representaciones respecto a la ingesta alcohólica y sus consecuencias en diferentes ambientes sociales en los que transcurrió su infancia hasta su ingreso en AA. En este camino marcado por el consumo de alcohol —sea como ingesta o como abstinencia— se consideran las representaciones que estos miembros de AA tienen de diferentes aspectos de su consumo, así como de su búsqueda de soluciones al mismo.

La premisa es que el llamado “alcoholismo” es una enfermedad crónica y cuyas consecuencias del padecimiento y muerte son atendidas de diversas maneras a partir de las inserciones culturales de los sujetos y sus grupos de pertenencia. Por tanto, es del todo necesario descartar como premisa la noción punitiva del alcohólico como un vicioso, victimario de otros y no víctima de su enfermedad y de su contexto. Por esta razón rescato el concepto de carrera de la enfermedad que articula los procesos que ocurren en el sujeto con aspectos de la estructura social.¹ Parafraseando a E. Freidson, considero esta carrera como la secuencia de acontecimientos sociales a través de la cual pasan los sujetos enfermos. Es un movimiento con puntos convencionalizados, con un sentido común a todos los comprometidos en el movimiento que va desde las nociones de la nosología, etiología, diagnóstico, pronóstico y terapéutica. Desde mi perspectiva, refiero lo convencionalizado como diverso, por la concurrencia posible de distintos insumos y perspectivas culturales, ya que distintos conjuntos sociales realizan de manera diferencial los procesos clasificatorios, de causalidades, diagnósticos y estrategias de atención. Los saberes que se despliegan en este movimiento pueden ser muy diferentes de acuerdo con quiénes son los que intervienen alrededor del sujeto enfermo y, con frecuencia, se presentan situaciones de conflicto que se desprenden de sentidos y significaciones diferentes respecto del mismo.

En la realidad empírica por medio de la cual construí la carrera de algunos enfermos alcohólicos no existe un “sentido compartido”, un consenso sobre los pasos a seguir respecto a las fuentes de atención, en la aceptación de la enfermedad ni en su etiología. Los diversos conjuntos sociales con los que se articula el enfermo tienen diferentes representaciones sociales de carácter más o menos situacional —ya que pueden variar según el momento o presentar una ambivalencia constante— respecto a qué es un alcohólico, las causas por las que se produjo, la caracterización del mismo como enfermo o no y los caminos a recorrer para la “cura” o la suspensión de la ingesta, así como la significación de los distintos tratamientos.

Retomando a Strauss y colaboradores en su apreciación de las enfermedades crónicas, incluyo la enfermedad que nos ocupa en la siguiente caracterización:²

[...] se trata de enfermedades cuya permanencia oscila entre meses, años e incluso décadas, lo cual obliga a redefinir la relación existente tanto con los profesionales de la

salud como con los integrantes de sus redes sociales. Se trata de enfermedades con una fuerte carga de incertidumbre, ya que nunca se tiene la certeza de su trayectoria en cada sujeto y se manifiesta en el diagnóstico, en el tratamiento y en la percepción del futuro. Esta incertidumbre obliga a los enfermos a reorganizar y restringir sus vidas en un esfuerzo por enfrentar los impredecibles. Las mismas requieren enormes esfuerzos para lograr una mejoría, pues aquéllos no sólo viven día a día con el dolor, el sufrimiento, la angustia o los síntomas, sino que también deben acostumbrarse a los efectos secundarios o indeseables del tratamiento o de los procedimientos empleados [...], los pacientes se ven obligados a emplear un sinnúmero de estrategias para eliminar algunas de las molestias más frecuentes o intensas [...], los síntomas como sus efectos alteran la vida de los enfermos: sus obligaciones, actividades cotidianas, relaciones, vida laboral, identidad, planes futuros [...]. La importancia de todo ello radica en que la mayor parte de las acciones que se emplean para enfrentar estos efectos se lleva a cabo fuera del campo de la medicina, por lo cual los individuos o sus grupos domésticos diseñan su vida diaria a fin de implementar las estrategias para sobrellevar la enfermedad.

Recordando el inicio en la bebida

La ingesta de bebidas alcohólicas fue práctica, habitual y normalizada en las familias de origen de estos varones. Con diferentes ubicaciones socio-espaciales y diferentes protagonistas, el consumo de embriagantes aparece en el recuerdo de todos ellos como un hecho normal sólo valorado como negativo por algunas consecuencias derivadas de la embriaguez. Es más, la memoria de la infancia de algunos de ellos coloca en los primeros momentos de ésta, en el intersticio entre la sobriedad y la borrachera de los progenitores, el acercamiento afectivo.

Todos tuvieron algún progenitor que consumía bebidas alcohólicas. Todos los padres lo hacían, y cuatro de las seis madres, pertenecieran o no al grupo mazahua. Las dos madres que no bebían no pertenecían a ese grupo.

Si bien todos los sujetos entrevistados son originarios de la región, la primera infancia de algunos de ellos transcurrió en pueblos de la zona rural y la de otros en cabeceras municipales o en la Ciudad de México. Desde un punto de vista muy general, esto no constituye una diferencia respecto al consumo o no consumo de padres y madres. Las diferencias aparecen en relación con el tipo de bebidas consumidas y las situaciones de ingesta.

En la zona rural, los padres o madres tomaban pulque, con un contenido etílico de 5 a 7.9°, dentro de un periodo que abarca desde 1930 hasta los inicios de la década de 1970-1979, dada la diferencia de edad de los sujetos. El pulque era ofrecido a los hijos como agua de uso, alimento o medicamento para la anemia. Y esta última práctica terapéutica se realizaba también en la Ciudad de México cuan-

do la migración los conducía a vivir en ella. En los pueblos campesinos esta bebida se consumía durante la jornada de trabajo, en las casas acompañando los alimentos, en las reuniones sociales, para "divertirse", en familia o de manera solitaria.

Los residentes de las cabeceras municipales consumían licores caseros de destilados y frutas, brandy, "cubas" y, en menor proporción, pulque en la década de 1960-1969 y en la de 1970-1979. En el Distrito Federal se consumía cerveza y licores de frutas que se vendían a granel en los mercados. Tanto en esta ciudad como en las cabeceras municipales los niños fueron enviados a buscar las bebidas en el interior de las casas o comprarlas y llevarlas a los adultos. Tres de ellos tuvieron sus primeras "probaditas" en estos trayectos, siendo el sabor dulce de la bebida lo que más les agradó según sus recuerdos. Sin embargo, para algunos, ni las probaditas ni el consumo eventual de pulque, como medicina o alimento, fueron importantes en la construcción de su alcoholismo. Pero sí lo fue la representación social existente en esta zona rural —como en otros espacios sociales del país— respecto a que la trilogía pulque, tortillas y salsa de chile son suficientes como alimento para los mexicanos como retórica de afirmación nacional y de compensación simbólica de las carencias.

De la Ciudad de México me acuerdo que vivíamos de una manera, por decirlo así, de "arrimados" con diferentes personas. Desde muy temprana edad me di cuenta que las fiestas terminaban en borracheras y pleitos. Hubo muchos hechos de sangre.

A mi padre lo vi beber muy poco y era un tomador que no armaba escándalos. A mi madre la recuerdo [...], siendo muy chamaco mi madre bebía. Vivíamos junto a un hermano de mi papá en una misma vecindad, eran cuartitos chicos. Recuerdo que en esas fiestas de Navidad organizaban posadas. Y todas las noches eran borracheras. También había unos diez cuartos donde vivían prostitutas y todas las noches eran escándalos, borrachos y botellazos.

Mi padre tenía una amante: Yo tendría menos de siete años cuando mis tías le mostraban a mi madre la foto de mi padre con otra mujer. Mi madre lloraba a lágrima viva, era mazahua cien por ciento. Mi madre, al fin india, todo se le iba en llorar. Ahí fue entonces cuando mi madre empezó a beber, a beber, a beber.¹ Yo vi muchas veces cómo golpeó mi suegro a mi suegra [...]. Después vino una tía a vivir con nosotros y acostumbraba a beber mucho y a mí me mandaban: "Hijo tráete la mañanita". Me daban una botella, iba yo a comprar, era anís con parras. Es un fruto pero no sé bien, pero era el nombre que se le daba. Se le decía la mañanita porque era en la mañana cuando tomaba. Claro, eso lo veía yo porque en el día iba a la escuela y cuando llegaba, mi madre estaba tomada y cuando yo vi eso [...], odié a la señora. Pero para esto cada vez que me mandaban por el mentado anís con parras, probaba. Me gustaba el sabor, pues aunque no me emborrachaba

me gustaba la probadita. Apparently eso no fue importante [...]. También ocurrió que cuando iba a la primaria en la Ciudad de México nos atendían en una clínica escolar de Salubridad. A mí me atendían las anginas y la dentadura y me daban emulsión de Scott, o sea que desde muy niño estuve en manos de médicos. Me acuerdo que la mamá de mis tíos [...]. Yo, psss..., estaba flaco y ella le dijo a mi mamá que yo estaba anémico y que me diera una hierbita de por aquí con pulque. Y me daban esa hierba con pulque [...], pero como alimento, como medicamento. No creo que eso me haya afectado en la cuestión del alcoholismo. Para mí el pulque no era alcohol, era alimento. (Luis).

Si bien Luis no se emborrachó con las probaditas, por su parte Juan tuvo dos borracheras infantiles que le ocasionaron malestares. Una de ellas con pulque, promovida por su padre, y otra en la cabecera municipal, donde vivía con su madre, por lo que recibió el regaño de esta última. La abuela de Juan tenía una tienda en su casa y, de muy niño, Juan veía a los parroquianos tomar bebidas alcohólicas. Un día un hombre se sirvió un vaso de brandy con refresco y lo dejó sobre el mostrador, Juan, de cuatro años, se lo bebió y se emborrachó. Se sintió tan mareado y mal que comenzó a llorar. Cuando venían visitas su abuela lo mandaba a buscar un licor casero que guardaba en un cuarto de la casa. Recuerda con gusto el sabor dulce que sentía cuando lo iba probando con el dedo. También recuerda que en el rancho de su papá una vez le dieron pulque.

La primera borrachera adolescente fue a los 15 años, cuando un amigo lo invitó a la cantina. Ahí se emborrachó con tres cervezas. La segunda borrachera de esta etapa fue cuando su hermana cumplió 15 años. Le tocó servir las copas; tomaba mientras servía las cubas de brandy con refresco. A los 18 años entró a trabajar a una herrería de ayudante. Con un compañero de trabajo se iban a la tiendita a beber cerveza y ahí comenzó a embriagarse diario.

Es alta la proporción de familiares que llegaban al estado de embriaguez en la infancia de mis informantes. En cuanto a los adultos, cuatro de los padres y dos de las madres se embriagaban con regularidad. Esto revive sentimientos desagradables, dolorosos, vinculados a consecuencias negativas de la misma. Tristeza; violencia física y verbal; abuso; carencias económicas; inestabilidad laboral y domiciliaria; desprestigio social, al producirse prácticas paternas que excedían a aquellas aprobadas culturalmente como "aceptables" del estado de embriaguez. Sin embargo, algunos de ellos recuerdan que, en el lapso que mediaba entre el comienzo de la ingesta y la embriaguez, existió un instante, un estar "alegre", que propició el acercamiento afectivo; el juego, el baile y la risa con ellos. Acercamientos que no existían sin la ingesta de alcohol.

En uno de los informantes, las consecuencias negativas de la ingesta paterna y materna lo llevan a migrar a la Ciudad de México a muy temprana edad. Allí, en las bodegas de la Merced, la incorporación a la cultura del alcohol continúa

a través del consumo de otros adultos y su propio consumo vivido como "voluntario". Sin embargo, este último no aparece asociado a violencias, sino a las funciones de desahogo, integración social, diálogo entre varones. Es más, en este grupo de adultos es donde Gabino aprende los rudimentos del alfabetismo.

La ebriedad infantil de los hermanos se recuerda derivada del consumo de pulque proporcionado por los padres en las localidades rurales. Pero también se recuerda más próxima, como costumbre en la juventud y adultez de los hermanos varones, formando parte de los encuentros sociales o como acompañante de la violencia y el abuso sobre algunos de mis informantes.

En mi familia consumían mucho el pulque. Mi papá tomaba bastante, también mi mamá. Normalmente, eran las fiestas tradicionales del pueblo, que si llegaba una familia se tenía que hacer la comida, pero iba acompañada de alguna bebida para tomar. En mi adolescencia yo siempre fui en contra del alcohol, de los que tomaban. Nunca me dieron porque nunca me gustó, pero ahí estaba. En el caso de mis hermanos, el más chico inclusive yo lo vi borracho a los 11 o 12 años. Y él...ya es... por costumbre. En el caso de mi papá, a las 10, 11 de la mañana, si no era por cruda o por lo que sea, normalmente le llevaban el pulque. En los trabajos era el pulque que se tenía que dar. Tanto en la siembra como en la cosecha, el pulque tenía que estar ahí.

Que me acuerde, se embriagaba diario, sí, era diario. Pero para mí creía que era mejor cuando él venía borracho porque su reacción era muy diferente a... estar sobrio. Cuando empezaba a tomar nos cargaba, cantaba, empezaba a hablar pero no agredía, era más escándalo [...]. A mi mamá la golpeaba, una vez la golpeó y la sacó de la casa con una de mis hermanas, chiquilla [...]. Pero era por culpa del alcoholismo, ya finalmente se puso muy agresivo [...]. Era pues diario. Diario, diario y aunque trabajaba en la mañana, en la tarde ya tenía que llegar medio borracho. (Lorenzo).

Lorenzo habla en un tono muy bajo y con dolor al decir que no sabe por qué comenzó a beber su padre y junto con él su madre:

Creo que empezaron juntos, creo que juntos porque no bebía antes. Pasó el tiempo y yo me fui para México y la forma de vida de mis hermanos es que desde los días viernes también había que tomar. Los viernes empezaban, o quincenas o lo que sea, cualquier fiesta. Yo recuerdo que por más que quería hacer los días sábado o domingo para estudiar en la casa no se podía porque era puro tomar. Fue en unos días de esos de Navidad, o sea que hay que festejar y ahí empecé... me acuerdo de la primera borrachera, me fui con unos amigos a un lugar que [...], ellos se quejaban al siguiente día de la cruda. Yo había tomado, no es porque sintiera, nomás la desvelada [...], tenía 23 años.

Poco a poco, cuando fui consumiendo más fue en cuanto pasé de ser *office-boy* a auxiliar de contabilidad.

Porque yo empecé a ser el contacto con la gente. Es que trabajaba en una empresa avícola y los obreros estaban fuera de la ciudad. A mí me tocaba a veces ir a dejarles la raya, a pagarles. Eran los viernes que nos íbamos y trabajábamos los sábados. Entonces es una zona muy pulquera, lo que es Otumba. Había muchos obreros, muchos empleados que desde los viernes empezaban a cobrar y también tomaban mucho, y siempre se me hacía la invitación de ir a alguna fiesta o algún evento porque consideraban que yo era la persona quien controlaba todas esas granjas a nivel personal y contable, pues yo era el que movía ahí todo. Y se me daba unidad (carro) para que fuera a supervisar si los trabajadores estaban completos, si no había desvío de material o ventas por ahí. Y había un supervisor que también le gustaba mucho tomar; siempre que me invitaba iba a su casa, me invitaba a comer. Los primeros días tomaba una, porque más bien el vino a mí nunca me gustó, y lo que les aceptaba era una cerveza.

La infancia de este conjunto de varones —que hoy transitan una etapa de abstinencia de la carrera alcohólica— cursó en un ambiente de consumo de bebidas alcohólicas normalizado; incluso en un medio sociorreligioso que no normaliza —y tiende a prohibir— el consumo de embriagantes como son las iglesias evangélicas en México. Esta normalización no se limitó al grupo familiar más próximo, sino que abarcó el consumo de primos, tíos, compadres, vecinos y amigos de la familia. Con diferencias en cada caso, todos estuvieron inmersos en una socialización primaria “alcoholizada” en la que aprendieron no sólo la normalización de la ingesta, sino también la ebriedad, las prácticas asociadas a ella y sus funciones. Dentro de estas prácticas irrumpieron afectos contrapuestos vinculados a consecuencias vividas por ellos como positivas y negativas.

Las bebidas embriagantes, con sus particularidades culturales, estuvieron significadas, en sus representaciones como alimento, medicina, acompañantes de los acercamientos afectivos, de la fiesta, la sociabilidad y la sexualidad, incluso aquella que fue abusiva, como la paterna y fraternal. Simultáneamente, fueron causantes del agravamiento de la pobreza familiar, del desprestigio y la vergüenza social cuando sus consecuencias rompieron con límites sociales e irrumpieron en ámbitos como la escuela, en los cuales la presencia de un padre o una madre ebrio era humillante frente a los pares como no lo era, esa misma práctica, en otros espacios sociales.

En el proceso de socialización secundaria se reforzaron los aspectos normalizados del consumo de alcohol. Elementos identitarios de una cierta masculinidad son, aun hoy, representaciones del consumo plausible: *los hombres beben*, se embriagan e incluso ejercen *cierto grado de violencia*; considerar que una o dos borracheras al año y una ingesta constante sin alcoholización son características del *bebedor social*; el beber ineludible en los encuentros de trabajo burocrático y en las reuniones políticas; la ingesta durante un día entero; beber para parecerse al padre; andar

bebiendo por el pueblo si no hay consecuencias negativas, económicas ni sociales, para otros.

La presencia del alcohol en el recuerdo se representa como normal en la embriaguez eventual sin consecuencias negativas o en los primeros momentos de la misma. Es la aparición constante de las consecuencias negativas sobre el entorno familiar —y sobre su infancia— lo que se constituye como parte del padecimiento en la memoria adulta de los sujetos.

Causas del alcoholismo

Causas comunes se mencionaron en las razones por las que se constituyeron como “alcohólicos”. Un denominador común refiere estar en situación de inferioridad, de devaluación, frente a situaciones sociales que, como varones, tenían que enfrentar y que, aunque con diferencias fenoménicas, se constituyen en el ámbito de las relaciones con las mujeres, con el dinero y con el prestigio social.

Tal vez en ese pueblo de San Benito en el que viví de los 12 a los 14 años hubiera llevado una vida mejor. Porque allí también se murió mucha gente y sigue muriendo mucha gente por alcoholismo. Entre ellos fue mi suegro. Pero mi padre quiso regresar a la ciudad. Yo no quería porque mi madre me pegaba mucho. Pasando La Marquesa y empecé a ver las luces de la ciudad mi mente dijo: “Ya llegué a la ciudad de la perdición”. O sea que yo ya me había programado a que me iba a malear.

A los 15 años empiezo a trabajar en un taller mecánico y a estudiar en la nocturna. En la escuela, jóvenes más despiertos que yo me empezaron a encaminar por cosas que yo no sabía. El sexo de una forma tan abierta lo fui aprendiendo con ellos, a los 14 o 15. A los 16 años mi padre nos consigue, a mi primo y a mí, trabajo en una troqueladora. Nos echamos tres meses trabajando día y noche, todo ese dinero me lo boté en pura bebida porque llegaba el día sábado y en lugar de venir con mi madre me juntaba con los mismos trabajadores y vámonos para un cabaret y pues, allí empecé a conocer lo que era el cabaret, a la edad de 16 años. Allí fue todo, allí fue donde empezó mi alcoholismo, ya lo que verdaderamente fue el alcoholismo. Ya me emborrachaba.

Podría decir que fue por causa de la situación de enamoramiento hacia una mujer y por no saber declararme pues, empezaba a beber. Después vi a mi madre bailar y andar con otro hombre. Lo que en mi padre me parecía a todo dar en mi madre no lo soporté. Bebía y me agarraba a trancazos con ese hombre y ahí se desarrolló mi celotipia y mi desconfianza a las mujeres. Por eso le di muy mala vida a mi mujer. (Luis).

La primera figura femenina que aparece como conflictiva en términos de las causas del alcoholismo, al menos para cuatro de estos varones, es la madre. Ya sea por haber recibido el alcohol durante la vida intrauterina a través de la

in
ej
cc
o
re
yl
m
qu
se
re
tr:
ac
cc
pe
gu
al
in
m
de
tr:
vi
es
el
za
hc
pa
br
pr
cc
ca
m
el
su
na
m
ve
de
er
es
er
re
su
qu
ca
hc
te
ga
de
te
ur
cc

ingesta materna y, por tanto, considerarlo *hereditario*; por el ejercicio de la violencia física sobre ellos; por su ebriedad cotidiana; por sus funciones de proveedora y disciplinadora o por los celos a raíz de sus relaciones con otros hombres; la relación con ella se representa, en palabras de Juan, *como un yugo* del cual se libera con dolor cuando ocurre la muerte materna. Esas mujeres rompen con la representación ideal que corresponde a una mujer-madre, la “madre ilusión” que se describe como la que guisa, mimó y lleva a pasear. Y esta representación se extiende como causa explicativa del maltrato alcoholizado ejercido sobre otras mujeres en la edad adulta. Trabajar, regañar, golpear y tener relaciones extraconyugales son atributos culturales que se otorgan al padre, pero no a la madre.

Aparece también, aunque sin causalidad explícita en algunos casos, el medio social citadino como un contexto de alcoholización difícil de eludir y, comparativamente, más intenso que el de la zona rural.

Todos los informantes manifiestan, directa o indirectamente, como causas de su alcoholismo sentimientos asociados a condiciones devaluadas socialmente: a esfuerzos de trabajo excesivos; a características físicas desvalorizadas; a vivir de “arrimados”; a la ausencia del padre señalada como estigma combinada con una situación económica precaria; el ser epiléptico y con trastornos psíquicos y el ser alcoholizado para ser violado por padre y hermano y, por eso, alcoholizarse otra vez. Alcoholizarse para *perturbar la mente*; parafraseando a Bateson para escapar de una realidad “sobria” en la que “algo está mal” y el alcohol lo “corrige”³

Cuando Juan terminó la secundaria quiso entrar a la preparatoria, pero su madre quería que hiciera una carrera corta. A los 17 años comenzó a estudiar comercial en otra cabecera municipal, hizo menos de un año cuando, en mayo, murió su mamá: “Cuando ella murió me sentí libre, me quitó el yugo pero con dolor”. Quiso heredar la plaza de maestra de su madre. Cuando le preguntaron qué sabía hacer dijo que nada y sintió una gran frustración. No le dieron la plaza. Al mes se iba a los bailes, tenía más amigos y tomaba más cervezas y cubas para poder sacar a bailar a las chavas.

En los casos en que la debilidad de la mujer —ocasionada por diversas situaciones como el engaño masculino o la enfermedad y la muerte— irrumpe en la historia familiar, esa fragilidad provoca en el recuerdo de estos hombres, enojo, discriminación racista y miedo. Aparecen también representaciones referidas a la identidad masculina y el consumo de bebidas alcohólicas por medio del recuerdo de querer parecerse al padre —a pesar de haber sido, en un caso, violentado por éste en estado de ebriedad— de ser hombre, de admiración por la masculinidad de los “padrotes” asociada a su éxito con las mujeres y a la relación entre galanteo y consumo de alcohol. La llamada *Época de Oro* del cine mexicano, por medio de figuras como Jorge Negrete y Pedro Infante, es incluida en las representaciones como un componente de la construcción de su alcoholismo, así como las canciones del compositor José Alfredo Jiménez. El

inicio en el consumo y la ebriedad de y con tequila se asocia con las situaciones *cinematográficas* y la canción romántica en las que se ingería: fiestas, serenatas, cantinas e intentos de olvido del mal amor.

Mis padres eran alcohólicos. Ya venía en el vientre de mi madre, ya venía, la enfermedad del alcoholismo. Ya nomás esperaba la edad para que yo bebiera. El alcoholismo esperaba. Lo heredé porque mi madre y mi padre tomaban, mi madre tomaba pulque cuando yo estaba en el vientre y me daba mis jarros de pulque de pequeñito.

Siempre decía yo: “el alcohol se hizo para los hombres, se hizo para beber los hombres”. No sabía que la enfermedad me ‘taba esperando. Yo no soy alcohólico, yo no soy. El alcohólico es el que simplemente trae un montón de perros siguiéndolo (suspira hondo), aunque trae una cobiija arrastrando, todo mugroso, hinchado. ¡Ese es el alcohólico! Eso yo pensaba. (Gabino).

La imagen del alcohólico como el “teporocho” es muy difundida y se construye a partir de un conjunto de signos físicos, conductuales y de “presentación de la persona” que deja fuera del ser alcohólico una variedad de tipos de alcohólicos que van desde lo que metafóricamente llamo el “buen borracho”: aquél que no denota en su aspecto y conductas lo ingerido o que lo actúa en situaciones de privacidad que no afectan a los otros —aunque el daño para sí mismo sea considerable— hasta los que se embriagan en cantinas, fiestas, bares, etc., pero tienen recursos para vivir que les permiten evadir la situación pública del vagabundeo y la mendicidad. Esa representación extrema del alcohólico se modifica en AA al asumir la noción del alcoholismo como enfermedad, y al ampliar la gama de signos y síntomas que implican ser alcohólico. Sin embargo, y vinculado al tiempo transcurrido en AA, en los más jóvenes persiste una tensión entre aceptarse como “enfermo alcohólico” —lo que implica no poder beber ni una gota de alcohol— y la esperanza de “algún día” poder controlar su ingesta. En este sentido, la tesis de Bateson respecto a la “lucha” simétrica entre el alcohólico(a) y la botella, el desafío que representa el poder vencer al alcohol frente a sí mismo y a los otros, al menos en estos casos parece cumplirse.³⁴ No son ajenas a esto las expresiones recurrentes: “Me ponían una copa enfrente y me la chingaba”, “A ésta (la copa o la botella) me la chingo”, “Nos chingamos la botella”.

Yo agarraba el alcohol para perturbar mi mente, para que no se vinieran muchas preocupaciones. Cuando empecé a beber no me consideraba alcohólico, y después me costaba verme como alcohólico. Cuando llegué a estar borracho varios días todavía me costaba considerarme alcohólico. Me di cuenta de que era alcohólico cuando supe que el alcohólico no era aquel que andaba perdido sin acordarse de su familia, sino que era aquel que no podía controlar su manera de beber. Eso lo aprendí en AA. (Lorenzo).

Es importante señalar que la mayor parte de las causas del alcoholismo referidas remiten a sentimientos y situacio-

nes de las que deseaban evadirse, olvidarlas o revertirlas a través de la alteración de la conciencia. Aunque relatadas y vividas como avatares de su existencia individual, aluden a situaciones sociales que colocaron a estos hombres durante su infancia, adolescencia y juventud en posiciones y situaciones sociales de precariedad económica o de inferioridad social.

Aceptarse como enfermo alcohólico y “derrotarse frente al alcohol” cubría con una capa de homogeneidad a los sujetos que buscaban en su historia personal las razones de ese ser enfermo. “Salvados” en AA del estigma del vicioso y del victimario, y con el claro propósito de mantenerlos en abstinencia, la institución los colocaba en la posición del enfermo que es único responsable del devenir de su dolencia.

Complejo de la ingesta y los pasos de la carrera alcohólica

Llamo “complejo de la ingesta” a un conjunto de elementos que, vinculados entre sí, caracterizan y diferencian el consumo de bebidas alcohólicas en cada etapa de la carrera alcohólica (cuadro 22-1). Estos elementos fueron mencionados por mis informantes y fueron ellos mismos los que descriptivamente construyeron cada etapa del complejo de la ingesta al relatar los pasos de su carrera alcohólica.

Uno de los primeros elementos que aparece en los relatos y que “marcan” la diferenciación del tipo de consumo es la situación personal del bebedor, su estado anímico, su intencionalidad al beber, su condición social y económica. Vinculados con estos primeros elementos aparecen los lugares, las situaciones, las compañías o la soledad para beber. Estas situaciones pueden estar institucionalizadas socialmente —como los partidos de fútbol, los bailes, los viernes sociales, las fiestas— y, en ellas, el bebedor ocupa lugares específicos de los que, a veces, es dificultoso moverse: el invitador, el deudor, el mandadero, el halagado, el sufriente.

Las consecuencias positivas y negativas de beber, así como sus funciones, pueden caracterizar a un tipo de ingesta y diferenciarlo de otros tipos. En estrecha relación con estas consecuencias se encuentran las opiniones y prácticas de los “otros” respecto al sujeto que bebe. Las representaciones sobre sí mismo, en las distintas etapas de la carrera alcohólica, que tienen estos AA, se construyen con el recuerdo de su propia imagen en la cual intervino la mirada de esos otros, sus opiniones, juicios valorativos, prácticas y actitudes del bebedor, así como las representaciones construidas desde AA sobre el alcohólico, el alcoholismo y sus consecuencias.

Los distintos tipos de ingesta se desarrollan en el tiempo de la carrera alcohólica. Ésta, en su fase de consumo, tiene distintas duraciones y distintas combinaciones de los tipos de ingesta y, aunque no todos los informantes hayan pasado por los diversos tipos, hay una cierta secuencia que presenta regularidades.

Desde esta visión retrospectiva, su inicio en el alcoholismo se identifica con las primeras borracheras. No lo pensaron así ni en ese inicio ni durante todo su periodo de consumo, ya que ese tipo de consumo y embriaguez era normal dentro del contexto social en el que se producía, como se manifiesta con frecuencia en las narrativas. Pensaban que les hacía daño, incluso que ese daño era un problema individual, que tenían que beber menos, pero no se representaban a sí mismos como alcohólicos.

Considere ahora los tres tipos de ingesta que pude abstraer de los datos empíricos para describir las características estructurales de los mismos. Los coloco intercalados con fragmentos de la narrativa de algunos informantes porque presentar los relatos de los seis representaría una extensión excesiva en los límites de este capítulo. Esto no implica que cuando pienso los tipos y describo su constitución, así como para cualquier otro aspecto del análisis de esta problemática, no tenga en cuenta la información proveniente de todos mis informantes. Si bien existe una tendencia evolutiva en el paso de un tipo de ingesta a otro —el alcoholismo es una “enfermedad progresiva”— esto no significa que no coexistan, en un momento determinado, características de diversos tipos. Asimismo, no todas las características de un tipo aparecen en el sujeto que atraviesa por esa etapa de la carrera alcohólica.

Las borracheras fueron en el D.F., pero con cerveza.¹¹ Yo he sido de los borrachos que con poco se emborrachan, —yo creo que por eso no me perjudiqué mucho mi organismo como otros que se vuelven diabéticos y cirrosis y todo eso (pero tiene úlcera y varios intentos de suicidio). Pero lo peor en mí es que en la borrachera era muy agresivo. Me daba por pelear y recibí muchos golpes. También golpeé a mi esposa por celos.

En esos tiempos (hasta los 20 años) no lograba captar el cambio de personalidad. Me sentía alegre y con ganas de bailar. Eso es normal, pero yo no lo había captado. Tuve días o borracheras que fueron muy alegres, sin ningún tipo de molestias. Cuando esas posadas [...]. Cada posada, a partir de los 16 años hasta que me casé, tomaba pero para estar alegre, nomás. Y me divertía bailando y eso. Pero en esos tiempos no me “enlagunaba”. Pero la situación es que sólo tomando algo era como me animaba a invitar a las muchachas para bailar. De veras, que no todo el tiempo que bebí, no fue puro desastre.

Ya tenía más de 20 años y nos fuimos con unos cuates a Veracruz. Y me puse la primera borrachera. Para esto ya había cambiado de la cerveza al tequila. Había visto las películas de Jorge Negrete y Pedro Infante, ¡qué borracheras se ponían con el tequila!

Me metí al ejército y no me gustó. Drogas, alcohol, prostitución. Deserté para casarme con la novia que tenía y me encuentro con que se había encontrado un novio. Otra vez a beber. De 1950 a 1953 fue beber y beber cada vez más. Y conocí a mi esposa. En un principio empecé a portarme bien pero no duró mucho. Trabajaba en una fá-

Cuadro 22-1. Carrera alcohólica y complejo de la ingesta (consecuencias, preocupaciones, autodiagnóstico, recursos de atención, diagnósticos y prescripciones).

Complejo de ingesta / Etapas	Consecuencias	Preocupaciones	Autodiagnóstico	Recursos de atención (RA)	Eficacia	Diagnóstico y prescripciones
Etapa I Ingesta y embriaguez normalizadas	Consecuencias positivas Consecuencias negativas ↓ Malestares normalizados (crudas)	No hay preocupación por ingesta	Normal	Autoatención Dormir, cervezas, pulque, caldos picosos, hierbas	Eficaces	
Etapa II Ingesta y embriaguez normalizadas/ no normalizadas según diferentes grupos de pertenencia	<ul style="list-style-type: none"> Deterioro físico y emocional Accidentes y violencia Deterioro de condiciones de vida (económica, social, familiar) Consecuencias negativas sobre otros Violencia Opiniones, presiones y prácticas de otros, intervienen en la construcción de 	Preocupación constante y "oculta" (negada) manifestada como agresividad y engaños (autoengaño)	Representación es referida a <ul style="list-style-type: none"> Me hace "daño" Tengo que parar Puedo parar si quiero No se consideran alcohólicos	RA para consecuencias físicas y orgánicas <ol style="list-style-type: none"> Autoatención <ul style="list-style-type: none"> Hierbas para la cruda Cervezas y "copa" (vinos) para cruda y... caldos, pulque Suero para rehidratación Médicos u hospitalización para intoxicación alcohólica y consecuencias de accidentes y violencias. Crudas RA para suspender ingesta de alcohol <ol style="list-style-type: none"> Autoatención (autocontrol) Juramento (virger de Guadalupe, Chalma, etc.), limpias Médico para que indique medicamentos Iglesias evangélicas	Eficacia relativa Eficacia o reinicio del ciclo de embriaguez Eficacia relativa Eficacia momentánea Eficacia para estado general No eficaz para suspender ingesta No eficaz No eficaces en esta etapa en nuestros informantes (eficaces en otros casos)	Diagnóstico implícito No se menciona "alcoholismo" o "enfermo alcohólico" Regaño médico Prescripción: dejar de beber por medio de la voluntad temporal o definitivamente Prescripción: (vicio-pecado, voluntad, moral, oración, pertenencia, presión social)
<i>Para algunos esta etapa es el fondo del sufrimiento</i>						
Etapa III Ingesta y ebriedad no normalizada	Agudización de consecuencias negativas <ol style="list-style-type: none"> Daños físicos, orgánicos, neurológicos, psíquicos graves Carencias económicas graves <ul style="list-style-type: none"> Vagabundeo y mendicidad Violencia sobre ellos Aislamiento en la ingesta y en la embriaguez Solidaridad para proveerse de alcohol Autodevaluación extrema "Fondo de sufrimiento" 	Miedo Angustia Desesperación Alarma	Beber me está matando Me quiero morir Me voy a morir	RA para consecuencias físicas, orgánicas y psicológicas Piedras "amargo" Hospital psiquiátrico Psiquiatra privado RA para dejar de beber Brujo Esposa y allegados mazahuas Iglesias evangélicas	Eficaces para temblores, sudoración y engarrotamiento Eficacia negativa No eficaz en nuestro informante (eficaz en otros casos) Eficaces en síntesis con	Brujería por venganza Gusano en el estómago que vive del alcohol Prescripción: Limpias Diagnóstico implícito Prescripción y tratamiento: Diazepam y electrochoques AA

brica de acabados textiles donde duré 25 años, en Azcapotzalco, y vivíamos en la vecindad. Ahí me empezaron a meter chismes: que mi mujer andaba con un policía y aunque yo decía: no, yo no me creo los chismes, pero en el subconsciente... y al poco tiempo me emborracho y empiezan las dificultades, los golpes, los celos y así fue creciendo mi alcoholismo. No era yo un borracho de diario, porque sí tenía mis abstinencias y largas. Podía pasar un año sin probar. Hasta que ya las últimas ocasiones sí ya fue de días. No fui de beber una cerveza o una cuba. Desde que empezaba a beber hasta que me emborrachaba. En ese tiempo me "enlagunaba" porque me acuerdo que luego me decía mi mujer: "hiciste esto y esto" y yo no me acordaba nada.

Cuando me dio hepatitis me internaron en La Raza, ahí estuve un mes y días. Fueron 10 días de suero y ahí adelgacé mucho. Lo único que me dijeron cuando me dieron de alta fue esto: "No vaya a beber de aquí a fin de año". En mayo salí del hospital, estuve siete meses sin tomar pero ya el día 25 ¡ahora sí me voy a echar unas! Ahora es cuando lo resiento. Tomo café y es un dolor aquí. Yo consideraba que mi modo de beber era normal, ya que convivía con mucha gente que bebía. Había algunos amigos que bebían diario y dentro de las horas de trabajo. Antes de entrar a AA yo veía el alcoholismo como normal, yo sentía que a mí me hacía daño. A mí ya me molestaba, pero a donde quiera estaba, en la fábrica, con los vecinos, ¡todo el mundo bebía! Yo sentía que yo era el único que me hacía mal beber. Pero lo que a mí me molestó más fueron esos pensamientos insanos, sobre todo querer violar, porque estando en estado alcohólico yo me salía a la calle, veía una mujer y la quería violar o me quería meter en la casa de una mujer que haya visto.

Yo eso sí me di cuenta que las relaciones de entre borrachos eran... como un desahogo, nada más como un escape a cierta tensión, de vivir en el trabajo, en la familia. Mi alcoholismo tenía consecuencias muy fuertes en la economía doméstica, creo que 30% me lo gastaba en beber.

Cuando estaba crudo lo que sentía más que nada era un terrible dolor de cabeza, mucha flojera, no me daban ganas de trabajar, el estómago muy revuelto, ascos. Mucha sed, muchos deseos de tomar y me la curaba con café. Sí, llegó a haber veces y muchas que me la curé con alcohol. Con mi mujer, con mis hijos, con mis vecinos, con los amigos ¡con todo mundo sentía yo ese complejo de culpa! Más cuando llegaba yo a golpear a mi mujer y venían los vecinos a quitármela. También al niño más chico que murió [...]. De ahí ya el aspecto fue cambiando, me fui sintiendo relegado de la familia, como que ya no le importaba yo a nadie, como que me hacían menos. Agarraba mi mujer a todos sus hijos y a mí me dejaban ¡como perro! ¡Y a beber! Y luego empecé, hice un intento de cortarme las venas [...], sí debo haber estado sobrio porque recuerdo cómo entramos al psiquiátrico. Cuando lo hice estaba crudo, en mi casa. Y allí en el psiquiátrico me empezaron a hablar de que fuera a ver a los AA. Intentos de suicidio fueron cinco, es que ya las últimas veces, el diazepam que me daban para

tranquilizarme no me lo tomaba y ahí lo iba guardando y cuando me venían esos deseos a tragar un resto de diazepam.

Hasta la fecha, tengo sueños de que ando de borracho. Es que la obsesión por el alcohol está latente y eso que nos viene a nosotros como un sueño nos causa angustia, pero cuando despertamos es para pensar [...], vivir aquello que tuvimos en los cinco sentidos. A mí me angustia mucho vivir esos momentos en los sueños pero cuando despierto ¡Ay qué bueno que fue un sueño! Pero ya no me da miedo de que me vaya a beber porque ese sueño me tiene latente, sin que yo lo esté diciendo, de que soy un alcohólico, los sueños que me llegan me hacen renovar mi pensamiento de que soy un alcohólico. ¿Qué estoy haciendo bebiendo? En mi propio sueño pienso que soy AA y eso ya no me deja gozar la borrachera. (Luis).

La **primera etapa del complejo de la ingesta** está normalizada en la región de estudio y, me atrevo a decir que esta normalización no constituye una particularidad regional. Comienza entre la pubertad y los 20 años, las bebidas preferentes son las fermentadas y, finalmente, los destilados mezclados con refrescos de cola. La cerveza domina el panorama de inicio de la carrera en las zonas urbanas y en las cabeceras municipales, y el pulque es ocasional, en especial en reuniones familiares en la zona rural o cuando la situación económica no permite adquirir otra bebida. Las bebidas se obtienen en las fiestas, sin costo; se paga con el dinero que se gana en los diferentes trabajos y se roba en especie o en dinero para comprarlas.

La tolerancia al alcohol es baja y rápido se llega a un cierto tipo de embriaguez. Las características de la misma es estar alegre, animado, platicador y mareado. La frecuencia de la embriaguez oscila entre una vez cada 15 días y una vez al mes. En el caso de Lorenzo, hay un consumo diario de cerveza acompañando las comidas sin llegar a la embriaguez.

Las consecuencias de este tipo de ingesta se consideran positivas y normalizadas. Las crudas, si las hay, tienen síntomas como la sed, el sueño y dolor de cabeza. La excepción es Manuel, que llegaba a convulsionar.

En esta etapa no existe la ingesta solitaria. Se busca la integración social con otros varones, la sociabilidad, el "poder hablar", vencer el temor a las mujeres y poder bailar con ellas, el galanteo e, implícitamente, el poder competir con los pares del mismo sexo, así como imaginariamente, aumentar la potencia sexual por medio del pulque, aunque la misma no se ejerciera. Funciones de integración social y sociabilidad, psicotrópicas, calórico-sexual y de permisividad se articulan con la función de entretenimiento anclando este tipo de funciones en aquella parte de la memoria de la infancia en la que se recuerdan las mismas consecuencias y funciones. El deseo ("necesidad") de tomar alcohol estaba vinculado a situaciones específicas; era la situacionalidad normalizada de la presencia de las bebidas la que provocaba un consumo vinculado a una funcionalidad reconocida. El alcohol es el

“amigo” solidario que va a ayudar a hacer aquello que se espera que, un sujeto masculino de determinada edad haga en determinada situación. A pesar de que existían diferencias fenoménicas no despreciables, un denominador común se puede rastrear: la desvalorización personal-social que cada uno vivía por diferentes motivos. Carencias económicas severas; comparación con un pasado familiar de prestigio y holgura; deterioro del bienestar por alcoholismo paterno y, a veces, materno; autoexclusión —exclusión del grupo familiar; ausencia paterna; interacción hostil con grupos sociales de mayor prestigio social; desvalorización de su aspecto físico; conflictos familiares; celos; dependencia; rechazo de y a la madre y miedo a su muerte; miedo a las mujeres y a la competencia con otros varones; signos de enfermedad con visibilidad pública; fracasos escolares; relación contradictoria entre discursos y prácticas familiares sobre ellos, son algunos de los elementos que construyen ese sentimiento común de desvalorización y vulnerabilidad en contextos en los que la “mirada” de los otros, real o imaginaria, reprueba y señala esas características y condiciones de vida. Es la interacción con determinados grupos sociales, tanto en la cabecera municipal, en la capital del estado y en el Distrito Federal, así como las repercusiones de sus condiciones socioeconómicas en la vida cotidiana, las que construyen su sentir de inferioridad y vulnerabilidad social. En los poblados rurales o en las bodegas de La Merced, lugares de pertenencia de Gabino, muchas de las condiciones señaladas son tan generalizadas que no son causales de discriminación ni generadoras de estigma.

Dos varones mencionaron, como indirecta introducción a las siguientes etapas de su carrera de ingesta, imágenes como “Para después el alcohol tenía otros planes”, “Ya nomás (el alcoholismo) esperaba la edad para que yo bebiera”. El alcohol aparece, en algunas de estas representaciones, como una sustancia con capacidad de acción y voluntad, como un actor. Se compete con él, se intenta derrotarlo y finalmente se sucumbe o hay que derrotarse frente a él. Estas cualidades se hacen, de alguna manera, extensivas al alcoholismo. Así como en esta etapa el alcohol era una “amigo” que los ayuda, también el alcoholismo era una presencia ignorada pero amenazante del futuro.

El único intermediario entre el consumidor y los productores de alcohol que apareció con claridad, en la narrativa de mis informantes, como beneficiario del alcoholismo y la alcoholización, es el cantinero —o su equivalente en las múltiples vías en que se vende el alcohol al menudeo—. Escucha al bebedor solitario que “se abre de capa” mientras sigue consumiendo; cuando deja de consumir el escucha se retira. Visto desde un punto de vista esquemático: el vínculo entre bebedor y vendedor es parte de la mercancía y está incluido en el precio que se paga por ella.

Mientras trabajaba en la herrería ya no sólo bebía a la salida del trabajo, sino durante el mismo aprovechando la ausencia del dueño. En el mismo periodo comenzó a gastar dinero del negocio para comprar bebida y alteraba las notas

de gastos para justificar los faltantes. Cuando se peleó con su padre volvió con su abuela a trabajar vendiendo golosinas. Luego se emborrachaba y se la curaba con cerveza. Pero en la “curada” se embriagaba otra vez. Tuvo que comenzar a curársela con “amargo” y “piedras” cuando se entumía y agarrataba: “Era lo único que me quitaba el frío y sentía que me volvía a circular la sangre”.

Me iba a la escuela porque me daba vergüenza que me vieran vendiendo en la calle. Mi abuelo fue administrador de una hacienda y yo tenía mucho resentimiento de que hubiesen perdido todo. Yo no era, según yo, para estar de vendedor en la calle. Vivía a expensas de mis hermanas. Hubo reproches, resentimientos [se entristece]. Me echaban en cara de que era un huevón y que llegaba borracho. A veces llegaba tranquilo pero a veces llegaba gritando y agresivo.

Yo me veía a veces muy tonto, acomplejado, muy chaparro, muy jodido, muy flaco y por eso las viejas no me hacen caso. Mi única salida fue el alcohol. Y empecé a beber hasta cuatro días seguidos y de todo. Cerveza, vino, pulque. Ahí fue cuando empecé a tomar pulque. A veces iba a la pulquería, a veces a la cantina, a veces a una tienda, con los amigos en el campo de fútbol, en las fiestas a las que iba ya no para amarrarme una chamaca sino para beber. Los otros cuates tenían una mejor posición. Casi todos eran electricistas de la CFE. Eso también me creaba complejo porque ellos tenían un buen empleo, yo les dije que me ayudaran a entrar en la Comisión. Me decían que sí en el momento que estábamos bebiendo, pero en los hechos nunca. Cuando me veían bastante tomado ya ni me pelaban y me dejaban ahí con mis lagunas mentales. Como cuando casi me ahogo en el Lerma o cuando me golpearon y me dejaron el labio colgando y ahí fue cuando perdí mis dientes. Cuando rompí el juramento que hice en Chalma, ahí se intensificó mi alcoholismo. A veces levantándome lo primero que buscaba era la cerveza o la copa y, a veces, en la noche me entraba la cruda ¡desesperado! Y agarraba el alcohol de mi abuelita, que usaba para untarse en las piernas, y se lo echaba a un tecito y con eso por lo menos podía conciliar el sueño. Ahí empecé a tomar las mentadas piedras. También en esa época empecé con el tequila. Tequila con anís, me gustaba. Pero con tres, cuatro, cinco tequilas me iba ya borracho. Bebía desde la mañana, a la una o dos de la tarde ya estaba durmiendo en la casa la borrachera y me levantaba a las siete, ocho de la noche y me preocupaba, sentía miedo de no tener que beber durante la noche. Bebía ocho días sin parar pero dejaba ocho o quince días y en esos momentos de lucidez pensaba: ya la estoy regando. Con todo mi fondo no se compara con otros, yo no tuve un fondo de sufrimiento tan duro, hay otros fondos más negros. (Juan).

La segunda etapa dentro del complejo de la ingesta se desarrolla, tendencialmente, después de los 20 años. Sin abandonar el consumo de cerveza se introducen los destilados como el tequila y otros vinos en el consumo habitual.

Los periodos de embriaguez se alargan y pueden durar varios días. No parece desarrollarse en esta etapa la tolerancia al alcohol y la embriaguez se logra con rapidez. Ya no es la situación la que provoca la necesidad de tomar. El deseo de hacerlo no está sólo condicionado a la sociabilidad o a animarse a una acción determinada, sino que surge como deseo de tomar. Lo que se asocia con la aparición de la ingesta solitaria y el aburrirse con y rechazar la compañía de aquellos que no beben o no se embriagan. La embriaguez, o la representación que se tiene de ella, implica prácticas que no quieren ser observadas por otros no alcoholizados que se viven como "testigos incómodos". Son los *amigos de borrachera* quienes se busca con exclusividad para la interacción social, porque se les busca para tomar como un fin en sí mismo. Disminuye el interés por las relaciones con las mujeres y se transforman en espacios sólo para beber con otros varones y no para conquistar, bailar, ni seducir. El cabaret, el bar, la cantina, los encuentros de fútbol son espacios masculinos de ingesta. Las mujeres son desplazadas por el alcohol, con el que se establece una relación ambiguamente "amorosa". De esos amores que matan.

Los malestares físicos se manifiestan con mayor intensidad en las crudas. La violencia y los accidentes se instalan entre las consecuencias de la ebriedad: los golpes dados y recibidos dentro de las interacciones intragenéricas y los golpes propinados dentro de las relaciones intergenéricas. Culpa y vergüenza se sienten ante prácticas realizadas para lograr el consumo o en estado de ebriedad y que ya no están tan normalizadas, en el sentido de que los grupos de pertenencia tienen diferentes valoraciones y actitudes frente a las mismas o se valoran de diferente manera según situaciones y tipo de relación que se tiene con el bebedor. Las primeras "lagunas" permiten no ser conscientes de algunas de esas prácticas y poner en marcha las funciones permisivas de la embriaguez. También se abre la posibilidad de utilizar el "enlagunamiento" para fingir un "no recuerdo, estaba borracho" pero también para culpar al ebrio de consecuencias de su ebriedad de las que no fue responsable.

Se deterioran las relaciones laborales, se pierden oportunidades de trabajo y se abre el círculo de las deudas por alcohol. Se roba y se estafa a familiares y patrones para comprar bebidas. Los sujetos se ubican en distintas posiciones respecto a los otros bebedores en términos de la reciprocidad económica y social relacionada con el pago de la bebida. Quienes tienen una posición económica relativamente más holgada son los "invitadores", obteniendo del acto de invitar y pagar a otros varones prestigio y poder frente a sí mismos y recibiendo invitaciones de reciprocidad por parte de otros "invitados" o sometimiento de diverso tipo de los que siempre son invitados. Por otra parte, quienes tienen escasas posibilidades económicas buscan diversas formas de beber gratis: comprando las bebidas costeadas por otros y llevarlas al lugar de consumo, así como hacer chistes y gracias que los colocan en lo que hoy recuerdan como una posición denigrada de *hacer el payaso*

que ancla en posiciones de inferioridad social previas, vividas desde la infancia.

Las funciones sociales que cumplen la ebriedad en esta etapa se vinculan con la evasión de la realidad "sobria", "válvula de escape" de las tensiones del trabajo o del trabajo perdido o no logrado, de los conflictos familiares o de la insatisfacción y el tedio. Junto a éstas se encuentran las no menos importantes funciones de permisividad y disminución de las responsabilidades bajo los efectos del alcohol: violencia física, deseos de violación y aceptación de la práctica de ser violado y —simultáneamente— alteración de la conciencia de haberlo sido.

El malestar con sí mismo y con el entorno es generalizado. Describen su situación personal, su contexto de vida en esos momentos, como la continuidad y agudización de la desvalorización social, misma que se manifiesta de diversas maneras en cada uno. La decepción amorosa, la pérdida de parejas, el rechazo femenino a sus propuestas, la muerte materna y el miedo a la desprotección, tener que asumir responsabilidades que no se quieren y para las que no se tienen instrumentos, la no aceptación de sus condiciones de vida, la incertidumbre.

Algunos de quienes no tenían trabajo estable en ese momento lo buscan en instituciones que, de alguna manera, sean certezas económicas, normativas y de prestigio relativo en la región, como la Comisión Federal de Electricidad, el magisterio y las Fuerzas Armadas. Sin embargo, estos empleos no se logran por no tener la formación requerida, porque los intermediarios para el ingreso no realizan las gestiones necesarias y porque la carrera de la ingesta ya ha tenido las consecuencias suficientes para estigmatizar, al menos como trabajador de un cierto tipo de instituciones, al bebedor. O —y esto no es menos cierto— porque, como en el caso de los enlagunamientos, se utiliza la mala fama de estos sujetos para eliminarlos de la disputa y la competencia por los puestos de trabajo aunque en esos ámbitos de trabajo existan bebedores que se embriagan tanto o más que mis informantes.

Entonces hubo días en que mi padrino me llegó a decir: "Sabes qué, yo te estoy viendo que... que... tú estás sufriendo con el alcohol..., hay un lugar donde tú puedes dejar de beber, quieres llegar o quieres que te lleve". Y entonces no lo quise creer y seguí lo mismo. Yo fui de las personas que tomé pura cerveza, puro vino y al último de 96°. Quizá usted ha andado a un lado de la Merced, una parte que le nombran la calle de Limón, la calle del Rosario, yo a las dos, tres de la mañana iba a buscar alcohol, a tomar a esa hora, miraba a mis compañeros todos hinchados. Pero había un lugar que me habían dicho nomás que no lo aceptaba, es decir... no, yo no. (Gabino).

Las bebidas alcohólicas que caracterizan la **tercera etapa del complejo de la ingesta** incluyen, además de las anteriores, el alcohol de 96° y las combinaciones de este último en forma de "piedras" o "amargo", como fórmulas ma-

gistrales de hierbas y alcohol de 96° preparadas por cantineros y tenderos locales, para salir de los engarrotamientos sintomáticos de las crudas y de las crisis de abstinencias en esta etapa. Fórmulas magistrales que amplían las ganancias obtenidas por medio del alcohol para embriagar, a través del alcohol para *curarlas*.

En algunos de estos hombres continúa sin aparecer la tolerancia al alcohol, mientras que otros necesitan cada vez más etílico para alcanzar la embriaguez. Ahora estar alcoholizado puede durar días y semanas de ingesta continua. Beber está sólo al servicio de embriagarse como objetivo y el estado de sobriedad resulta penoso y necesario para recuperarse para seguir bebiendo.

El rechazo de los que no se alcoholizan se agudiza; aumenta la ingesta solitaria. En un caso se llega a la mendicidad y la vida en la calle, construyendo grupos que se organizan para sobrevivir bebiendo.

El temor a carecer de alcohol genera angustia. Se esconden botellas para tener reservas, se buscan las escondidas por otros para que ellos no beban. El miedo a dormir y el miedo a no dormir son constantes. El primero por las pesadillas, la sensación de hundirse en un pozo, la angustia mientras se duerme. El miedo a no dormir es el miedo a estar sin alcohol durante la noche, o despertar y no poder beber. Esto lleva a no poder dormir sin la *reserva* y, cuando ocurre que no hay reserva, acudir al alcohol de uso externo o a las lociones mezcladas con té para poder conciliar el sueño, así como a la solidaridad de otros bebedores que "saben" compartir porque "saben" lo que significa la falta de alcohol.

Los daños sobre el sujeto se agudizan: pérdida del apetito, adelgazamiento, vómito, diarrea, deposiciones con sangre, pérdida de control de esfínteres, cirrosis, convulsiones epilépticas diarias, temblores, engarrotamientos, alucinaciones, daño cerebral, fantasías e intentos de suicidio. Accidentes domésticos o callejeros en los pueblos y en la ciudad o en las carreteras, cuando caminaban enlagnados sin rumbo o en el rumbo equivocado, complementan el caudal de daños sobre ellos.

Los trabajos ya se perdieron o se abandonaron, los negocios quebraron, los oficios no se ejercen. Las deudas abarcan —según el posicionamiento en la estructura socioeconómica— desde la familia, los amigos, los proveedores de alcohol y otros acreedores, hasta la tarjeta de crédito y el banco como acreedor.

En esta etapa, más que sujetos violentos son objeto de violencia: golpizas, fracturas, mutilaciones, abuso sexual familiar, asaltos, detenciones y violencia policial, intentos y sospechas de homicidio sobre algunos, cuando el alcohólico comienza a "hablar" de otra manera no "tan" alcoholizada en un intento desesperado de recuperarse sin éxito. Amenazas y acusaciones de delitos se montan sobre el estigma que cargan y los coloca como chivos expiatorios funcionales a las acciones de otros. Otros que encubren la responsabilidad de sus actos, sobrios o alcoholizados, detrás de la figura —previamente condenada— del "borracho perdido".

Existen otros que, por diversas razones, brindan ayuda de distintas características, pero con el común denominador de la preocupación por la vida del sujeto alcohólico: hermanas que ofrecen una práctica de consumo domiciliario con disminución de riesgos; abuelas consentidoras, amigos solidarios, sectores de grupos religiosos y miembros y grupos de AA y de 24 horas que, ya sea como individuos o como organización, se ofrecieron o recibieron a estos sujetos en algún momento de su "fondo de sufrimiento". Asimismo, el grupo de AA se manifiesta en los sueños ejerciendo, por medio de la sanción onírica de la angustia vergonzante, el control social respecto al deseo de beber y a la amenaza de la recaída.

Y se fue haciendo más y más y más; a tal grado que cuando ya sentí mi aumento del deseo de tomar [...], ahora ya era un deseo. En todos los niveles que estuve hubo algo que me hacía [...], que teníamos que tomar. Vamos, al ir a arreglar a algún cliente siempre al ganarme ese cliente o al [...], se tenía que hacer por medio de tomar. O sea, lo tenía que buscar, o sea los días lunes tenía que buscar un pretexto para salir; aunque sea algo del trabajo pero era para ir a tomar.

La situación era más difícil [...], la cerveza ya después la dejé, tenía que ser vino y ya llegó ocasiones que yo nunca había tomado pulque y también que vinimos a la Marquesa y había pulque por ahí y empezamos a tomar y eso porque ya no había suficiente dinero. Recuerdo que empezaba a fallar en la forma de vestir, ya eran puras deudas.

Le debía a la tarjeta de crédito, a mi hermana que me lavaba, me planchaba y me daba de cenar y... este... empezaba a fallar en el trabajo porque el día lunes todavía amanecía borracho. Cuando ya vieron [...], el contralor de la compañía se dio cuenta que había retrasos en ciertos compromisos o que no estaban los estados financieros a tiempo, él mismo por faltas injustificadas me empezó a [...], me quitaron de ahí y ocupé otro departamento de contabilidad, y ahora dependía de un jefe que tenía que decirme qué tenía que hacer y ahí finalmente renuncié.

La primera vez que me enfermé, vine aquí a mi tierra y estuve tomando como cuatro días. Comencé a sudar, empezaba a temblar, a sudar por las noches y así.

Aquí no hay hierbas para dejar de tomar, hay para la cruda: comida picante, xoconoztle, la malva, para sudar y sacar la cruda. El xoconoztle con chile y la malva es para el estómago. Finalmente me anduvieron buscando y me tuvieron que llevar al doctor, allá en México. Pues únicamente nomás me decía que si seguía tomando que me iba a morir. Nada más. Y es lo único que siempre me decía. Nunca me dijeron que era alcohólico. Un solo doctor me dijo que escuchara la radio como a la una de la mañana que decían de pastillas para dejar de tomar, pero nunca me dijeron de AA. Sólo me aplicaba suero, algunas inyecciones y me tenían internado. Creo que en cinco años estuve internado como unas diez veces. Porque si yo tomaba después de cuatro días ya era para que me internaran porque ya no soportaba. Porque me dedicaba a tomar y ya no co-

mía, yo me seguía tomando. Adelgacé bastante y cuando pasaba la borrachera es cuando empezaba a temblar y después no podía dormir porque sentía que me correteaban, veía algo así como fuera de lo normal, era en las crudas, cuando ya [...], era un miedo horrible. No quería saber lo que era una cruda. Porque o sea, lo que más me preocupaba era que empezaba a sudar, como que dormía y veía algo que me correteaba y peor cuando me quedaba en los carros [...]. Porque finalmente caí en alcohol del 96°. Y ahí es donde empecé a salirme de la casa, ya no llegaba. Para que no existiera esto pues mejor me quedaba ahí en los carros de la Delegación, carros chocados. Me juntaba ahí con los que también traen su frasquito y ahí estábamos tomando.

Llegaba la tarde, nos metíamos en los carros chocados, como a eso de las tres o cuatro de la mañana ya uno empezaba a reaccionar otra vez y los mismos compañeros que llegaban por ahí, ya sabían que había un lugarcito donde nos daban alcohol. Nos juntábamos en el día para pedir dinero. En las tardes era para empezar a juntar alcohol y tomábamos con refresco. Y llegaba la noche y ya cada quien a ver cómo se acomodaba. Algunos que se iban para otra colonia. Algunas ocasiones llegaban personas que venían tomados, traían vino y les pedíamos dinero..., pero siempre estábamos prevenidos para la madrugada. Siempre teníamos nuestro frasquito para que en la mañana hubiera algo. Y si no había, teníamos que buscar a los barrenaderos que siempre traían qué tomar. Pero esos no tomaban alcohol, siempre traían bacardí, algún brandy. Siempre teníamos que buscar al barrenadero y eso desde las cuatro o cinco de la mañana. O cuando ellos no querían tomar alcohol, ellos nos mandaban a traer tequila, y ya estaban abiertas desde las cinco de la mañana algunas vinaterías, ¿por qué? Porque ahí mismo en la vinatería vendían en copa o llenaban el frasquito.

Eso era en Azcapotzalco. En el día nos íbamos al atrio de la iglesia porque si nos veían en el jardín ahí sí llegaba la patrulla y nos corrían, nos golpeaban, porque molestábamos a la gente pidiéndole dinero. Pero molestándola no más en el sentido de pedir porque yo me acuerdo que un alcohólico nunca es agresivo con la gente. Agresivo en el sentido de que pase una muchacha y que se burle. Pero los que estamos caídos, hablo porque hay otros que están medio tomados y empiezan a ofender. Nosotros no. Había gente que nos llevaba de comer. O íbamos a los mercados y ahí pasábamos y nos daban algo y compartíamos con los demás. Lo que pasaba entre nosotros es que sí nos ayudábamos. Si alguien traía un pedazo de pan lo compartía con otro. Sí, entre nosotros éramos muy solidarios.

A veces iba mi hermana por mí. Mi hermana, la más chica, fue muy consciente conmigo, porque dice "Yo te compro aquí las cervezas pero quédate aquí, no quiero que te vayas".

Y cuando ya no quería saber nada de mí, ahí en Tacuba me iba a aventar al tren. Ya había tenido varios intentos [...], me había cortado la mano. En todos los lugares que estuve me abrieron varias veces la nariz. Pero era por pleitos, de cualquier otra persona. Varias veces me rompieron

el tabique. Varias veces me asaltaron. Pero esa vez yo estaba decidido de que no quería saber nada. Ya era una carga de mí que quería desaparecer. Ya no quería seguir sufriendo. (Lorenzo).

La función de la ingesta alcohólica que más claramente se manifiesta a mi criterio en esta situación es la huida de la realidad. No sólo de ésta en la que se inserta la vida del sujeto, sino de la representación y los sentimientos que él tiene de sí mismo en esa situación y del peso de cargar con su propia existencia. En este caso, el grupo familiar intenta "rescatar" al sujeto y —de alguna manera— estableciendo un consumo con disminución de riesgos.

Preocupaciones e intentos de suspensión y abandono de la ingesta

Se pueden distinguir, al menos de inicio, dos tipos de preocupaciones respecto al consumo de alcohol por parte de estos varones. Aquellas que se refieren a la disminución, evitación o eliminación de las consecuencias negativas de la alcoholización (es decir, de la embriaguez) sobre el sujeto y, posteriormente, las que se vinculan a las causas que provocan esas consecuencias: el consumo de alcohol y al contexto situacional en que se realiza. Las primeras se formulan como representaciones del tipo: "Bebía normalmente (o sea como los otros varones de su entorno), pero sentía que sólo a mí me hacía mal" o "Bebía normal, pero a veces me excedía". Las segundas se relacionan con las representaciones sobre sí mismo, su situación personal en su medio social, la intensidad del consumo y sus consecuencias negativas acumuladas, tanto sobre sí mismos como sobre otros significativos para el sujeto. Estos últimos ejercen presiones de distinta índole sobre el bebedor para que beba menos o deje de beber. Desde la lástima, la protección y la súplica hasta el aislamiento, el hostigamiento, la prepotencia, la internación forzada y la violencia.

Ya en las últimas ocasiones mi esposa me dice "¿Por qué no vas a jurar?"

"No, yo no creo en eso...", pero en fin, hacerle el gusto para demostrarle que sí quiero dejar de beber hice el juramento por un año, me faltaba un mes para cumplirlo cuando, otra vez vuelvo a beber.

Lo primero que hice, pues tratar de abstenerme, solo. Después ese tipo de promesas, juramentos. Dejaba de beber una temporada y volvía. También le pedí al médico de la empresa algo para dejar de beber. Pero no hay medicamentos para que una persona deje de beber. Me imagino que ese doctor no sabía todavía lo de AA. En una ocasión yo vi el letrero "¿Quiere dejar de beber? Acuda a nosotros: AA y la dirección". Pero antes yo ya había visto a uno de esos yerberos. Entre las hierbas tenía un letrero que decía "Para el alcoholismo" No me acuerdo qué hierba era. "¿Cuánto cuesta esto y cómo se toma?" El trata-

miento costaba 500 pesos. ¡Hijo, para mí 500 pesos era mucho dinero! Y cuando vi el letrero ese de AA dije: si el yerbero me cobraba 500 pesos, ¿cuánto me cobrarán estos cuates de AA? Todavía en ese tiempo no se ponía que era gratuito si no yo hubiera llegado desde antes.

En el psiquiátrico no me hacían terapia. Nada. Nomás me hacían preguntas y me daban tranquilizantes, estaba siempre como zombi por el diacepán, y me pusieron electrochoques. Pero siempre que me preguntaban alguna cosa yo salía con que la familia era la culpable. Los psiquiatras no me pudieron sacar nada. Nunca, nunca les dije que tomaba. Cuando me preguntaron si tomaba, la evasiva del alcohólico: "Nada más de vez en cuando, no hay problema".

La primera vez que estuve (en el psiquiátrico), ya había muerto mi pequeño; en esa ocasión yo salí el día último de mayo y mi hijo había muerto el primero de ese mes. Y de ahí ya se volvió un desastre la vida porque yo ya dejé de beber, pero emocionalmente estaba mal. O sea, de la primera vez que yo caí al psiquiátrico ya no volví a beber, pero emocionalmente estaba mal. Cuando salgo del psiquiátrico luego luego busqué un grupo allá en Azcapotzalco, desde la primera vez. Pero mis emociones estaban tan mal que volví otras cuatro veces a intentar suicidarme. Me ubiqué en un grupo. Y aun sabiendo algo... me dio temor entrar al grupo. "¿Y qué dirán éstos (los AA) cuando entre?" Por fortuna para mí salió uno que después fue mi compañero, me vio y dice ¿quiere pasar? Ya me dio confianza, fue en diciembre de 1972. Esa fue la primera vez, ya había dejado de beber unos días. (Luis).

Para Luis la preocupación por beber fue constante, sin reconocer que padecía alcoholismo. Lo que pude observar es que hay aproximaciones sucesivas a este diagnóstico de reconocerse como enfermo alcohólico y que esa denominación es manifestada con explícita claridad, al menos en estos casos, sólo dentro de los grupos de AA o de AA 24 horas. Inclusive, como ya he dicho, los más jóvenes tienen por momentos la esperanza de poder volver a beber de manera moderada resistiéndose a aceptar tener una enfermedad crónica.

Cuando intervino la práctica médica sobre el complejo alcohólico —referido a accidentes, heridas, intoxicaciones, gastritis, ausentismo laboral, cefaleas, etc.— al menos en la memoria de estos protagonistas, los profesionales no mencionaron de manera explícita que se trataba de un enfermo alcohólico.

Por una parte, los bebedores intentan ocultar su ingesta y la intensidad de la misma, por otra, el personal de salud no indaga de manera adecuada para su detección o —si la misma se produce— se prohíbe el consumo por un tiempo parcial o definitivamente apelando a la voluntad masculina, utilizando reprimendas responsabilizantes, culpabilizadoras e infantilizantes y la prescripción, en ocasiones, de fármacos y de recurrir a Alcohólicos Anónimos.

Las preocupaciones por controlar las *consecuencias negativas de la alcoholización*, es decir, el control de los da-

ños, se concretan en prácticas que van desde la autoatención hasta la atención profesional o de un curador popular. Estas opciones en el camino de atención se van utilizando de acuerdo con la gravedad sintomática de los diferentes tipos de cruda, de las lesiones físicas y orgánicas, de riesgos laborales y a las posibilidades económicas y sociales de los sujetos para acceder a recursos más costosos y socialmente más lejanos.

Sintéticamente, se puede afirmar que en el complejo de ingesta, que he denominado etapa dos, los recursos de autoatención se presentan con una eficacia relativa respecto a *las crudas*. Hay un aprendizaje realizado en relación con los distintos grupos de bebedores, y hasta en el saber popular más extendido, de que "lo mejor para la cruda" es ingerir alguna bebida fermentada, de preferencia cerveza, aunque en los grupos mazahuas y en los bebedores en situación económica crítica suele ser el pulque. Esta ingesta terapéutica puede derivar en la reproducción de la embriaguez. Las infusiones de hierbas, los caldos y guisados picantes —en algunos casos con el metafórico nombre de *Vuelve a la vida*— y en algunos casos de sujetos más jóvenes y con niveles educativos más altos, los sueros de rehidratación constituyen también recursos de autoatención.

Cuando estos recursos no son eficaces dado el grado de intoxicación alcohólica, lo lesionante de la misma para el sujeto —como en el caso de nuestro informante Manuel— o la necesidad de recuperación para cumplir con ocupaciones laborales de tipo formal —como en el caso de Lorenzo— el recurso que se busca es la atención médica profesional, frecuentemente operativizada en una internación breve con aplicación de sueros y medicamentos endovenosos con fines de desintoxicación. En este punto la capacidad económica es decisiva, ya que la diferencia entre recibir dicha atención en una institución privada y un hospital público pasa, en primer lugar, por la diferencia entre recibirla y no recibirla y, en el caso de recibirla, el ineludible "regaño médico" es de calidad diferente. El ebrio es discriminado con frecuencia en las salas de urgencia de las instituciones públicas, inclusive negándosele la atención cuando otras urgencias se consideran prioritarias.

En los casos en que acudieron a instituciones privadas (como Manuel y Lorenzo) para el cuadro etílico o para las secuelas de los accidentes y violencias, no fueron rechazados ni postergados para su atención, y si bien los regaños médicos fueron parte de la "atención", los mismos no se tradujeron en prácticas de castigo sobre el cuerpo. Sin embargo, ellos no recuerdan que en esas circunstancias hayan sido nombrados como "enfermos alcohólicos".

La preocupación por las consecuencias de la bebida se mezcla con la preocupación por dejar de beber y con el deseo de seguir haciéndolo.

El siguiente texto resalta, entre otras cosas, el hecho de que Juan, aunque está preocupado por las consecuencias del consumo de alcohol y no tenga ganas de beber, "no tiene otra cosa". La realidad sin alcohol se presenta como un pá-

ramo, como un mundo sin estímulos, cerrado, “una nada”; o cuyos atractivos están fuera de las posibilidades de ser alcanzados por estos sujetos. Manuel lo expresó cuando sintió acercarse su recaída: “Esta vida aquí es para desperdiciarla”.

Como a los 27 o 28 años comencé a preocuparme por mi manera de beber. Cuando empecé con la electricidad, pedía adelantado para comenzar un trabajo y lo dejaba botado y me iba a chupar con el dinero. Yo veía que aunque a veces no tenía ganas de tomar, no tenía otra cosa. Y empecé a percibir que no tenía control para beber. Fue cuando tenía como 28 que hice un juramento, fui a jurar a Chalma para no tomar por un año. No me resultó, estuve tres meses sin beber. En mi casa ya estaban contentos. Seguía frecuentando mis amistades, llevaba mi estampita y decía no bebo, estoy jurado y si me los quitaba de encima. Y ese 16 de septiembre andaba con dos amigos en el campo de fútbol y estábamos aburridos. ¡Vamos a jugar baraja! El que pierda tiene que tomarse de un jalón un vaso de cerveza..., y la tentación..., ya tenía la intención y no pude ganarles. Me tomé tres o cuatro caguamas. Y la volví a agarrar. En esos tres meses que no había bebido me estaba yendo bien en el trabajo, me salieron como dos instalaciones grandes y me gané una lanita, y ese dinero me lo quemé y ahí aumentó más mi alcoholismo porque bebía con más intensidad. Yo mismo buscaba el alcohol con el apoyo de los amigos y la baraja.

Para eso yo ya conocía a una persona y de tantas veces que fui a su tienda y le pregunté varias veces que cómo le había hecho para dejar de beber, pero casi siempre iba pedo, estaba tomado porque iba a tomar a su tienda; él vendía cerveza. Y un día me dijo:

—¿De veras quieres saber cómo se deja de beber?

—Sí, mano, ya no aguanto yo con esto, siento que ya la estoy regando.

—Bueno, te voy a llevar a un lugar.

Pero esta persona para que yo llegara a este lugar me anduvo correteando medio año. No me dijo claramente que era AA, pero yo más o menos lo imaginé. Como que tenía dos luchas: una que sí y otra que no. Pero algo me decía “No vayas a ese lugar”. Me daba pena y miedo a la crítica de los demás, y para eso cada vez que yo quería dejar de beber, renacía la idea de progresar, de seguir adelante, luchando, de tener lo que hasta la fecha no había conseguido.

Y por eso llegué a AA. Yo en ese entonces oía radio, y en un programa había oído que un señor se quejaba de que lo habían llevado a AA y que lo habían amarrado, lo habían encadenado y dejado pelón, y ahí más miedo me dio. Yo no sabía ni qué era pero en mi mente me acordaba de aquello que había oído. Como siempre he sido medio agresivo, lo primero que pensé, me senté hasta las últimas sillas cerca de la puerta. Porque dije: si me quieren agarrar y encadenar me echo a correr. Y ya empezó la junta, nos dieron el aplauso de bienvenida. Y empecé a ir y estuve como cuatro meses nomás, y la verdad sí me empezó a gustar. (Juan).

El regaño médico —relatado por estos miembros de AA y también por algunos profesionales entrevistados y observado por mí en una consulta— incluye la recomendación de dejar de beber ya sea temporalmente, de manera definitiva o modificando el tipo de ingestas conduciéndolo hacia la de “bebedor social”. En la prescripción médica del abandono definitivo de la bebida, ante la reincidencia de la intoxicación alcohólica o por la presencia previa y crónica de la epilepsia, hay un diagnóstico implícito que no se manifiesta explícitamente en una conceptualización profesional del conjunto de signos que se presentan (y síntomas que se ocultan por parte del paciente) ante la mirada médica. En otros casos y dentro de la consulta psiquiátrica, el diagnóstico es mucho más explícito, asociando el consumo de alcohol como un síntoma de una enfermedad mental que se encuentra en la base de ese consumo como en el caso de Manuel.

Las sensaciones, malestares, dolores, que el sujeto padece en su propio cuerpo; las consecuencias sobre otros de su ingesta; las quejas, reclamos y presiones sobre ellos respecto a su manera de beber y, simultáneamente, el no conocimiento-reconocimiento social de su calidad de enfermo —que comparte con otros las características de una enfermedad— hacen que sus representaciones de lo que le ocurre se individualicen en una particularización causal de las consecuencias que, con diferentes apariencias se resume en: “A mí me hace daño”. Y la autoprescripción —que se compone en la intersección con los discursos de los otros— es: “Tengo que parar”; “No tengo que beber tanto” o “Tengo que dejar de beber”. Pero no se consideran “alcohólicos” ni enfermos.

Y de ahí fueron aumentando mis problemas y entonces fui hasta la Villa, la desesperación, llorar. La segunda vez que fui hice un juramento, un año, y al año no lo cumplí. Duré 12 días nada más. Y no me queda más que seguirle. Seguir tomando. He recurrido a juramentos, brujerías y nunca he podido. Las brujerías son los que le dan unas limpias de árbol del pirul con alcohol y luego le hacen una rueda que pintan y luego lo queman y está uno bailando y limpiando con huevo, con flor, limpiando con veladora, todo eso. La primera lo hice en Guanajuato, y me burlaba de él. Y después me llegué a la Ciudad de México y como ahí estaba mi trabajo iba, pero no me funcionó. Y ahora simplemente les he dicho a mis compañeros cuando voy a transmitirles el mensaje que eso no hace efecto y simplemente deben recurrir a AA. No he podido yo sólo, únicamente con mis compañeros y la ayuda de Dios. También cuando estaba en México fueron a hablar sobre la religión de mormón y me dieron una película de un Dios negro, simplemente no lo acepté. Y entonces me hablaron de otra religión, evangélico. Y entré precisamente en esa Testigos de Jehová y no me gustó porque se trataba de puro leer en textos y dije para mí está muy difícil. Entonces me visitaron los pentecosteses y ahí me gustó, pues alababan a Dios, cantos, era un gozo, más de qué... y ya ahí perdí la fe porque se me fue la boca de lado y los doctores me di-

ieron que yo estaba a punto de morir de infarto cerebral y vine para aquí y me comienzan a decir que estaba yo embrujado y no lo creí. Ya me habían curado con brujo para no tomar y no. Yo me dije: "eso no es cierto", no les dije a ellos y entonces llega una madrugada un primo mío y él está en otra religión, de la secta bautista y ya me hablaron y me dijeron si lo aceptaba a Dios como mi salvador personal y en ese momento al mirar todo..., moral, económico, sin trabajo, sin nada lo tuve que aceptar y entonces no encontré la solución y me tuve que cambiar a otra secta, de pentecostal y entonces me fui allá y como que allí había algo, pues con más, con más amor, más comprensión. Duré buen tiempo, hasta fui bautizado. Pero me agarraba lejos, en otro pueblo, era meterme caminando una hora y media. Y entonces me dejaron de hablar. Y tenía que tener el pelo cortado como soldado, como judicial, no tener bigotes.

No quiero criticar pero esas clases de no fumes, no tengas otra mujer, sé que lo prohibido es prohibido, pero dicen: "es que usted fuma", "pues sí, si es lo único que ahorita me queda", sí, donde puede haber una fuga, si simplemente me debo echar un cigarro para descargarme esa problemática pero simplemente a la bebida por nada. Yo quiero seguir mi programa AA, mi programa dice qué es prohibido y qué es lo que busco el camino. Si fuma aquél, si toma aquél, correcto, yo cumplí en hablarles, pero no voy a darles la espalda, al contrario, debes amar a tu prójimo como a ti mismo, ¿no es lo que dicen las religiones? (Gabino).

El camino para suspender la ingesta está compuesto básicamente por voluntad y autocontrol, con mayor o menor soporte de diferentes instituciones según los campos culturales que se articulan en el mundo del sujeto y sus grupos de pertenencia: el médico laboral al que se le solicitan medicamentos para no beber, mismos que no se logran; los juramentos a la virgen de Guadalupe, al señor de Chalma —sin mayor convencimiento religioso— obedeciendo más a un camino ya trazado culturalmente como opción legítima para los bebedores que quieren controlar, por la vía de una suspensión temporal, su ingesta y como una manera de conciliar con los familiares afectados por la misma al realizar una práctica valorizada positivamente por éstos. La "adhesión al tratamiento" en estos casos es variable y, en algunos, iatrogénica; en el sentido que el regreso a la ingesta (cumplido o no el periodo de abstinencia) es más agudo que en la etapa anterior.

Una de las fantasías que acompaña el lapso de este tipo de abstinencia es que, durante el mismo, se gana el derecho de que al cumplirse el periodo podrá darse, con legitimidad, el gusto de una borrachera. Al mismo tiempo, haber logrado cumplir un periodo completo de un año (meta habitual de los juramentos) reproduce de manera acentuada la idea de poder controlar la bebida. La embriaguez (que celebra el final del cumplimiento del juramento) está normalizada ante la prueba irrefutable del control logrado mientras estuvo

jurado. Por el contrario, aquellos que no cumplieron con el juramento pierden legitimidad para la ingesta que, en estos casos, es transgresora y condenada por quienes confiaron en el éxito del juramento.

Las limpias fueron utilizadas por dos de mis informantes. En un caso fueron eficaces para mejorar el estado general de Juan (deprimido y angustiado por la muerte de su madre) pero no para suspender el consumo de alcohol. En el caso de Gabino, cuando recurrió a esta vía de atención, lo hizo en actitud burlona y desafiante, sin ningún convencimiento, casi como estableciendo un duelo con el curador y con las presiones conyugales y familiares para dejar de beber. Duelo en el que ganar implicaba no dejarse "vencer" por las presiones del contexto familiar. Las iglesias evangélicas, en sus diferentes denominaciones, fueron un recurso no buscado sino ofrecido a Gabino, pero ninguna lo convenció. El puritanismo expresado en la condena de lo mundano —el baile, el sexo, el tabaco, el alcohol, hasta el cabello y el bigote— se constituyen en una opción de vida que no le es factible ni deseable.¹¹¹

Me alarmé cuando uno de esos días que no amanece uno tan mal, sin ningún síntoma de cruda ni nada. Es que yo traía, andaba sin afeitarme, mis lentes uno ya roto, los zapatos uno y uno. Me empezó a dar miedo. Finalmente en una de esas que ya no quería, una de esas cosas que ya no quería saber nada de mí, porque yo estaba este, ya no quería sufrir. Las consecuencias eran duras porque cuando me quedaba dormido en los carros chocados porque a veces sentía que llegaban los de la patrulla y me señalaban con la pistola y me disparaban y que no me alcanzaban o que estaba durmiendo y venía el tren cerca de mí y que me iba a acabar. No había oído hablar de AA, una de mis hermanas decía "ve a AA" y fui, no trabajaba, ella me daba para el pasaje y poco a poco. (Lorenzo).

En el tercer paso del complejo de la ingesta, el miedo, la angustia, la desesperación y la alarma son los sentimientos que se describen asociados a las preocupaciones por la bebida y sus consecuencias. La consecuencia más temida es la muerte que, al mismo tiempo, es buscada de manera ambigua. Ya sea por los niveles y situaciones de ingesta, que los colocan en riesgo de violencia sobre ellos, por los daños de los mismos respecto a enfermedades preexistentes, por las fantasías e intentos de suicidio, por los daños neurológicos irreversibles, por las condiciones materiales, sociales, familiares y de imagen de sí mismo y reflejada por otros, todas éstas entrelazadas entre sí, la muerte aparece como la "salida" para dejar de sufrir. Simultáneamente, el temor a ella, a su posibilidad, constituyen las frases con que describen lo que, según ellos, les estaba ocurriendo: "Beber me está matando", "Me quiero morir", "Me voy a morir".

Los recursos utilizados ante el miedo por las consecuencias físicas como el engarrotamiento, los temblores y la sudoración en las crudas son de nueva cuenta las "piedras" y el "amargo", eficaces para controlar esos síntomas, pero ingi-

riendo alcohol en su versión más dañina. El terror por las alucinaciones producidas en el contexto de la vida en la calle y la culpa (en mucho inducida por otros) por la muerte del hijo, sólo encuentran como recurso de salida las fantasías e intentos de suicidio. Ni la atención psiquiátrica, en el sector público en el caso de Luis ni la privada en el de Manuel, se manifiestan como eficaces para dejar de beber ni para impedir subsecuentes intentos de suicidio o para modificar las condiciones que posibilitaron la violencia final sobre uno de ellos.

Las iglesias evangélicas no tuvieron éxito con algunos de estos varones como primera instancia para evitar y abandonar las prácticas que corresponden a este tipo de complejo de la ingesta. Lorenzo, que pertenece a la iglesia bautista desde su nacimiento, hoy transita su abstinencia como militante de la misma.

A modo de síntesis

Durante la infancia de estos varones, las bebidas alcohólicas fueron parte del consumo familiar cotidiano. La institución en la que los niños tuvieron percepción del consumo de los padres, madres, hermanos y otros familiares, fue la familia de origen. Este consumo normalizado se extendía al sistema de relaciones sociales: vecinos, amigos, compadres y —en las situaciones de trabajo— con compañeros, patrones o subordinados. El alcohol estaba presente de una manera constante y sin hacerse notar, marcando con su presencia la fiesta, en el destete, en el agua de uso y como medicina: tal es el caso del pulque. O, de manera indirecta por medio de otros etílicos, generando las condiciones para las *probaditas*. La embriaguez, sus consecuencias y funciones se aprenden también en el medio familiar y social más próximo. Funciones positivas como la celebración, las pláticas, el cortejo, las aproximaciones afectivas con los hijos fueron vinculadas a la ingesta de bebidas alcohólicas. Y, simultáneamente, en un instante, aparecía la violencia física, el maltrato, la tristeza y el llanto, la vergüenza social y el abuso sexual; sobre otros o sobre ellos. La risa, el humor, la ternura, la tristeza, la bronca, el dolor y la pesadumbre, fueron emociones que se manifestaron, casi simultáneamente, en el transcurso de las entrevistas en las que se reconstruía esta parte de su historia. Memorias masculinas, manifestaciones testimoniales que dan cuenta hoy de la historia infantil en la que comenzó a gestarse el padecimiento asociado al consumo de alcohol. En este entorno social de su infancia, las valoraciones del consumo infantil eran permisivas, normalizantes e incluso promovidas. Las diferencias se establecieron respecto a la embriaguez de los niños: desde la normalización de la misma por los padres, cuando fueron eventuales, pasando por los regaños maternos cuando fue producto de la ingesta “a escondidas”, hasta la inducción de la borrachera infantil para ejercer el abuso sexual.

En esta **primera etapa de la carrera alcohólica**, estos hombres de hoy sufrieron las consecuencias negativas del

consumo adulto de “otros significativos” y, también, aprendieron prácticas sociales de ingesta, ebriedad varonil, permisividades sociales, censuras y atributos de identidad masculina.

Tal normalización de la ingesta alcohólica, en algunos casos, se articula con modelos masculinos posteriores que representan el éxito de un cierto tipo de varón en la competencia intragenérica y en la conquista de la mujer, así como la manera varonil de transitar el dolor y la tristeza. En contrapunto con ese arquetipo y estereotipo masculino, la inferioridad socioeconómica y física, la inseguridad frente a las mujeres, el resentimiento con la madre al requerir de ella prácticas de maternaje ajenas a su situación social, fueron causas (en las representaciones) de su alcoholismo pensado desde hoy. Pero, en la trayectoria de su ingesta, la normalización del consumo y la ebriedad masculina construida socialmente y funcionalizada de diversas maneras le cerró el paso a las visualizaciones de ellos mismos como alcohólicos, reduciendo el uso de esta noción para referirse al extremo más desprestigiado y estigmatizado, el que lleva la mácula de la miseria más evidente.

Se han descrito los tres pasos del “complejo de ingesta” por los que transcurrió la carrera de consumo de alcohol de mis informantes. Describí sus representaciones actuales de lo que fueron sus inicios en la ingesta y en la embriaguez normalizada por los distintos grupos sociales de pertenencia, así como la preponderancia de las funciones positivas de integración social, permisividad y estimulación sexual. Alcohol y diversión van unidos en esta etapa en la que, las consecuencias negativas del consumo y la embriaguez son consideradas menores y normalizadas socialmente, incluso por medio del humor. No hay preocupaciones ni en el que bebe ni en los otros por la embriaguez periódica. Cerveza y destilados con refrescos son parte de la fiesta y la vida social de los varones en esa etapa de la vida. La autoprescripción de cerveza como terapéutica para la cruda y de otros recursos de atención doméstica también se normalizan ampliando regionalmente, la primera, su espacio de influencia como bebida preferente. Si estos varones hubiesen permanecido en este tipo de ingesta (con un consumo cotidiano sin embriaguez y de borracheras periódicas con frecuencia de fin de semana o menos) sin consecuencias negativas para otros, su consumo de bebidas alcohólicas sería considerado normal en términos de las normas reales, más generalizadas en la zona, respecto al consumo masculino. Y en esas condiciones no hay un padecimiento del sujeto ni por la ingesta ni por sus consecuencias, lo que no implica que, en el mediano plazo, no haya consecuencias sobre su salud.

En el **segundo paso del complejo de la ingesta** al consumo de cerveza y, en su caso, de pulque se agregan de manera habitual los destilados. La embriaguez se prolonga y puede durar días. La curación de la cruda, con frecuencia, provoca nuevamente la embriaguez. Surge el “deseo de tomar” y de estar con los pares: los que beben y se embriagan. El campo de las relaciones sociales se empequeñece y los

otros, los que no beben o los que no se embriagan, son testigos incómodos que se evitan y se rechazan. Permisividad, alteración de la conciencia, válvula de escape, son las funciones que parecen cumplir este tipo de ingesta.

La normalización ya no es generalizada y los grupos de pertenencia se dividen por la línea que separa a los que sufren, de manera directa o indirecta, las consecuencias negativas de la ingesta. Los daños sobre el bebedor se hacen evidentes aunque socialmente son secundarizados, cuando no invisibilizados, por la preeminencia de los daños sobre otros. Las relaciones con esos otros se esquematizan en una suerte de inamovible diada de víctimas y victimario(s), detrás de la que se pueden encubrir las funciones positivas que, para un sector de esos otros, cumple el "vicio" del "alcohólico".

Aunque se niegan y ocultan, las preocupaciones del bebedor están presentes por los efectos físicos, orgánicos y emocionales del alcohol sobre sí mismo y por las consecuencias económicas, sociales y afectivas. Se individualizan las consecuencias negativas: "es a mí que me hace daño". El problema central son las consecuencias del beber y no el beber.

Aparece, con ambigüedad, el deseo de detener el consumo y de poderlo controlar. Los recursos de atención se diversifican y se dirigen a atender consecuencias cada vez más graves y reiteradas sobre ellos mismos. La biomedicina como intervención médica y como fármacos, se manifiesta con eficacia relativa, solucionando cierto tipo de consecuencias o como paliativo para otras en el primero y segundo niveles de atención médica. El "regaño" médico es parte de la intervención. En algunas de las prescripciones médicas que refieren a la voluntad o a la utilización de algunos productos se puede rastrear un "diagnóstico" implícito. Pero en esta etapa, los sujetos más que abandonar definitivamente la

ingesta, quieren intentar demostrar el control sobre la misma, y con esto legitimar la continuidad del beber. El autocontrol, los juramentos, las limpias y las diferentes adscripciones religiosas, en diversas combinaciones, son los recursos más utilizados para ese fin. Hay eficacias diferentes de estos caminos vinculadas tanto a las adscripciones culturales de los sujetos como a las transacciones realizadas con otros significativos, en las que la utilización de un recurso es concesión a las presiones y hostilidades de aquéllos.

En el **tercer paso del complejo de la ingesta** la normalización de la misma es prácticamente inexistente. Los daños físicos, fisiológicos, orgánicos, psíquicos, junto con las consecuencias negativas económicas y sociales para estos bebedores, los llevan a niveles de padecimiento que se traducen en angustia, desesperación, miedo y en la sensación de ir hacia la muerte, deseársela y temerle. Algunas de las consecuencias físicas, fisiológicas y psíquicas más graves de lo que ellos denominan "crudas" serán "curadas" con dosis cada vez más altas de alcohol, preferentemente el de 96°. La psiquiatría pública atenderá los intentos de suicidio; la brujería implementará remedios "de tomar" y las iglesias evangélicas continuarán apelando al alejamiento del "mundo" como camino para el abandono del alcohol. Ninguno de estos recursos, ni la psiquiatría privada, fue eficaz para que estos hombres dejaran de tomar.

Los niveles de padecimiento a los que llegaron —y que guardan en su memoria y en su cuerpo—, todas las prácticas sociales que transitaron y ejercieron y la variedad de discursos socioculturales (incluido el discurso y la práctica médica) que oyeron y, en algún punto, escucharon, se articularon en algún momento con las diferentes formas en que AA se hizo presente. Allí los encontré, material y simbólicamente, y desde allí me relataron algunos aspectos del padecimiento de su camino del alcohol.

Preguntas de repaso

1. ¿Cómo define usted el alcoholismo?
2. En su formación profesional, ¿qué información recibió al respecto?
3. En el primer nivel de atención, ¿qué recursos utilizaría para detectar que un paciente está en riesgo de avanzar en la carrera alcohólica si aún no presenta signos ni síntomas de "alcoholismo"?
4. ¿Considera que escuchar al paciente respecto a su pertenencia cultural y la perspectiva que la misma le otorga a sus malestares, enfermedades, diagnósticos, causalidades y búsqueda de soluciones representan una información valiosa para usted, el tratamiento adecuado y la adhesión del enfermo al mismo?
5. ¿Estaría dispuesta(o) a informarse más sobre AA y otros grupos de ayuda mutua para considerarlo un espacio con eficacia relativa recomendable a los pacientes que usted considere en riesgo?
6. ¿Considera que el "regaño" médico y paramédico es una táctica eficaz para tratar ésta u otras enfermedades?

Citas adicionales

1 En la región mazahua el consumo femenino de bebidas alcohólicas es frecuente y normalizado culturalmente. El trabajo

en el campo, en la casa, el amamantamiento, las fiestas, los días de mercado, suelen ser lugares y momentos del consumo

femenino. Si bien los informantes pertenecientes a AA fueron varones, en las entrevistas que realicé con mujeres mazahuas respecto a lugares y situaciones de ingesta apareció el consumo consuetudinario y la ebriedad frecuente. Me parece importante señalar que el consumo femenino se construye y reproduce, en una buena parte, en un proceso socializador entre mujeres. La utilización del pulque para el destete y su consumo como bebida acompañante de los alimentos fue práctica generalizada —y en la actualidad más restringida— tanto para varones como para niñas. En los casos en que las mujeres no bebían (o no beben) durante su vida de solteras, esto suele modificarse al unirse con un varón cuya madre —y en ocasiones hermanas— tiene(n) el hábito de la ingesta alcohólica. Dado el patrón de parentesco y residencia mazahua de tipo virilocal, la nueva pareja va a residir por un tiempo, en general prolongado, a la casa de los padres del esposo. Allí, la esposa, constituida en fuerza de trabajo de la unidad doméstica, está bajo la autoridad de su suegra y, frecuentemente, recibiendo la hostilidad —a veces violenta— de ésta y de las hermanas del marido. La presión para ingerir bebidas alcohólicas (en especial pulque) se intensifica durante la lactancia de sus hijos y se constituye en un elemento de pertenencia a la nueva familia y de dominio sobre la nueva esposa.

- II Si bien la publicidad y las excepciones normativas respecto a la cerveza como bebida de moderación han tendido a colocarla en una categoría privilegiada respecto a otras bebidas

alcohólicas, los datos empíricos indican que la ebriedad con ese fermentado es muy frecuente. Asimismo no hay una relación directa entre las cantidades ingeridas y la ebriedad, en particular cuando pretende referir a que el consumo considerado moderado —medido en cantidad de copas por ocasión de consumo— no provoca tal estado.

- III Es importante señalar que tanto la opción de la curación de brujería —como causa del alcoholismo— o el logro de la abstinencia dentro de algunas de las iglesias evangélicas fueron opciones exitosas para otros sujetos que no pertenecían a AA. Estos informantes mazahuas, residentes en los ejidos, con escasa movilidad laboral y geográfica encontraron un medio para la abstinencia en esos recursos. En un caso fue diagnosticado el *tomar* como producto de brujería realizada para dirimir un conflicto por tierras. El *tomar* fue desencadenado por la ingesta de una comida *regalada* que se transformó en gusano demandante de alcohol y residente en el estómago del bebedor. Las sucesivas curaciones rituales lograron eliminarlo. Como es habitual en estas circunstancias el curador y el paciente no hicieron la acusación ni realizaron operación ninguna para dañar al agresor que, hay que señalarlo, era propietario de un poder social relativamente superior al de nuestro informante. Al mismo tiempo en este mismo ejido existía un templo evangélico fundado por creyentes bebedores y abstemios que intentaban, con éxito en algunos casos, abandonar la ingesta y permanecer en abstinencia sin condenar con la expulsión al que recaía.

Bibliografía

Referencias

1. Freidson E (1978). *La profesión médica*, Barcelona: Península.
2. Mercado F (1996). *Entre el Infierno y la Gloria*. México: Universidad de Guadalajara.
3. Bateson G (1991). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Argentina: Planeta-Carlos Lohlé.
4. Denzin N (1988). *The alcoholic self*. USA: Sage Publications.

Lecturas recomendadas

Denzin N (1987). *The recovering alcoholic*, Sage Publications, U.S.A.

Menéndez E (1990). *Morir de Alcohol. Saber y Hegemonía Médica*, CONACULTA-Alianza Editorial, México.

Menéndez E, Di Pardo R (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*, México: CIESAS, Colección Miguel Othón de Mendizábal.

Módena ME (2009). (coord.). *Alcoholismo y grupos de autoayuda*. México: Desacatos, Revista del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Núm. 29, Enero-Abril de 2009.

Enfermedad y padecer. Ciencia y humanismo en la práctica médica*

Fernando Martínez Cortés

Conceptos clave

Enfermedad • Padecimiento • Antropología médica • Ética médica

Introducción

Para hablar de humanismo médico es necesario considerar al paciente como persona. La base del humanismo médico está constituida por la antropología médica de aplicación clínica. Se debe atender al paciente como la persona que padece pérdida de bienestar físico, psíquico y social. La orientación humanista del médico se hace patente reconociendo la existencia e importancia del padecer del paciente y de la valoración ética de éste como persona.

En la actualidad, la palabra humanismo se interpreta de varias maneras y se le dan diversos usos. En consecuencia, es necesario iniciar este capítulo aclarando qué entendemos nosotros por humanismo médico en el ejercicio de la medicina.

El humanismo médico es, en primer lugar, un afectuoso interés del médico por curar o aliviar los problemas de salud que le presentan los pacientes, pero no considerados como cuerpos humanos, sino como personas. Tales acciones se fundamentan en las ciencias y técnicas biomédicas que hoy forman el grueso de la serie de materias que se enseñan en las escuelas y facultades de medicina, a las que se agrega una antropología médica de aplicación clínica, disciplina en la que concurren elementos físicos, psicológicos, sociales, culturales y filosóficos.

Los problemas de salud que le presenta el paciente al médico no consisten sólo en la existencia de una determinada enfermedad con los síntomas propios; comprenden también

la manera como estos síntomas son vividos o experimentados por el paciente debido a sus características personales de orden psíquico, cultural, autobiográfico, social, etcétera.

Forman parte también de los problemas de salud lo que el paciente padece por las características de la enfermedad que tiene: aguda o crónica, infecciosa o contagiante, perceptible a la mirada de los demás, poco o mucho incapacitante, de nombre que indica su gravedad: cáncer, sida, etc. Algunas de estas características, y otras no mencionadas, pueden ocurrir en un solo trastorno.

Por último, suelen ser un problema de salud, sobre todo de carácter psíquico, cultural y social, las restricciones y las medidas terapéuticas que el médico prescribe para la curación, el alivio o el "control" de la enfermedad.

Con esta amplitud es como el humanismo médico entiende los problemas de salud que se presentan en el ejercicio de la medicina.

La antropología médica de aplicación clínica

La base del humanismo médico que necesitamos quienes nos dedicamos a la práctica de la medicina es una antropología médica de utilidad en dicha tarea, que oriente y complete las acciones fundamentadas en las ciencias biomédicas.

A esta parte de la antropología médica general se le ha llamado antropología médica de "aplicación clínica". Su interés central es el paciente como ser somatopsíquico y socio-cultural en su calidad de persona. Su campo de estudio abarca también al médico en tanto profesional que responde a lo que el paciente busca al acudir a él. Como esto acontece en la consulta médica, éste es el campo en el que la antropología médica de aplicación clínica estudia al paciente y al médico y, por supuesto, a la hoy tan aludida relación médico-paciente.

* Tomado de *Anales Médicos* 47(2):112-117, 2002.

Las cosas no podían ser de otra manera, ya que una persona adquiere el carácter de paciente justo por estar ante el médico, al entrar en relación con éste y seguir sus indicaciones. Por su parte, el médico sólo es médico propiamente dicho en presencia del paciente, al estudiarlo y dirigirlo para resolver el problema de salud que ha motivado el encuentro entre ambos.

Paciente es un término que viene del latín *patis*, que significa "padecer", "sufrir". En el lenguaje de la medicina se llama paciente a la persona que padece o sufre por un problema de salud y que, por tal razón, busca atención médica o se somete o participa en la que ésta implica. Así, decimos: "Juan López es mi paciente" o "Pedro Juárez es paciente del doctor Rodríguez". Se ha sustantivado el verbo padecer para nombrar al conjunto de molestias corporales, temores, angustias, etc., que el paciente comunica al médico durante la consulta médica.

Salvo excepciones, en la práctica general de la medicina ese malestar tiene su origen en el cuerpo humano: dolores, disnea, palpitaciones, vómito, entre otros. A esto se debe que en la antropología médica de aplicación clínica sea el cuerpo humano uno de los temas centrales; del cuerpo se derivan y a él concurren los elementos psíquicos y socio-culturales que, aunados a las molestias somáticas, integran el padecer del paciente, por supuesto que en grado variable según el caso.¹

El paciente es una persona

Es necesario aclarar qué entendemos bajo el término persona, ya que es una palabra con muchos significados. Persona es lo que cada uno de nosotros somos: una unidad somato-psíquica y socio-cultural que vive, piensa, siente a su manera; que percibe, interpreta y responde a la enfermedad, al médico, a la medicina a su manera. La persona no nace, se hace; más bien se está haciendo constantemente guiada por ciertos valores o preferencias.

Para los "emergentistas" como el filósofo Mario Bunge, quien durante los años que pasó en México y trabajó en la UNAM aceptó dirigir unas reuniones de médicos interesados en la filosofía de la ciencia y en particular en la filosofía de la medicina, entre los que yo me contaba, consideran que la persona es una entidad que emerge de la serie de sistemas que constituyen el cuerpo humano, en especial de las estructuras y funciones cerebrales.¹¹

A los médicos, puesto que somos eminentemente biólogos y centramos nuestro saber en el cuerpo humano y sus enfermedades, no nos cuesta ningún trabajo aceptar la hipótesis emergente, es decir, que persona es una entidad que emerge de los sistemas cerebrales. Pero se debe tener en cuenta que precisamente por su calidad de ser un fenómeno emergente de los sistemas biológicos, ya no es abordable por las ciencias biomédicas.

Así, el ejercicio de la medicina humanística requiere, además del conocimiento de las ciencias biomédicas que nos enseñan cómo es el cuerpo humano sano y sobre todo el

cuerpo enfermo, además de esto, repito, requiere considerar al paciente como persona y conocerlo y tratarlo como tal. A esto nos ayuda la antropología médica de aplicación clínica. Para las ciencias biomédicas, la persona, como entidad viviente, tiene su raíz en el cuerpo humano. El filósofo contemporáneo Paul Ricoeur así lo entiende cuando dice que el cuerpo humano hace a la persona o es la persona.

Este material de origen biológico toma forma con la participación de la sociedad y la cultura. Los médicos debemos tener presente que si el cuerpo humano es el fundamento de la persona, está enferma cuando aquél es atacado por la neumonía, la diabetes o el cáncer. Pero también es importante saber que esa pérdida del bienestar que padece por una enfermedad del cuerpo, adquiere ciertas características por la influencia que la sociedad y la cultura han ejercido y ejercen en ese ser humano.

"Persona" es un concepto necesario para entender al hombre como una unidad hecha de pensamientos, conocimientos, creencias, valores, sentimientos y conductas que emergen de la materia del cuerpo humano y que se valen de él para expresarse; unidad en la que interviene la sociedad y la cultura, tanto en su conformación como en su expresión. Éste es un concepto de persona de carácter antropológico que el autor de estas líneas se ha formado, gracias precisamente a su condición de persona.

Los filósofos personalistas, Emmanuel Mounier a la cabeza, dicen que es imposible definir a la persona y que sólo pueden enunciarse y describirse sus características. Éstas son: "elección, dominio, formación, conquista de uno mismo"; vida o existencia que se fundamenta "en una adhesión a una jerarquía de valores libremente adoptados"; vida que es capaz de actos de autocreación y de imprimir "singularidad a la vocación".

Conviene detenernos en este punto para señalar que son los valores del médico en tanto persona los que "singularizan" su vocación médica imprimiendo a ésta, o no, su carácter humanista. Los médicos hemos tomado de la filosofía el concepto valor; igual con el concepto de persona. En la escala de los valores éticos, la persona ocupa el estrato superior, lo cual obliga, entre otras cosas, a siempre considerarla y tratarla como un fin, nunca como un medio.

Aplicado lo anterior a la conducta del médico, su fin es la persona en estado de salud, o bien la conservación y restitución de la salud de la persona. Tal es el valor ético que debe guiar nuestro ejercicio profesional.

Los dos planos del padecer

El paciente es una persona que está padeciendo la pérdida del bienestar físico, psíquico y social que define o explica lo que es la salud y que por esta razón busca ayuda médica. Es su padecer lo que le presenta o expone al doctor en la consulta médica. Todo padecer está constituido por dos planos: primero, el plano de las molestias o de los síntomas: dolores, disnea, astenia, etc. Segundo, el plano de las inter-

pretaciones y significados personales de estos fenómenos. Al respecto, hay que recordar aquel aserto de los fenomenólogos que dice: "la conciencia no percibe los sucesos como son, sino como sucesos para un sujeto", sujeto que en este caso es el paciente.

El primer plano del padecer le sirve al médico para ir construyendo su hipótesis sobre el diagnóstico, la cual confirmará o descartará con la información que él obtenga al ahondar y precisar sobre lo que le comunica el paciente, al realizar la exploración física de su cuerpo, así como con los datos de la imagenología, del laboratorio clínico y del resto de los recursos que hoy ofrece la tecnología para el diagnóstico de las enfermedades.

Es preciso tener muy presente que lo que hasta este momento ha hecho el médico es interpretar el malestar o el padecer del paciente desde el punto de vista de las ciencias médicas. Pero esto, que en sí mismo es fundamental, debe completarse con el conocimiento de lo que ese malestar o padecer es o significa para la persona que lo está viviendo, así se penetra al segundo plano de esta experiencia.

La consulta médica es el laboratorio donde se puede investigar qué es, qué significa para los pacientes su padecer, ese malestar que ha determinado la búsqueda o la aceptación de la ayuda médica. La preocupación, la cual por lo general es la expresión de miedos o temores referidos a asuntos —impotencia, sufrimiento, inutilidad, marginación social, desprecio y aun la muerte— es una de las maneras más frecuentes de sentir el paciente su padecer. A esto se agrega la desesperación, la vergüenza, el disgusto por molestar a los familiares, el sentimiento de minusvalía o inferioridad, etcétera.

A fin de conocer este segundo plano del padecer del paciente el médico necesita dos cosas: primera, un genuino interés por la persona y su salud; segunda, saber escuchar. El psiquiatra Michel Balint, quien en el decenio de 1950-1959 fundó unos seminarios con el objeto de que el médico supiera manejar en la consulta tanto los aspectos psicoafectivos de él como los del paciente, señaló que saber escuchar no es nada fácil, y que es un arte que debe aprender el médico.

Dónde se hace patente la orientación humanista

En dos momentos del ejercicio de la medicina se hace patente la orientación humanista. Uno de ellos es el reconocimiento de la existencia e importancia del padecer del paciente, de la manera como él está viviendo, interpretando y sufriendo las molestias, los dolores, las impotencias, los trastornos en las funciones de su cuerpo, las modificaciones en su aspecto exterior, etc., todo lo cual es la razón o causa de que esa persona busque o acepte la ayuda médica.

Tal interés por el padecer del paciente debe ser capaz de reconocer y valorar los cambios que aquél experimenta cuando el médico le informa sobre la enfermedad que ha diagnosticado, cuando le explica cuáles son las característi-

cas de ésta, las restricciones o los cambios en la vida cotidiana que dicha enfermedad impone, así como las medidas terapéuticas que deben seguirse.¹¹

La orientación humanista de la práctica no se reduce al reconocimiento y valoración del padecer en las dos condiciones antes descritas; exige también su manejo terapéutico cuyas principales o únicas armas son la palabra y la actitud del médico frente al paciente y sus problemas de salud.

El otro momento del ejercicio de la medicina en el que se hace patente la orientación humanista es la valoración ética del paciente como persona, la cual debe normar el trato que le da el médico, lo que le dice y lo que no le dice, lo que hace y lo que no hace, dicho esto último considerando los variados recursos científicos y tecnológicos con los que hoy se cuenta para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades.

La consulta médica y la relación médico-paciente

La práctica médica de orientación humanista exige ciertos cambios en el acto central de dicha práctica llamado consulta médica, en especial en la parte del interrogatorio. Exige también que la relación con la persona que es el paciente tenga una doble característica. En primer lugar, debe ser una relación "objetivante" —así la llamó Laín Entralgo— que el médico, en tanto científico, establece con el paciente, principal o exclusivamente con su cuerpo. Esta relación le permite al médico diagnosticar la enfermedad entendida como patología estructural y funcional de órganos, células y moléculas del cuerpo humano. Además, la práctica médica de orientación humanista exige el establecimiento de una relación con el paciente; ahora ya no lo mira como objeto, sino como sujeto, y gracias a una antropología médica de aplicación clínica en la que concurren las ciencias biomédicas, psicológicas, sociales y culturales, además de la filosofía, el médico distingue o discierne las manifestaciones del padecer y le encuentra su sentido.

La orientación humanista de la práctica médica exige un cambio en el interrogatorio clínico tradicional, se trata más bien de la inclusión de este medio de obtener información en un diálogo clínico, en el que existe una mayor, más libre y activa participación del paciente, lo cual le permite al médico conocerlo y comprenderlo en su nivel de persona, así como conocer y entender su padecer.

De la historia clínica tradicional al relato patográfico personal

El diálogo clínico entre médico y paciente juega un papel fundamental en la práctica médica con orientación humanista. La información que se obtiene por este medio se agrega a la que se recoge en la historia clínica tradicional para conformar el llamado relato patográfico personal.

El relato patográfico personal empieza con las anotaciones de lo que el paciente le cuenta al médico de su padecer, de las vivencias que lo constituyen, de sus atribuciones causales, etc. Enseguida se consigna la información obtenida por el interrogatorio, en el que el médico echa mano principalmente de preguntas cerradas, es decir, aquellas que se dirigen a algo muy específico y que pueden contestarse con un "sí" o un "no", las cuales van dirigidas al diagnóstico de la enfermedad. A continuación se anota la información obtenida en la exploración física del cuerpo del paciente y la que proporcionan los exámenes de laboratorio, radiografías y demás recursos técnicos que se usan en el diagnóstico de las enfermedades.

El relato patográfico personal debe abarcar todas las ocasiones en que médico y enfermo se encuentran en pos de objetivos que se complementan entre sí: el paciente quiere curarse del mal que padece; por su parte, el médico trata de satisfacer dicha necesidad.

Además de lo que se anota en el expediente clínico tradicional, en el relato patográfico personal, propio del ejercicio de la medicina con orientación humanística, se anota también la reacción del paciente —verbal, emocional, reflexiva— cuando se le comunica el diagnóstico de la enfermedad que padece y lo que dicho trastorno significa para la vida normal.

De igual manera se toma nota de las reacciones del paciente ante las medidas terapéuticas que se le indican o prescriben. Por último, deben consignarse las reacciones del paciente a los resultados de la terapéutica, sobre todo cuando éstos son negativos.

Además de los conocimientos que proporciona la antropología médica de aplicación clínica y otras disciplinas, el ejercicio de una medicina de carácter humanista exige del médico determinadas características de su personalidad y cierta actitud ante los pacientes, la cual se expresa fundamentalmente en tres aspectos: respeto, afecto y un genuino interés por ayudarlos en la mejor solución médica de su problema de salud.

Se ha dicho que no percibimos aquello que menospreciamos, que no nos interesa o que por alguna razón le "sacamos la vuelta". Si por los caracteres de su personalidad, a cierto médico no le interesa el sufrimiento humano, será incapaz de percibir el padecer, mucho menos de comprenderlo y manejarlo terapéuticamente.

El médico que se compromete con el drama humano sin perder ni la cabeza ni el corazón; quien puede, después de introducirse en el mundo emocional del paciente dar un paso hacia atrás para, ya plantado a pie firme en el terreno de la razón y la ciencia, llevar a cabo su tarea médica, podrá ejercer con éxito una medicina con orientación humanística.

La ética del ejercicio de la medicina

El otro momento del ejercicio de la medicina en el que se hace patente su orientación humanística es el de la valora-

ción ética de lo que dice, calla, hace o no hace el médico ante su paciente. Puesto que la ética se ocupa de aquello que le permite al hombre en su calidad de persona alcanzar el fin que le es propio, el cual consiste en el despliegue del espíritu —y en los actos que esto implica— que lo conduzcan a la felicidad, la que es más bien un estado psíquico, afectivo, que material, al hablar de la ética de la práctica médica se debe empezar señalando cuál es el fin del médico que se dedica a atender pacientes. Dicho fin es procurar, por los medios que proporcionan las ciencias y las tecnologías médicas, curar, aliviar o "controlar" los problemas de salud de sus pacientes. Partiendo de esta base, todo lo que conduzca a este fin será éticamente bueno.

Pero eso requiere de algunas explicaciones: ¿qué características debe tener y poner en juego el médico para que sea un doctor éticamente bueno?

Tal vez la mejor respuesta a esta pregunta la haya dado Aristóteles en su *Ética Nicomaquea*. El hombre posee, dice este filósofo, una serie de "virtudes" que se han dividido en teóricas y prácticas. Las primeras pertenecen a la pura actividad del pensamiento; son las virtudes intelectuales o especulativas. Éstas son: la inteligencia, la ciencia y la sabiduría. El otro tipo de "virtudes" pertenece a las acciones del hombre, a su actuar en el mundo, y son la prudencia, la discreción, el buen consejo y el arte. Por este último término se traduce la palabra griega *texve*, que quiere decir saber hacer algo, saber por qué, cómo y para qué se hace (Lain). No es necesario decir que para que el médico actúe con ética ante sus pacientes necesita poseer y poner en práctica estas virtudes.

El médico debe poseer inteligencia, entendida como "la facultad de conocer", también debe poseer, como el resultado de dicha facultad, pero requiriendo de un trabajo serio y prolongado, el conocimiento de las ciencias y técnicas biomédicas. Además, el médico requiere de la "virtud-sabiduría" para discernir ante cada paciente lo que corresponde a su enfermedad o a su padecer, lo que debe decir o callar, lo que debe hacer o no hacer.

No puede haber sabiduría médica si se desconocen las ciencias y las técnicas biomédicas, si se ignora hasta dónde éstas pueden ser útiles para resolver el problema de salud al que se aplican, si se desconocen o menosprecian sus efectos negativos.

La sabiduría se expresa en la prudencia, virtud práctica que permite discernir las acciones buenas de las malas, permitiéndonos inclinarnos por las primeras. En el ejercicio de la medicina, la prudencia permite discernir lo que es mejor para el paciente, causándole los menores trastornos, y actuar en consecuencia.

La discreción, entendida como "tacto para obrar y hablar", es otra virtud que el médico debe utilizar ante sus pacientes, sobre todo cuando se les da un diagnóstico y pronóstico sombríos, o bien respecto a medidas que trastornan sus obligaciones o sus hábitos de vida.

El buen consejo es aquel que el médico da al paciente fundándose en las ciencias biomédicas y echando mano de

su sabiduría, prudencia y discreción. El consejo va encaminado a la solución del problema de salud que vive el paciente.

El arte o *texve* es nada menos que la virtud que el médico pone en juego ante cada uno de sus pacientes; es hacer cosas sabiendo no sólo cómo se hacen, sino también por qué y para qué se hacen. Por otra parte, es preciso advertir

que el fin de la práctica médica humanista es ayudar al paciente en la curación, el alivio o "control" de sus problemas de salud; pero se trata de ayudar al enfermo en su calidad de persona y no sólo de cuerpo humano. Esto implica que las acciones del médico estén orientadas éticamente por el respeto a la dignidad de la persona.

Preguntas de repaso

1. En grupos de trabajo discutan y reflexionen respecto a los siguientes aspectos.
 - a) ¿A qué se refiere el autor cuando habla sobre el significado de la persona?
 - b) ¿Cuál es el área de la antropología que tiene que ver con la consulta médica y por qué?
 - c) ¿A qué le llama el autor padecer médico y qué variables influyen en él y cuáles son sus dos planos?
 - d) ¿Qué es el relato patográfico y cómo se obtiene?
 - e) ¿En qué momentos considera el autor que se hace patente la orientación humanística en la práctica médica?

Para reflexionar...

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA. DISTINCIÓN ENTRE DISEASE, ILLNESS Y SICKNESS

Enfermedad (patología) (*malaltia, maladie, disease*). Designa las dimensiones biológicas de la enfermedad. Esto es, aquellas anomalías funcionales o estructurales de base orgánica que pueden ser observadas directamente a través de sus signos o por otros medios. Su designación no compete exclusivamente a la medicina occidental o biomedicina.

Enfermedad (dolencia, padecimiento) (*illness*). Hace referencia a las dimensiones culturales de la enfermedad, en especial a

la construcción semiótica, semiológica y fenomenológica de los síntomas y otras formas de expresión. Designa también, en este sentido, al proceso por el cual procesos patológicos orgánicos o sensaciones de malestar son reconvertidos en experiencias individuales significativas.

Enfermedad (*sickness*). Alude a las dimensiones sociales de la enfermedad y, por tanto, a las relaciones sociales en donde se insertan los procesos de enfermedad, y a sus articulaciones ideológicas, socio-políticas y económicas.

Comelles y Martínez-Hernández (1993)

Actividades de evaluación

Automedicación

La autoatención y la automedicación son las primeras respuestas ante la enfermedad en México y a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la autoatención como "lo que las personas hacen por sí mismas para mantener y preservar su salud y para prevenir y curar las enfermedades".

A continuación se presentan algunos resultados de un estudio realizado con estudiantes de una universidad del estado de Puebla, con el fin de conocer los patrones de autoatención y automedicación más comunes. Fueron omitidas las facultades de Medicina y Enfermería, dado el conocimiento que los estudiantes de dichas facultades tienen sobre los fármacos y sus usos.

Total de encuestados		1 859	Total de medicamentos utilizados sin recomendación médica	7 671	7 671
• Mujeres	57%	1 051	Medicamentos de libre acceso	81%	6 188
• Hombres	43%	808	Medicamentos que requieren receta médica	19%	1 483
• Edad: 18-24 años			Medicamentos utilizados sin conocer efectos adversos	62%	4 785
Aceptó haber consumido medicamentos sin recomendación médica	96%	1 781	Se refiere conocer los efectos adversos	38%	2 886
Dijo no haber consumido un medicamento sin recomendación médica	4%	78	Medicamentos adquiridos por la persona que pretendía usarlos	64%	4 873
Porcentaje de usuarios de cada grupo de medicamentos (sin recomendación médica)			Adquiridos por terceras personas	36%	2 798
• Antiinflamatorios no esteroideos y combinaciones	97.7%		Presentación de efectos adversos	5%	414
• Mucolíticos	33.6%		Recomendado por:		
• Antiparasitarios	32.9%		• Familiares	76%	
• Antimicrobianos sistémicos	28.8%		• Ellos mismos	15%	
• Fármacos tópicos para tratamiento de acné	6.5%		• Amigos	4%	
• Anticonceptivos orales	5.8%		• Otras fuentes	4%	

Tomado de: Soto, Roa (2004).

Citas adicionales

- I No me refiero a la psiquiatría cuyos pacientes suelen no quejarse de malestares del cuerpo.
- II Se llama propiedad emergente al fenómeno que se produce en un sistema, se entienden la estructura y la función de este sistema. Martínez CF. Enfermedad y padecer. Ciencia y humanismo en la práctica médica.
- III Como es bien sabido por los médicos, hay casos en los que no se puede diagnosticar una enfermedad propiamente dicha

porque ésta no existe. Tales casos, o la mayoría de ellos, suelen explicarse por el fenómeno de la somatización. Podemos resumir diciendo que el interrogatorio clínico tradicional conduce al diagnóstico de la enfermedad, pero como la conoce y define la medicina, en tanto que el diálogo clínico permite conocer y comprender lo que esa enfermedad es para quien la está viviendo y padeciendo.

Bibliografía

- Aristóteles (1954). *Ética Nicomaquea*. Versión española y notas de Antonio Gómez Robledo. México: UNAM.
- Balint M (1968). *The doctor, his patient and the illness*. 2a. ed. Londres: Pitman Paper Books.
- Campos-Navarro R (1994). "La relación médico paciente: ¿una relación de poder y subordinación?" En: Lara RM. *Medicina y Cultura, hacia una formación integral del profesional de la salud*, México, Editorial Plaza y Valdés Folios.
- Comelles JM, Martínez-Hernández A (1993). *Enfermedad, Cultura y Sociedad*. Ediciones de la Universidad Complutense, Madrid, pp. 85-86.
- Kleinman A (1988). *The Illness Narratives. Suffering, healing & the Human Condition*. Basic Books.
- Martínez Cortés F (1983). *Enfermedad y padecer*, México, Ed. La medicina del hombre en su totalidad.
- Martínez Cortés F (1987). "Relación médico paciente". En: *Antropología y práctica médica*, México, UNAM.
- Moratalla AD (1985). *Un humanismo del siglo xx: el personalismo*. Madrid: Editorial Cincel, 201.
- Ricoeur P (1990). *Soi-même comme un autre*. París: Editions du Seuil, 46.
- Soto Pérez de Celis, E Roa Nava Y (2004). *Patrones de autoatención y automedicación entre población estudiantil universitaria de la ciudad de Puebla*. México, Elementos 55-56, México, pp. 43-51.

Despersonalización del paciente en atención médica hospitalaria*

Gilberto Hernández Zinzún

CAPÍTULO

24

Conceptos clave

Atención médica hospitalaria • Racionalidad científica
• Historia clínica • Consulta médica • Objetividad
• Subjetividad • Despersonalización • Legitimación de las instituciones públicas • Orden biológico • Orden social

Introducción

Cuando la medicina europea se apegó a los lineamientos de la racionalidad científica, durante el último tercio del siglo XIX en Francia, inició la era de la medicina científica, o biomedicina, que rige hasta la actualidad. La medicina ganó objetividad y alcanzó espectaculares triunfos sobre la enfermedad y la muerte; sin embargo, del lado de las pérdidas, la subjetividad de los pacientes y su calidad de "personas" han sido prácticamente erradicadas de muchos de los espacios de atención médica, en especial al interior de instituciones públicas.¹

¿En qué consiste el proceso de despersonalización de los seres humanos en proceso de atención médica? ¿Quiénes participan en él? ¿Cómo, y en qué momentos lo realizan? ¿Cómo puede comprenderse la despersonalización en los niveles institucional y social? El presente estudio etnográfico, realizado en un hospital público de tercer nivel en la Ciudad de México, tiene como propósito contribuir, parcial e inicialmente, al proceso de esclarecimiento de esas interrogantes.

Los registros etnográficos fueron realizados a lo largo de 13 meses (horario matutino, principalmente) en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del mencionado hospital. Se utilizó una combinación de las técnicas de observación participante y observación no participante.²

La información recolectada en campo tuvo como marco para su interpretación:

- El proceso de territorialización de la Nueva España a través de la fundación de hospitales católicos.³ A partir de este marco se establece que, dentro del proceso de construcción de la sociedad novohispana, una parte

sustancial de la territorialización fue realizada a través de la "hospitalización" (fundación de hospitales en los nuevos territorios).

- Los hospitales realizaron labores de evangelización de los indios, muchas veces en primer término, o preferentemente, de atención médica.
- El incremento del número de hospitales y de su radio de acción se traducía en el incremento del número de creyentes, con ello crecía y se vigorizaba la Nueva España.
- La Independencia de México terminó con el sometimiento político y económico, pero en el terreno de la atención médica los hospitales siguieron siendo católicos y leales a España. Debido a ello, Benito Juárez expropió los hospitales al clero.
- La edificación de los hospitales, como instrumento de construcción de una nueva sociedad, apareció por segunda vez en la historia, en la construcción del México contemporáneo. Una vez consumada la Revolución de 1910 y pacificado el país, el gobierno corporativista surgido en esa etapa creó diversos tipos de instituciones para legitimarse; entre ellas, las instituciones de atención a la salud, con los hospitales como principal eje operativo, han gozado de un destacado lugar: la Secretaría de la Asistencia Pública (SAP, 1937-1943), la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA, 1943-1985), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 1943 a la fecha), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE, 1959 a la fecha), y la actual Secretaría de Salud (SS, 1985 a la fecha).
- Los hospitales gubernamentales actuales ya no evangelizan usuarios. Brindan atención médica científicamente fundada. El número de servicios otorgados se ha vuelto indicador de la funcionalidad de las instituciones gubernamentales y de la salud del Estado mexicano. Debido a ello, el aspecto cuantitativo de la atención médica es ahora el factor dominante en la prestación de servicios médicos oficiales.

La atención a Rosa

1. Es jueves por la tarde y el doctor Taibo, joven médico residente de primer año del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, ha elaborado la historia clínica de Rosa Peña, de 15 años de edad; embestida por un automóvil que invadió la acera donde caminaba. Entre las secuelas del acciden-

* Este material, con algunos cambios, forma parte de la tesis de doctorado en antropología del autor. La investigación se realizó en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva de un hospital público de tercer nivel de la Ciudad de México, entre 2004 y 2006. Los nombres de los médicos y de la paciente han sido cambiados.

te presenta una "mala" cicatrización en la parte interna de la pierna derecha; desde el tercio inferior del muslo hasta debajo de la rodilla.

Sin levantar la vista, el doctor Taibo lee las preguntas del formato y del mismo modo escribe las respuestas de Rosa; una vez terminada la captura de información levanta el rostro: "Muéstrame la zona de la cicatriz; descúbrete"; Rosa llevaba puesto un pantalón holgado de tela suave. Sentada en la silla subió la pernera con ambas manos. Una cicatriz de aspecto irregular y fibroso apareció tras el deslizamiento de la prenda.

La visión del doctor Taibo descendió desde el rostro de la joven hasta la zona afectada. Una expresión distinta apareció en la cara del médico. Su mirada parecía enfocar otras cosas, más allá, o más acá, de la superficie lastimada, invisibles para mí.⁴

La historia clínica aparecía como un instrumento para recoger información inicial del orden de lo visible, aspectos anatómicos, y del orden de lo invisible; es decir, información obtenida a través de la subjetividad del paciente. Lo visible es una dimensión que se captura, al parecer, en sí misma y por sí misma. Lo visible aparece como "verdadero" por definición.⁵ Lo no visible es verdad o falsedad, sólo potencialmente hablando.

En el Servicio de Cirugía Plástica se forman especialistas (es un hospital-escuela) y lo visible, en este caso de la lesión, también sirve a los médicos adscritos para corroborar la calidad de la descripción elaborada por el médico residente de primer año.

En la captura de información relativa a los hábitos de los pacientes, lugar de residencia, empleo, entre otros; se hace presente la subjetividad de las personas. Una parte de esta información es corroborable a través de procedimientos objetivos (como el tipo de sangre, una antigua fractura ósea, etcétera).

Lo evidente para el doctor Taibo, en los hechos, no lo resultó para mí debido a que los "aspectos observables" no son atributos de las cosas en general, sino de los objetos de trabajo. Éstos, a su vez, son construcciones sociales realizadas dentro de cada ámbito científico o profesional por las comunidades de práctica.⁶ Las comunidades de práctica, a su vez, se forman y se desempeñan en esos ámbitos de manera continua. En suma, para percibir los atributos de los objetos de trabajo no basta el sentido de la visión: "lo evidente" es relativo a un determinado contexto de práctica.

El objeto de trabajo, en este caso, era una lesión en la pierna de una joven de 15 años llamada Rosa Peña. Sólo apreciable, en extensión y profundidad, por una mirada entrenada en la comunidad de práctica del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, o en algún otro contexto homólogo.

El doctor Taibo acometió lo que mi vista no veía y preguntó "cosas" incomprensibles para mi entendimiento: palpó y presionó distintos puntos de la lesión preguntando, a momentos, si alguna de las maniobras producía dolor o al-

gún tipo de molestia. Cuestionó si podía caminar bien, Rosa Peña refirió la necesidad de muletas.

Guardó silencio por unos segundos: "Mira [...] necesitas operación, pero no sólo porque se te vea fea la lesión, sino porque la piel está cicatrizando mal y eso va a obstaculizar el movimiento normal de tu pierna, pero antes de que te operemos nosotros, necesitas ir a Rehabilitación para que empieces a recuperar el movimiento que tu pierna ha perdido."⁷

El doctor Taibo volvió a escribir; en un espacio en blanco, al final del formato, describió de manera breve la lesión en términos anatómicos. La elaboración de la historia clínica estaba concluida. Algunos aspectos de Rosa y de su lesión se habían convertido en texto y, de esa forma, se habían inscrito en la racionalidad de la medicina científica.

A continuación, el doctor Taibo programó, para otro día por la mañana, una consulta para la revisión de Rosa por el conjunto de médicos adscritos y residentes. Pero decir que "Rosa sería revisada" es sólo una manera de expresarlo. En los hechos, los médicos no tratarían con la persona, sino con su versión textual, validada científicamente y jurídicamente;⁸ es decir, con su historia clínica, y con el responsable de su elaboración, el médico residente Taibo, aval profesional e institucional de los datos clínicos allí asentados.

Rosa había sido "separada" en dos, y en la consulta sólo serían relevantes "sus datos" objetivos. El cuerpo de la joven, pero sobre todo la visibilidad y la materialidad de su lesión serían observadas de nuevo y servirían, además, para monitorear la corrección o la precisión de la descripción del doctor Taibo.⁹ La subjetividad de Rosa servirá en ocasiones para responder por algún dato del orden de lo invisible, tal vez omitido en la elaboración de la historia clínica o de pronto convertido en relevante por el proceso de la consulta:

2. Entre la primera inspección ocular de Rosa (practicada por la trabajadora social cuando la joven solicitó el servicio) y la segunda realizada por el doctor Taibo, hay semejanzas y muy grandes diferencias. La mirada de la trabajadora social es eminentemente teórica (entre otras cosas, puede clasificar sólo con un interrogatorio). La mirada del doctor Taibo, además de teórica, es directa y concreta. La primera separa a los solicitantes y los incluye en categorías abstractas, socio-económicas, expresables en números del 1 al 6; para indicar el nivel de la cuota de recuperación a pagar por el usuario del servicio. La mirada del doctor Taibo es analítica, aparta la subjetividad de la objetividad; los significados de los datos.

Justo es decir que en el doctor Taibo no existe intención de dividir a Rosa en una parte objetiva (intervenible) y otra subjetiva (desechable). La forma de la actividad de este médico se inscribe en una tendencia de largo plazo iniciada en el siglo XIX en Europa, en la cual los datos objetivos sustituyeron poco a poco la complejidad del encuentro entre el médico y su paciente.¹⁰ En esta tendencia, la primera fuente de datos duros fue el laboratorio:

En el laboratorio, la relación entre los cuerpos del médico y del paciente se truncó por completo. El encuentro con un yo mórbido y difícil de apreciar se opuso a datos firmes. Estos valores de medición, devueltos al consultorio del médico como una suerte de testigos objetivos, signos negros sobre papel blanco, tenían varias ventajas. Se trataba de ganar tiempo. Escuchar el relato del paciente y leer los signos mediante la observación y la percusión, tocar, medir y preguntar consumía mucho tiempo (a veces se hablaba de varias horas o, incluso, varios días). Se trataba de estandarizar. Las técnicas que dependían del cuerpo [del médico] eran difíciles de generalizar puesto que, a su vez, dependían de los sentidos. Un médico podía ver lo que otro no veía, o palpar lo que un colega no palpaba. Si un médico oía un ruido sibilante y otro no, o sentía un leve perfume que otro no percibía, sólo quedaba una solución: acudir a una tercera oreja o a un tercer par de fosas nasales. En no menor grado se trataba de objetividad. Los signos bajo la forma de números parecían quedar fuera del alcance de las interpretaciones subjetivas y los sentidos inciertos. Podían generalizarse y reproducirse, agregarse a las historias clínicas o a los artículos científicos sin perder su claridad. Podían ser leídos por cualquier médico (pero nunca por el paciente).⁷

Johannisson también describe el proceso de profesionalización de la relación de los médicos con sus pacientes, inscrito en las tendencias objetivantes del siglo XIX, como una serie de reglas orientadas primero a eliminar en el médico las manifestaciones de asco o de repulsión hacia los pacientes —impropias en una actividad humanista—; para luego, de forma gradual, eliminar todas las expresiones de compasión, asombro, duda, preocupación, etc., pues eran leídas con avidez por los pacientes en el rostro de sus médicos. La voz del médico también fue modulada hasta alcanzar un tono neutral, congruente con su rostro, y con la neutralidad inherente a la objetividad que ganaba terreno poco a poco.

El paciente, sin reflejo en el médico, quedó psíquicamente suspendido. Es decir, reducido a materialidad biológica que exhibe sus signos para ser leídos por la mirada profesional.

Lo anterior, por un lado, constituye un parteaguas en la historia de la atención médica que, sin embargo, se logró a través del sacrificio de la subjetividad de los pacientes en proceso de atención, o al menos buena parte de ella.

Los seres humanos cobran conciencia de sí mismos y de su condición psíquica en la percepción de su reflejo en el otro. Por eso Jacques Lacan plantea que el psiquismo humano es especular.⁸ El paciente, sin reflejo en el médico, vive la dura experiencia de la "cosificación" y, en consecuencia, la de ser atendido en calidad de cosa.

Con la sistematización de la medicina en torno al número, y su inscripción en parámetros de normalidad y anormalidad, además de la subjetividad del clínico casi anulada; el médico poco a poco se fue convirtiendo en un instrumento de la racionalidad científica. Esta última dicta lo que "debe

sucedir" en la atención médica: establece los roles, define y delimita el objeto de trabajo, establece procedimientos.

Lo anterior, sin embargo, no significa que todos los médicos mecánicamente se comportan como instrumentos de la racionalidad científica, ni que el grado de rutina y mecanización del trabajo clínico sean generalizados. En tanto que proceso vivo, la práctica médica también está poblada de grandes y pequeñas diferencias, además de las similitudes.

El doctor Taibo, en suma, en su calidad de representante de la racionalidad científica, se ocupa de recoger la información necesaria para el diseño de la posterior intervención quirúrgica de Rosa. En este proceso, la separación y desecho de la subjetividad de la paciente es un efecto colateral, además de imperceptible para él mismo debido, fundamentalmente, a que no es un atributo de su objeto de trabajo. Del mismo modo que los atributos de la lesión no eran evidentes para mí, la subjetividad de Rosa tampoco lo era para el doctor Taibo, al menos en términos académicos.

La historia clínica, en suma, entre otras cosas, es un instrumento para delimitar la parte objetiva (biológica) del padecimiento de una persona, de su enfermedad, o de su lesión. Incluso antes de que Rosa se presentara a la elaboración de su historia clínica, ni su persona ni su subjetividad significaban algo en el código que rige los servicios médicos modernos; es decir, racional y científicamente diseñados, ejecutados y administrados.

3. Es martes y la consulta se realiza dentro de una sala destinada a ese fin (figura 24-1). Rosa es llamada (se encuen-

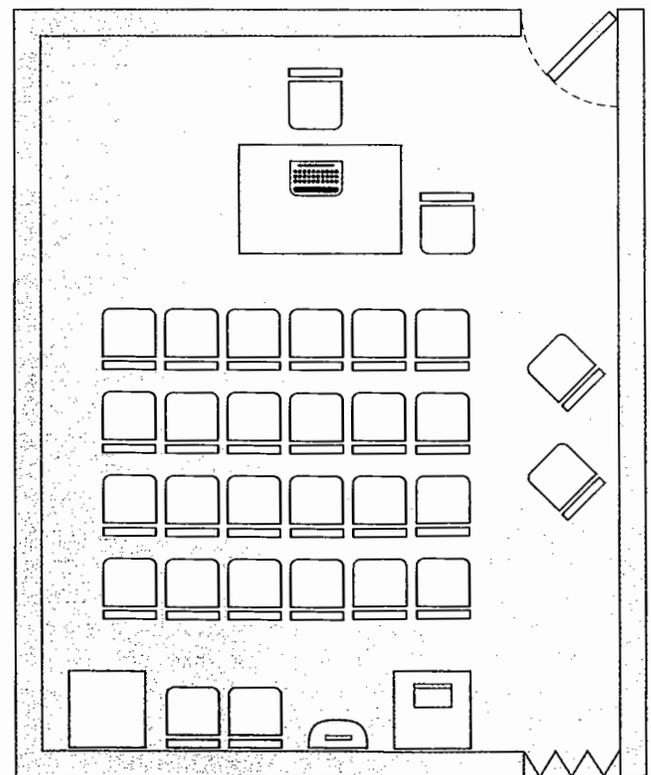


Figura 24-1. Croquis de la sala de consulta.

tra en un pasillo contiguo esperando entre otros pacientes próximos a ser tratados con cirugía funcional),^{VI} atraviesa el umbral. Queda parada como suspendida en el tiempo. Mira en todas direcciones. Tal vez espera alguna señal para orientarse. Mientras tanto, los médicos adscritos hablan entre sí, los residentes van y vienen, se desplazan por todos lados, desde y hacia todas las direcciones, atareados, como siempre. Observo atentamente. Los médicos están acostumbrados a mi presencia y, al parecer, paso desapercibido. Pero ¿por qué Rosa tampoco recibe atención alguna si ella no es alguien que les resulte familiar? Al contrario "ella es la paciente". Se esperaría que recibiera mucha atención, o más todavía, "la atención" de los médicos allí reunidos.

Rosa hace un barrido con la mirada, yo dirijo la mía hacia la libreta de campo. Siento un vacío difícil de entender, nada qué decir. Me figuro su vivencia del momento: la imagino como si estuviera en un mercado donde hay una gran multitud, pero se encuentra en un país extraño donde no entiende las costumbres, ni los movimientos corporales, ni la lengua que todos hablan a su alrededor. Rosa se mantiene así, un minuto o un poco más que parecen eternos. De pronto un médico residente le dice: "¡Ah! ¡Siéntate aquí!"

La silla al lado derecho del escritorio, entrando a la sala, frente a la primera fila de butacas, es la silla donde se sienta "el paciente". Sobre el escritorio está colocada una máquina de escribir mecánica, utilizada por una secretaria a quien le dicta, de cerca y en voz baja, un médico residente de primer año, de pie junto a ella durante el desarrollo de la consulta. El residente, a su vez, escucha las indicaciones de los médicos, o de un médico adscrito. Estas indicaciones, regularmente, forman parte del plan quirúrgico dictado para ser incorporado al expediente del paciente.^{VII} Este plan es la parte culminante del proceso de consulta. —

La sala cuenta con cuatro hileras de sillas, semejantes a las butacas de los cines y teatros hace 20 o 30 años.^{VIII} En las dos o tres sillas del extremo derecho de la primera fila toman asiento los médicos adscritos, quienes en el momento atienden la consulta; el resto de la fila no es ocupado por los residentes o por otros médicos.

La silla de la paciente está muy cerca de las sillas de los médicos. Cuando ellos ordenan a la paciente mostrar alguna lesión de una mano, ésta sólo necesita extender su brazo para permitir el examen y palpación.

Rosa ya se encuentra sentada, sólo unos 30 cm separan sus rodillas de las del médico sentado frente a ella. Por ese angosto canal pasan los atareados residentes realizando sus múltiples obligaciones. Parece que la joven paciente no estuviera ahí. Su cuerpo "es transparente" a la vista de los médicos. Lo que observo me provoca estupefacción.

De haber tenido presente el proceso de elaboración de la historia clínica, hubiera recordado que "el objeto de trabajo" de los cirujanos plásticos era "una lesión" en una pierna; es decir "no un cuerpo" y menos aún "una persona". En el trabajo de interpretación posterior comprendí que el

proceso de elaboración de la historia clínica y la consulta a ella ligada, tienen la forma de un rito:

En primer lugar, el rito no es una forma de hablar, sino una forma de actuar. Donde se procede ritualmente, el hablar se convierte en una acción [...]. La dimensión en la que se realiza el ritual es, sin embargo, siempre un comportamiento colectivo. Los modos de comportamiento ritual no refieren al individuo, ni tampoco a las diferencias entre un individuo y otro, sino a la colectividad formada por todos los que, juntos, acometen la acción ritual.⁹

En el rito, explica el mismo Gadamer, "todo concuerda". En el momento de la consulta se hizo "evidente" que todos los allí reunidos concordaban en que se trataba de atender "una lesión". Continuemos con el espacio de la sala de consulta. En la segunda y tercera filas, ubicados junto la pared de la izquierda, toman asiento los residentes de primero y segundo años.

En las filas interiores, detrás de los médicos responsables de la consulta, se sientan unos odontólogos presentes en la sala cuando se programan pacientes cuyas intervenciones implican, por ejemplo, cirugía maxilofacial, y en ocasiones, médicos de otras especialidades. Cuando un odontólogo interviene aportando, por ejemplo, alguna observación, sale de entre las filas traseras, se acerca caminando, hablando en voz alta, mientras avanza en dirección del paciente. Una manera, tal vez, de poner en acto el carácter "externo" de la observación. Esa actitud y desplazamientos no se ven entre los cirujanos plásticos.

La última fila es ocupada por los residentes de tercer año; y las dos sillas más próximas al muro del fondo por el jefe de residentes y otro residente que ocupa ese lugar por un tiempo determinado.

En la mesa de proyección ubicada al fondo de la sala, detrás de las hileras de sillas, se coloca un proyector digital operado a través de una computadora portátil por un médico residente de primer año. Ese equipo se utiliza en las clases impartidas por las mañanas.^{IX} Por regla general, cualquier actividad manual (por ejemplo, cuando falla el personal encargado de la limpieza de los quirófanos) es realizada por el médico residente de más bajo nivel.

Las dos sillas apartadas del resto, junto al muro derecho, son utilizadas por uno o dos ex jefes de servicio. Los ex jefes se encuentran allí, al parecer, porque siguen siendo médicos adscritos al servicio, pero su *estatus* queda alterado después de haber ocupado la jefatura. Cuando el jefe actual se incorpora a la consulta, ocupa una tercera silla en el pasillo.

¿Por qué los asientos sobrantes de la primera fila, donde están los médicos adscritos, no se ocupan por los demás médicos? ¿Por qué el jefe de residentes se encuentra fuera de las filas donde se sientan los demás residentes? ¿Por qué los dentistas no se sientan junto a los médicos que están realizando la consulta, aun cuando tengan que intervenir parcialmente en ella?

Al parecer, hay un patrón en la distribución de los lugares de la sala de consulta. Quien ordena no se mezcla en el conjunto de los que reciben y obedecen sus órdenes: se manda desde cierta distancia o se ordena desde afuera. El que manda está separado de los que obedecen, como en la institución castrense.¹⁰

Cuando el caso lo amerita, y se acercan varios médicos a mirar algún paciente, lo hacen desde distintas distancias o "capas": la cercanía inmediata y la palpación son "monopolio" de los médicos de mayor jerarquía. Luego se colocan los médicos que siguen en rango, y así de manera sucesiva, hasta los médicos residentes de primer año. La tendencia, también aquí, es no mezclarse.

En una ilustración clásica, en la portada del libro *The Artistry of Reconstructive Surgery*, se muestra la recreación artística de una consulta.¹¹ El centro de la atención lo ocupa siempre la lesión del paciente a tratar, en ese caso el artista tuvo que colocar dos lesiones, tal vez porque la jerarquía de los médicos de más alto nivel era tan pareja que la única manera de "respetarlos" era colocando dos lesiones en un mismo paciente. Lo común es que sea un paciente y un médico y que éste revise una lesión a la vez. En esa recreación, el artista colocó en el lugar habitualmente ocupado por los médicos residentes a los más famosos médicos cirujanos plásticos del mundo. El doctor Fernando Ortiz Monasterio, máximo representante de la cirugía plástica mexicana, se encuentra en primera fila, eso habla de su jerarquía, pero no le corresponde tocar, sólo mira con atención. La ocupación del espacio es, en sí misma, un orden determinado y muestra, en primera instancia, las jerarquías de los allí reunidos. Entre más solo y distante se encuentra el médico, más jerarquía irradia. Entre más gregario, menos poder lo inviste.

Pero el orden del servicio ¿sólo consiste en jerarquías y en distancias entre los distintos niveles de médicos? ¿Qué otros componentes presenta? ¿Influye en otras dimensiones de la organización del hospital? Es decir, ¿el orden del servicio ordena de algún modo o contribuye al orden global del hospital?

El orden general del hospital ¿es ordenado por la sociedad? ¿Hay alguna recíproca determinación entre el orden hospitalario y el orden de la sociedad? ¿Cómo se enlazan?

4. El orden de la sociedad es una expresión de las relaciones entre las personas, ello significa que cualquier amenaza de destrucción de los seres humanos (como las epidemias o las guerras), por añadidura amenaza el orden social (constituido por leyes, tradiciones, costumbres, valores, creencias, entre muchos otros aspectos de tipo intangible).

La existencia de la sociedad, en su calidad de orden abstracto, depende del orden biológico y psicológico de los seres humanos que la constituyen. Estas premisas sostienen la afirmación de Attali: "todo acto médico sostiene el orden social".¹²

La institución hospitalaria es pródiga, en tanto espacio de relación para los distintos órdenes constitutivos de la vida humana. Vale la pena mirarlos en la cotidianeidad del

Servicio de Cirugía Plástica con la intención de apreciar, en la medida de lo posible, la forma en que se relacionan y la lógica que los gobierna.

Una vez sentada en la silla, Rosa tampoco es mirada ni observada por los médicos encargados ese día de la consulta. Continúa el ir y venir del personal del servicio dentro de la sala. A una indicación del médico adscrito a cargo de la consulta un médico residente, con movimientos rápidos, se pone de pie junto a la paciente, saca el pecho, pone la historia clínica delante de su rostro en posición solemne tipo militar y empieza a leer.

"Paciente femenino de 15 años de edad...", y otros datos al parecer poco atractivos (tal vez por evidentes o demasiado rutinarios) para los médicos adscritos y los residentes de mayor jerarquía; o tal vez simulan un cierto desinterés hacia esos datos (verbalizados por los médicos de más baja jerarquía). Los adscritos siguen interactuando entre sí hasta que el médico residente en su lectura menciona la lesión de la paciente. En ese momento activan su mirada y la dirigen hacia la parte del cuerpo nombrada y descrita. Es el momento de mayor atención en el transcurso de la consulta. Es como si la sala de consulta fuera un cuartel militar y, como si la lesión del paciente fuera el general de mayor rango en el lugar, la atención es total. Durante el tiempo que asistí al Servicio de Cirugía Plástica, tuve la oportunidad de observar, cuando menos una vez, la postura de "rodilla al suelo" por parte del doctor Fuentes,^x cuando tenía a cargo la consulta. Cabe preguntar:

- ¿Qué hay en la lesión que justifica la inclinación del médico de mayor jerarquía?
- ¿Qué es o cómo se concibe la lesión que reina en el centro de la sala de consulta, por encima del poder y la jerarquía de los mismos médicos?
- ¿Qué relación existe entre la lesión y el paciente que la padece?^{x1}
- ¿Por qué la lesión se encumbra hasta la cima de la atención en unos cuantos segundos y luego, de manera casi instantánea, se desvanece su condición privilegiada?

Mientras el residente en su lectura nombra la región anatómica a ser intervenida, los médicos adscritos la miran con atención. Al parecer comprueban el grado de coincidencia entre la descripción y la imagen real, físicamente hablando. En términos prácticos, el cuerpo de Rosa parece haber servido para "portar la lesión" y llevarla voluntariamente ante la mirada de los médicos. Pero la lesión, sin embargo, por sí sola, carece de importancia, ésta se adquiere al momento de ser leída por el residente, en calidad de texto anatómo-fisiológico.

A través de la lectura de la lesión se hacen presentes, en un instante, las relaciones entre los integrantes del servicio y su vínculo con la racionalidad médico-científica. Lo anterior se enlaza, por otro lado, con la racionalidad administrativa del hospital y ésta, a su vez, con los indicadores cuantitativos del Estado mexicano.

¿Qué vuelve tan valiosa la descripción de la lesión? En ella se encuentran una o más "verdades corroborables", por eso ocupa el vértice de las valoraciones en el servicio y la más alta jerarquía, inclusive por encima de las personas que allí laboran. ¿De dónde proviene tan alta dignidad para la verdad, racionalmente hablando?

La verdad de las cosas ha sido el núcleo del pensamiento científico occidental desde hace 2500 años. Fue Aristóteles quien planteó "la verdad como luz que sale de las cosas";¹³ y también el mismo filósofo quien definió la tarea del investigador como la actividad necesaria para llegar a ella, y "hacerse a un lado para que los demás puedan apreciarla". La verdad como "luz" dio origen a la primera Ilustración europea, en la Grecia antigua.^{xii} A partir de entonces, la materialidad de las cosas, sus formas y dimensiones se convirtieron en el discurso de la verdad; verdad corroborable en la cosa misma cuando fuera necesario.

Ahora bien, aunque el contenido de la verdad (formas, tamaños, texturas, colores) conduce a la noción de cantidad y de allí se llega a los números; éstos se ligaron al conocimiento racional por una vía y en un tiempo totalmente distintos.

Pitágoras y los pitagóricos plantearon al número como "la razón del universo";¹⁴ sin embargo, este planteamiento se enfrentó a la noción materialista (aristotélica) del conocimiento y perdió la batalla. Fue hasta el Renacimiento cuando Galileo Galilei,¹⁵ al describir matemáticamente el movimiento de los astros, provocó que las matemáticas fueran concebidas como "lenguaje de la naturaleza". Desde el Renacimiento también se aceptó, por otra parte, que la concepción del conocimiento de Aristóteles no es excluyente de la concepción pitagórica. Forma y número; tamaño y número, etc., conviven armónicamente en el discurso científico.

—Cuando a lo anterior se sumó el establecimiento de la "normalidad", estadísticamente hablando, apareció la posibilidad de plantear, primero como posibilidad abstracta y luego como posibilidad real, el mantenimiento de la normalidad de una cantidad infinita de fenómenos físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos; y también del orden político. Acerquémonos a la atención médica de Rosa, desde la perspectiva numérica:

Ella es *una* paciente para el hospital, es *una* solicitante para el área de trabajo social, es *una* historia clínica para los médicos residentes de primer año, es *una* lesión o cualquier región a ser observada en la consulta, es *una* intervención quirúrgica en el quirófano, es *una* intervención supervisada en el pase de visita, es *un* egreso para el hospital. Es un número, entre otros más, para la administración del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital y para la racionalidad del Estado Mexicano y su legitimación social y política.

A través del vínculo entre el cuerpo de la joven y el *corpus* textual de la historia clínica puede observarse el riguroso apego al método racional; el cuerpo de ella muestra lo que dice la historia clínica; la historia clínica muestra "lo que el cuerpo dice".¹⁶ Se ha eliminado la subjetividad de médicos

y paciente y ahora reina la objetividad impersonal de la ciencia. En el espejo de la ciencia sólo se refleja lo verdadero objetivamente hablando.

Desde el punto de vista de la subjetividad, sin embargo, la historia clínica no muestra lo que dice el cuerpo de Rosa, sino lo que la ciencia "dice" acerca de éste; lo que Rosa tenga que decir con su cuerpo no importa, tal vez a nadie. Debido a que es "semántica",^{xiii} desecho de las racionalizaciones médica, hospitalaria y del Estado.

¿En qué consiste este momento culminante de la consulta donde se ponen en relación el cuerpo de Rosa y el texto oficial de su cuerpo? Retomamos el planteamiento del orden biológico como base del orden social, y exploremos el hecho de que la historia clínica es un documento legal que recoge y expone el estado del orden biológico del cuerpo de la joven.

Se trata de una relación entre cuerpos y estados; entre el cuerpo de Rosa y su estado biológico, entre el Estado mexicano —y su cuerpo de leyes y estadísticas— y el orden biológico de la especie humana, dentro del cual se inscribe el cuerpo de Rosa. Este enjambre de enlaces es lo que vuelve culminante el momento de la consulta, cuando se ponen en relación los cuerpos y sus órdenes expresados en palabras, científicas unas (datos), jurídicas las otras (normas).

La vida humana es un orden complejo donde interactúa un orden biológico con uno psicológico a través de intercambios materiales y simbólicos inscritos en los órdenes económico y social. Las leyes son la parte jurídica de la complejidad humana donde se inscribe la historia clínica y todas las escrituras que son ley. Es decir, las escrituras que expresan las relaciones entre los individuos, sus cuerpos, y sus intercambios en un momento histórico determinado.

El orden social, expresado como orden de Estado, tiene como base un orden biológico expresable en estados de salud-enfermedad específicos de los individuos; estos estados son recogidos por la historia clínica y reducidos a un estado particular del orden biológico, porque inscritos en él son legal y técnicamente manipulables.

Todo interrogatorio médico oficial, independientemente del motivo de consulta, puede usarse para monitorear las amenazas epidemiológicas para la población, entre cientos de acciones indirectas que constituyen ventanas de observación del "orden biológico de la sociedad".

Si el cuerpo individual de Rosa importa poco, casi nada, es porque el orden biológico importa más. El orden biológico es la base o condición de existencia del orden social. Buena parte de los problemas de la medicina contemporánea, sobre todo la llamada *deshumanización de la medicina* se asocia al exceso de manipulación del orden biológico del cuerpo dejando fuera los cuerpos particulares, las subjetividades y las personas.

Conclusiones

Para conocer su propia corporeidad, el Estado tampoco requiere investigar en los cuerpos de sus individuos ni en sus

viviendas ni en sus empleos; sólo indaga en las estadísticas debido a que ellas son los signos de su propia vitalidad o debilidad.¹⁷ Los cuerpos de los sujetos se vuelven cuerpos del Estado cuando éste los reduce semiológicamente,¹⁸ y los convierte en cifras. Así, tenemos que no sólo los médicos mandan al “desechar” la atención de los cuerpos y de las personas, también el Estado lo hace o, mejor dicho todavía, si la medicina lo hace es porque el Estado donde ella se inscribe lo hace también, a mayor escala y primero.

Los indígenas en la Nueva España fueron evangelizados y, por ese medio, sus cuerpos se convirtieron en cuerpo de la Iglesia. Su nueva creencia era, además, el cuerpo textual del Estado religioso.

El México independiente nació entre dos fuerzas encontradas, conservadores y liberales. Los cimientos del nuevo Estado fueron colocados penosamente a lo largo de más de un siglo de guerras entre el viejo orden teológico y el naciente orden laico. En ese proceso, el Registro Civil ocupó un lugar destacado, pues a través de él la contabilidad de los nacimientos, las muertes y los matrimonios fueron laicizados. Con ello empezaron a emerger los signos (estadísticos) de la nueva sociedad.

El novedoso orden civil poco a poco fue construyendo sus instituciones encargadas de contar las propiedades, inversiones, intercambios económicos, cantidades de dinero circulante, empleados, desempleados, alfabetizados, vacunados, etc.; un orden civil que hoy expresa la acción de gobernar a través de la producción de cifras, de la correlación entre cifras, de la vigilancia de las cifras: población contra empleo, empleo contra educación, productividad contra educación; y otras correlaciones que enlazan de diferentes modos los datos significativos de la pobreza, de la desnutrición infantil, de los servicios públicos, entre muchos otros.

El cuerpo del Estado contemporáneo y el cuerpo de los ciudadanos son homólogos. La salud-enfermedad de los su-

jetos sociales se monitorea y se vigila médicamente a través de signos expresados en cifras. A través de las estadísticas, los signos del Estado son vigilados y manipulados para producir **finanzas sanas, estabilidad** macroeconómica, bajos **índices** de inflación, altas **tasas** de inversión, entre otros aspectos; muchos de ellos manejados según las “recomendaciones” de instituciones globales como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial.¹⁹ Esta malla de cifras donde se entrecruzan diversos códigos es la que, en buena medida, rige los acontecimientos en la sala de consulta.^{xiv} Ella es la que impone lo que debe ser mirado, considerado, significado. En esa malla de cifras el cuerpo y la persona de Rosa no son significantes, por eso no son percibidos por los allí reunidos.

En una charla informal, un funcionario me comentó su inconformidad con la importancia absoluta que el sistema de atención a la salud en México otorga a los números sobre las personas, incluidos médicos y pacientes: “[...] como finalmente para hacer política lo que cuenta es el número, eso determina la atención de la salud desde arriba hasta abajo; muchos cirujanos prefieren operar dos verrugas en 20 minutos cada una, que realizar una microcirugía que puede tomar hasta 12 horas. Finalmente, en los informes del Hospital y del Sector Salud sólo aparecerá el número tres en el rubro cirugías realizadas; pero dos de ellas (las verrugas) se hicieron en unos minutos y con pocos recursos, lo que proyectará una imagen de mayor productividad, mayor eficiencia, mayor servicio a la sociedad mexicana. Es comprensible, entonces, que desde muchas instancias (no sólo los cirujanos plásticos) se prefiera hacer dos en lugar de una”.

Mientras la justificación y la legitimación de las instituciones de atención a la salud en México se construyan principalmente con datos, ellos serán los “verdaderos pacientes”, los principales focos de atención de las instituciones gobernadas por la racionalidad de las cifras.

Para reflexionar...

AUTOATENCIÓN

El 20 de junio, vine de allá de la montaña y vino un tremendo aguacero, tonces, como venía yo tan cansado sólo comí y me acosté, pero como a las 11 de la noche me dieron ganas de orinar y me levanté a orinar. En cuanto jalé la tranca de la puerta, no pude alcanzar la puerta y me di con el palo, caí al suelo. Entonces la señora me fue a levantar, pero al otro día ya no fui yo a trabajar, porque estuve yo una semana cabal aquí. No pude hacer nada ni remotamente. Entonces una mi nuera me regaló unas pastillas y otras que me compraron aquí. Pero sólo con eso me quedé. Fueron unas baralginas, eso era para sacarme el aire un poquito. Pero lo que hice también fue lo siguiente: “Allá afuera tengo un palo que es de medicina. Yo lo sé porque sólo así me

curé la rodilla la vez pasada que también me golpeé. Con ese que usted ve allí, se llama matapalos, fui a empapar un trapo, y me puse dos parches aquí en la espalda. Con eso me quedé hasta allí, porque ya no pude hacer más. Seguí trabajando, y después ya no le puse atención al dolor, yo sentí que se me quitó. Entonces me fui con los patojos (muchachos) a traer unas varas, siempre para que uno trabaje y hacer ganancia. Para no estar perdiendo el tiempo uno tanto [...]. Fíjese que yo me había echado mi tarrito de balsámico, pero como yo trabajo bajo el sol, yo sentía que me enjuegó, como trabajo mucho en el campo. Sentí como que se me bajó al pulmón, entonces ya no me lo seguí echando, mejor el del palo, porque como ése es fresco.

Don R., comunidad de
Jumaytepeque, Guatemala.
Paredes Marín V (2006)²⁰

Actividades de evaluación

1. En grupos de 4 a 6 participantes se propone analizar:
 - a) El proceso a través del cual los pacientes son despersonalizados en la atención médica.
 - b) Las razones de la despersonalización.
 - c) Los participantes en el proceso de despersonalización y los roles o papeles que juegan.
 - d) Las razones sociales y políticas de la despersonalización de los pacientes.
2. Es conveniente que cada grupo redacte una relatoría de la discusión.
3. Puede realizarse un debate a partir de las lecturas de las relatorías de los grupos de trabajo.

Citas adicionales

- I Pérez-Campos (2012).¹ Desde la perspectiva de la corriente de la psicología sociocultural, Gilberto Pérez-Campos ha elaborado una aproximación crítica al concepto de "persona" (p. 9): "[...] las personas y los ambientes socioculturales no tienen existencia independiente [...]; las personas no existen en abstracto sino dentro de cierto tipo de configuraciones sociales y como un determinado tipo de personas, a partir de su participación en prácticas socioculturales situadas bajo condiciones históricas particulares (algunas de las cuales pueden ser objeto de fuerte disputa), dentro de las cuales echan mano de los recursos culturales disponibles, usándolos en forma creativa e improvisada para la solución de problemas prácticos, contribuyendo con ello a un proceso de recreación histórica de las prácticas y de las comunidades, los recursos culturales y sus propias identidades".
- II El doctor Taibo acompañó a la joven paciente al Servicio de Rehabilitación del Hospital. Pregunté si acompañaba a todos los pacientes. Dijo "no"; a ella "tenía" que acompañarla y solicitar él mismo la atención inmediata porque de otro modo sería programada para "cuando hubiera lugar" (eso podría tomar meses). La mala cicatrización podría avanzar hasta impedir la flexión de la pierna. El doctor Taibo se dirigió a una secretaria de Rehabilitación a quien notificó que venía recomendado de Cirugía Plástica (mencionó el nombre del médico que lo enviaba y el del médico de Rehabilitación a quien iba dirigida la solicitud de apoyo, se trataba de apoyos recíprocos y personales). Del mismo modo que en ese momento Rehabilitación atendía un paciente de Cirugía Plástica, fuera de programa, Cirugía Plástica estará abierta a recibir un paciente de Rehabilitación, fuera de programa y recomendado por un médico en particular. La secretaria, del mismo modo que el Dr. Taibo, elaboró la historia clínica de Rosa, no levantó una sola vez el rostro para mirarlo mientras hablaba con él. Pregunté si ese trato era igual para todos los médicos: "a los médicos de mayor jerarquía los atienden amablemente y los miran al rostro". Buena parte de los "éxitos" quirúrgicos del Servicio se deben al trabajo "extra" de los médicos residentes, pues la maquinaria administrativa del hospital es ciega y sólo reconoce "turnos" y "secuencias-oficiales". Si la atención médica se realizara exclusivamente como lo marcan los manuales de procedimientos, de seguro Rosa seguramente habría perdido un alto porcentaje del movimiento de su pierna.
- III La historia clínica es un documento legal. Los datos que recoge tienen validez jurídica en cualquier problema que pueda emerger durante la atención médica de los pacientes.
- IV El Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva forma parte de un hospital que funciona como espacio de formación médica. Por tanto, es un hospital-escuela y debido a ello, en cualquier momento, los médicos adscritos o el jefe del Servicio pueden preguntar a los médicos residentes acerca de cualquier aspecto de la atención médica de los pacientes.
- V Las "tendencias" fueron conceptuadas por el historiador francés Fernand Braudel, de *l'École des Annales* fundada por Lucien Febvre y Marc Bloch en 1929, mundialmente reconocido por sus estudios de la duración de los hechos históricos.
- VI Los jueves se programan otro tipo de pacientes, tratados con cirugía estética. Esos días por la mañana se imparte la "Clínica de Estética", a ella asisten médicos invitados que dialogan con los médicos adscritos; para aprendizaje y formación de los residentes, obligatoriamente presentes en esas sesiones; especialmente los residentes de primer año.
- VII Muchas veces me quedé con la impresión de que los médicos residentes no alcanzan a escuchar lo dicho por los médicos adscritos y pensaba que luego podrían dictar de manera defectuosa o incompleta a la secretaria. Parece que no se atreven a pedir la repetición de alguna parte del plan quirúrgico. Pero sólo son impresiones que no tuve oportunidad de corroborar de alguna manera.
- VIII En realidad, todo el mobiliario del Servicio de Cirugía Plástica y del Hospital está conformado por muebles muy viejos y muy usados. El gasto del hospital, definitivamente, no se destina a comprar mobiliario nuevo. En muchos lugares, además de lo viejo del mobiliario, se aprecia descuido y falta de mantenimiento.
- IX Las clases son programadas, en su totalidad, desde el principio del año y asignadas formalmente a cada residente para su preparación y presentación, antes de empezar las actividades propiamente médicas. Estas clases constituyen la formación académica de los residentes, y están organizadas de acuerdo con lo que el servicio considera más importante. Entre los temas destacados se encuentra, por ejemplo, la "reconstrucción de mano" en relación con la cirugía funcional y reconstructiva, "el paladar hendido" en cuanto a males congénitos, y "la intervención estética" en rostro y mamas, en cuanto a la cirugía plástica.
- X El doctor Fuentes, al tiempo de escribir estas líneas, era un médico próximo a la jubilación, con una larga trayectoria como cirujano plástico y jubilado del IMSS. Es respetado como médico y como persona, aunque no tuviera en ese momento jerarquía administrativa.

- XI En realidad, no todo el tiempo se trata de "lesiones". El centro o foco de atención a veces es ocupado por alguna parte del cuerpo que será, por ejemplo, sometido a cirugía estética. No existe, en ese caso, lesión alguna y al mismo tiempo esa parte del cuerpo, en un momento dado, recibe la atención de todos los presentes.
- XII Comúnmente se entiende por Ilustración al segundo acontecimiento de esta índole sucedido, principalmente, en Francia e Inglaterra entre el siglo XVII y el inicio de la Revolución Industrial.
- XIII Aristóteles dividió en dos el mundo de los discursos: de un lado el *logos*, o discurso racional, acerca de la "sustancia", la

materialidad de las cosas; del otro lado todos los demás discursos, bajo la denominación común de "semántica" (mitos, magia, religión, fantasía, subjetividad) o discursos sin correlato físico.

- XIV La organización biológica de los seres vivos se encuentra codificada en el DNA, que es el código de la vida. El conocimiento, por otro lado, de las regularidades históricas, sociales, económicas, institucionales, sistematizado estadísticamente desde el siglo XIX a la fecha, ha servido de base para elaborar los códigos que indican los valores "máximos y mínimos" de muchos fenómenos sociales, económicos, institucionales, etcétera.

Bibliografía

Referencias

- Pérez-Campos, Yoseeff B (coord.) (2012). *Desarrollo psicológico, Un enfoque sociocultural*, Tlalnepantla, Estado de México, FES-I UNAM.
- Hammersley M, Atkinson P (1994). *Etnografía, Métodos de investigación*, Paidós, Barcelona, 2a. edición.
- Muriel J (1990). *Hospitales de la Nueva España*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Históricas, Cruz Roja Mexicana, 2a. ed., Tomo I.
- Foucault M (2001). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, México: Siglo XXI Editores, 20a. ed. en español.
- Vegetti M (1981). *Los orígenes de la racionalidad científica. El escalpelo y la pluma*, Barcelona: Península. [Especialmente indicado es el tema de la epistemología de las ciencias experimentales que es observacional.]
- Wenger E (2001). *Comunidades de práctica, Aprendizaje, significado e identidad*, Barcelona: Paidós.
- Johannisson K (2006). *Los signos. El médico y el arte de la lectura del cuerpo*, Melusina, Santa Cruz de Tenerife, p. 272.
- Lacan J (1990). "El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica". En: *Escritos I*, Siglo XXI, México, 16a. ed., pp. 86-95.
- Gadamer H-G (1997). *Mito y razón*, Barcelona: Paidós, p. 35.
- Hyman R (1991). "Power in caring professions", Capítulo 3, *Professions and Hierarchy*, London, McMillan, pp. 53-81. [La última etapa histórica de la organización hospitalaria se formó a imagen y semejanza de la institución militar. Especialmente en Estados Unidos. Vale la pena recordar que la organización hospitalaria mexicana hizo lo propio en relación con la estadounidense].
- Burt B (1987). *The Artistry of Reconstructive Surgery. Selected Classic Case Studies*, Saint Louis, Washington, Toronto: Mosby Company.
- Attali J (1981). *El orden canibal. Vida y muerte de la medicina*, Barcelona: Planeta.
- Vegetti M (1981). *Los orígenes de la racionalidad científica. El escalpelo y la pluma*, Barcelona: Península.
- Morey M (1988). *Los presocráticos, Del mito al logos*. Barcelona: Editorial Montesinos, 4a. ed.
- Koyré A (1991). *Estudios de historia del pensamiento científico*, México: Siglo XXI Editores, 11a. ed.
- Heidegger M (1988). *El Ser y el Tiempo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hacking I (1991). *La domesticación del azar. La erosión del determinismo y el nacimiento de las ciencias del caos*. Barcelona: Gedisa.
- Baudrillard J (1999). *Crítica de la economía política del signo*. México: Siglo XXI, 12a. ed.
- Forrester V (2004). *Una extraña dictadura*. México: FCE.
- Paredes Marín V (2006). *Formas de autoatención en procesos de salud y enfermedad en una comunidad xinca. El caso de Jumaytepeque, Nueva Santa Rosa, Santa Rosa*. Universidad de San Carlos, Guatemala, p. 70.

Lecturas recomendadas

- Foucault M (1977). *Historia de la medicalización*. Educación Médica y salud. Vol. 11, núm. 1.
- Garzón F (2011). *La relación médico-enfermo en el cuadro de las relaciones interpersonales*. Comunicación presentada en la 17a. Semana de Ética y Filosofía. Congreso Internacional de la Asociación Española de Ética y Filosofía Política (AEEFP). Donostia-San Sebastián, 2011. Disponible en: <http://www.uv.es/gibuv/MedicoenfRoger.pdf>
- Gómez Esteban R (2002). *El médico como persona en la relación médico-paciente*. Madrid, Editorial Fundamentos.
- Illich I. *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona, Barral.

Atención a los pacientes en los servicios de salud para poblaciones indígenas

Luis Alberto Vargas • Roberto Campos-Navarro • Leticia Casillas

CAPÍTULO

25

Conceptos clave

Problema de salud • Enfermedad • Sistemas de atención a la salud • Tratamiento

Introducción

En la práctica médica actual, el hecho de poder establecer un diagnóstico preciso ha adquirido gran relevancia para el paciente y para el ámbito médico. Sin embargo, hay ocasiones en que los síntomas no conforman una sola entidad nosológica a la que pueda asignarse el nombre de una enfermedad. Entonces nos estamos enfrentando a padecimientos que pueden ser tan diversos como tantos individuos existen, o podemos hablar de problemas de salud que pueden estar o no reconocidos como enfermedad dentro del sistema biomédico. Así, este capítulo pretende mostrar una visión más amplia acerca de los sistemas de atención a los problemas de salud y la importancia de que éstos operen con ciertos criterios que los lleven a funcionar de manera adecuada; es decir, que fomenten una buena relación médico-paciente, cumplan su objetivo clínico y tengan un impacto positivo en la satisfacción de los usuarios.

Aunque parezca una perogrullada, como a cualquier otro humano, lo que motiva a los indígenas para buscar atención para sus alteraciones de la salud es justo la solución de dichos problemas de salud. Sin embargo, es necesario aclarar que los problemas de salud no son equivalentes a lo que la biomedicina califica como enfermedades. Por ejemplo, un problema de salud frecuente es desear que los niños crezcan sanos, y ésta es la razón para llevarlos a consulta, aun en ausencia de enfermedad. Otro es el temor a estar enfermo por haber llevado a cabo acciones que se estiman como de alto riesgo, por ejemplo promiscuidad sexual o la transgresión de algunas normas sociales para la conducta. Por último, un parto no puede ser calificado de enfermedad, pero implica riesgos para la salud. Sin embargo, la mayor parte de las consultas se debe a que la persona estima que su salud se ha alterado o sufre de alguna enfermedad.

La mayor parte de las ocasiones la persona estima que tiene un problema de salud cuando detecta cambios en su organismo, sea en su forma o en su funcionamiento, comparado con lo que es habitual o "normal" para ella. También es frecuente que a la salud se le considere como una categoría

residual, es decir: estoy sano porque no estoy enfermo y no tengo molestias. La aparición de dichas molestias, manifiestas por alteraciones corporales es equivalente a tener problemas de salud. Ejemplos: sentirse fatigado, cambios en la estructura o pigmentación de la piel, dolor, fiebre, abscesos, limitaciones para el movimiento, etcétera.

En todos los sistemas de atención a los problemas de salud (término preferible al de sistemas médicos) las enfermedades son constructos de la mente, elaboraciones socioculturales, donde se reúnen, en forma coherente y organizada —entre otros elementos— causa, patogenia, lesión y cuadro clínico, al grado de encontrarse descritos en los libros de patología o medicina interna de la biomedicina bajo los nombres de diabetes mellitus, infarto pulmonar, aterosclerosis y otras.^{1*}

En la medicina popular mexicana se identifican otras enfermedades como "chipilez", "empacho", "susto", entre otras. Evocando a Hipócrates: no hay enfermedades, sino enfermos (pacientes), pero no todos los problemas de salud se pueden integrar como enfermedades. Muchas veces el biomédico queda perplejo ante pacientes con molestias que califica como mal organizadas e inespecíficas, o que no se encuentran descritas en sus textos académicos. Así, un paciente quien manifiesta estar cansado, intranquilo y con mal sabor de boca será sometido a una cuidadosa exploración física, exámenes de laboratorio y gabinete accesibles, pero si toda esta indagatoria sobre su cuerpo resulte dentro de los límites de la normalidad biológica o bioquímica, será calificado de simulador, hipocondriaco o algo semejante, pero no como enfermo.

Sin embargo, bajo la visión de una medicina centrada en la persona, quien tiene estas molestias está realmente enferma y debe ser atendida. Kaja Finkler, una antropóloga con larga experiencia en México, ha hablado de las lesiones de la vida que se manifiestan mediante signos y síntomas "mal estructurados" y que resultan de una historia de maltrato,

* Una parte de los conceptos y definiciones ofrecidos en este trabajo fueron producto de nuestro trabajo como profesores de Antropología de la materia Historia y filosofía de la medicina que se ofrece a los alumnos de cuarto año de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Algunos fueron publicados en el trabajo citado y además aplicados en nuestros proyectos de capacitación para el empleo de los enfoques de la interculturalidad en varios contextos nacionales y en Sudamérica.

frustración, pobreza, injusticia o incumplimiento de expectativas.² William Dressler ha mostrado que el incumplimiento de las expectativas sociales es un factor poderoso para explicar la hipertensión arterial en América Latina y el Caribe.³

Propósitos deseables de la atención de los servicios de salud

Con estos antecedentes se pueden definir los conceptos que deben considerarse para evaluar la calidad de la atención en los servicios de salud en cualquier contexto.

Desde el punto de vista práctico, quien atiende problemas de salud requiere hacer una serie de diagnósticos antes de plantear su programa de prevención, tratamiento, rehabilitación o promoción de la salud. Los cuatro componentes que deben ser diagnosticados son los siguientes:

1. La persona. Es decir, cuáles son las características que distinguen al paciente de otros y lo hacen un individuo biológico y una persona, y abarcan: cuerpo, biografía, entorno y recursos de los que dispone. Para ello se deben tomar en cuenta las particularidades que se expresan a través del cuerpo y que abarcan aspectos tan variados como la edad, sexo, especificidades de su anatomía y fisiología (p. ej., miopía, intolerancia a la lactosa, alergias), que conforman lo que los médicos franceses han llamado *el terreno* sobre el que se manifiestan los problemas de salud, incluyendo las enfermedades. En cada persona existen áreas de su cuerpo particularmente vulnerables, mientras que otras son resistentes, así, algunos padecen migraña, otros artritis, o enfermedades respiratorias agudas frecuentes, pero es poco común que una misma persona tenga problemas simultáneos de los tres tipos.

La *biografía*, o historia personal, integrada por lo ocurrido desde la concepción hasta el momento actual y que haya afectado a la persona en sus esferas biológica, psicológica y sociocultural.

En las historias clínicas de la biomedicina ello se engloba bajo los antecedentes personales no patológicos y patológicos, pero desde nuestro punto de vista, esta exploración debe abarcar aspectos más amplios, que den luz sobre el problema de salud que ofrecen los pacientes en este momento. Entre ellos están aspectos tan variados como la alimentación, los patrones de crianza de los que fue objeto durante la infancia, las enfermedades y accidentes sufridos a lo largo de la vida, pero también la forma como su familia le modeló para reaccionar ante los problemas de salud y muchos otros aspectos biológicos, emocionales, sociales y culturales. En otras palabras, se deben incluir los aspectos más relevantes e influyentes de su ciclo vital.

El ambiente donde se desarrolla la vida del paciente, en el hogar, la calle, el trabajo, el esparcimiento y el resto de sus actividades, también requiere ser conocido, ya que ofrece situaciones tanto de riesgo como de protección para la sa-

lud. Por ejemplo, Paulo Maya y Venegas-Lafón han observado en Tetelcingo, Morelos que los niños que viven en hogares donde conviven no sólo con sus padres, sino también con los abuelos, suelen tener mejor estado de nutrición que quienes sólo viven con sus padres;⁴ el trabajo industrial puede exponer a la inhalación de sustancias tóxicas o la falta de agua potable y disposición sanitaria de excretas aumenta de forma notable el riesgo de enfermedades infecciosas y parasitarias del tubo digestivo.

Los recursos de los que dispone una persona para su vida son fundamentales para la atención de los problemas de salud. Para fines de este trabajo y lograr mayor claridad, se emplea el término "recursos", en lugar de "capitales", que es el que originalmente propuso Pierre Bordieu.⁵ Una manera accesible para clasificarlos abarca las siguientes categorías.

- **Recursos económicos**, engloban todo aquello que la persona puede transformar en dinero o su equivalente y que, en el caso presente, puede invertir para la conservación, restauración u obtención de la salud. Aquí se incluyen desde los bienes materiales, hasta la pertenencia a los sistemas de seguridad social o la adquisición de seguros para atender los problemas de salud, los cuales siempre implican una transacción económica directa o indirecta.
- **Recursos culturales**, integrados por el conjunto de conocimientos, valores, actitudes o creencias en torno a la salud, la enfermedad y la terapéutica, y que desde luego, son producto de la interacción entre el medio y la persona a lo largo de su biografía.
- **Recursos sociales**, logrados a través de las redes de familiares, amigos, conocidos, o personas voluntarias o profesionales capaces de apoyar en forma material y emocional a quien padece. Una de sus manifestaciones más importantes son las redes de relaciones interpersonales.
- **Recursos simbólicos**, esto es, la forma que asumen los demás recursos cuando la persona misma y la sociedad los perciben, reconocen y otorgan legitimidad subjetiva. Abarcan el prestigio, el honor y la atención que se recibe. Para Goldschmidt es fundamental reconocer al yo simbólico y la manera simbólica como se interpreta a las demás personas y a la totalidad que nos rodea.⁶ El lenguaje es fundamental para la formación de este capital.

2. El problema de salud. Aquello que observa o siente la persona y le motiva para buscar atención. Con frecuencia es englobado por los médicos como parte de la enfermedad, pero en ocasiones parecería ajeno a ella. En el caso de los pacientes diabéticos, las quejas frecuentes son: cansancio, visión borrosa, debilidad, producción de mayor cantidad de orina, sed intensa, temor a aplicarse la insulina por considerar que causa ceguera y, entre los varones, dificultad para realizar el acto sexual. Sin embargo, el paciente durante su

primera consulta no manifestará como queja la elevación de sus cifras de glucosa en la sangre, ya que éstas son un hallazgo del laboratorio clínico, pero si más tarde controla su enfermedad con la ayuda de un aparato doméstico para medir esta sustancia, las concentraciones de glucosa se volverán parte fundamental de su problema de salud. La mayor parte de estas molestias desaparece como resultado del seguimiento de un tratamiento adecuado, pero no todas. Quizá el tratamiento pueda controlar la sed, la frecuencia de orinar y la debilidad, pero sólo habrá logros parciales en el caso de la visión borrosa y las dificultades para realizar el acto sexual, ya que puede existir retinopatía diabética o disminución del calibre de las arterias que participan para lograr la erección. En ocasiones estas molestias que no son posibles de controlar por completo integran el problema de salud del paciente, como se señaló en el caso de las llamadas **lesiones de la vida**.

3. La enfermedad. Es aquello que se aprende a diagnosticar como parte de la formación de los médicos de cualquier sistema. Se le identifica y tiene límites precisos, donde se abarca su pronóstico y alternativas para tratarlo. Así, en el caso anterior, identificar la variedad específica de diabetes mellitus que tiene el paciente, o la hipertensión arterial, son tareas para las que el personal de salud está preparado y para las que cuenta con recursos para resolverlas, controlarlas, prevenirlas o simplemente para comunicar el diagnóstico al paciente.

4. El padecimiento del paciente. Tan trascendente como lo es el diagnóstico de la enfermedad es el del padecimiento del paciente,⁷ y que es la forma individual y personal como cada uno vive su problema de salud, sea o no enfermedad. Es decir, cada persona reacciona de manera particular respecto a sus problemas de salud, y algunas de las actitudes posibles son afrontarlos, sobrellevarlos, sufrirlos, resignarse, combatirlos, tolerarlos, negarlos y muchas más.

Por ejemplo, una persona con diabetes padecerá su enfermedad de manera muy diferente si es hombre o mujer, joven o mayor, la primera o la más reciente en su familia de estar afectada por ella, conocer o no los efectos de la diabetes sobre el cuerpo, estar o no familiarizada con el tratamiento, poder o no controlar su dieta y realizar actividad física, y una larga serie de otros.

Tratamiento y atención, dos componentes de un mismo proceso

Es necesario distinguir dos componentes del proceso que se desencadena cuando un paciente se pone en manos de quien selecciona para llevar su problema de salud, sea en forma ambulatoria o dentro de una institución: el tratamiento y la atención. El equivalente en inglés es *treatment* y *care*.

El tratamiento es el conjunto de procedimientos que se aplican para resolver la enfermedad, cuando ella existe, pero

que además tienen el efecto de resolver o mitigar el problema de salud y el padecimiento. De manera clásica, en la biomedicina se separan varios elementos del tratamiento: *a)* el etiológico, dirigido a resolver la causa de la enfermedad; *b)* el sintomático, enfocado a eliminar, controlar o aliviar las molestias propias de la enfermedad o del problema de salud; *c)* el de rehabilitación, cuyo propósito es compensar las secuelas dejadas por la enfermedad. Desde un punto de vista técnico, la biomedicina ofrece, entre otras, las siguientes alternativas para el tratamiento: uso de medicamentos, cirugía, radioterapia, quimioterapia, dietoterapia y muchas más. En otros sistemas se utilizan limpias, exorcismos, recuperación de fragmentos de las entidades anímicas, ventosas y otros.

La atención es más amplia, ya que la palabra tiene varias acepciones, de las que nos interesan: *a)* tener interés y aplicar voluntariamente el entendimiento, y *b)* cuidar a una persona y ocuparse de ella. Por tanto, en el contexto de la atención de los problemas de salud se refiere a las acciones que se llevan a cabo para entender cabalmente los problemas de salud y el padecimiento del paciente, así como para proporcionar cuidados y allanar las molestias y limitaciones derivadas del problema de salud, la enfermedad y el padecimiento. Una parte de la atención se enfoca a compensar las limitaciones inherentes a la situación del paciente y que afectan su desempeño normal. Por ejemplo, se ofrece apoyo para comer, asegurar el reposo, mantenerse limpio, comunicarse, resolver problemas emocionales y otros.

No se citan aquí los tratamientos, más bien el interés se centra en la atención, ya que es el componente fundamental para otorgar calidez y satisfacción cuando se viven problemas de salud.

Sustentos de la satisfacción con la atención

Con este preámbulo se puede contestar la pregunta ¿qué busca el paciente cuando acude a un servicio de salud?

Lo que busca tanto el paciente indígena como el no indígena es tratamiento y atención de su problema de salud, con alta calidad técnica, es decir, donde los servicios le ofrezcan todo aquello de lo que dispongan para elaborar los diagnósticos, establecer un pronóstico a corto y largo plazos, ofrecerle un tratamiento accesible y esclarecer los motivos de las conductas adoptadas y propuestas, así como de resolver sus dudas.

Los diagnósticos que sustentan lo anterior son el conocimiento de la persona, el problema de salud, en su caso de la enfermedad, pero sobre todo: del padecimiento.

En segundo lugar, se busca una atención donde sea reconocido y tratado como persona, ubicada en una determinada familia y sociedad y con necesidades y expectativas concretas. A esto se le suele llamar la calidez de la atención, pero para lograrla no basta con simular el interés. Una de las

características humanas fundamentales es reconocer la sinceridad y el interés mediante los sutiles movimientos corporales, en particular de las zonas periorbital y peribucal, además de la mímica del cuerpo y el paralenguaje.

Expectativas de los indígenas en cuanto a calidad de la atención médica

No es aquí el lugar para explicar las capacidades requeridas, la metodología y técnicas para llegar a establecer los diagnósticos anteriores, pero sí para plantear algunos aspectos concretos capaces de contribuir para que los pacientes indígenas perciban que son tratados como personas.

1. La **ubicación de los servicios**, en cuanto a la posibilidad real de acceso para los pacientes y no necesariamente para los prestadores de los servicios. Para ello debe tomarse en cuenta la dificultad de acceso y el tiempo requerido para ello. A veces los servicios se construyen en lugares adecuados para que llegue el personal, o que en un mapa de carreteras parecen los más indicados. Lo que no debe olvidarse es que muchos de los usuarios llegan caminando y deben pasar sobre ríos o arroyos, subir cuevas o atravesar carreteras con alta densidad de tráfico. Es fundamental también conocer las rutas de los medios públicos de transporte.
2. La **arquitectura de los servicios**, tomando en cuenta que sean locales semejantes a aquellos a los que se encuentran acostumbrados los usuarios, pero que al mismo tiempo permitan su mantenimiento e higiene. Un ejemplo negativo es la arquitectura al estilo IMSS, que desentona en muchos lugares y donde incluso se llegan a instalar pisos de mármol en los vestíbulos, que resultan fríos para los pies descalzos y además resbalosos cuando llueve. R. Campos-Navarro y colaboradores han publicado resultados con las bondades del uso de hamacas para mujeres puérperas, en vez de camas en un hospital rural mexicano, tanto desde el punto de vista de la costumbre de los pacientes para acostarse en ellas, como del personal de los hospitales, por la facilidad que implica su aseo y el de la habitación en general (cap. 39).⁸
3. Es fundamental tomar en cuenta la **disponibilidad de sitios para realizar largas esperas** por grandes grupos. Los problemas de salud en las comunidades indígenas son un asunto colectivo y no individual. Es frecuente que una parturienta sea acompañada por su familia extensa, y se han dado casos donde también acuden las autoridades de su poblado. Muchas veces dichos acompañantes deben permanecer a la intemperie y aun bajo la lluvia o el sol, y sin comer durante muchas horas o días enteros. Ofrecer espacios adecuados, aun bajo la forma de simples palapas, con la posibilidad de preparar alimentos, descansar, dormir o entretenerse, constituyen elementos muy apreciados.
4. El **acceso efectivo a traductores de la lengua indígena al español** es otro recurso indispensable. Es excepcional que el personal de los servicios de salud hable las lenguas indígenas, siendo más frecuente entre las auxiliares de enfermería o el personal de intendencia, sobre todo si es contratado en la misma población donde se encuentran los servicios.⁹ Algunas instituciones llevan a su personal desde las ciudades y, por tanto, no existe nadie que pueda funcionar como traductor. Contar con personas que cumplan esta función es un requisito que no debe olvidarse. Éstas son plazas que deben crearse en los catálogos de puestos de las instituciones de salud. Las experiencias de los denominados **facilitadores interculturales** que hablan las lenguas locales en hospitales de Chile, Bolivia, Perú y Venezuela, ofrecen un excelente ejemplo de dichos servicios que tienen como objetivo auxiliar, orientar y apoyar al paciente indígena y sus familiares.
5. La **presencia efectiva del personal de salud a lo largo del día y la noche** es un componente necesario. Los servicios se suelen regir por los horarios urbanos, sin tomar en cuenta que en las poblaciones indígenas el tiempo se mide y distribuye de manera diferente, además de que las emergencias no reconocen horarios. En los hospitales hemos encontrado que el personal no vive en ellos y lo hace lejos, por lo que cumple su horario burocrático y se retira. Esto es motivo frecuente de queja. Lo anterior muchas veces se debe a la contratación de personal originario de ciudades lejanas, quienes necesitan un empleo, mientras encuentran otro más cercano a su hogar o intereses. La selección de trabajadores locales o de la región, quienes además conocen las costumbres del lugar, seguramente ayudaría a mitigar esta situación. E igual se debe considerar la ampliación y flexibilidad de horarios institucionales cuando existen días específicos de mercado en la comunidad.
6. Es necesaria la **infraestructura técnica**, manifestada por contar con los recursos mínimos para establecer un diagnóstico biomédico integral, incluyendo exámenes básicos de laboratorio y gabinete, como electrocardiografía, ultrasonido y rayos X. Hay médicos particulares que atienden a los pacientes de comunidades rurales en una habitación dotada sólo de unos cuantos muebles, y transportan en su vehículo equipo sencillo, pero capaz de ofrecer un diagnóstico integral *in situ*. De esta manera, se hace uso más eficiente del tiempo y se evita que los pacientes se desplacen a otras poblaciones para completar el proceso de diagnóstico. Así se asegura que la atención para los pacientes indígenas no sea de segunda clase.
7. La **calidad y cantidad de la alimentación** son elementos fundamentales para lograr la satisfacción de los pacientes que permanecen dentro de las instituciones. Pa-

ra ello se deben emplear los platillos y bebidas a los que ellos se encuentran acostumbrados y no los prescritos por los servicios de dietética de las ciudades. Resulta más eficiente y económico ofrecer tortillas, atole, frutas y verduras locales, que los clásicos carne, leche y huevos, tan apreciados en el medio urbano. Es posible establecer menús equilibrados y adecuados desde el punto de vista nutricional con productos locales, lo que además redundará en un costo más accesible. Como ejemplo, recuerde que la mayor parte de la población mexicana obtiene más de 30% de su energía diaria de productos de maíz, entre los que sobresalen las tortillas, aunque esto no sea el caso de los grupos sociales a los que pertenecen la mayoría de los integrantes del personal de los servicios de salud. La situación repercute en la cantidad, por ejemplo, un campesino llega a consumir más de una docena de tortillas en una comida, mientras los habitantes urbanos se suelen limitar a menos de cinco por temor a la obesidad y el hecho de consumirlas dentro de una dieta más abundante y variada. Hay pacientes que se quejan de que en los hospitales rurales se les mata de hambre porque reciben unas cuantas tortillas. También hay hospitales donde existía el local y el equipo para elaborar nixtamal y tortillas, pero había sido cerrado.

8. Debe considerarse la **interacción con los sistemas locales y domésticos para la atención de los problemas de salud**, llamados indígenas o tradicionales. Si se considera que los problemas de salud forman parte de esa vivencia integral por los humanos, llamada padecimiento, es sencillo entender que no puede ser satisfactorio, por muy eficaz que lo sea, el tratamiento basado exclusivamente en el modelo biomédico centrado en la lesión, donde se privilegia la enfermedad sobre el padecer. Los practicantes de otros sistemas médicos tratan a sus pacientes de manera integral, tomando en cuenta su vida social y sus percepciones de aquellos elementos que les explican la presencia de sus problemas de salud, por ejemplo, no cumplir con las obligaciones sociales y religiosas o haber "pecado", hechos extraños para la biomedicina. Una colaboración inteligente y abierta con estos practicantes ayuda para lograr la satisfacción de los pacientes. Un tratamiento de las infecciones con antibióticos no está reñido con una limpia, si así se apoya el bienestar del paciente.

Resistencias en los servicios de salud

México, como el resto de América Latina, ha vivido colonizado ideológicamente y bajo la peor modalidad que es la autocolonización, es decir, el desconocimiento de nuestros valores y la admiración por lo que viene de fuera, y en la actualidad de Estados Unidos, como antes lo fue de Europa

y particularmente de Francia. El personal de salud considera deseable atender a los pacientes como lo muestran las películas y series de televisión, de tal manera que atender a indígenas percibidos como ignorantes, necios y sucios es la antítesis de sus expectativas profesionales. Por tanto, la resistencia a laborar en espacios rurales suele ser común y generalizada. El trabajo en estos sitios es calificado como el escalón más bajo al que se puede llegar antes de estar desempleado y se le trata como una actividad que debe de cumplirse antes de encontrar otra mejor remunerada y en la ciudad.

En otra publicación hemos señalado las siguientes modalidades del ejercicio de la medicina, que puede extrapolarse a la totalidad del equipo de salud.¹⁰

El paciente como caso interesante

Para el médico, quien no vive personalmente el padecer de su paciente, la situación puede ser percibida de otra manera. En ocasiones, el cuadro clínico o la enfermedad misma le atrae al grado de transformar a su paciente en objeto portador de una enfermedad destacada y, por tanto, digna de ser estudiada, discutida, analizada en la autopsia y, si es posible, publicarla. En otras palabras, se encuentra ante un caso interesante, donde la enfermedad y sus manifestaciones tienen más importancia que quien las padece. La persona enferma se transforma en un sujeto más de estudio, semejante a un animal de experimentación. En estos casos, la actitud del médico puede llegar a ser ambivalente; olvida a la persona, pero se interesa en el caso, como si la enfermedad y sus manifestaciones existieran fuera de la persona, tan sólo consignada como una ficha de identificación en un expediente. En un trabajo antropológico reciente de G. Rodríguez (cap. 24) se muestra con claridad el trato de pacientes de cirugía reconstructiva en la Ciudad de México donde se establece la diferenciación entre el paciente interesante que se opera en hospitales públicos, de aquellos que se les realiza cirugía estética en forma privada.¹¹

El paciente como reto mental

En otras ocasiones, el problema de salud es digno de análisis como reto mental, y quien lo padece se transforma en sujeto, por ejemplo para la prueba de nuevos procedimientos de diagnóstico o tratamientos novedosos. En la sociedad contemporánea se llega al grado de publicar en los periódicos convocatorias donde se solicitan personas afectadas de tal o cual enfermedad para ser incluidas en "protocolos" de investigación. A cambio se les ofrecerán tratamientos en proceso de evaluar su eficacia con el riesgo de que dicho "tratamiento" consista en un placebo para probar, en una selección al azar, al verdadero medicamento supuestamente eficaz. La persona es dejada de lado y de nuevo es transformada en animal de experimentación, olvidando su enfermedad y pa-

decer, centrándose en la enfermedad hospedada en alguien a quien no se toma en consideración.

El paciente como objeto

En otras ocasiones, el paciente se transforma en un objeto y es atendido como si se tratara de un animal enfermo. Poco importa lo que dice y lo que sufre; se trata de llegar a un diagnóstico, fundamentar un pronóstico y planear un tratamiento sólo con pruebas supuestamente objetivas como la imagenología o los exámenes de laboratorio y gabinete, capaces de descubrir lesiones orgánicas o funcionales. Lo que la persona piensa de su problema de salud no importa. Lo importante es la corrección anatómica o funcional de su lesión o enfermedad, ésa es una práctica frecuente en instituciones para la atención masiva y, en particular, cuando se atiende a personas a quienes los médicos estiman como ignorantes o ajenos a su cultura. Esta situación es la causa del malestar de muchos pacientes respecto a la atención que reciben. Se olvida la importancia de escucharlos y resolver aquello que estiman es su problema y en su lugar se privilegian las alteraciones establecidas por el médico con una supuesta objetividad científica.

El paciente como cosa

Por desgracia, se llega a esta situación. La persona con un problema de salud no llega a ser un reto intelectual para su médico, sino simplemente un trámite más al que debe atender como parte de su contrato de trabajo. La persona afectada se transformará en un número más en la lista de pacientes atendidos, cuyo destino son las estadísticas y los informes burocráticos. Es lo mismo que si en una fábrica estuviera dedicado a una actitud tan rutinaria como atornillar una pieza en un producto. Un paciente será igual al siguiente y no importa ni su nombre ni su problema; se le debe despachar sin mayor consideración y sin pretender que salga satisfecho. Por extraño que pueda parecer, existen pacientes que precisamente buscan esto en algunas instituciones, a las que consideran sólo las fuentes de un trámite burocrático para obtener una incapacidad o el surtido de medicamentos, ya que han satisfecho su necesidad de atención médica con otra persona y en otro lugar. Sin embargo, en el mundo rural e indígena, la situación es distinta. Se acude a los servicios de salud por voluntad propia y para resolver el problema de salud, no para obtener otro tipo de beneficio. Se espera ser escuchado, entendido y apoyado como persona. Es de recordarse la Declaración tzotzil de salud en 1974 donde indígenas chiapanecos se quejaban del trato brindado por médicos y enfermeras como si fueran "cosas" y no personas.¹²

Cabe concluir que en las situaciones anteriores no se toma en cuenta para nada al individuo-persona a quien transforman en sujeto, objeto, cosa o número. Cualquier pa-

ciente que sea tratado de acuerdo con estas posibilidades, difícilmente se sentirá satisfecho.

Tres indicadores finales para la evaluación de los servicios

Son tres los grandes indicadores capaces de permitir evaluar si los servicios de atención a los problemas de salud tienen adecuada calidad y calidez:

1. Los pacientes se muestran satisfechos y siguen usando y recomendando los servicios.
2. Los pacientes siguen las indicaciones que se les ofrecen para promover su salud, prevenir la enfermedad y tratar su problema de salud.
3. Los indicadores epidemiológicos habituales muestran descenso de la morbilidad y mortalidad general y específica por sexo y edad.

Los dos primeros son de evaluación relativamente sencilla mediante un análisis completo e inteligente de los registros habituales de los servicios, si están bien recogidos. El tercero supondrá una investigación histórica comparativa.

Un estudio de Kaja Finkler hecho con pacientes del Hospital General de México mostró que los factores que influyen de manera positiva para que los pacientes se sientan satisfechos de su consulta son:

- a) Haber recibido una explicación satisfactoria sobre la naturaleza de su problema de salud.
- b) Contar con un diagnóstico que puedan comprender. Esto se asoció a que el paciente estuviera familiarizado con el diagnóstico en una persona conocida o la seguridad con la que le fue presentado.
- c) El que el paciente estuviera de acuerdo con el diagnóstico médico durante la primera o segunda consulta. Ello se asocia con el proceso mental que hace concordar lo que dicen los médicos con lo que se siente y lo que se sabe.
- d) Si el paciente pudo hacer preguntas al médico, sobre todo en forma de diálogo. La participación del paciente y el esclarecimiento de sus dudas es un componente fundamental para percibir la consulta como satisfactoria.
- e) El número de días que el paciente llevaba con el problema de salud antes de acudir a consulta, es decir, la cronicidad (en términos generales menos de un año para quienes mostraron alivio y cuatro años para los que no).

Arthur Kleinman, Leon Eisenberg y Byron Good¹³ han propuesto 11 sencillas preguntas mediante las que puede obtenerse información adecuada para entender el problema de salud de los pacientes.¹³ Estas preguntas fueron más tarde modificadas por Carrillo y colaboradores, y aquí se agruparon en rubros y se proponen mínimos cambios.¹⁴

Las cinco primeras permiten saber cómo explica el paciente su problema de salud.

1. ¿Cuál considera usted la causa de su problema de salud?
2. ¿Por qué considera usted que su problema comenzó en el momento que lo hizo?
3. ¿Qué le ocasiona o cómo le afecta el problema?
4. ¿Qué tan grave es su problema? ¿Considera que va a durar poco o mucho tiempo?
5. ¿Cuál es el tratamiento que debería recibir? Tres preguntas más exploran las expectativas que tiene el paciente sobre su problema de salud:
6. ¿Cuáles son los resultados más importantes que espera del tratamiento?
7. ¿Cuáles son las principales consecuencias de su problema de salud sobre usted y su familia?
8. ¿Qué es lo que usted más teme como resultado de su problema de salud?

Las últimas tres se centran en las conductas concretas que sigue el paciente.

9. ¿Quién más le ha atendido de este problema de salud?
10. ¿Qué otros tratamientos ha empleado?
11. ¿Quién le aconseja respecto a sus problemas de salud?

Tales preguntas pueden parecer a algunos biomédicos innecesarias o redundantes, pero les invitamos a plantearlas y constatarán la riqueza de información que se obtiene para entender a los pacientes como personas.

Conclusiones

La atención a los problemas de salud de los pacientes indígenas tiene pocas diferencias con la de otras personas, incluyendo a las de nuestra propia cultura; sin embargo, para hacerlo con calidad y calidez se requieren enfoques interculturales que se manifiestan de manera concreta. Algunas técnicas sencillas permiten un acercamiento a sus necesidades y ofrecen los caminos para resolverlos. La interculturalidad en salud como una estrategia institucional e individual puede brindar óptimos resultados en la práctica médica en comunidades culturalmente diferenciadas, siempre y cuando se aplique con criterios pertinentes, solidarios e inclusivos. Esto se traducirá en una mejoría de la relación del trabajador de salud con los enfermos de origen indígena y, por ende, en la satisfacción de ambas partes.

Para reflexionar...

CENTRO ESPECIALIZADO EN MEDICINA INTEGRATIVA: UN EJEMPLO DE LA COLABORACIÓN DE LA MEDICINA ALTERNATIVA Y EL MODELO BIOMÉDICO¹⁵

Pone GDF en operación primera clínica de Medicina integrativa en el país

Ofrecerá servicios de medicina tradicional como herbolaria, homeopatía, acupuntura y fitoterapia; además de consagrarse como una nueva modalidad en la red de salud de la Ciudad de México.

En lo que se constituye como un hecho histórico por la singularidad de conjuntar medicina convencional con medicina tradicional, el gobierno de la Ciudad de México puso en marcha el Centro Especializado en Medicina Integrativa (CEMI) con la finalidad de ofrecer servicios de salud diversificados y de calidad a la población de la capital [...].

Durante la inauguración de este centro ubicado en Francisco Díaz Covarrubias 23, colonia San Rafael, en la delegación Cuauhtémoc, el jefe del Ejecutivo local indicó que esto significa la posibilidad de ofrecer nuevos tratamientos que no se tenían. "Vamos a ampliar la gama de servicios y soluciones que podemos ofrecer".

Otro beneficio de este centro, dijo, es la posibilidad de hacer estudios clínicos y seguimiento para perfeccionar los conocimientos que se vayan adquiriendo con la práctica de este tipo de medicina y así ampliarlos, defenderlos y promoverlos. Esta acción se desarrolla en el marco del "Programa de Medicina In-

tegrativa", con el que se busca acercar a la población otras modalidades de atención médica. Es inédito en todo el país y está enfocado a mejorar sustancialmente la calidad de la atención médica para los ciudadanos de la Ciudad de México. De manera que el CEMI busca responder con eficiencia las demandas de salud a través de una correcta y oportuna prestación de servicios basados en otras modalidades terapéuticas, particularmente la acupuntura, herbolaria, homeopatía y fitoterapia.

El centro que se ubica en las instalaciones de la Clínica de Especialidades No. 4 que ofrece servicios médicos convencionales como ortopedia, dermatología, ginecoobstetricia, salud mental y odontología, entre otras, ofrece la posibilidad de vincular diversas prácticas preventivas, terapéuticas y de rehabilitación [...].

La población beneficiada serán los derechohabientes de los servicios de salud de la Ciudad de México (3.8 millones de personas en la ciudad), y que ahora tiene una red de 12 consultorios en toda la capital. "En salud, la Ciudad de México nuevamente está a la vanguardia".

El desarrollo de estas modalidades se lleva a cabo bajo la coordinación con la representación internacional de Corea, China y Francia, así como el Instituto Nacional de Antropología e Historia, el IPN y la UNAM. Bajo este programa se han realizado consultas de acupuntura, homeopatía y fitoterapia en diversos centros de salud y hospitales; capacitación a médicos, con seminarios en medicina tradicional, herbolaria y farmacología homeopática, así como jornadas de salud y exposiciones en medicina tradicional y actividades en el campo de la investigación.

Actividades de evaluación

1. Realizar una historia clínica completa incluyendo en el interrogatorio las preguntas basadas en la propuesta de Arthur Kleinman, Leon Eisenberg y Byron Good, citadas en el artículo.
2. Identificar, mediante la historia clínica, los recursos para atención de la salud con que cuenta el paciente. Enlistarlos y clasificarlos en: económicos, culturales, sociales y simbólicos.
3. Responder las siguientes preguntas:
 - a) ¿La información obtenida es igual o difiere de las historias clínicas que había realizado antes?
 - b) ¿Considera de utilidad incluir estas preguntas en su interrogatorio habitual? ¿Por qué?
 - c) ¿Cómo considera la reacción del paciente al escuchar estas preguntas?
 - d) ¿Cómo se sintió al realizar estas preguntas?
 - e) ¿Cómo evaluaría la atención que se ha brindado al paciente?

Bibliografía

Referencias

1. Vargas LA (2006). *Antropología y medicina. Una contribución para conciliar un doble recorrido*. Thule, revista italiana di studi americanistici; (20/21): 77-87.
2. Finkler K (2001). *Physicians at work, patients in pain. Biomedical practice and patient response in Mexico*. 2a. ed. Durham, North Carolina, Carolina Academic Press.
3. Dressler WW (1985). *Psychosomatic symptoms, stress and modernization: a model*. Culture, Medicine and Psychiatry, 9 (3): 257-286.
4. Maya PA, Venegas-Lafón RM (2009). *Análisis interdisciplinario de la chipilés. Síndrome de filiación cultural que afecta a la niñez en Tetelcingo, Morelos*. Laborat-acta; 21(4): 85-90.
5. Bourdieu P. (1988). *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Madrid, Taurus.
6. Goldschmidt W (2000). *Acerca de la unidad de las ciencias antropológicas*, Anales de Antropología; 34: 11-24.
7. Vargas LA (1991). *Una mirada antropológica a la enfermedad y el padecer*, Gaceta Médica de México; 127 (1): 3-5.
8. Campos-Navarro R, García Vargas F, Barrón U et al. (1997). *La satisfacción del enfermo hospitalizado: el empleo de hamacas en un hospital rural del sureste mexicano*. Revista Médica del IMSS; 35 (4): 265-272.
9. Campos-Navarro R. (2009). "Conflictos interculturales provocados por la escasa utilización de la lengua maya en un hospital indígena guatemalteco". En: R. Arzápalo (coord.). *Lingüística Americana. Estudios recientes*. México, UNAM, Instituto de Investigaciones Antropológicas, pp. 205-219.
10. Vargas LA, Casillas LE (2007). "Perspectiva antropológica de la consulta médica: entre la ciencia y el arte de la medicina". En: Tena Tamayo C, Hernández Orozco F (eds.). *La comunicación humana en la relación médico-paciente*. México, Prado y CONAMED, pp. 79-110.
11. Hernández-Zinzún G (2007). *La práctica médica en el Hospital General de México ¿científica o ritual?* Tesis para optar al grado de doctor en Antropología de la Universidad Nacional Autónoma de México.
12. "Declaración tzotzil de salud". (1986). En: Lozoya X, Zolla C. *La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional de México*. México, Folios Ediciones.
13. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. (1978). *Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research*. Annals of Internal Medicine; 88 (2): 251-258.
14. Carrillo JE, Green AR, Betancourt JR (1999). *Cross-cultural primary care: a patient-based approach*. Annals of Internal Medicine; 130 (10): 829-834.
15. Gobierno del Distrito Federal. Dirección General de Comunicación Social. México, 2011. Disponible en: www.noticiasdeciudad.df.gob.mx Consultado: Enero de 2013.

Lecturas recomendadas

- Campos-Navarro R, Ruiz Llanos A (2004). *La interculturalidad en la práctica médica del doctor Albert Schweitzer*. Gac. Méd. Méx, México, Vol. 140, núm. 6.
- Lifshitz A (2012). *La comunicación en la relación médico-paciente*. Medicina Interna de México, Vol. 28, núm. 2, México.
- Martínez Cortés F (2010). *Médico de personas. Las ciencias humanas en la práctica médica*. Coordinación de la investigación científica: UMSNH, Instituto de Investigaciones Históricas, Michoacán, México.
- Mendoza Z (1999). *La relación médico paciente en pueblos indígenas: algo más que la búsqueda de la curación*. Nueva época/ Salud Problema, Año 4, núm. 7, México, pp. 55-62.
- Orellana C (2008). *Intimidad del paciente, pudor y educación médica*. Persona y Bioética, Vol. 12, núm. 30, Colombia, pp. 8-15.

Relevancia de la comunicación como fundamento del cuidado sanitario

Nils Kolstrup • María Teresa Mosquera

CAPÍTULO

26

Conceptos clave

Comunicación • Relación médico-paciente • Lengua/
lenguaje • Cultura

Introducción

Este capítulo es resultado directo de una conversación que uno de sus autores (Kolstrup) tuvo con un médico no indígena que se encontraba frustrado y preocupado porque las pacientes indígenas no seguían sus consejos. Ellas decían “sí doctor” y sonreían amablemente, pero nunca hacían lo que sugería el médico. Él estaba desanimado y había perdido gran parte del entusiasmo inicial de poder trabajar como profesional sanitario; sentía que intentaba tratar bien a sus pacientes, pero no le resultaba. Aquí se describen razones de una buena comunicación entre el trabajador de salud y el paciente, y después sigue una breve presentación de los elementos de la comunicación humana.

Importancia de la comunicación

Un principio de la medicina moderna es la interacción entre el proveedor de cuidado sanitario y sus pacientes. El paciente y el trabajador de salud colaboran para crear un diagnóstico óptimo y un plan de tratamiento; el paciente no es simplemente un receptor pasivo, pues casi siempre es el responsable de seguir el tratamiento. Es preciso tomar remedios, modificar el comportamiento, cambiar las vendas y acudir a las consultas. Si el trabajador de salud se hace responsable de todo, el paciente se convierte en un receptor de tratamiento irresponsable y pasivo. El diagnóstico y el tratamiento deben formar parte de un proceso activo entre el trabajador de salud y el enfermo.

Al parecer es una tarea simple incluir de manera activa al paciente en su propio tratamiento, pero no es así, pues paciente y médico con frecuencia viven en mundos distintos. En países con grandes diferencias culturales, el desafío del trabajador de salud es mucho mayor que en países con culturas más homogéneas. En ambas situaciones, un requisito previo para un buen tratamiento médico es que el trabajador de la salud reconozca las diferencias y, por medio del proceso de una buena comunicación, intente comprender las ideas de enfermedad y curación, y equilibre estas ideas con sus propias ideas.

En Guatemala, 50% de la población es indígena. La mayor parte del personal sanitario no es indígena. Una comprensión de la cultura de los pacientes es, por tanto, el fundamento para comprender cómo entienden sus problemas de salud. Esto **no** se trata de un campo pequeño de la investigación médica llamada antropología médica. La cultura forma parte de la comprensión médica tanto de pacientes indígenas como de no indígenas.

Un buen proveedor de cuidado sanitario crea un entendimiento común con su paciente sobre el problema de salud y lo que se necesita hacer. La responsabilidad del tratamiento se divide entre ambos, el proveedor de cuidado sanitario sugiere una estrategia para el tratamiento, pero casi siempre es la persona quien lo lleva a cabo.

La comunicación es un instrumento que el médico emplea de la misma manera que éste usa el escalpelo o el aparato para tomar la presión de la sangre. De esta manera, la comunicación se convierte en el instrumento más importante para el diagnóstico y la terapia en la lucha contra las enfermedades y la mala salud.

Enseguida se muestran varios ejemplos como ilustración de la importancia de la comunicación en los diferentes procesos que se llevan a cabo en el tratamiento.

Entendimiento del médico sobre el problema del paciente

A fin de obtener un buen historial es necesario escuchar las quejas del paciente. Si éste busca a un trabajador de salud porque le duele el estómago, se requiere la comunicación para entender qué clase de dolor es: si es una sensación quemante, si es como dolor de muela, o dolor de músculo, si es interrumpido o constante, si es fuerte, dónde se sitúa, si hay otros síntomas al mismo tiempo, si hay fiebre, si otros miembros de la familia padecen lo mismo. Pero incluso en este ejemplo tan simple hay una posibilidad de malentendidos. ¿Se ha definido bien el estómago? Para algunas pacientes, el estómago es toda el área entre el pecho y las piernas; para otras es la parte superior, y para otras sólo es el área alrededor. Si el médico tiene una definición de “estómago” y su paciente otra, surgirá una confusión. Por tanto, el médico normalmente pedirá al paciente que señale dónde le duele. La intensidad del dolor produce más dificultades: si el paciente nunca ha sentido dolor de muelas, no tiene sentido

preguntar si el dolor se asemeja al dolor de muela; si le teme al trabajador de salud, no dirá que desconoce lo que es un dolor de muela.

Comunicación para entender lo que el paciente espera del proveedor de cuidado sanitario

Cuando visité Guatemala por primera vez me quedé con una familia en la cual la jefa del hogar había sido enfermera auxiliar y una de las hijas trabajaba en una farmacia. Un día la jefa del hogar tuvo dolor de estómago y un poco de fiebre. Me pidieron que la examinara. Para mí, como médico, se trataba de una simple gastroenteritis que se curaría sin tratamiento en un par de días. Le comenté esto a la familia, que parecía agradecida y aliviada.

Sin embargo, cuando regresé más tarde, la familia había comprado unos antibióticos muy caros que a mi parecer, era un gasto innecesario y significaba un peligro para la paciente. Pregunté a la familia por qué había comprado esos remedios tan costosos, que en realidad no tenían para pagar. Me comunicaron que existía una creencia muy arraigada de que cuando una mujer a esa edad sufría de dolor de estómago, se iba a morir. No habían tenido la oportunidad de contarme esto, porque yo no pregunté lo suficiente acerca de las expectativas de la paciente. Simplemente había pensado que ellos tenían las mismas ideas que yo porque eran profesionales sanitarios bien educados. Pero yo no les había preguntado específicamente qué creían ellos y qué esperaban que podía ser. No les había dado la oportunidad de contarme lo que pensaban antes de que compraran el remedio caro.

Emplear tratamientos comprensibles para que la paciente pueda seguirlos

He aquí un desafío real. Con frecuencia se recetan tratamientos que están en conflicto con las creencias de la persona atendida, por eso es importante descubrir lo que los pacientes piensan del tratamiento, si podría ser aplicado y ejecutado por el enfermo o su cuidador principal. No tiene sentido prescribir un tratamiento de 10 días con un remedio muy costoso si el paciente sólo puede pagarlo un día; en tal caso, es mejor recetar un remedio más económico durante más días. Si el paciente piensa que el remedio caro es tan fuerte que la curará en un día, el médico tiene que darse cuenta y comentar sobre cuál puede ser la mejor solución. Retomando el ejemplo mencionado, si yo hubiese descubierto que la paciente y su familia esperaban una afirmación de que esta condición no implicaba el peligro de muerte que sospechaban, o bien una receta de un remedio fuerte, hubieran podido ahorrarse el gasto de los remedios. Esto no significa que yo debería haber dejado de tratar a la jefa del hogar si pensara que el tratamiento no fuera necesario, pero debí hablar sobre lo que había que hacer. Debí haber

prestado atención a su punto de vista, y discutir juntos la solución del problema.

Modificar el plan de tratamiento ideal para que el paciente lo pueda seguir

El tratamiento óptimo, desde un punto de vista médico, no siempre es el mismo que paciente y trabajador de salud acuerdan seguir. Si el paciente no tiene la posibilidad de seguirlo, es obligación del trabajador de salud sugerir un plan de tratamiento realista. Es mejor que ambos se pongan de acuerdo sobre un plan que posiblemente no sea el mejor, pero será el más factible para el enfermo; sin embargo, si el médico nunca descubre que el paciente no está en condiciones de seguir el tratamiento indicado, esto ni siquiera se convierte en un tema durante la consulta.

Una buena comunicación permitirá que el trabajador de salud corrija un diagnóstico equivocado

Normalmente, el proveedor de cuidado sanitario podrá predecir el efecto de un tratamiento. Si el paciente comprende la idea detrás del tratamiento, es más probable que vuelva si la predicción del médico resulta equivocada. Si éste receta un tratamiento para lo que él cree que es pulmonía y el enfermo entiende que el diagnóstico no es completamente seguro, volverá si no se encuentra bien cuando debería estar bien. De esta manera, el trabajador de salud tendrá la oportunidad de detectar pronto una tuberculosis, lo cual evitará el dolor del paciente, el trabajador de salud se ahorrará problemas y la sociedad dinero.

Es importante que los pacientes confíen en el personal médico

Si el paciente siente que ha tenido una buena oportunidad para expresarse, experimentará alivio y alegría. Si siente que el trabajador de salud ha escuchado sus lamentaciones y ha entendido sus ideas previas de la enfermedad, se sentirá satisfecho. Si ambos han discutido lo que se debe hacer y han elaborado un plan de tratamiento juntos, el enfermo se sentirá contento cuando se despida; tendrá la sensación de que han llegado a una conclusión realista juntos, lo cual le dará una sensación de que ha sido escuchado y respetado. Estará contento y volverá.

Empleando conocimientos de otras culturas el médico puede explicar sus intenciones de una manera lógica

Con un conocimiento básico de la cultura local y con una mayor destreza comunicativa, el tiempo del trabajador de salud será mejor aprovechado al entender ideas de las pacientes de la región. Entenderá el contenido simbólico y cul-

tural de sus pacientes, lo que le ayudará a proponer soluciones aceptables a sus problemas de salud.

Todo médico desea tener éxito en su trabajo

Si los pacientes se sienten contentos y siguen el consejo del médico, y luego vuelven para recibir más consejos, el profesional de la salud también se sentirá contento. A los médicos privados el éxito también les proporciona seguridad y libertad económica para su desarrollo profesional o en la vida privada. De esta manera, estas habilidades son base de todo tratamiento.

Comunicación entre humanos

Es importante que el proveedor de cuidado sanitario desarrolle una sensibilidad frente a la delicada interacción entre el paciente y él mismo. Por eso es necesario que el proveedor de cuidado sanitario obtenga un conocimiento básico de los elementos que son parte de la comunicación. Este conocimiento debe emplearse siempre.

Diferentes tipos de comunicación

Comunicación unidireccional

Se experimenta al ver televisión o películas, la única manera de comunicarnos con la televisión o con una película es apagándola. Uno puede reír, llorar o sentir miedo al ver la televisión o una película, pero una comunicación entre la pantalla y la persona que la mira no es posible. Algunas veces los pacientes cuentan que la comunicación con el proveedor de cuidado sanitario es de este tipo y, naturalmente, no están contentos y se sienten menospreciados.

Comunicación bidireccional

Dos o más individuos se comunican de forma activa en el intercambio de información; este tipo de comunicación normalmente existe entre los humanos, no podemos vivir sin ella. Es imposible dejar de comunicarse. Podemos comunicarnos con una o miles de personas al mismo tiempo. Nos podemos sentir bien cuando nos alaban y mal cuando nos critican y llenarnos de pena o sentir agresión.

Es factible provocar que otra persona se sienta superior o inferior sin expresar ninguna palabra, o expresar amor y preocupación sin ninguna palabra. Pero todos estos mensajes complejos pueden crear confusión o pesar si se malentenden.

Elementos en la comunicación

Emociones

La emoción es algo que todos entendemos. Transmite el estado de ánimo del emisor y con frecuencia el receptor

reacciona con emoción y no con lógica. La mente está bien preparada para recibir este tipo de señales. Estas señales por lo regular son las mismas para todos los humanos. Entendemos una sonrisa o un llanto aunque no el idioma que habla la persona. Este tipo de comunicación corresponde a los humanos y ha existido desde mucho antes de que nuestros antepasados desarrollaran la lengua hablada, quizá ésta sigue dominando nuestra comunicación con otros seres humanos.

Simbolismo

Los símbolos más simples son las palabras. Una palabra es el símbolo de una cosa o de un concepto. Si escuchamos la palabra "computadora", de inmediato aparece su imagen en nuestra mente. Si una persona nunca ha visto una, en su mente no aparecerá nada. Cuando se usan conceptos abstractos, por ejemplo, ser un buen demócrata, la mente también creará una imagen significativa o una idea del significado, pero la idea dependerá del contexto cultural. El significado del "mal de ojo" o una "enfermedad caliente" depende del contexto cultural. Para una persona indígena, estos conceptos se relacionan estrechamente con la comprensión del mundo.

Lógica

El ser humano prefiere pensar que la lógica es la base de la comunicación. Conversamos de una manera lógicamente clara. El emisor envía un mensaje claro que es recibido, y el receptor responde y devuelve las señales. Este proceso es ordenado y claro. Sin embargo, comparado con la emoción, el papel de la lógica tal vez es menor en la manera en que nos comunicamos. Cuando la lógica y los elementos emocionales chocan, confiamos más en las señales emocionales.

Una conversación normal contiene todos los elementos mencionados. Es importante que el médico conozca las señales y se preocupe por lo que le sucede en la interacción con el paciente. En el contexto de una consulta o un tratamiento, el trabajador de salud puede transmitir calma y control, por medio de eso, confianza, o confusión e ira y, así, crear la inseguridad.

Comunicación como señales

Se puede describir la comunicación entre los seres humanos de la siguiente manera. Una persona recibe la señal, ésta es analizada, el receptor responde. En la mente del emisor se forma una idea y la mente transforma la idea en palabras en una secuencia lógica, la mente da una señal al emisor para que forme las palabras y éstas salen de la boca del emisor y se transforman en ondas sonoras. Estas ondas se reciben por el oído del receptor; se transmiten los sonidos a la mente, que los comprende como un enunciado lógico. La mente del receptor prepara una respuesta, que se transmite al emisor, etc. Usamos esto cuando, por ejemplo, queremos que un

trabajador de salud recete un remedio y este trabajador de salud no se opone.

Paciente: "¿Podría renovar la receta del remedio que uso para la diabetes? Ya no me queda mucho en casa".
Trabajador de salud: "Por supuesto, aquí la tiene".
Paciente: "Gracias".

En esta situación se pueden usar otros medios como el teléfono, correo electrónico, etc. Sin embargo, este tipo de comunicación no es muy común. La comunicación normal entre las personas es mucho más complicada.

Diferencia entre comunicación y entendimiento

Como humanos emitimos señales todo el tiempo. Es muy difícil para nosotros no emitir señales. La entonación, la cara, la postura, la posición relativa, el contacto visual, etc., todo emite información sobre nosotros constantemente. Estas señales no verbales sirven para subrayar el sentido de todo lo que decimos. La voz, las pausas, el contexto, todos estos pedazos de información son recibidos. La interpretación de la información no depende sólo de la manera que se comunica, sino también del estado de ánimo del receptor, las expectativas que tiene, la confianza que se tiene en el emisor, etc. La dinámica entre las dos personas cambia de acuerdo con el progreso de la reunión. ¿Se desarrolla un respeto mutuo? ¿O hay una falta de respeto? La paciente, ¿confía en el trabajador de salud?

Para un trabajador de salud que pretende ganarse la confianza de sus pacientes es importante llegar a un entendimiento común con ellos. Durante la conversación, intentamos encontrar un fundamento común entre el paciente y nosotros mismos. Debemos buscar un entendimiento común sobre por qué ha venido y tratar de encontrar una solución, que puede ayudarlo de la mejor manera. Esto es el arte de la medicina. No se puede meter dentro de una computadora o ser clasificado, pero se puede aprender. Para algunas personas es más fácil que para otras, pero todo el mundo puede mejorar en beneficio tanto de las pacientes como del personal sanitario.

Elementos en la conversación

Las palabras son símbolos, en todas las 10 000 lenguas que existen se usan palabras. Pero éstas no tienen ningún sentido por sí solas; así se diferencian fundamentalmente de los objetos que representan. Una computadora es algo por sí misma, pero la palabra "computadora" no significa nada; es un símbolo del objeto "computadora". Para una persona que nunca ha visto o escuchado hablar de una computadora, esta palabra carece de sentido. A fin de entender su significado es preciso tener una idea de lo que es. Esta idea puede ser errada o correcta, pero es necesaria para poder comunicarse. La

persona necesita tener un conocimiento *previo* de lo que es una computadora.

El conocimiento previo es fundamental para que haya una comunicación que tenga sentido entre dos individuos. Si por ejemplo un estadounidense y un indígena hablan de "comida fría", podrían hablar por mucho tiempo de qué tan fría, del aspecto, olor, color, etc.; sin embargo, la conversación no tendría sentido porque no estarían hablando de la misma cosa: no tendrían el mismo conocimiento previo.

El médico necesita una comprensión más profunda de la cultura para tener la capacidad de entender el concepto de "comida caliente o fría", una "enfermedad caliente" o el "mal de ojo". Necesita extender su horizonte de comprensión.

La lengua y sus funciones

Aunque toda comunicación verbal necesita una lengua, la lengua está lejos de ser la herramienta perfecta para crear un entendimiento común. Si un trabajador de salud pregunta a una paciente si ella tiene una vida balanceada, ella podrá pensar que se trata de tener todos los órganos y "lombrices" en su lugar cuando él estaría pensando en un buen equilibrio entre la actividad y el descanso. La función de un buen diálogo es aclarar las diferencias existentes en el conocimiento previo. El trabajador de salud podría pedir que la paciente explicara lo que hace para mantener un buen balance en la vida, para así descubrir lo que ella entiende por una vida balanceada.

Otro ejemplo: una paciente que va con un médico y se queja de estreñimiento. Para él, "estreñimiento" significa una evacuación dura al día, para ella que ha sufrido toda su vida de estreñimiento, significa una evacuación a la semana.

Un buen trabajador de salud sabrá cuándo debe aclarar el sentido simbólico de una palabra que pudiera parecer simple, pero que puede crear confusión si el conocimiento previo es diferente. Sólo hay una diferencia gradual entre pacientes de culturas comunes y pacientes de culturas indígenas. Pacientes indígenas con educación pueden tener un conocimiento previo que se acerca al de una persona de poca educación de la cultura común. Las palabras "mal de ojo", "fontanela" y "lombrices", son ejemplos de conceptos que tienen un fuerte significado simbólico y cultural, tanto entre pacientes indígenas como no indígenas. Es una obligación que todo personal médico obtenga destrezas comunicativas y una comprensión cultural.

La lengua también puede crear proximidad o intimidad en el contexto de paciente y trabajador de salud. Si éste emplea el mismo nivel de sofisticación que sus pacientes, es posible que sientan más confianza. Si usa un lenguaje técnico y sofisticado, puede crear una falta de confianza, mientras que en otro contexto cultural ocurriría lo contrario y crearía una confianza en el personal médico, porque el paciente siente que esta persona posee un amplio conocimiento de los temas clínicos. En este sentido la lengua crea *estatus*.

La lengua también es un medio de dominio o poder. En el contexto guatemalteco, un médico con su español fluido fácilmente se considerará una persona dominante con mucho poder por una mujer indígena que no habla español. El peligro está en que el trabajador de salud podría considerar a su paciente menos poderosa que él o menos inteligente.

La lengua también se orienta hacia la acción. Un trabajador de salud puede emplear un lenguaje que se orienta hacia la acción. Puede decir a la paciente: "tienes que tomar este remedio 30 minutos antes de comer con medio vaso de agua, durante 10 días". Dependiendo del lenguaje corporal y la relación social entre el trabajador de salud y su paciente, esta recomendación se puede considerar como un buen consejo de una persona de buenas intenciones, como una orden de un hombre dominante o hasta como una amenaza de un ser humano agresivo.

El contexto da el sentido

Si en una sociedad culturalmente homogénea, decimos que una mujer es "un ángel", normalmente se entiende que es una mujer dulce.

En una sociedad multicultural es más difícil, si una indígena dice que tal médico actúa como un típico ladino, podría ser negativo o podría ser lo contrario, dependiendo del contexto y las ideas políticas de la paciente.

¿Cómo puede un trabajador de salud entender la experiencia de la paciente?

La idea que una indígena tiene del cuerpo y las señales de enfermedad son muy diferentes de la idea del trabajador de salud. Si no hay un entendimiento común del problema, no se puede dar un diagnóstico sensible ni una sugerencia de cómo curar la enfermedad. Por eso el trabajador de salud tiene que establecer un entendimiento común en todas sus consultas, pero en las consultas donde hay una gran diferencia cultural, los desafíos del trabajador de salud son mayores que cuando las diferencias culturales son menores.

Conclusiones

En el siglo XVIII surge el proceso de institucionalización de la medicina, motivo por el cual aparecieron nuevas formas de control y de cura. De esta forma, la relación trabajador de salud-paciente se caracteriza por la apropiación de un conocimiento que crea un distanciamiento teórico entre ambos. El paciente y/o enfermo pasa a convertirse en subordinado y/o subalterno, ya que éste no maneja el lenguaje biomédico, las dosis farmacéuticas, no le es posible interpretar los resultados de los exámenes farmacéuticos, etc. La comunicación que hay entre trabajador de salud y paciente es el objeto de este capítulo; se proporcionan las herramientas para evitar

ese distanciamiento y mejorar la comunicación entre ambos, ya que se espera una correcta aplicación de la terapia para la recuperación de la salud del paciente.

En ese contexto, lo que se espera en primer lugar es un cambio de actitud del trabajador de salud y, en segunda instancia, lo que éste debe perseguir es el entendimiento de la terapia por el paciente. Esto asegura la recuperación de la salud, que es el objetivo primordial de cualquier consulta hecha por un trabajador de salud.

Rabinal es un pueblo de Guatemala que fue fundado en la época de la Colonia en 1538. Es hasta la década de 1960-1969 cuando comenzó a funcionar la primera consulta a cargo de una enfermera y cinco años más tarde fue retomada por un médico. Anterior a esto existían las boticas, cuyos dueños compraban medicamentos y tenían cierta noción de cómo recetar y dar consulta y se les conocía como curanderos. La verdad es que durante cuatro siglos las dolencias y enfermedades fueron atendidas con base en los conocimientos tradicionales que de una generación a otra se conservaron en la memoria colectiva de sus habitantes; 400 años de prácticas y representaciones sobre el proceso salud/enfermedad/atención deben ser tomados en cuenta para la recuperación de la salud.

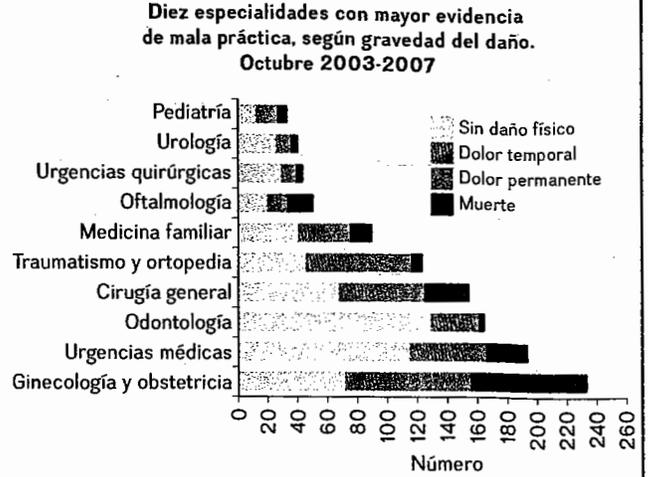
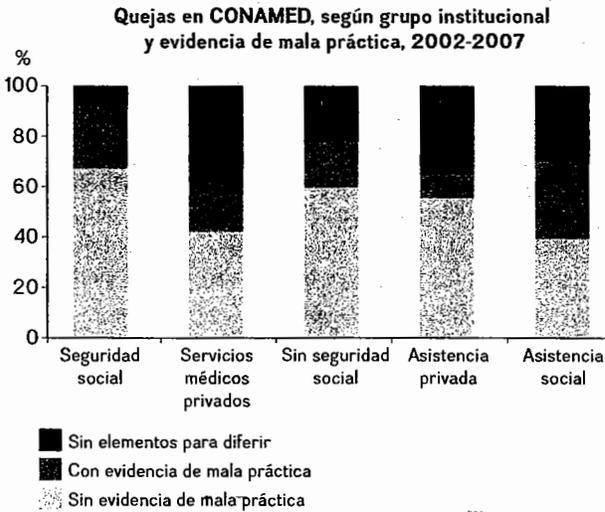
La medicina alopática es practicada por los habitantes de Rabinal desde hace unos 50 años y esos cuatro siglos de historia no pueden ser olvidados y borrados de la noche a la mañana; como dijo un trabajador de salud: "esos conocimientos deben ser recolectados para mantenerlos en un museo, porque en la actualidad las personas buscan el centro de salud y las medicinas". Todas las mañanas el centro de salud tiene una alta demanda de parte de mujeres y niños, pero esto no asegura el restablecimiento de la salud, tampoco las consultas aseguran la total recuperación del paciente. La mejor estrategia es la plena confianza en la comunicación que se dé entre el trabajador de salud y el paciente.

El trabajador de salud debe ser quien se adapte y entienda las representaciones e ideologías del paciente para así lograr un éxito en la terapia que aplica y brindar un mejor servicio de salud. Cabe esperar que un paciente que haya cursado la educación primaria completa entienda los términos "apagado", "cocido" o "hervido", que son usados en su cotidianidad, pero le será difícil proporcionar un antibiótico que no necesite "cocerse" como los remedios caseros, ese remedio es nuevo a sus ojos y requiere orientación para su correcto uso. El éxito de recuperación del paciente dependerá de la dosificación correcta del antibiótico. El trabajador de salud debe tomar el tiempo necesario para cerciorarse de que el paciente comprenda la terapia.

A manera de conclusión cito el rótulo que en 2004 colgaba en el seguro médico de la Universidad de Harvard en Boston: "Consulta de acupuntura dirigirse a la oficina 203". El servicio de salud se adapta a las prácticas y representaciones de sus pacientes.

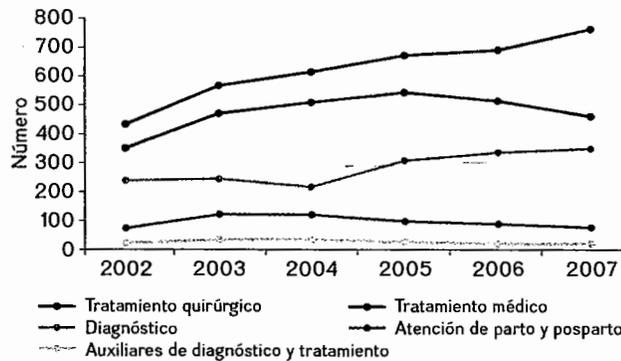
Para reflexionar...

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO GENERAL DE LAS QUEJAS MÉDICAS ATENDIDAS EN LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO (1996-2007)



Fuente: Segmed. Dirección General de Calidad e Informática. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México

Frecuencia de quejas según motivo y con tendencia más pronunciada en quejas atendidas en CONAMED. 2002-2007



Fuente: Segmed. Dirección General de Calidad e Informática. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México

Para reflexionar...

UN MÉDICO MEXICANO TRABAJANDO EN COMUNIDAD INDÍGENA SE NIEGA APRENDER EL IDIOMA MIXTECO PORQUE ES CONTINUAR CON EL ATRASO

La enfermera, [es] la única que habla mixteco en la clínica, porque el médico ha preferido no aprenderlo, aunque sea el único medio de comunicación para uno de cada cuatro habitantes.

“Los obligo a que hablen español porque no quiero que vivan en la ignorancia. Cuando llegué les decía a las señoras: ‘¿Us-

ted cómo se llama?’, y me decían: ‘mmm’. Y los obligué a que me dijeran primero su nombre, a la siguiente semana el de sus hijos y luego el del esposo. Quizá por eso no he aprendido, porque para mí es atrasarlos más. Los de las culturas dirán que el dialecto [sic] es muy bonito, pero yo les digo: ‘quiero que se queden a vivir un mes aquí en esta casa, a ver que sienten sin agua, comiendo lo que ellos comen: un chile en vinagre y una tortilla. A ver si es bonito’.”

Herrera C (2013)

Actividades de evaluación

Si es posible, los ejercicios de los estudiantes deberían ser grabados con sonido o con video para facilitar la discusión.

1. Se escogerá a un estudiante para que haga el papel de médico y otro será el paciente, los demás son observadores. El trabajador de salud y la paciente sólo deben decir lo que aparece en el diálogo a continuación:

Paciente: "¿Podría renovar la receta del remedio que uso para la diabetes? Ya no me queda mucho en casa".

Trabajador de salud: "Por supuesto, aquí la tiene".

Paciente: "Gracias".

Los actores pueden ponerse de acuerdo de antemano sobre el estado de ánimo, un conflicto, una profunda simpatía u otras emociones, y actuar de acuerdo con éstos, pero no tienen permiso para decir más de lo que está señalado arriba.

Los observadores deben observar el estado de ánimo de ambos, su *estatus*, si se simpatizan o no, si se han encontrado antes.

La actividad principal del ejercicio es discutir cómo los observadores pueden saber las respuestas a estas observaciones.

2. Un estudiante debe actuar como un médico dominante y estresado, y otro debe actuar como una paciente indí-

gena sumisa, que ha venido a ver al médico porque tiene una tos que le preocupa.

Los observadores deben intentar descubrir concretamente qué señales indican que el médico es dominante y la paciente indígena sumisa.

3. Mientras discuten los efectos de diferentes tratamientos, un investigador habla con los pacientes sobre los efectos de la medicina alternativa en la diabetes. Las pacientes dicen que una medicina alternativa cura la diabetes. La gente que padece esta enfermedad se ha tratado con la medicina alternativa y se ha mejorado en dos semanas. Después de eso vive como siempre sin ningún tipo de medicamento. Los médicos piensan que la diabetes no tiene curación, y que la medicina es necesaria para el resto de la vida de la mayoría de las pacientes con diabetes. ¿Cuál es la explicación más creíble del efecto de esta medicina?

Respuesta al problema: La explicación más probable es que la definición de la diabetes no es tan clara entre las pacientes que se han tratado con la medicina alternativa. Si un investigador realmente descubre una cura para la diabetes, como definida en la medicina moderna, debería recibir el Premio Nobel.

Bibliografía

- Bellón Saameño J, Martínez Cañabate T (2001). *La investigación en comunicación y salud. Una perspectiva nacional e internacional desde el análisis bibliométrico*. Atención Primaria, vol. 27, pp. 452-458.
- Delgado A, López Fernández L (2004). *La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y clase social*. Gaceta Sanitaria, vol. 18, suplemento 1, pp. 112-117.
- Dörr A (2004). *Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica*. Revista Médica de Chile, vol. 132, pp. 1431-1436.
- Fajardo Dolci G et al. (2009). Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 1995-2007. Salud Pública de México, vol. 51, núm. 2.
- Herrera C (2013). *Sobrevivir con \$15. Ingreso diario familiar en la Mixteca oaxaqueña*. Entrevista al médico del IMSS-Oportunidades en San Simón Zahuatlán, Oaxaca. La Jornada, México, D.F., 22 de febrero, 2013.
- Ruiz Moral R (2003). *Programas de formación en comunicación clínica: una revisión de su eficacia en el contexto de la enseñanza médica*. Educación Médica, vol. 6, pp. 159-167.
- Ruiz Moral R et al. (2003). *¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente*. Atención Primaria, vol. 32, pp. 594-602.

Violencia obstétrica y la relación médico-paciente

Bianca Vargas Escamilla

CAPÍTULO

27

Conceptos clave

Violencia obstétrica • Relación médico-paciente
• Medicalización • Patologización

Introducción

La relación entre los profesionales de la salud y los pacientes constituye un encuentro entre distintas culturas, pues, sin importar si se está en un contexto urbano o rural o si ambos provienen de la misma región y hablan el mismo idioma, el simple hecho de la formación profesional del médico implica un conjunto de prácticas y representaciones propias de ese grupo con las cuales los pacientes no suelen estar familiarizados o no tienen la misma concepción de ellas aunque las conozcan. Es a partir de este encuentro que se establece una dinámica de relación entre ambas partes y esta relación es un proceso que se ha transformado a lo largo de la historia.

Es un hecho que los médicos cuentan cada vez con más herramientas para su ejercicio profesional, pero también los pacientes tienen, por lo general, más acceso a información que les permite una mayor intervención en su proceso de atención a la salud. Esta situación ha traído consigo muchas ventajas, pero también conlleva ciertas consecuencias negativas, como la insatisfacción de los pacientes y los resultados adversos provocados por el uso indiscriminado de la tecnología y de los procedimientos quirúrgicos. Estas dos consecuencias forman parte de un fenómeno que se abordará en el presente capítulo: la violencia obstétrica.

En primer lugar la idea es mostrar diferentes perspectivas de un problema actual que se relaciona estrechamente con los términos en que se da la relación médico-paciente, y como objetivo secundario, mostrar la importancia de incluir en esta dinámica al alumno como un actor importante de estos procesos, integrando así una relación médico-estudiante-paciente, en donde el modelo de enseñanza es un determinante importante en la solución o la omisión del conflicto existente.

En la actualidad, el ejercicio de la medicina, desde la formación universitaria hasta la práctica profesional, tanto en las instituciones públicas como privadas, se desarrolla en un contexto de deshumanización que conlleva innumerables repercusiones en la relación médico-paciente, así como en el desenlace de las intervenciones clínicas. Una de las situaciones desfavorables que emerge de este sistema biomédico es

la manera despersonalizada e intervencionista de tratar el embarazo, parto y puerperio, alejándolo de ser un proceso natural que no constituye una condición patológica *per se*. El parto ha pasado de ser un momento significativo con una gran carga simbólica para la mujer, la familia e incluso la comunidad, para convertirse en un proceso clínico sujeto a las normas médicas y científicas, lo cual ha tenido repercusiones importantes que no se limitan a cambios en las prácticas individuales y colectivas, sino que han dado lugar a procedimientos innecesarios que brindan comodidad o beneficio económico a los profesionales de la salud y a ocupar espacios hospitalarios en condiciones poco satisfactorias para la atención de las pacientes, sin pasar por alto las situaciones de maltrato, mala práctica y violación de los derechos y de los principios éticos que ocurren a menudo en diversas instituciones, acuñando para esta condición el término violencia obstétrica.

Al hablar de violencia obstétrica, se alude a los altos índices de embarazos resueltos por cesáreas injustificadas, al empleo de métodos para acelerar el trabajo de parto, al maltrato verbal o físico por parte del personal médico, la episiotomía como procedimiento de rutina y la esterilización o aplicación de métodos anticonceptivos temporales, sin brindar consejo previo a la paciente ni obtener su consentimiento. Sin embargo, este panorama no sólo se encuentra en la práctica médica, sino que se ha convertido en el modelo de enseñanza de ginecoobstetricia para los alumnos de pregrado y posgrado (especialidad). Este modelo de enseñanza demanda un alto nivel de competencia en diversas áreas de la medicina, que requiere no sólo la comprensión teórica, sino la práctica de procedimientos, lo cual es válido, siempre y cuando se dé la misma importancia a las cuestiones humanísticas y éticas que involucra la profesión médica, hecho que hoy en día parece muy alejado de la realidad. Persiguiendo el objetivo de tener médicos capacitados en el área de la obstetricia, la atención de la mujer embarazada se ha visto mermada en muchos aspectos.

De lo tradicional a lo institucional: antecedentes históricos de la atención del parto

La atención del embarazo y el parto ha sido un proceso que se ha llevado a cabo a lo largo de la historia con múltiples

variaciones, es decir, ha sido auxiliado por distintas personas y en diferentes espacios, acompañado de rituales o prácticas colectivas diversas y se ha recurrido al uso de mobiliario e instrumental desde el más sencillo hasta los complejos recursos tecnológicos presentes en la actualidad. Estas variaciones van ligadas al contexto cultural y socioeconómico, pero también al momento histórico, lo que ha determinado la preservación de ciertas prácticas, la evolución o los cambios radicales que se han presentado en éstas.

En México, se tienen relatos desde la época prehispánica del rol de las parteras, llamadas *Tlamatquiticitl* entre los aztecas, quienes tenían un papel predominante, pero a pesar de ello, escogían a una mujer de la familia que se encargaría del parto, pues argumentaban no saber si su conocimiento sería suficiente para traer al mundo a un nuevo ser. Posteriormente, durante la época de la Colonia comienza la regulación de la práctica obstétrica con el establecimiento del protomedicato en 1628;¹ la atención continúa en manos de las parteras llamadas empíricas que atendían también en los recién fundados hospitales.² La atención del parto continuó en manos de las mujeres hasta finales del siglo XIX, ya fueran parteras empíricas, tradicionales o mujeres de la misma familia que ya hubieran tenido hijos, y éste se realizaba en el domicilio o en hospitales, pues paulatinamente iniciaba la institucionalización de la práctica obstétrica, que culminaría a mediados del siglo XX. Sin embargo, no sólo se fue transformado la manera de atender el parto, sino también la formación de la persona a cargo de asistirlo; desde el saber de las mujeres que ya habían experimentado un parto, la transmisión oral del conocimiento entre las parteras, hasta el establecimiento de la materia de obstetricia en las escuelas de medicina y enfermería, la licenciatura en obstetricia propiamente dicha y el surgimiento de la especialización médica.

Hacia 1760, se incluyó la materia de cirugía, que tenía un apartado de ginecoobstetricia, y como cátedra oficial se instituyó en 1833, por el doctor Pedro Villar,¹ en este mismo año se establece la carrera de partería en el Establecimiento de Ciencias Médicas, con duración de dos años.³ Así, con la llegada del siglo XX, la presencia de la partera empírica fue disminuyendo, siendo desplazada por aquellas mujeres que egresaban de los programas de educación superior, y en 1951 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) extendió los primeros nombramientos a parteras universitarias.² Por otra parte, en 1942 se estableció un internado de posgrado en el Hospital General de México como proyecto previo a un programa de residencia en ginecología y obstetricia, reuniéndose finalmente ambas áreas en 1944 y al año siguiente se fundó la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. El primer curso formal de ginecología y obstetricia fue impartido por el Hospital Español en 1953, seguido por los de la Maternidad Núm. 1 y el Hospital de la Raza del IMSS, en 1958.⁴ En 1962 se reestructuró y extendió el programa de especialidad, con ello se congelaron las plazas de parteras y se de-

terminó que la atención institucional debe quedar en manos de los médicos.²

Esta transición en la atención obstétrica se relaciona con el contexto social económico y político, de México y del resto del mundo, en conjunto con los grandes avances científicos y tecnológicos que surgen desde el siglo XVIII hasta la actualidad. En el área de la medicina estos cambios han traído consigo un fenómeno de medicalización que, de acuerdo con Peter Conrad, se define como un proceso por el cual "problemas no médicos" pasan a ser definidos y tratados como "problemas médicos", ya sea bajo la forma de "enfermedades" o de "desórdenes".⁵ Asimismo, Michael Foucault contextualiza este proceso en la sociedad capitalista estableciendo que para este sistema "lo importante es lo biológico, lo somático y lo corporal, siendo el cuerpo una realidad biopolítica y la medicina una estrategia biopolítica".⁶

En la actualidad, el rápido desarrollo de la tecnología, el sistema neoliberal que permite el intercambio de información y recursos, así como el surgimiento de nuevas corrientes en torno a la calidad de los servicios de salud y la alta exigencia para el personal que labora en éstos, ha fomentado la medicalización, convirtiéndolo en un dilema cuyas repercusiones están en continua discusión.

En este marco contextual se puede decir que el cambio de las prácticas sociales en torno al nacimiento constituye un ejemplo para entender cómo en el proceso de medicalización se han eliminado ideas y prácticas cotidianas que habían perdurado durante cientos de años y que la asistencia obstétrica y la mentalidad social en torno a ésta ha ido cambiando paralelamente con el desarrollo de la medicina científica.⁷ Al igual que el ejercicio clínico, la formación médica ha presentado transformaciones importantes que obedecen a este mismo proceso, hasta llegar al modelo de enseñanza clínica moderna, respecto del cual el doctor Alberto Lifshitz señala que:

Hoy en día se cuestionan algunas estrategias del pasado como la de las prácticas irrespetuosas que se han dado por mucho tiempo, en las que los pacientes son vistos como objetos de estudio y no como personas con todas sus necesidades y expectativas [...]. También se cuestionan la exhaustividad y la sistematicidad a ultranza, entendidas, la primera, como la necesidad de incluir absolutamente todas las observaciones aunque parezcan poco pertinentes y la segunda, como la de seguir un orden invariable, sin la flexibilidad que exige cada caso.⁸

Vale la pena comenzar por reflexionar si en realidad nos estamos refiriendo a "prácticas del pasado" o es un problema vigente, cada vez más común y evidenciado, pues estos cuestionamientos tienen lugar en muchas áreas de la medicina, y la atención obstétrica no es la excepción. De hecho, ha adquirido una importancia relevante por las consecuencias que ha tenido abordar un acontecimiento que, en la mayoría de los casos, sucede de manera natural, como un evento patológico que requiere atención hospitalaria.

En
res
pe
me
en
tu

tec
ria
tic
se
yo
do
int
da
m
en
pu
de
m
fic

m
sit
hi
m
la

U
C

Et
Pe
sa
re
m
de
m
be
er
di
di
rr
ve
2t

p

En un sentido aparentemente menos radical, algunos autores refieren que se intenta tratar al embarazo, parto y puerperio como un proceso fisiológico, pero controlándolo de manera exhaustiva para evitar los riesgos, insertándolo así en la medicalización que sufren diversos procesos bioculturales.⁹

Entonces, la asistencia obstétrica, aun cuando no se detecten complicaciones que ameriten la atención hospitalaria, es trasladada a un lugar en donde se abandonan las prácticas habituales, se relega la carga simbólica del nacimiento, se enfrenta a una práctica clínica biomédica alejada, en mayor o menor medida según el contexto particular, del sentido humanista, e incluso ético, pues se ha visto el aumento de intervenciones no indicadas que aceleran la atención, brindan mayor beneficio económico o simplemente mayor comodidad. Por último, sitúa a las pacientes en un espacio de enseñanza clínica que, en ocasiones, no resulta favorable, pues existe el riesgo de ser atendida por estudiantes ansiosos de practicar o impulsados por los tutores a realizar procedimientos aunque no demuestren tener las bases teóricas suficientes o éstos sean innecesarios.

Con base en el panorama ya expuesto, considere el tema central: la violencia en la atención obstétrica como una situación extrema, y cada vez más denunciada, del proceso histórico, económico, político y social que ha llevado a la medicalización y deshumanización de la práctica clínica y la formación médica.

Una práctica común y un nuevo concepto

En los últimos años, la insatisfacción de las pacientes respecto a la atención del parto en las diversas instituciones de salud en México y en otros países de América, se ha visto reflejada en el aumento de la denuncia de casos principalmente a través de las redes sociales, algunas revistas o sitios de denuncia en línea y otros medios de difusión masiva promovidos por asociaciones civiles y organizaciones no gubernamentales. También se evidencia la situación mexicana en las quejas médicas realizadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), en donde las relacionadas con la especialidad de ginecología y obstetricia son las más frecuentes, como se muestra en un análisis retrospectivo del perfil epidemiológico de las quejas médicas de 1996 a 2007:

Las especialidades de las que más se reciben quejas en la CONAMED son ginecología y obstetricia con 15% [...]. Del total, 79.5% de las quejas tuvo evidencia de mala práctica y se concentran en diez especialidades, dentro de ellas, en la que se presenta el mayor porcentaje de daño físico fue ginecología y obstetricia, con 69%.¹⁰

De acuerdo con el reporte de quejas de 2011 emitido por esta comisión, la especialidad de ginecología y obstetri-

cia ocupa el tercer lugar en número de quejas presentadas.¹¹ Diversas prácticas relacionadas con la atención del parto se han englobado bajo el término de violencia obstétrica, como realizar cesáreas no indicadas, el uso excesivo o innecesario de oxitocina, la práctica de tricotomía, amniotomía o episiotomía de rutina, la aplicación de enema, no permitir a la paciente elegir la posición durante el parto, la omisión de información, llevar a cabo procedimientos sin explicarle las opciones o sin obtener su consentimiento y la esterilización o aplicación de métodos anticonceptivos temporales —como inserción de dispositivo intrauterino—, sin previo consejo ni autorización de la mujer. Dentro de los actos derivados de la relación médico-paciente, también se consideran en este concepto prohibir la compañía de un familiar elegido por ella, no permitir a la madre el contacto con el recién nacido, además del trato deshumanizado, sarcástico, prepotente o descalificador hacia la paciente. A pesar de ser un tema de interés en varios países y ya contar con una definición formal, son pocos los casos en donde se encuentra establecido como delito, es decir, violencia en sentido estricto.

En el marco de una tendencia internacional a combatir la violencia contra la mujer en todas sus formas, la violencia obstétrica se definió y tipificó como delito por primera vez en 2007 en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Venezuela.¹² De acuerdo con el artículo 15 del capítulo III donde se estipulan las formas de violencia contra las mujeres, la violencia obstétrica se define como:

La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.¹³

Posteriormente, esta definición fue publicada en el *International Journal of Gynecology and Obstetrics* en un artículo del Dr. Pérez de Gregorio, que define como término opuesto a la violencia obstétrica la buena práctica que implica “utilizar medicamentos sólo cuando está indicado, respetar el proceso natural y practicar procedimientos instrumentales o quirúrgicos sólo en casos basados en evidencia”.¹⁴ Respecto a esta ley, se han comentado diferentes aspectos como la necesidad de informar a los profesionales de salud acerca de ésta, así como de implementar medios en las instituciones para el parto en distintas posiciones y enseñar este tipo de parto en las escuelas de medicina, pero lo más importante son aquellos actos que aún no se han legislado y al parecer pasan inadvertidos.¹⁵ Estas acotaciones expresan la gran cantidad de aspectos que han intervenido en el proceso de medicalización y sus múltiples consecuencias, hasta llegar a la necesidad de intervenir de manera legal en una práctica médica cuyo carácter ético, en teoría, le es inherente.

Al hablar de violencia obstétrica, ha sido inevitable incluir testimonios de mujeres que ponen en evidencia la mala práctica, sus consecuencias y su percepción al ser transgredida en sus derechos, su dignidad y su cuerpo. Por otra parte, lo común de estas prácticas también ha impactado a los estudiantes, quienes intercambian a diario experiencias como ésta:

Cuando le estaban limpiando para ponerle una sonda Foley, el doctor utilizó un gesto de asco, y para que la señora lo viera él se atrevió a darle un golpecito en la mama derecha [...] cuando la señora dio a luz, el doctor le administró más anestesia y por tanto se quedó dormida, acto seguido la señora despertó y el doctor le dijo "ya ves reinita, ¿pa' qué te duermes?, y no lo viste".

Quizá muchos otros lo pasen por alto o les resulte tan cotidiano que lleguen a creer que es la única forma de atender un parto, pero en algunos otros ha despertado el interés y la reflexión. Quizá hay pocos momentos dentro de la carrera de medicina para expresar estas inquietudes; sin embargo, durante el curso de antropología médica para alumnos de cuarto grado en la Universidad Nacional Autónoma de México, se abrió un espacio para conocer la opinión acerca de la formación que estaban recibiendo en el área de ginecología y obstetricia, asignatura que cursaban simultáneamente; al respecto de su experiencia en un hospital público de la Ciudad de México, un estudiante de medicina comenta:

Imaginé un ambiente armonioso y cálido para atender un evento que además de ser fisiológico, es impresionante. La realidad fue otra, las mujeres eran tratadas como si tuvieran una enfermedad muy grave en donde ellas no tienen participación alguna, en ninguna especialidad he visto una actitud tan prepotente.

Otro de ellos simplemente concluyó:

El trato a las pacientes es por demás lamentable, ya que su dignidad como personas parece terminar en el momento en que entran a la sala de labor.

Cabe mencionar que en varias iniciativas se ha promovido la violencia obstétrica como parte de la violencia contra la mujer, pero ¿qué sucede cuando es la misma mujer quien la ejerce? En este sentido, llama la atención un testimonio escrito de la siguiente forma:

En el servicio de tococirugía pareciera que el sentido humano de los jefes de servicio, los residentes (**mujeres en su mayoría**) y hasta la enfermera, no existe.

Durante siglos, la asistencia durante el parto estuvo a cargo exclusivamente de mujeres, pues la futura madre se sentía con mayor seguridad y confianza, por desgracia, en el sistema actual esto ya no es garantía. El ejercicio de la medicina se encuentra en un contexto en que no sólo se

ejerce el poder derivado del género, sino de la clase, la etnia, la raza, la edad, la subcultura, la nacionalidad o la institución,¹⁶ y muchos médicos se muestran indiferentes a los saberes y prácticas de la mujer en torno al nacimiento, haciendo caso omiso a lo que ella percibe en su cuerpo, lo cual no interfiere con las labores de los profesionales, incluso podría serles de utilidad; sin embargo, como lo expresa un estudiante de pregrado:

El gran sentimiento de omnipotencia del médico muchas veces lo lleva a tomar decisiones sin consultar a la paciente, además de negarse al aprendizaje "tradicional" de los partos, ya que esto sería rebajarse ante el ego del médico.

Retomando la idea de que estos casos no son un evento aislado, sino la relación de muchos factores, hay que reconocer que esta actitud médica es parte de un modelo de enseñanza también inmerso en la mercantilización y deshumanización, en el cual estas formas de atención se transmiten a las nuevas generaciones, la mayoría de las veces sin ser cuestionados, como se refleja en este caso:

¿Es cierto que (a los médicos) les interesa lo que es mejor para la paciente o simplemente su comodidad? Incluso a veces siento que ni siquiera es comodidad, sino simplemente un estado de seguir haciendo las cosas como el superior dijo, sin pensar si son correctas o no.

También es importante observar y analizar los argumentos que pretenden justificar este modelo de enseñanza, como lo son la gran demanda en los servicios de salud, la falta de recursos materiales y humanos para librar la carga de trabajo, los lineamientos institucionales o el afán de que el estudiante domine ciertas técnicas como se observa en el siguiente testimonio:

El residente de menor jerarquía le dijo al residente de tercer año que no le iba a hacer episiotomía a la paciente porque el producto pasaba bien, a lo que éste respondió: "Tú hazle la episio aunque no la necesite, es tu práctica". Esto me pareció indignante porque aunque es un hospital escuela, no se debe perder de vista que estamos tratando con seres humanos.

Es claro que no se puede generalizar acerca de la relación existente entre alumnos y tutores; sin embargo, el hecho de ver cómo se repite un patrón que no está produciendo buenos resultados, aunado a la queja que está surgiendo entre los futuros médicos, hace reflexionar más acerca de este problema, en el que el abuso de poder no sólo se da entre el médico y la paciente, sino también hacia los alumnos:

Me da mucho coraje ver el maltrato a las pacientes y a los recién nacidos, además me ha tocado ser regañada por decirle de una forma más amable a las pacientes lo que el médico de base acaba de gritarles.

Ante este panorama, los estudiantes quedan inmersos en la dicotomía de cuestionar a sus superiores con las consecuencias que esto implica o seguir el modelo que les es impuesto. Ambas posturas resultan desgastantes y aumentan el nivel de presión que ya caracteriza a la carrera de medicina y al trabajo en el área de salud, lo cual alimenta el círculo vicioso en el que el estudiante, bajo cierta frustración, resignación o adecuación, espera el momento de graduarse para poder hacer a sus subordinados lo mismo que él vivió, limitando la enseñanza a aprender del ejemplo, como se observa en esta aseveración:

En las clases de ginecología se supone que nos enseñan a atender un parto [...] pero aprendemos con errores y sólo con lo que es evidentemente malo, entendemos qué es lo que no hay que hacer.

Abordando la formación médica como uno de los factores que ha influido en la violencia obstétrica, algunos autores como D'Oliveira, Diniz y Schraiber (2002), así como Castro y Erviti (2003), sugieren que la forma en que se estructuran las relaciones entre el saber y el poder, la baja prioridad de la enseñanza de la ética y aptitudes de comunicación y los métodos de capacitación de los residentes son los elementos asociados a la reproducción de este fenómeno.¹⁷

A manera de ejemplo, resulta importante mencionar algunas expresiones de los médicos y tutores escuchadas con frecuencia, como: "no se debe insistir mucho en cuestión de los derechos del paciente ya que los alumnos se van a dedicar a la medicina clínica y por ello deben practicar y aprender"; "la bata debe usarse para imponer respeto y autoridad"; o la frecuente frase: "deja de platicar con la paciente, como si no tuvieras cosas que hacer". Estas actitudes, de acuerdo con el Dr. Roberto Castro, pueden entenderse como prácticas constituyentes de una identidad fincada en procesos de diferenciación y de identificación social, y a la vez representa valores tradicionales que hacen "respetable" a quien los exhibe y le confieren autoridad.¹⁸

En relación con la importancia y vigencia de este modelo de enseñanza-aprendizaje-práctica, ¿se infiere entonces que la violación a los derechos del paciente es necesaria o justificada en función del aprendizaje de los alumnos de medicina? Una vez más, ¿el fin justifica los medios? ¿Se puede pensar en otra manera de que el alumno aprenda y practique? ¿Son más universales (y cabe metafóricamente el superlativo) los derechos del médico que los del paciente? Con base en planteamientos similares y tomando en cuenta las consecuencias que tiene este tipo de violencia institucional en cuanto a la relación médico-paciente, la práctica de una medicina defensiva, el decremento en la satisfacción de las pacientes que acuden a los diferentes sistemas de salud, e incluso complicaciones más graves como el daño temporal o permanente y la posible relación con la mortalidad materna, se han impulsado planes de acción a nivel social, pero también jurídico.

Cabe mencionar que, aunque un parto conlleva cierto riesgo, la demanda en los servicios de salud es vasta y la formación clínica de los alumnos es algo crucial, las denuncias de mala práctica y sus complicaciones no han cesado, sino que han pasado a ser un problema de derechos y de justicia social.¹⁹

Acciones a favor de un modelo de atención humanizado

Tanto la Organización Mundial de la Salud como otros estudios comparativos entre la atención del parto de manera tradicional o biomédica, han señalado que las complicaciones más frecuentes están asociadas al uso inapropiado de la tecnología y medicamentos que caracterizan a las prácticas de rutina en la atención biomédica.²⁰ Sin embargo, ese tipo de artículos que muestran evidencia de las ventajas y desventajas de ciertas prácticas como la posición, la aceleración del trabajo de parto mediante fármacos, la cesárea no indicada, la tricotomía, entre otras, no son difundidos de forma adecuada, pues ponen en duda a un sistema hegemónico.

Cabe aclarar que, aunque se pensaría que estos estudios están hechos por investigadores dedicados al área de ciencias sociales o humanidades, son muchos los médicos y ginecologistas que desde hace muchos años realizan protocolos al respecto y promueven el nacimiento sin violencia, entre ellos, el médico ginecoobstetra francés Frédérick Leboyer, autor del libro *Por un nacimiento sin violencia* (1976) en donde propone algunas estrategias para un parto no violento conocidas como el "método Leboyer".²¹ También el cirujano y obstetra francés Michael Odent fue uno de los precursores del parto mínimamente invasivo, así como otros representantes en América Latina; el Dr. René Castro Santoro, de Chile, que ha abordado el tema de la violencia y la muerte materna en diferentes perspectivas, y el Dr. Luis Papagno, de Argentina, quien muestra otra opción a la biomédica para atender el parto en el libro titulado *Así nacemos: fundamentos para un parto sin violencia* (1986).

Por desgracia, muchas de estas publicaciones no forman parte de la literatura recomendada entre el gremio médico o de los temas abordados en cursos de obstetricia. En ocasiones, su promoción se realiza en revistas o sitios web que dan recomendaciones a futuras madres, de hecho, al realizar esta investigación fue muy claro que la mayoría de la información al respecto se ha difundido a través de redes sociales o *blogs* en línea enfocados al tema de la violencia obstétrica, por encima de lo que se observa en las revistas médicas o fuentes oficiales.

Se puede observar que las primeras acciones que se han llevado a cabo en torno a la lucha por un parto humanizado, es decir, los espacios de denuncia, la difusión de información y los grupos de apoyo a las mujeres, se han dado a través de asociaciones civiles y organizaciones no gubernamentales;

en una búsqueda breve en internet sobre este tema es frecuente encontrar páginas como: *Parto libre A.C.*; *The unnece-sarean*; *A favor del parto humanizado*; *Movimiento oxitocina*; *El parto es nuestro*; *Pro-parto natural*; *Parto sin violencia*, y *Dando a luz*, que son ejemplos de las iniciativas sociales que se han dado, no sólo en México sino en el resto de América y España para hacer frente a esta situación. Además, llama la atención que una de ellas, en Argentina, ha promovido una encuesta autoaplicable llamada *Test de violencia obstétrica*, para evaluar si un caso puede denunciarse, además de promover el acto de denuncia ante instancias de gobierno y brindar apoyo en caso de no ser atendida la demanda.²²

A pesar de que se ha mantenido como un dilema ético, han surgido movimientos en función de esta creciente demanda social en busca de contemplar la violencia obstétrica en el ámbito del derecho, como se logró en Venezuela cinco años atrás. En México, se han emitido diversos documentos con iniciativas para mejorar la atención del parto como el documento *Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica*, elaborado por la CONAMED,²³ además de estar regulado por la Norma Oficial Mexicana NOM-007.SSA2-1993,²⁴ pero éstos son planteados en función del sistema biomédico y no promueven aspectos culturales y sociales de la atención al parto ni mencionan posibles intervenciones para disminuir los casos de mala práctica obstétrica, y paralelamente estimular una comunicación asertiva, ética e informada que mejore la relación médico-paciente.

En función de incluir a la violencia obstétrica dentro del marco jurídico, el primer estado en lograrlo fue Veracruz en la Ley de Acceso de Las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, cuando en 2010 se estableció como tipo de violencia en el artículo 7, capítulo I, título II, agregando a la definición expuesta lo siguiente:

Se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.²⁵

En 2011, en el estado de Oaxaca se propusieron reformas a la Ley Estatal de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Género y a los códigos penales, las cuales se aprobaron a excepción del apartado obstétrico.¹² También se propuso agregar al Código Penal dos artículos en los que se establezca el tipo penal genérico y particular de

violencia obstétrica.²⁶ Ante esta negativa, ha continuado el trabajo de los organismos no gubernamentales para promover esta legislación a través de medios de difusión locales y con la elaboración de informes como el titulado *Por un debate científico y razonado para tipificar la violencia obstétrica como violencia de género*,²⁷ en el que se han pronunciado organizaciones civiles con apoyo de organizaciones internacionales, médicos, académicos, enfermeras y parteras.

Así, en 2012, se propuso como iniciativa a nivel federal la reforma al artículo 60. de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en donde se agrega como tipo de violencia a la obstétrica,²⁸ la cual recibió un dictamen negativo al considerar que:

Resulta improcedente insertar en la Ley General de Acceso esta noción específica, porque en el marco jurídico vigente está implícita dentro de la modalidad de Violencia Institucional establecida en el capítulo IV de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia [...] cuya definición encontramos en el artículo 18:

Violencia Institucional: Son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.²⁹

Una vez expuesto el marco social y jurídico en que se ha abordado la violencia obstétrica, es importante identificar el contexto donde se encuentran los profesionales de la salud y los estudiantes de estas áreas, pues finalmente son ellos quienes se encargan de la atención del parto en la actualidad. Como se dijo antes, el modelo de enseñanza médica no puede dejar de considerarse un factor contribuyente a ciertas prácticas incluidas bajo el concepto de violencia obstétrica.

Desde que comienza a observarse la necesidad de promover el parto humanizado, se realizaron diversas recomendaciones para estimular el parto normal, que contradicen lo que los estudiantes observan durante su etapa de formación clínica. Algunas de éstas son: el trato digno y humanizado a la paciente, promover el curso natural sin la administración de medicamentos, promover una posición cómoda, permitir que la paciente camine si lo desea, y minimizar el dolor mediante ciertos tipos de duchas, masajes y control de la respiración. Aunque sería más viable su aplicación en un ambiente fuera del hospital, es posible fomentar el parto normal y preservar su fisiología en el ámbito hospitalario,³⁰ pero para ello es necesaria la sensibilización de los médicos y las autoridades de la institución, además de la capacitación de todo el personal de salud para llevar a cabo estos lineamientos de forma adecuada, esto representaría un cambio en los modelos a seguir para los futuros médicos, pues la formación de pregrado debe incluir estos conocimientos e iniciativas en sus programas de estudio, además de reforzar las áreas de

socioantropología y humanidades en salud. De esta manera, no sólo se fomenta el parto no invasivo, sino también la práctica y enseñanza médica humanizada.

Dentro de las propuestas existentes para modificar los patrones de enseñanza biomédica que han desembocado en transformar la medicina ética y humanista a una medicina defensiva, en cuanto a la atención obstétrica se refiere, se encuentra la Declaración de Ceará sobre la humanización del parto (Fortaleza, Brasil, 1985), que dentro de sus recomendaciones generales estipula que:

El equipo perinatal debe ser motivado conjuntamente para fortalecer las relaciones entre la madre, su hijo y la familia. El trabajo del equipo puede verse afectado por conflictos interdisciplinarios, que deben abordarse sistemáticamente [...]. La formación de los profesionales sanitarios debe incluir técnicas de comunicación para promover un intercambio respetuoso de información entre los miembros del equipo sanitario y las embarazadas y sus familias.³¹

Además de la formación ética, las habilidades de comunicación y la sensibilidad que debe propiciarse en los futuros médicos, no es desconocido el papel que tienen las rotaciones clínicas en la adquisición de los conocimientos que debe tener el médico general o el especialista en ginecoobstetricia; sin embargo, sería imposible declarar que éste se lleva a cabo de manera adecuada. Tampoco se debe ignorar la importancia que tiene el estudiante de medicina en los hospitales, pues eleva el nivel académico en lo relacionado con la calidad del servicio y resulta crucial su intervención en hospitales con alta demanda de trabajo que no puede ser satisfecha sólo por los residentes; muchas veces pequeñas acciones resultan de gran ayuda para el resto del personal. No obstante, la principal finalidad del estudiante en los espacios clínicos es el aprendizaje para el cual se observan dos obstáculos: 1) la enseñanza de habilidades para la atención obstétrica puede verse limitada por la condición de urgencia de los casos, la privacidad que se requiere durante el examen ginecológico y el acceso a que una gran cantidad de alumnos pueda hacer ciertas intervenciones,³² y 2) si se decide hacer frente a estas limitantes y fomentar la práctica de los alumnos, entonces se realizan prácticas innecesarias y se transgreden los derechos de la paciente. En cualquiera de los dos casos, la mayoría de los estudiantes de pregrado carecerá de los conocimientos óptimos para la atención del parto.

Al tratarse de un tema complejo, que ha evolucionado a través de la historia y en el que han influido muchos factores, la solución no recae en una sola estrategia, ni puede darse mayor relevancia a una de éstas. Es necesario realizar acciones a corto, mediano y largo plazos que involucren investigación, difusión, establecimiento de un marco jurídico consensuado, así como estrategias en la formación de los profesionales de la salud, ya sean médicos especialistas, médicos generales, enfermeras y parteras, que fortalezcan el desarrollo de herramientas para una adecuada comunicación y una

relación médico-paciente y estudiante-paciente basada en un código humanístico, pero sobre todo, ético.

Conclusiones

En la década de 1970-1979, Ivan Illich señaló en su obra *Némesis Médica*, que: "el sistema médico institucionalizado resulta patógeno porque llega a producir daños clínicos superiores a los beneficios, tiene que enmascarar las condiciones políticas que minan la salud de la sociedad y tiende a expropiar el poder del individuo para curarse a sí mismo y para modelar su ambiente".³³ Pero, es este mismo sistema que ha condicionado una formación médica cada vez más alejada del sentido humanitario quedando bajo las directrices institucionales, transformando a los profesionales de la salud en un "manufacturero de la salud" y los ambientes académicos en donde se forman los futuros profesionistas perpetúan estos modelos que han sido criticados mucho tiempo atrás y no han podido cambiarse.³⁴

Dentro de la literatura contemporánea han surgido algunos estudios que investigan la percepción de los pacientes al formar parte de un modelo de enseñanza clínica en los hospitales. En general, los pacientes lo aceptan por considerar importante que los futuros médicos aprendan, porque se sienten acompañados, o por tener una actitud "paternal" con los jóvenes estudiantes, pero siempre existe la aspiración de tener un diagnóstico y tratamiento adecuados y de ser tratados de manera digna.³⁵ Aunque todo paciente hospitalizado se encuentra en una posición vulnerable, se hace más evidente en quien va a dar a luz, por el simple hecho de que se encuentra hospitalizada sin presentar un proceso propiamente patológico y se enfrenta a ser tratada como alguien incapaz de hacerse cargo de la situación o de participar en este proceso fisiológico. Por esta misma razón, uno de los campos de enseñanza clínica que más cuidado y responsabilidad requiere es el de la obstetricia, por tanto, es importante que los tutores tengan un perfil adecuado. La Academia Nacional de Educación Médica lo describe de la siguiente manera:

Un tutor con alto sentido de responsabilidad, conocimientos clínicos, fisiopatológicos, epidemiológicos y terapéuticos bien cimentados y actualizados, con calidad ética, moral y humanista, que conozca las diferentes técnicas y estrategias actuales de enseñanza, que cuente con campo clínico y con el tiempo necesario que requiere el estudiante para su tutoría, que conozca el método científico y la medicina basada en evidencias que le permitan a él y al estudiante fundamentar, generar o difundir nuevos conocimientos de la práctica clínica a través de la investigación.³⁶

Analizando las características anteriores y lo expuesto por otros autores, se observa que se ha perdido de vista en la formación médica fomentar aptitudes que promuevan la comunicación del médico con otros profesionales, no sólo en el área de la salud, sino de las humanidades y las ciencias

sociales, pues no se puede negar su participación cada vez mayor en el sistema de salud y que la tendencia de las nuevas estrategias se basa en la presencia de un grupo multidisciplinario capaz de proponer soluciones para problemas complejos, como lo es la violencia obstétrica y sus repercusiones en el ámbito social y de salud. Basta mencionar como ejemplo la iniciativa de promover la asistencia del parto por enfermeras obstetras y parteras, que requiere, por supuesto, un trabajo conjunto con los médicos, basado en una buena comunicación e intercambio de saberes y una buena articulación entre los niveles de atención médica.

El presente capítulo presenta un acercamiento a la relación que existe entre un problema de salud inmerso ya en un contexto jurídico, la violencia obstétrica y que, a la vez, se encuentra influido por diversos factores, uno de ellos la práctica de los médicos como modelo a seguir por los alumnos y

las características de la enseñanza en campos clínicos que ha fomentado la realización de prácticas innecesarias con el afán de que los alumnos tengan acceso a desarrollar sus habilidades prácticas, olvidando la importancia de obtener el consentimiento de la paciente pero, sobre todo, el respeto a su derecho a elegir la manera de atender su embarazo, parto y puerperio en un marco de información clara y adecuada. Sin embargo, muchos cuestionamientos acerca de otros factores que promueven este tipo de mala práctica médica, la posibilidad de nuevas adaptaciones a los modelos de enseñanza clínica y la viabilidad de implementar la atención del parto extrahospitalario a cargo de profesionales de la salud distintos al médico, son algunos de los temas en que es necesario ahondar, por lo que este trabajo representa un marco general, posible punto de partida para futuras investigaciones.

Preguntas de repaso

1. Cite tres definiciones distintas del término violencia.
2. ¿A qué se refiere el concepto violencia obstétrica?
3. ¿Cuál es su opinión acerca de la tipificación de la violencia obstétrica como delito?
4. En su experiencia, ¿cómo evaluaría la relación profesional de salud-paciente?
5. ¿Qué estrategias implementaría para mejorar la satisfacción de las usuarias de los servicios de ginecoobstetricia en las instituciones de salud? (Proponer estrategias a nivel personal, institucional [profesionales de salud] y administrativo).

Bibliografía

Referencias

1. Alfaro N et al. (2006). *Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo*. Investigación en Salud. Vol. VIII, núm. 1, México, pp. 50-53.
2. Castañeda Núñez I (1988). *Síntesis histórica de la partera en el Valle de México*. Revista de Enfermería, Instituto Mexicano del Seguro Social. Vol. 1, núm. 1, México.
3. Alatorre Wynter E (1998). "El proceso histórico de la educación de Enfermería en México". En: *Material Bibliográfico para la asignatura de Historia de la Enfermería en México*. México: ENEO-UNAM, p. 211.
4. Biblioteca Digital del Hospital de la Mujer. Disponible en: http://www.bidihmujer.salud.gob.mx/esp_gineco/esp_antecedentes_hist.php Consultado: 28/09/12.
5. Conrad P (2007). *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. JHU Press.
6. Foucault M (1977). *Historia de la medicalización*. Educación Médica y Salud. Vol. 11, núm. 1.
7. Carmona Samper E (2007). "Medicalización del parto. Reflexiones sobre el cuidado obstétrico". En: Fernández Sola C, Carmona Samper E (eds.). *Nacimiento y Muerte. Reflexiones y cuidados*. III Congreso Nacional de Enfermería del Mediterráneo. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Almería, Almería.
8. Lifshitz A (2004). *La enseñanza de la competencia clínica*. Gac Méd Méx Vol. 140, núm. 3.
9. García Jordá D, Díaz Bernal Z (2010). *Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio*. Rev Cubana de Salud Pública, 36(4), pp. 330-336.
10. Fajardo Dolci G et al. (2009). *Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007*. Salud Pública de México. Vol. 51, núm. 2.
11. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (2011). Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional. *Quejas concluidas por especialidad*. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/estadistica/estadistica_2011.php Consultado: 28/09/12.
12. Mino F (2012). *Parir con dolor. La violencia obstétrica en los servicios de salud*. Periódico La Jornada, núm. 189, México, abril 2012.
13. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Disponible en: http://venezuela.unfpa.org/doumentos/Ley_mujer.pdf Consultado: 20/09/12.
14. Pérez D' G (2010). *Obstetric Violence: a new legal term introduced in Venezuela*. International Journal of Gynecology and Obstetrics, Vol. 111(3), pp. 201-202.

15. Benítez Guerra G (2008). *Editorial Violencia obstétrica*. Revista de la Facultad de Medicina. Vol. 31, núm. 1, Venezuela, pp. 5-6.
16. Villanueva LA (2010). *El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un ginecoobstetra*. Rev. CONAMED. Vol. 15, núm. 3, México, pp. 147-151.
17. Nussenzweig S (2010). "Formación en obstetricia: los conflictos entre la enseñanza y la capacitación médica y la estructuración de los derechos humanos en la atención del parto en San Pablo, Brasil". En: Castro R, López Gómez A (eds.). *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. Montevideo: Universidad de la República/México: UNAM, CRIM; 2010.
18. Castro Pérez R (2010). "Habitús profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos a la salud reproductiva en México". En: Castro R, López Gómez A (eds.). *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. Montevideo: Universidad de la República/México: UNAM, CRIM; 2010.
19. Castro Santoro R (2009). "Reducción de mortalidad materna en Chile: lecciones aprendidas". En: *Los determinantes de mortalidad materna en México y América Central: hacia un enfoque multisectorial*. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud.
20. García Vázquez I, Moncayo Cuagliotti SE, Sánchez Trocino B (2012). *El parto en México, reflexiones para su atención integral*. Ideas CONCYTEG, 7 (84), 2012, pp. 814-844.
21. Monsalve Vergara CA. *Curso de preparación a la maternidad y la paternidad*. Secretaría de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá, Colombia, p. 9.
22. Dando a luz AC. (2011). *Test de Violencia Obstétrica*. Argentina. Disponible en: <http://www.dandoaluz.org.ar/pdfs/TestdeViolenciaObstetrica.pdf> Consultado: 02/10/12.
23. Campos Castolo M (coord.). *Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica*. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México. Disponible en: recomendaciones@conamed.gob.mx Consultado: 03/10/12.
24. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html> Consultado: 20/09/12.
25. Ley de Acceso de Las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. Disponible en: <http://docs.mexico.justia.com.s3.amazonaws.com/estados/veracruz> Consultado: 20/09/12.
26. López Sánchez A (2011). *Oaxaca en el camino hacia una vida libre de violencia contra las mujeres*. Boletín Electrónico de Sociedad, Género y Políticas Públicas. Oaxaca, pp. 8-9.
27. Organizaciones por Violencia Obstétrica (2011). *Por un debate científico y razonado para tipificar la violencia obstétrica como violencia de género*. Oaxaca. Disponible en: <http://con.sorciooaxaca.org.mx/2011/12/06/comunicado-de-organizaciones-por-violencia-obstetrica/> Consultado 27/09/12.
28. Arizmendi Campos L (2012). *Iniciativa que reforma el artículo 6o. de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, Gaceta Parlamentaria, Número 3452-IV, México.
29. Comisión de Equidad y Género (2012). *Dictamen negativo con puntos de acuerdo por los que se desecha la iniciativa con proyecto de decreto que reforma el artículo sexto de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. Gaceta Parlamentaria, núm. 3498-VIII, México.
30. Barbosa da Silva FM *et al.* (2011). *Prácticas para estimular el parto normal*. Index Enferm. Vol. 20, núm. 3, Granada.
31. *Declaración de Ceará sobre la humanización del parto* (1985). Fortaleza, Brasil. Lancet. Vol. 2, pp. 436-437.
32. Rey G *et al.* (2006). *Uso de simuladores en ginecología y obstetricia*. Experiencia en la enseñanza de pregrado. Educación Médica, 9(4B), pp. 229-233.
33. Illich I (1975). *Némesis médica*. La expropiación de la salud. Barral, Barcelona, pp. 9-10.
34. Oseguera Rodríguez J (2006). *El humanismo en la atención médica*. Revista Educación. Vol. 30, núm. 1, Costa Rica, pp. 51-63.
35. Orellana Peña C (2008). *Intimidad del paciente, pudor y educación médica*. Persona y bioética. Vol. 12, núm. 30, Colombia, pp. 8-15.
36. Espinosa Rey J, Cedillo Pérez MC (2012). "La importancia de la tutoría clínica en la educación médica". En: *Los retos de la educación médica en México*. Academia Nacional de Educación Médica. Vol. 1, núm. 1, México, pp. 60-73.

Lecturas recomendadas

- Cabrera Ditzel J (2003). *Realidad y expectativa en torno a la atención del parto en Chile: renacer del parto natural*. Rev Chil Obstet Ginecol, Chile, 68(1), pp. 65-67.
- Camacaro Cuevas M (2009). *Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... improntas de la praxis obstétrica*. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer [online], vol. 14, núm. 32, pp. 147-162.
- Castro R, Erviti J (2003). "La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio". En: López P, Rico B, Langer A, Espinoza G (comps.). *Género y Política en salud*. México: SSA-UNIFEM, 2003, pp. 255-274.
- González Menéndez R (2003). *La relación médico-paciente y su significado en la formación profesional*. Educ Med Sup, 17(4), Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García", La Habana, Cuba.
- González Ramos I *et al.* (2004). *Relación estudiante de medicina-paciente: La perspectiva de los usuarios de un hospital escuela*. Investigación en salud. Vol. VI, núm. 003, Universidad de Guadalajara, México, pp. 188-193.

Proceso salud-enfermedad mental-atención

Nicolás Morales Sáez



Conceptos clave

- Culturalismo • Psiquiatría colonial • Etnopsiquiatría
- Desorden étnico • Desculturación • Transculturación
- Psiquiatría transcultural • Antropología psiquiátrica

Introducción

El campo de la salud mental ha sido hasta el tiempo presente una de las áreas de formación y práctica clínica abordadas con menor profundidad en el currículum de pregrado de los profesionales de la salud. Reducida en la enseñanza de la medicina al dominio de la especialidad de la psiquiatría, la salud mental no ha sido interrogada en sus fundamentos epistémicos y políticos. En otros términos, no se ha puesto a prueba qué comprendemos por salud mental y con base en cuáles argumentos sostenemos la delimitación de su campo de acción. De este modo, antes de plantear una definición normativa de salud mental, se busca indagar en algunas aproximaciones que han explorado teórica y empíricamente las enfermedades mentales desde su contexto social, cultural, político e histórico. Sin pretender una revisión exhaustiva de las teorías y líneas de investigación desarrolladas, el objetivo principal es dar cuenta de los principales conceptos e ilustrar la complejidad de un campo que requiere aún mayor profundización.

Desde la emergencia del psicoanálisis en los albores del siglo xx, una serie de referencias cruzadas se han planteado entre la antropología y las ciencias *psi*. En esta revisión se distinguen cuatro corrientes principales que han representado de modo más o menos convergente las articulaciones teóricas entre los factores socioculturales y el proceso salud/enfermedad mental/atención: la llamada escuela de Cultura y Personalidad, la etnopsiquiatría, la psiquiatría transcultural y la antropología psiquiátrica.¹ Asimismo, se incluyen algunos autores que sin formar parte de estas corrientes han presentado aportes significativos al debate.

En el primer apartado se señalan los principales antecedentes y debates que involucran tanto a antropólogos como clínicos en la conformación del campo disciplinario. En el curso de la primera mitad del siglo xx se destaca la difusión del psicoanálisis, la emergencia del culturalismo y, en menor medida, los resabios de la psiquiatría colonial. En el segundo apartado se expone brevemente el surgimiento de la etnopsiquiatría, en particular a partir de la obra de Geor-

ges Devereux, señalando sus principales conceptos teóricos y algunas herramientas analíticas. Asimismo, en la presentación de las categorías de análisis se situará el debate sobre el cambio cultural y la crítica a la psiquiatría colonial. En el tercero y último apartado se incorporan algunas experiencias de trabajo colaborativo entre antropólogos y psiquiatras, así como dos corrientes *ad hoc*: la psiquiatría transcultural y la antropología psiquiátrica.

Del psicoanálisis a la etnopsiquiatría

Desde la publicación de Freud en 1913 de *Tótem y Tabú*, el debate sobre la dimensión cultural de la enfermedad mental y la dimensión psiquiátrica de la cultura se ha desplegado en una pléyade de autores que han argumentado a favor y en contra de la universalidad del psiquismo, valiéndose de disímiles usos y definiciones de la cultura.¹¹ En el caso de Freud, apoyándose en textos de Frazer y Tylor, se trata de la afirmación de haber encontrado un fundamento etnológico para establecer una **correspondencia metodológica** entre el desarrollo del psiquismo y la evolución cultural. Más allá del evolucionismo lineal que reproduce el incipiente desarrollo de la disciplina antropológica de la época, se observa en esta tesis una apuesta interdisciplinaria por interrogar una serie de “datos culturales” desde un sostén teórico común. Un punto clave para entender el desarrollo del campo **etnopsicoanalítico** consiste en la apuesta simétrica por sostener la irreductibilidad de la cultura por la teoría psicoanalítica o la biología (cuya negación es el lenguaje solipsista del psicoanálisis o el dogmatismo cientificista de la psiquiatría) y, al mismo tiempo, la irreductibilidad del psiquismo por la etnología o la antropología (cuya negación es el relativismo cultural que predomina en la antropología estadounidense).^{1,2}

La obra de Freud citada antes inaugura una controversia propiamente antropológica que involucra al maestro del método etnográfico clásico, B. Malinowski. El antropólogo polaco-británico se encontraba en Australia cuando toma conocimiento de la obra, y decide poner a prueba la tesis de Freud sobre la universalidad del complejo de Edipo en la sociedad que habría de estudiar de modo exhaustivo: las islas Trobriand, en Melanesia.¹ Los resultados serían publicados en 1927 en un texto denominado *Sexo y represión en la sociedad primitiva*,³ en el cual cuestiona el postulado freudiano, limitando el alcance del complejo de Edipo a la sociedad

patriarcal "occidental", a la que contrasta con la organización matrilineal de la descendencia en la sociedad trobriandesa donde el rol del padre como figura de autoridad no se observa, sino que la investidura del poder familiar recae sobre el hermano de la madre (el tío materno).¹ Y es a partir de este dato etnográfico que algunos años más tarde, el etnólogo y psicoanalista húngaro, Géza Róheim, busca reivindicar la tesis de *Tótem y Tabú* realizando trabajo de campo en la isla de Normanby, muy cercana a las islas Trobriand. Róheim sostiene que el complejo de Edipo sí se verifica en una sociedad matrilineal, sólo que la angustia de castración se manifiesta desplazada en este caso contra el tío materno (complejo avuncular) y el deseo incestuoso privilegia a la hermana o a la tía.^{1,4} En investigaciones posteriores Róheim perseverará en la demostración de la unidad psíquica de la humanidad a través de la recolección de material etnológico preferentemente relacionado con el contenido de los sueños.⁴

En la década de 1930-1939 y en el periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial, la recepción del debate entre psicoanálisis y antropología encuentra un nicho específico en Estados Unidos, particularmente en la escuela boasiana: Ruth Benedict, Margaret Mead, Ralph Linton y Melville Herskovits,⁵⁻⁸ entre otros, pueden ser considerados los antropólogos más representativos de este movimiento, denominado Cultura y Personalidad en referencia a la elaboración de modelos culturales originales de desarrollo psicológico. Su relativismo cultural característico pone el énfasis en la psicología de las sociedades "tradicionales" a partir de una definición de cultura centrada en rasgos conductuales observables y clasificables en patrones específicos para cada sociedad.^{9,III}

Las principales críticas al enfoque **culturalista** pueden ser resumidas en los siguientes términos:

- a) Aplicación de un modelo mecánico, basado en una comprensión de la sociogénesis simplista que se apoya en causalidades lineales y determinaciones directas. Por ejemplo: la premisa que señala que cada sociedad dada "elige" un determinado rasgo dentro de un "arco cultural" de posibilidades.⁵ Según estas tipologías habrían pueblos predispuestos a la paz como los Zuñi o los Arapech, y pueblos predestinados a la guerra como los habitantes de la isla Dobu o los Mundugumor.
- b) Reducción del psiquismo a lo manifiesto, vale decir, las conductas observadas, reproducidas conscientemente por el grupo, donde el "yo" es subsumido por la "personalidad básica" del grupo. En suma, el culturalismo realiza un uso superficial del psicoanálisis y del método etnográfico, que compartimentaliza las variaciones culturales, omitiendo los aspectos comunes y solidarios en las sociedades estudiadas.
- c) Reificación de la diferencia cultural bajo el signo del relativismo, que implica un desplazamiento del etnocentrismo que se pretende superar. De este modo, de la simple oposición dual "civilizados"/"primitivos" que está en la base del argumento colonizador se pasaría a la

multiplicidad de "otros" parcelados, donde a cada uno le corresponde su etnólogo particular.¹

A partir del decenio de 1960-1969, el culturalismo estadounidense tomará vertientes de estudio más específicas, incluyendo, por cierto, una considerable producción académica en el campo de la antropología médica; no obstante, en relación con el campo que nos convoca, esta línea de investigación será conocida en adelante como antropología psicológica.¹⁰ En forma paralela a esta corriente mayoritariamente estadounidense, otra serie de autores de orígenes diversos comenzó a profundizar en un campo denominado etnopsiquiatría, heredero tanto de la **psiquiatría colonial** como del etnopsicoanálisis de inspiración freudiana.^{11,IV}

Una etnopsiquiatría crítica

El término **etnopsiquiatría** fue empleado por primera vez por Louis Mars, psiquiatra haitiano, en 1946, en un texto titulado *La crise de possession dans le vaudou*, aunque la aproximación del autor fuera todavía una derivación de la **psiquiatría comparada** propuesta por Emil Kraepelin (cuadro 28-1).^{12,V} No obstante, para el sentido específico atribuido a la disciplina a dos anclas entre la etnología y el psicoanálisis, el papel jugado por Georges Devereux ha sido fundamental no sólo por su vasta producción bibliográfica sino también por su significativo rol formador.^{VI,VII}

El pensamiento original de Devereux se fue formando a lo largo de un sistemático trabajo de recopilación de datos etnográficos y clínicos. En su primer libro, Devereux describe la psicoterapia realizada a un indígena de la nación Backfoot,¹³ veterano de guerra, en una clínica especializada de Topeka (Kansas), incluyendo en el análisis psicoterapéutico la dimensión cultural del padecimiento (neurosis y alcoholismo), y que da cuenta tanto de un área cultural específica (en la línea de Kroeber) como de la personalidad étnica del grupo (véase la referencia a Linton de 1945). No obstante, desde entonces comienza a argumentar por una dimensión universal que llamará "cultura en sí" que lo apartará progresivamente del culturalismo.¹⁴ Este uso ambivalente de la noción de cultura se manifiesta asimismo en un concepto recurrente en su obra: el "desorden étnico", en aspectos formales similar a aquel de "síndrome de filiación cultural", aunque la utilización de la adscripción exotista difiera en el ensayo de 1965 titulado *La esquizofrenia, psicosis étnica*, y en el ensayo precedente de 1939, *Una teoría sociológica de la esquizofrenia*.¹⁵

La definición de etnopsiquiatría en sí misma varía en diferentes obras. En la publicación de *Mohave ethnopsychiatry*,¹⁶ la primera noción del término es la de una etnociencia: "las teorías y prácticas psiquiátricas de una tribu primitiva", similar a una definición de etnobotánica o etnogeografía. En el mismo texto se describe más adelante a la etnopsiquiatría como el "estudio de la cultura y de la personalidad anormal".¹⁷

Cuadro 28-1. La etnopsiquiatría en Haití.

Louis Mars publicó en 1946 *La crise de possession dans le vaudu*, un texto que se nutre tanto de la perspectiva comparativa de Kraepelin como de la tradición etnológica francesa. El prefacio de Devereux del libro antes citado enfatiza que no se trata de un texto psiquiátrico exclusivamente occidental, sino que asume una perspectiva "universal". En la misma época, en el marco de la crítica al colonialismo, se difunde la reivindicación de la negritud de Aimé Césaire, la cual involucrará, entre otros, a Léopold Sédar Senghor de Senegal, así como a Frantz Fanon. Asimismo, otra referencia fundamental en la obra de Louis Mars ha sido el libro de su padre, Jean Price-Mars, titulado *Ainsi parla l'Oncle* (Así habla el Tío) de 1928, donde situaba el análisis del vudú desde la sociología y la etnografía, como un fenómeno propiamente religioso en una sociedad haitiana heredera de África.

Note que de modo sincrónico, a diferencia de las primeras investigaciones afrocaribeñas de Fernando Ortiz en las cuales predominaba todavía la teoría de la degeneración dentro del positivismo criminológico, para el caso haitiano, la influencia de la escuela francesa permitió un enfoque universalista que no limitaba el estudio del vudú a un dato exótico, sino que le daba un lugar privilegiado en la comprensión de la cultura *creole* haitiana. Es en este contexto que es posible situar el artículo de Mars de 1945, *The story of Zombi in Haiti*, en el cual describe el caso de una mujer de una aldea haitiana, que debido a su conducta bizarra y lenguaje ininteligible es considerada una *zombi*, es decir, una mujer que ha sido poseída por un espíritu (vudú) que ha regresado de la muerte traída por un sacerdote. La actualidad del artículo citado puede ser observada en el reporte de Littlewood y Chavannes quienes han explorado con mayor detalle tres casos de zombificación indagando en las interpretaciones biomédicas y religiosas locales.⁴⁶

En la misma década de 1940-1949, François Duvalier, también un médico haitiano formado en la etnología como Louis Mars, desarrollará un programa ideológico a partir de la reivindicación de la raza negra, en oposición radical a la clase alta mulata, y llegará al poder a fines de la década de 1950-1959. Instaurará una dictadura que se mantendrá en el poder más de 30 años, haciéndose llamar *Papa Doc*, instrumentalizando de este modo la religión vudú. Duvalier creó un grupo paramilitar llamado *Tontons macoutes*, a cuyos jefes elevó a rango de *oungans* (sacerdotes vudú) quienes emplearon el terror y las acusaciones de brujería con el fin de diezmar a la oposición.^{47,48}

Respecto al uso indistinto de etnopsiquiatría o etnopsicoanálisis, se ha afirmado que Devereux se vio forzado a evitar el término etnopsicoanálisis en sus primeros trabajos, el cual prefería, debido al celo profesional estricto de los psicoanalistas estadounidenses ligados a la IPA (*International Psychoanalytical Association*), que desconfiaban de su trayectoria atípica.¹² En los *Ensayos de Etnopsiquiatría General*, pese al título, será notable el predominio del psicoanálisis sobre la nosología psiquiátrica. Y es en *Etnopsicoanálisis complementarista*, donde su propuesta metodológica se manifiesta con mayor claridad.¹⁵

Devereux retoma de Bohr la noción de **complementariedad** que no corresponde a un simple acoplamiento o superposición de enfoques.¹⁵ La complementariedad para Bohr parte de una contradicción metodológica en el estudio microfísico de los electrones.^{viii} La relevancia radica en que esta imposibilidad está dada por el papel del observador que *modifica inevitablemente* la experiencia observada.

Devereux sostiene, entonces, que para las ciencias humanas el estudio de un "hecho bruto" *se transforma en dato* psicológico o sociológico sólo a partir de una determinada explicación, y que el contraste simultáneo de dichas explicaciones implicaría una evidente contradicción si se tomara sólo el punto de vista de un dominio de análisis particular. Así, "el principio de complementariedad parece intervenir ya en el nivel de la transformación del hecho bruto en dato a una u otra de estas ciencias". Las fronteras disciplinarias, por tanto, no son "fronteras" dadas; es el observador quien las define, es a partir de las limitaciones propias del observador que la realidad es construida.

La consecuencia práctica de estas premisas asume que las limitaciones del observador deben formar parte, entonces, de la agenda de cualquier investigación. En *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*, Devereux expone detalladamente el rol de la **contratransferencia** que ejerce el investigador hacia su "objeto" de estudio.¹⁸ Haciendo un símil con el proceso analítico, el investigador nunca parte de una posición neutra, sino que imprime en el análisis sus propios miedos y defensas inconscientes, que sólo podrán ser "controladas" a través de su explicitación y vigilancia permanentes.

Ahora bien, en contraste a la utilidad de las precisiones metodológicas previas, una de las limitaciones de Devereux fue su adscripción llana al estructuralismo. En el capítulo III, "Cultura e inconsciente", de *Etnopsicoanálisis* sostiene el siguiente postulado:¹⁹

Si todos los psicoanalistas preparasen una lista completa de todas las pulsiones y de todos los deseos y fantasías revelados en el medio clínico, esa lista correspondería punto por punto a una lista, establecida por los etnólogos, de todas las creencias y todos los procedimientos culturales conocidos.

Laplantine señala en este postulado una "metodología de las correspondencias", que sería una actualización de la operación que Freud realizó en su interpretación del arte, el pensamiento y la religión.^{ix} La universalidad del psiquismo y de la cultura, bajo esta mirada, se centrarían en un orden basado en la anulación del tiempo, y por tanto, de la historia, revelando la impronta maussiana de la totalidad, y un paradigma semiológico que operaría a través de una lógica combinatoria, tal como en el *bricolage* planteado por Lévi-Strauss.⁹

Señalaremos a continuación algunos instrumentos operativos de la investigación etnopsiquiátrica, que ilustran sobre los usos específicos de la cultura:

Desorden étnico. Proceso de estructuración cultural del síntoma. El contenido expresado en la enfermedad mental representa formalmente características propias del grupo étnico a través de defensas que corresponden a un "tipo ideal" modelado culturalmente. Por ejemplo, según Devereux, en la esquizofrenia se puede observar la tendencia al aislamiento de la sociedad "occidental", que junto a otros as-

pectos permiten su configuración como una psicosis étnica. Un aspecto polémico de este concepto es señalar que el chamánismo sería una forma de desorden étnico considerando el proceso egodistónico que atraviesa un sujeto para devenir en chamán.¹⁵

Desorden idiosincrático. En oposición a la definición precedente, en este tipo de enfermedades no habrían modelos culturales que se expresen de modo típico o frecuente, sino que los síntomas serían “improvisados” a partir de ítems culturales indistintos.¹⁵

Desculturación. Siguiendo a Laplantine, “el concepto de desculturación permite dar cuenta del proceso que consiste en desprender los materiales culturales de la matriz que les da sentido para ‘metamorfosearlos’ en síntomas. Es un proceso de desposesión social no solamente de la cultura a la cual se pertenece, sino de toda cultura, y que tiene por corolario un empobrecimiento de la personalidad y un sufrimiento del individuo”.^{9,x}

Esta definición debe ser contrastada con la definición antropológica de aculturación que implica un proceso de transformación de una cultura dominada por efecto de otra cultura dominante, la cual ha sido parte de la agenda culturalista de investigación desde el *Memorandum* de Redfield, Linton y Herskovits.²⁰ Asimismo, es necesario destacar la influencia de la obra de Roger Bastide que da cuenta de la transformación cultural como un proceso dinámico, condicionado social e históricamente.^{x1} En la **transculturación** es notable la reciprocidad de los intercambios entre las culturas, particularmente en el proceso en el cual una cultura dominante se deja poco a poco transformar por una cultura considerada como dominada.⁹

La introducción de Bastide marca una distancia con el psicoanálisis y permite explorar, aunque sea de manera somera, el legado colonial de la etnopsiquiatría que visibiliza las relaciones de poder y dominación, donde antes sólo sobresalía la diferencia cultural.^{49,x11} A modo de ejemplo, en el documental etnográfico de Jean Rouch de 1955, *Les maîtres fous*, se registran los ritos de posesión entre los Hauka (Ghana) en los cuales se representa la dominación británica a través de la violencia del drama.²¹ Pero es en la obra del psiquiatra martiniqués Frantz Fanon donde la refutación de la psiquiatría colonial desde un análisis sociológico y político impregna una obra profundamente marcada por las luchas de liberación africanas.

Fanon, cuya formación de psiquiatra se desarrolla en Lyon, escribió en 1952 *Piel negra, máscaras blancas*, libro en el que critica el racismo científico que impera en la república francesa a propósito de la interpretación psicologista de Mannoni, quien argumenta la existencia de un “complejo de inferioridad” en la población malgache que explicaría su reacción violenta contra la administración colonial.^{22,50,51} El compromiso político de Fanon lo llevará a Argelia, donde pasará del trabajo clínico en el hospital psiquiátrico de Blida-Joinville a formar parte de la lucha anticolonial en el ELN

(Ejército de Liberación Nacional) desde 1956, y es tan sólo unos meses antes de la liberación de Argelia que publica *Los condenados de la tierra*, donde describe en prosa política el traumatismo de un pueblo colonizado refutando a la psiquiatría colonial que desde Porot había tachado al “norafricano” como lobotomizado, pasando por la actualización psicologista de Carothers.^{52,x111} En el capítulo V titulado “Guerra colonial y trastornos mentales” Fanon (1961), luego de exponer las consecuencias psicológicas de la dominación colonial a través de una serie de casos fechados entre 1954 y 1959 tanto en combatientes del ELN como en funcionarios franceses que ejercieron tortura, da cuenta de cómo la violencia social y política se encuentra incrustada en relaciones de dominación colonial.⁵² La ilustración del supuesto “síndrome norafricano” no evidencia, entonces, un trastorno de la cultura dominada, sino una categoría puesta en acto por la psiquiatría académica que se enfrenta ante otro subyugado.²²

De modo sincrónico, Ernesto de Martino da un giro inédito a la investigación etnográfica en la Italia de la década de 1950-1959.^{x1v} Especializado en el fenómeno de la magia en el sur de Italia, desarrolla en 1959 un estudio en profundidad sobre un padecimiento popular denominado *tarantismo* que afecta principalmente a algunos campesinos depauperados. El equipo de investigación está formado por un historiador de las religiones (De Martino) y cuatro especialistas colaboradores formados en psicología, psiquiatría, etnomusicología y antropología cultural.²³ En *La tierra del remordimiento* se logra ilustrar de modo sobresaliente un padecimiento localizado cultural y geográficamente *articulado* con procesos macrosociales e históricos, y de forma no menos relevante, se introduce la pregunta por la eficacia curativa de la música y la danza ritual.²⁴⁻²⁶

Teoría y clínica

Hemos trazado una perspectiva crítica sobre el desarrollo del culturalismo y de la etnopsiquiatría en un periodo de posguerra caracterizado por un intenso debate teórico y político. La clínica ha servido para estas líneas de trabajo como herramienta para la discusión teórica. Pero así como la psiquiatría colonial no ha dejado de estar al servicio de la administración política, los usos de la cultura también han buscado la contribución de la antropología a la psiquiatría tanto en el registro clasificatorio que permita construir una nosografía con fines epidemiológicos, como en la adaptación “cultural” de los servicios médico-psiquiátricos en poblaciones diversas.

Es probablemente en el Hospital de Fann, distrito de Dakar (Senegal), donde podemos rastrear una de las primeras experiencias de colaboración entre psiquiatras y antropólogos en un contexto poscolonial a partir de los sesenta.²⁷ En 20 años de trabajo un equipo multidisciplinario logró sacar del claustro a la etnología francesa para elaborar tanto una experiencia de desinstitucionalización manicomial como una aproximación “transcultural” al tratamiento de las

enfermedades mentales a través de grupos terapéuticos que incluían la participación de familiares, socioterapeutas, sanadores tradicionales, psicólogos, psiquiatras, etnólogos y sociólogos.^{26,XV} A pesar del esfuerzo de Collomb por dejar una escuela en Dakar, el impacto del equipo de Fann no tendrá continuidad en el contexto senegalés.²⁸ En París, el eco de aquella experiencia se prolongará en la vertiente clínica de la etnopsiquiatría de Nathan que ofrece atención a migrantes de África y Asia y sus descendientes nacidos en Francia.^{XVI}

En Estados Unidos y Canadá primero, luego en Inglaterra, emerge una subdisciplina psiquiátrica que será conocida como **psiquiatría transcultural**. La publicación por la Universidad McGill a partir de 1956 del boletín *Transcultural Research in Mental Health Problems* marca el hito de inicio.^{XVII} Al equipo de Montreal que forma el psicoanalista Eric Wittkower junto al antropólogo Jacob Fried, se agregarán otros médicos y antropólogos quienes se plantean el "problema básico de si se encuentran transculturalmente las mismas enfermedades o corresponden a entidades diferentes".²⁹ Como grupo profesional marginal a la corriente hegemónica, este equipo será parte de un periodo de profundas transformaciones de la práctica psiquiátrica a nivel global, condicionadas principalmente por una retirada del psicoanálisis y el auge del biologicismo.³⁰ De modo significativo, emerge en las discusiones en las revistas especializadas, a las que se agregan a fines del decenio de 1970-1979 *Social Science & Medicine* y *Culture, Medicine & Psychiatry*, un cuestionamiento sobre los factores culturales y sociales de la psiquiatría hegemónica en un ejercicio de *insight* profesional poco habitual que Kleinman ha denominado como "nueva psiquiatría transcultural".³¹ Una reedición del debate universalismo vs. culturalismo retomará las categorías antropológicas y médicas, donde Kraepelin será reivindicado tanto por su legado fundacional de un método comparativo, como por su uso *ad hoc* de la cultura que le permitía la asimilación de categorías psiquiátricas "exóticas".^{26,XVIII}

Por otra parte, la **antropología psiquiátrica** es un campo heterogéneo y heteróclito de investigación cuya caracterización será provisoria con el fin de ilustrar la dimensión cultural de la práctica psiquiátrica hegemónica. Las influencias provienen de la sociología de las enfermedades mentales de Bastide,⁶⁷ la sociología de la desviación,³² el interaccionismo simbólico,³³ la Escuela de Palo Alto,³⁴ y de la obra de los filósofos Michel Foucault y, más recientemente, Ian Hacking.^{68,69} Algunos trabajos que podríamos calificar de representativos de este campo corresponden a Kleinman y Good, Young, Biehl, Fassin y Rechtman y Kitanaka.⁷⁰⁻⁷⁴ En términos amplios, este campo en construcción tiende a romper los límites de las categorías psiquiátricas para negociar las definiciones conceptuales apropiadas en un esfuerzo que Léze ha sintetizado como la posibilidad de una sociología de la salud mental.³⁵

A modo de corolario, dejaremos planteado el debate tal vez más actual de la aproximación antropológica a la salud mental, que es a su vez una síntesis de las diversas tendencias teóricas y empíricas que se han esbozado. Rechtman

Cuadro 28-2. La investigación epidemiológica transcultural.

La epidemiológica psiquiátrica se ha preocupado principalmente de la variabilidad sintomatológica que retoma la vieja discusión sobre la patogenia y la patoplastia que Kraepelin utilizara para incorporar algunos síndromes de filiación cultural a su nosología.²⁶ Para tal efecto se ha preocupado por estudiar la prevalencia de enfermedades mentales en regiones y contextos diversos bajo ciertas premisas. La más debatida entre ellas ha sido una que Kleinman ha señalado como la falacia de la categoría.³¹ La falacia consiste en pretender estudiar la distribución transcultural de una enfermedad mental empleando *a priori* una serie de ítems nosológicos que corresponden a atributos definidos por la psiquiatría "occidental". De este modo, lo observado se limitará sólo a lo que coincida con el patrón buscado y la diversidad de la cual se pretendía dar cuenta permanecerá omitida, ya que se carece de otras herramientas que permitan dar cuenta de otras manifestaciones clínicas y culturales.

La epidemiología psiquiátrica transcultural se aboca asimismo al estudio del pronóstico de las enfermedades mentales en contextos diversos y a la adaptación cultural de categorías psiquiátricas.^{26,36}

ha planteado dos modelos de análisis que permiten situar dos grandes vertientes: un modelo nosológico y uno antropológico general.⁷⁵

1. En el modelo nosológico predomina el análisis de las variantes clínicas en la expresión de la patología mental. Este modelo puede a su vez ser descompuesto en un modelo epidemiológico y en uno etnomédico.
 - a) En el submodelo epidemiológico se incluye el auge del neokraepelinismo, la construcción de taxono-

Cuadro 28-3. Los síndromes de filiación cultural.

La discusión sobre los "síndromes de filiación cultural" (SFC) es un fecundo terreno para el debate que ha sido insuficientemente tratado dado el predominio de la corriente interpretativa de la antropología médica que, salvo excepciones, no ha interrogado sus supuestos teóricos.⁷⁷ Desde la difusión de la categoría por Simons y Hughes, su uso se ha expandido hasta su superposición con la noción de desorden étnico de Devereux, y no ha podido desligarse aún de la connotación exotista heredera de Kraepelin, que buscaba establecer equivalencias entre trastornos de "ultramar" con la nosología psiquiátrica europea.⁷⁸

En términos generales, un SFC puede ser definido como una "constelación de síntomas que ha sido definida como una enfermedad" en una cultura dada, y satisface los cuatro siguientes criterios: 1) no puede ser comprendido fuera de un contexto cultural o subcultural dado; 2) su etiología traduce y simboliza valores y normas centrales de esta cultura; 3) el diagnóstico se basa en tecnologías e ideologías propias a esta cultura, y 4) un tratamiento eficaz no puede ser realizado sino por miembros de esta cultura.⁷⁹

La principal crítica a la categoría es que cualquier padecimiento, sea este propio de la biomedicina o de un sistema médico subalterno (indígena o popular), cumple los criterios antes señalados, ya que no es posible comprenderlos fuera de su propio sistema cultural. La utilidad heurística, por tanto, se ve reducida, salvo que el interés se limite al estudio etnomédico y se excluyan las dimensiones sociales, políticas e históricas en que se expresan los padecimientos. Para un ejemplo, remítase al denominado "síndrome norafricano" o al caso de la "histeria ártica", que ha sido revelado recientemente por el historiador Lyle Dick en Canadá.⁶⁵ Para un giro "poscolonial" en el análisis, véase Good y otros.⁸⁰

mías y la inclusión de categorías como los "síndromes de filiación cultural" (cuadro 28-2).

- b) El submodelo etnomédico se caracteriza por la descripción etnográfica de categorías nativas catalogadas como "síndromes de filiación cultural", *idioms of distress* o "modelos explicativos de los padecimientos" (cuadro 28-3).
2. En contraposición, el modelo antropológico general parte de la premisa de que la enfermedad y los sistemas explicativos no resumen el conjunto del problema de investigación.^{xix} La propuesta permite observar que la discusión de fondo sobre el pluralismo médico debe superar la reificación de la cultura a través de categorías *ad hoc* descontextualizadas y avanzar hacia una agenda de investigación amplia e interdisciplinaria.

Actividades de evaluación

1. Señale las principales críticas al enfoque culturalista en el campo de la salud mental y vincúlelas al menos a dos de los siguientes debates contemporáneos:
 - a) El sustento teórico de los síndromes de filiación cultural.
 - b) La incorporación de los factores culturales en los sistemas de clasificación psiquiátrica internacional (DSM; Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico).
 - c) El modelo de estrés de aculturación y la atención de salud mental de población migrante.
2. Profundice en el contexto histórico, político y cultural haitiano y plantee de modo sintético dos hipótesis posibles para explicar la emergencia de la etnopsiquiatría en esta nación.
3. Explore en catálogos hemerográficos y encuentre dos publicaciones académicas a texto completo en el campo de la epidemiología psiquiátrica que adopten una perspectiva transcultural. A continuación analice su propuesta metodológica desde la noción de falacia de la categoría y evalúe si los investigadores emplearon alguna herramienta para paliar este problema.
4. Describa por lo menos cuatro características de la psiquiatría de orientación biomédica que permitan definirla como un sistema cultural específico.
5. Describa un centro de salud mental que atienda población indígena o migrante en su ciudad y señale al menos cinco medidas de adaptación cultural del proceso de atención, o en su defecto destaque explícitamente las instancias (cinco) en las que sería necesario adoptar estas medidas.

Citas adicionales

- I A falta de un término más apropiado hemos restringido el concepto de "proceso salud/enfermedad/atención" (Menéndez, 1981) al estudio de las "enfermedades mentales" y de la "salud mental", introduciendo el adjetivo "mental", con la precaución de tomar distancia crítica del dualismo mente/cuerpo inherente al término.³⁷
- II La importancia histórica de *Tótem y Tabú* radica en el planteamiento de una teoría sobre la universalidad del complejo de Edipo, al comparar el desarrollo de las neurosis infantiles con la institución del totemismo y la práctica de la exogamia como defensas contra el incesto en las mal llamadas sociedades primitivas.³⁸ Otras obras "etnológicas" de Freud, de acuerdo a Laplantine,⁹ corresponden a *Malestar en la cultura*, *El porvenir de una ilusión* y *Moisés y la religión mono-teísta*.^{39,40}
- III Benedict desarrolla, primero, en *Patterns of culture*, un modelo psicologista de la cultura, al reducirla a un patrón de

En este sentido, es posible retomar la propuesta de Martínez de tres grandes ejes de trabajo.³⁶

1. La investigación epidemiológica y etnográfica de tipo comparativo de los trastornos mentales. Esta línea puede considerarse el eje central de la psiquiatría transcultural y la etnopsiquiatría clásicas.
2. La asistencia psiquiátrica en contextos interculturales y el debate sobre las políticas públicas de salud mental. Esta orientación constituye el campo de la psiquiatría cultural entendida *stricto sensu*.^{xx}
3. El análisis de la psiquiatría como sistema cultural. Este campo aparece más vinculado a la antropología y sociología médicas, aunque también a la teoría psiquiátrica y a la historia de la psiquiatría.

pensamiento y acción; desarrolla, así, configuraciones culturales para definir la personalidad de diversos grupos étnicos: los Zuñi, en Nuevo México, a quienes llama "apolíneos"; los dobuanos en Melanesia y los Kwakiutl en la costa noroeste de Norteamérica, a quienes señala como "dionisiacos".

Mead, a su vez, contraponen en *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas* a tres grupos étnicos vecinos en Papúa-Nueva Guinea según los roles de género y el "temperamento" de sus congéneres; distingue, de este modo, a los "pacifistas" Arapesh de los "violentos" Mundugumor, diferenciándose ambos de los Tchambuli, en quienes observa una inversión de los roles de género tradicionales.⁶

Linton, más tarde, consolida el enfoque configuracional en una síntesis que amalgama en la noción de personalidad los rasgos observados de acuerdo al estudio de su frecuencia entre los miembros de una sociedad, introduciendo como variable al estatus social.^{7,41}

Herskovits, finalmente, siguiendo el legado boasiano, otorga un rol central a la defensa del relativismo cultural, según el cual la conducta de un grupo debía ser evaluada a la luz del contexto cultural específico. Se cierra, de esta manera, el círculo mediante el cual desarrollo psíquico es considerado el desenlace de una sobredeterminación cultural.⁸

- IV La psiquiatría colonial ha sido un campo insuficientemente explorado, particularmente en América Latina. Para un estudio de la psiquiatría colonial en África contamos con el trabajo de McCulloch sobre la obra de Carothers y otros médicos que describieron bajo parámetros racistas la "mente africana".¹¹ Sobre las implicancias políticas de esta "etno-psiquiatría" como el propio John Collins Carothers definió a su ámbito de investigación, véase el trabajo de Fassin, particularmente el apartado sobre la "psicología de los Mau Mau" en tanto instrumento de la administración colonial.⁴² Para un ejemplo de racismo científico, baste la definición de una entidad psiquiátrica denominada "drapetomanía" caracterizada como trastorno observado en los esclavos estadounidenses que consistía en unas ansias irrefrenables de fugarse de los campos de cultivo.⁴³
- V Note que Kraepelin, considerado el fundador de la psiquiatría "científica", rechazaba la teoría psicoanalítica ya que su hipótesis de base radicaba en una etiología biológica común de los trastornos mentales, verificable a través de la investigación clínica comparativa, en síndromes psiquiátricos universales, que en el caso de las psicosis estaban representados por la *dementia praecox* (que sería renombrada por Bleuler como esquizofrenia) y la *psicosis maniaca-depresiva*.⁴⁴ Para una revisión más detallada sobre la obra de Kraepelin y su vinculación sobre los usos de la cultura, véase Martínez-Hernández Á (2000).²⁶
- VI La biografía de Devereux ilustra en parte la compleja trama del siglo xx en la que se formó. En breves líneas sintetizaremos los hitos más importantes. Nació en Lugoj, en la región histórica de Transilvania en 1908, entonces parte del antiguo Imperio Austro-Húngaro, en una familia burguesa de origen judío, con el nombre de György Dobó. En su infancia domina cuatro lenguas: francés, alemán, húngaro y rumano. Con la anexión de Transilvania a Rumania en 1918, su adolescencia se desarrolla en un contexto de ferviente nacionalismo rumano en el cual se dicta el primer decreto de cuotas que limita el ingreso de los judíos a la universidad. En 1926, luego del suicidio de su hermano mayor, se va a París con el fin de estudiar física con Marie Curie y Jean Perrin. Abandona a los dos años los estudios de física. Sigue un breve aprendizaje de librero en Leipzig. En 1929 regresa a París y se inscribe en el Instituto de Lenguas Orientales para estudiar la lengua malaya. Al mismo tiempo sigue los cursos de Marcel Mauss y Lévy-Bruhl en el Instituto de Etnología. En 1932 cambia su nombre por el cual será reconocido. En 1933 obtiene una beca para realizar trabajo de campo en Estados Unidos (pueblo Hopi) y la Indochina francesa, donde estudia a la etnia Sedang durante 18 meses. En 1935, es apoyado por sus profesores franceses para seguir un doctorado en Antropología en la Universidad de California en Berkeley, con Alfred Kroeber, discípulo de Franz Boas. Siendo Kroeber especialista en los pueblos indígenas de California, Devereux defiende en 1938 una tesis titulada "La vida sexual de los Indios Mojaves". A partir de ese momento sus publicaciones se multipli-

can y emerge un interés notorio por los aspectos psicológicos centrados en la sexualidad y el suicidio, sin perder el contacto con sus amigos mojaves. En adelante, obtiene diversos puestos de investigación en el medio hospitalario estadounidense y adquiere dicha nacionalidad. Después de la Segunda Guerra Mundial regresa a Francia donde se inicia en el psicoanálisis con Marc Schlumberger. En 1944 enseña francés en la Universidad de Columbia y parte a Haití a dictar cursos de Sociología en Puerto Príncipe, donde conoce a Louis Mars. En 1946, prologa la obra de Mars señalándola como "el primer libro de síntesis de la psiquiatría comparada en ser publicado sin importar lengua o país cual que fuere". Más tarde obtiene un puesto en la Clínica Menninger de Topeka, Kansas, centro especializado en la atención de veteranos de guerra, donde su ejercicio del psicoanálisis es limitado, ya que carece del título de médico que otorga la legitimidad profesional entre los psicoanalistas estadounidenses. Apoyado por Géza Róheim, prosigue su formación analítica con Robert Jokl. En 1956 deja Kansas, y comienza a enseñar etnopsiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de Temple en Filadelfia. En 1963 es invitado por Roger Bastide y Claude Lévi-Strauss a enseñar en la Escuela Práctica de Altos Estudios de París, donde dicta un seminario de Etnopsiquiatría durante más de diez años en el cual se forman numerosos antropólogos, psicólogos y psiquiatras, entre los cuales se encuentran François Laplantine y Tobie Nathan, entre muchos otros.^{44,45}

- VII Una recopilación de su producción bibliográfica puede ser consultada en el sitio: <http://www.ethnopsychiatrie.net/actu/biblGD.htm>
- VIII Neils Bohr presenta una generalización del Principio de incertidumbre de Heisenberg a otros campos del conocimiento. El principio de incertidumbre se refiere, en física cuántica, a "afirmar la imposibilidad de determinar (medir) *simultáneamente y con la misma precisión* la posición y el momento de un electrón. En efecto, cuanto mayor es la exactitud con que medimos la posición de un electrón (en un instante determinado), tanto más imprecisa será la determinación de su momento, y a la inversa. Todo ocurre *como si* el experimento a que se somete al electrón lo 'obligase' a tener una posición o bien un momento *precisos*".¹⁹
- IX Las analogías señaladas por Freud serían entre la religión y la neurosis obsesiva, entre la filosofía y la esquizofrenia, y entre la histeria y el arte dramático, lo cual no implica, por supuesto, establecer relaciones de causalidad.⁹ Véanse las referencias a las obras "etnológicas" de Freud en la nota II.
- X La desculturación puede ser caracterizada a través de dos fenómenos "patológicos" de la cultura. El primero, denominado desculturación neurótica, refleja un proceso de ritualización de significación vacía donde el símbolo deviene solo repetición del signo, y es posible observarlo en la "neurosis de limpieza" en las amas de casa suizo-alemanas. El segundo, denominado desculturación psicótica, implica una desimbolización de las relaciones humanas, que Devereux señala en el fenómeno de los "cultos cargo" en Melanesia.¹⁹
- XI Roger Bastide estudió la transculturación en Brasil, donde vivió y enseñó sociología durante 20 años, así como lo hizo Fernando Ortiz en Cuba. En Brasil describió a los quilombos (en otros lugares de América Latina conocidos como palenques), aquellas organizaciones de esclavos en revuelta contra

- el ejército portugués, como un proceso de resistencia contra-aculturativa en respuesta a una aculturación avanzada.^{20,21} Devereux describió asimismo un proceso que llamó aculturación antagonista, caracterizado por la incorporación de elementos (medios o técnicas) de la cultura dominante con el fin de "evitar" la aculturación forzada.¹⁹
- XII La producción antropológica de Bastide podría calificarse de etnopsiquiátrica en un sentido amplio y genérico al contrastar su experiencia de análisis etnográfico y sociológico con teorías sociales sobre la enfermedad mental. Ésta puede encontrarse en *Sociología y psicoanálisis* (1950), *Sociología de las enfermedades mentales* (1965) y *El sueño, el trance y la locura* (1972).²¹ Para profundizar en el estudio de las religiones afro-brasileras en tanto fenómeno original de transculturación véase *El Candomblé de Bahía* (1958).
- XIII Antoine Porot, profesor fundador de la Escuela Argelina de psiquiatría en la primera mitad del siglo xx que representa la doctrina alienista abocada al estudio de la "mentalidad primitiva", sostuvo que el "indígena de Argelia" tenía sus facultades mentales superiores poco o nada desarrolladas, tesis que le permitía explicar su tendencia a la criminalidad.⁵²
- XIV Ernesto de Martino, formado como historiador, influido tanto por Benedetto Croce como por Antonio Gramsci, militante comunista y especialista en historia de las religiones, es reconocido póstumamente como uno de los indispensables en la formación de la antropología social italiana.^{49,53}
- XV En el equipo de Fann, se destaca la participación de Henri Collomb, psiquiatra que inició la transformación del Hospital de Fann y fundó la revista *Psychopathologie africaine*;⁵⁴ Andrés Zempléni, etnólogo colaborador del equipo que entonces realizaba su tesis sobre la eficacia de los rituales de curación entre los lebu y los wólof;²⁶ y la psicoanalista Marie-Cécile Ortigues y esposo filósofo Edmond Ortigues, que publican juntos en 1966, *L'Oedipe africain*.⁵⁵
- XVI La práctica etnopsiquiátrica de Tobie Nathan ha sido objeto de una intensa polémica en Francia sobre el uso político del dispositivo clínico, cuyo detalle escapa al objetivo de esta revisión: para una primera lectura véase la crítica de Fassin y la respuesta del autor.^{56,57} Dos textos de la obra de Nathan han sido traducidos al castellano.^{58,59} Algunas revisiones de esta experiencia pueden ser consultadas desde la antropología, la filosofía y la lingüística.⁶⁰⁻⁶⁴
- XVII En 1963 la revista cambiará a *Transcultural Psychiatric Research Review*, y a partir de 1997 hasta la actualidad pasará a denominarse *Transcultural Psychiatry*. Esta publicación es el órgano de difusión oficial de la Sección de Psiquiatría Transcultural de la Asociación Psiquiátrica Mundial, la cual fue fundada por H.B.M. Murphy en 1970.⁶⁵
- XVIII A esta sinopsis habría que agregar la influencia relativa, al menos en el ámbito teórico, de la antipsiquiatría y la crítica del modelo manicomial, que tuvo momentos de auge en la Italia de los setenta, aunque su relación con la teoría social fuera predominantemente instrumental.⁶⁶
- XIX Se trataría de una línea de continuidad con la vertiente crítica de la etnopsiquiatría. Para una revisión a profundidad.²⁴
- XX Rechtman ha criticado agudamente el enfoque multicultural, particularmente en la atención de población migrante, donde retoma las críticas a la etnopsiquiatría aplicada francesa.⁷⁶

Bibliografía

Referencias

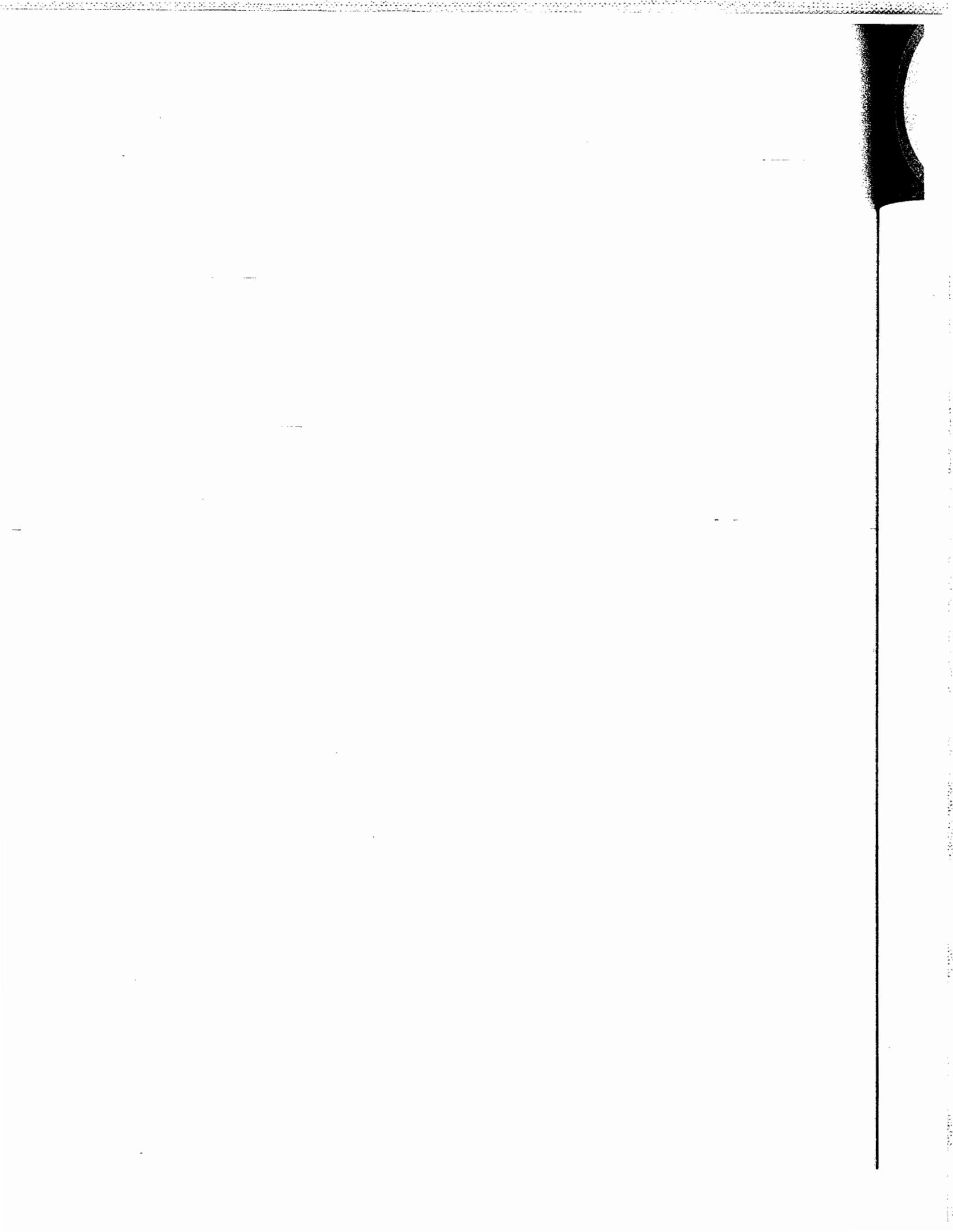
- Laplantine F (1986). *La etnopsiquiatría*. Barcelona: Gedisa.
- Lézé S (2005). *Le sens de l'équivoque: les usages de la psychanalyse en anthropologie*. *Anthropologie et Sociétés* 29 (1): 205-214.
- Malinowski B (1927). *Sex and repression in savage society*, Nueva York: Harcourt, Brace.
- Róheim G (1950). *Psychoanalysis and anthropology*. Nueva York: International Universities Press.
- Benedict R (1934). *Patterns of culture*, Houghton Mifflin, Boston [El hombre y la cultura, Sudamericana, Buenos Aires, 1967].
- Mead M (1982). *Sex and temperament in three primitive societies*. Londres: Routledge; 1935. [Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas, Paidós, Barcelona, 1982].
- Linton R (1945). *The cultural background of personality*. Appleton-Century, Nueva York [Cultura y personalidad, Fondo de Cultura Económica].
- Herskovits M (1968). *Man and his works: The science of cultural anthropology*. Knopf, Nueva York; 1948. [El hombre y sus obras: La ciencia de la antropología cultural, Fondo de Cultura Económica, México, 1968].
- Laplantine F (2007). *Ethnopsychiatrie psychanalytique*. París: Beauchesne, p. 33.
- Casey C, Edgerton R (eds.) (2007). *A companion to psychological anthropology: Modernity and psychocultural change*. Londres: Blackwell.
- McCulloch J (1995). *Colonial psychiatry and "the African Mind"*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fermi P (2002). *Ethnopsychanalyse: esquisse d'un roman familial*. L'Autre. Cliniques, cultures et sociétés 3(2), 329-344.
- Devereux G (1951). *Reality and dream: The psychotherapy of a Plains Indian*. Nueva York: International Universities Press.
- Bloch G (2000). *Les origines culturelles de Georges Devereux et la naissance de l'ethnopsychiatrie*, Memoria de DEA "Mutations des sociétés et cultures en Europe" del Instituto de Estudios Europeos, Universidad de París 8, París. Resumen disponible en: <http://www.ethnopsychiatrie.net/actu/GBGD.htm>
- Devereux G (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Gallimard, París [Ensayos de etnopsiquiatría general, Barral, Barcelona, 1973].
- Devereux G (1961). *Mohave ethnopsychiatry and suicide: Psychiatric knowledge and the psychic disturbances of an indian tribe*. Washington: Bureau of American Ethnology, Bulletin 175.
- Gaines Atwood D (1992). "Ethnopsychiatry: The cultural construction of psychiatries". En: AD Gaines (ed.). *Ethnopsychiatry: The cultural construction of professional and folk psychiatries*. Albany: State University of New York Press, pp. 3-49.
- Devereux G (1967). *From anxiety to method in behavioral sciences*. Mouton & Co - Ecole Pratique de Hautes Etudes. La

- Haya [De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento, Siglo XXI, México, 2008].
19. Devereux G (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Flammarion, París [Etnopsicoanálisis complementarista, Amorrortu, Buenos Aires, 1975]
 20. Cuche D (2002). *La noción de cultura en las ciencias sociales*. Buenos Aires: Nueva Visión.
 21. Laplantine F (2002). *Deux précurseurs d'une anthropologie de la vie et du vivant*: Roger Bastide et Georges Bataille, *Parcours Anthropologiques* 2, pp. 6-26.
 22. Beneduce R (2006b). *L'apport de Frantz Fanon à l'ethnopsychiatrie critique*. *Vie Sociale et Traitements* 89, pp. 85-100.
 23. De Martino E (1961). *La terra del rimorso*. Il Saggiatore, Milán [La tierra del remordimiento, Bellaterra, Barcelona, 1999].
 24. Beneduce R (2006a). *Enfermedad, persona y saberes de la curación. Entre la cultura y la historia*. *Anales de Antropología* 40 (1): 77-131.
 25. Martínez-Hernández Á (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Anthropos, Barcelona.
 26. Martínez-Hernández Á, Orobítz G, Comelles JM (2000). "Antropología y Psiquiatría. Una genealogía sobre la cultura, el saber y la alteridad". En: Emilio González y Josep Comelles (comps.). *Psiquiatría transcultural*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid: Serie Estudios 2, pp. 117-241.
 27. Collignon R (1978). *Vingt ans de travaux à la Clinique Psychiatrique de Fann-Dakar*. *Psychopathologie Africaine* XIV 2-3, pp. 133-324.
 28. Zempléni A (1980). *Henri Collomb (1913-1979) et l'équipe de Fann*. *Social Science & Medicine* 14/B (2): 85-90.
 29. Bains J (2000). *Race, culture and psychiatry: A history of transcultural psychiatry*. *History of Psychiatry* 16 (2), 139-154.
 30. Martínez-Hernández Á (2000). "Anatomía de una ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura". En: Perdiguero E, Comelles J (eds.). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, pp. 249-275.
 31. Kleinman A (1977). *Depression, somatization and the "New Cross-Cultural Psychiatry"*. *Social Science Medicine* 11, pp. 3-10.
 32. Becker H (2009). *Outsiders. Hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires: Siglo XXI.
 33. Goffman E (1970). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos*. Buenos Aires: Amorrortu.
 34. Bateson G (1972). *Steps to an ecology of mind*. Nueva York: Ballantine Books.
 35. Lézé S (2007). *An exploration of the possibility of a sociology of mental health: An historical epistemological examination of the subfield in France*. *Journal of Mental Health* 16 (3), pp. 319-331.
 36. Martínez-Hernández Á (2006). *Cuando las hormigas correatan por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural*. *Cuadernos de Saúde Pública* 22 (11), pp. 2269-2280.
 37. Menéndez EL (1981). *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: Ediciones de la Casa Chata, CIESAS.
 38. Freud S (1980). *Obras Completas. Volumen XIII. Tótem y Tabú*, y otras obras (1913-1914), Amorrortu, Buenos Aires/Madrid.
 39. Freud S (1979). *Obras Completas. Volumen XXI. El porvenir de una ilusión, El mal estar en la cultura*, y otras obras (1927-1931), Amorrortu, Buenos Aires/Madrid.
 40. Freud S (1980). *Obras Completas. Volumen XXIII. Moisés y la religión monoteísta, Esquema del psicoanálisis*, y otras obras (1937-1939), Amorrortu, Buenos Aires/Madrid.
 41. Barfield Thomas (ed.) (2000). *Diccionario de antropología*. México: Siglo XXI, p. 321.
 42. Fassin D (2000). *Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies africaines aux banlieues parisiennes*. *L'Homme* 153, pp. 231-250.
 43. Littlewood R (2005). "Psychiatry's culture". En: Skultans V, Cox J (eds.). *Anthropological approaches to psychological medicine*. Jessica Kingsley, Londres, pp. 66-93.
 44. Decker H (2007). *How kraepelinian was Kraepelin? How kraepelinian are the neo-kraepelinians? From Emil Kraepelin to DSM-III*. *History of Psychiatry* 18 (3), pp. 337-360.
 45. Fermi P, Georges Devereux. <http://patrick.fermi.free.fr/devereux.htm>
 46. Littlewood R, Chavannes D (1997). *Clinical findings in three cases of zombification*. *The Lancet* 350, pp. 1094-1096.
 47. Charlier Doucet R (2005). *Anthropologie, politique et engagement social. L'expérience du Bureau d'ethnologie d'Haïti*. *Gradhiva* 1, pp. 109-125.
 48. Hurbon L (2005). *Le statut du vodou et l'histoire de l'anthropologie*. *Gradhiva* 1, pp. 153-163.
 49. Beneduce R, Pompeo M (2005). *Politics of healing and politics of culture: Ethnopsychiatry, identities and migration*. *Transcultural Psychiatry* 42 (3), 367-393.
 50. Mannoni O (1950). *Psychologie de la colonisation*. París: Seuil.
 51. Fanon F (1952). *Peau noire, masques blancs*. Seuil, París. [Piel negra, máscaras blancas, Abraxas, Buenos Aires, 1973].
 52. Fanon F (1961). *Les damnés de la terre*. F. Maspero, París [Los condenados de la tierra, Fondo de Cultura Económica, México, 2001].
 53. Pandolfi M (1992). *Beyond Gramsci and De Martino: Medical anthropology in contemporary Italy*. *Medical Anthropology Quarterly* 6 (2), pp. 162-165.
 54. Lock M, Vinh-Kim Nguyen (2010). *Anthropology of biomedicine*. Wiley-Blackwell, Malden, pp. 170-172.
 55. Bullard A (2005). *L'Oedipe africain, a retrospective*. *Transcultural Psychiatry* 42 (2), 171-203.
 56. Fassin D (1999). *L'ethnopsychiatrie et ses réseaux. L'influence qui grandit*, *Genèses* 35, pp. 146-171.
 57. Nathan T (2000). *Psychothérapie et politique. Les enjeux théoriques, institutionnels et politiques de l'ethnopsychiatrie*. *Genèses* 38, pp. 136-159.
 58. Nathan T (1991). *El semen del diablo. Elementos de etnopsicoterapia*. Buenos Aires: Losada.
 59. Nathan T (1999). *La influencia que cura*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
 60. Corin E (1997). *Playing with limits: Tobie Nathan's evolving paradigm in ethnopsychiatry*. *Transcultural Psychiatry* 34 (3), pp. 345-358.
 61. Fassin D, Rechtman R (2000). *An anthropological hybrid: The pragmatic arrangement of universalism and culturalism in french mental health*. *Transcultural Psychiatry* 42 (3), pp. 347-366.
 62. Latour B (1994). *Note sur certains objets chevelus*. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 27, pp. 21-36.
 63. Stengers I. (2005). "Le médecine y le charlatan". En: Tobie Nathan, Isabelle Stengers. *Médecins et sorciers, Les Empêcheurs de penser en rond*. París, pp. 125-177.

64. De Pury S (1995). *Comment on dit dans ta langue? Pratiques ethnopsychiatriques*. París: Les Empêcheurs de penser en rond.
65. Kirmayer L (2007). "Cultural psychiatry in historical perspective". En: Dinesh Bhugra, Kamaldeep Bhui (eds.) *Textbook of Cultural Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2007, pp. 3-19.
66. Menéndez EL (1979). *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México: Nueva Imagen.
67. Bastide R (1965). *Sociologie des maladies mentales*. Flammarion, París [Sociología de las enfermedades mentales, Siglo XXI, México, 1998].
68. Hacking I (1998). *Rewriting the soul: Multiple personality and the sciences of memory*. Princeton: Princeton University Press.
69. Hacking I (1998). *The social construction of what?* Cambridge: Harvard University Press. [¿La construcción social de qué?, Paidós, Barcelona, 2001].
70. Kleinman A, Byron G (eds.) (1985). *Culture and depression: Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley: University of California Press.
71. Young A (1995). *The harmony of illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. Princeton University Press, Princeton.
72. Biehl J (2005). *Vita. Life in a zone of social abandonment*. Berkeley: University of California Press.
73. Fassin D, Rechtman R (2007). *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*. París: Flammarion.
74. Kitanaka J (2011). *Depression in Japan: Psychiatric cures for a society in distress*. Princeton: Princeton University Press.
75. Rechtman R (1998). *Anthropologie médicale et psychiatrie: De nouveaux paradigmes de recherche*. Pour la Recherche 17, pp. 2-3.
76. Rechtman R (2004). *El enfoque multicultural en salud mental: una mirada crítica*. Quadern CAPS 32, pp. 24-30.
77. Hahn R (1995). "Culture-bound syndromes unbound". En: Hahn R. *Sickness and healing. An anthropological perspective*. Yale University Press, New Haven, pp. 40-56.
78. Simons R, Hughes C (eds.) (1985). *The culture-bound syndromes*. Londres: Springer.
79. Massé R (1995). *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montreal: Gaëtan Morin Editeur. P. 153.
80. Good B, DelVecchio Good M, Hyde S, Pinto S (2008). "Post-colonial disorders: Reflections on subjectivity in the contemporary world". En: Delvecchio Good M, Hyde S, Pinto S, Good B (eds.). *Postcolonial Disorders*. Berkeley: University of California Press; 2008, pp. 1-40.

Lecturas recomendadas

- Bastide R (1950). *Sociologie et psychanalyse*. Presses Universitaires de France, París [Sociología y psicoanálisis, Fabril, Buenos Aires, 1961].
- Bastide R (1958). *Le Candomblé de Bahiarite Nagó*. Mouton, París.
- Bastide R (1972). *Le rêve, la transe et la folie*. Flammarion, París [El sueño, el trance y la locura, Amorrortu, Buenos Aires, 1976].
- Mars L (1945). *The story of zombi in Haiti*. Man XLV (22), pp. 38-40.
- Mars L (1946). *La crise de possession, essais de psychiatrie comparée*. Imprimerie de l'État, Port-au-Prince.
- OMS/OPS (2010). *Culture and mental health in Haiti: A literature review*. Organización Mundial de la Salud (OMS), Génova. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/emergencies/culture_mental_health_haiti_eng.pdf
- Ortigues MC, Ortigues E (1966). *L'Oedipe Africain*. París: Plon.
- Price-Mars J (1928). *Ainsi parla l'Oncle*, Imprimerie de Compiègne. Port-au-Prince.



SECCIÓN VI

Modelo médico de autoatención y modelo alternativo subordinado

Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos*

Eduardo L. Menéndez

CAPÍTULO

29

Conceptos clave

Modelos • Saberes • Formas de atención • Biomedicina
• Modelo médico hegemónico • Autoatención
• Automedicación • Autocuidado • Medicalización

Introducción

Desde una perspectiva antropológica, cuando se habla de modelos, saberes y formas de atención y prevención de padecimientos, no sólo se piensa en los de tipo biomédico, sino en todos los saberes y formas de atención que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar o curar un padecimiento determinado, lo cual implica asumir una serie de presupuestos que contextualizan nuestra perspectiva.¹

En primer lugar, se asume que al menos en las sociedades europeas y americanas actuales existe toda una variedad de saberes y formas de atención de los padecimientos, que utilizan diferentes indicadores y técnicas de diagnóstico para la detección de problemas de salud, así como diversos tipos de tratamiento e inclusive diferentes criterios de curación.

Pero, además de reconocer esta diversidad, cuando nos referimos a los saberes y formas de atención, lo prioritario no es pensarlos sólo en términos de eficacia técnica o de significaciones culturales, sino en reconocer su existencia, dado que el sector salud (SS) y la biomedicina oficiales tienden a negar, ignorar o marginar a la mayoría de los saberes y formas no biomédicos de atención de las dolencias, pese a ser utilizados por diferentes sectores de la población, aparte

del hecho de que la autoatención constituye la modalidad más generalizada de atención de las dolencias.

Los diversos saberes y formas de atención de la enfermedad que operan en una sociedad determinada tienen que ver con las condiciones religiosas, étnico-culturales, político-económicas, técnicas y científicas que han dado lugar al desarrollo de formas y saberes que suelen ser considerados antagónicos, especialmente entre la biomedicina y la mayoría de los otros saberes. Para gran parte de los antropólogos, la medicina tradicional latinoamericana presenta características que no sólo se diferencian, sino que se oponen a determinadas concepciones y técnicas de la biomedicina. Lo mismo sustentan los representantes de la denominada medicina científica respecto a la medicina tradicional y a la mayoría de los saberes populares, generando una visión antagónica y mutuamente excluyente entre estos saberes.

Si bien dichas diferencias existen, por lo general tienden a ser registradas y analizadas por los investigadores a través de las representaciones sociales e ideológicas, y mucho menos en términos de las prácticas sociales de los individuos y grupos involucrados, lo cual refuerza una concepción dominante de antagonismos más que de articulaciones transaccionales entre los diferentes saberes y formas de atención. Más aún, considero que el reconocimiento de estas oposiciones suele darse sobre todo a través de las representaciones técnicas y sociales de los terapeutas de los diferentes saberes, pero mucho menos en el ámbito de las prácticas de los individuos y colectivos sociales que recurren a ellos, que tienden más a integrar los diferentes saberes que a antagonizarlos, excluirlos o negar unos en función de otros.

Lo que predomina en las sociedades actuales, dentro de los diferentes conjuntos sociales estratificados que las constituyen, y más allá de la condición de clase social o de la condición étnica, es lo que se conoce como **pluralismo mé-**

* Tomado de Citarella, Zangari y Campos (2010). *Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*. PROHISABA/Cooperación Italiana/Editorial Gente Común. La Paz, Bolivia, pp. 87-122.

dico, término que alude al hecho de que la mayoría de la población en nuestras sociedades utiliza diversos saberes médicos y formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud.

En los países de la denominada sociedad occidental, y sobre todo en los más desarrollados, se está incrementando el uso de las medicinas alternativas o paralelas, y si bien dicho incremento sería hasta cierto punto una reacción a características concretas de las orientaciones biomédicas, éste no es sin embargo el factor decisivo, por lo menos respecto a determinados procesos. Por ejemplo, se suele decir que el desarrollo de ciertas medicinas alternativas surge en gran medida impulsado por el rechazo al tipo de relación médico-paciente que ha ido configurando e imponiendo la biomedicina, el cual excluye, niega o subordina la palabra del paciente. Aunque esta afirmación es parcialmente correcta, conviene subrayar que varias de las medicinas alternativas y de las denominadas "tradicionales" pueden ser tan excluyentes de la palabra del paciente y tan asimétricas en cuanto al trato con el paciente como la biomedicina, y algunas mucho más. Para varias de estas medicinas la asimetría —inclusive en el uso de la palabra— es condición necesaria para atender los padecimientos y por tanto para "curar".

Pero la expansión constante de las denominadas medicinas alternativas y la recuperación de formas de la medicina popular no obedecen sólo a reacciones contra la biomedicina. Estos procesos reactivos frente a la medicina alopática no son los únicos ni los principales factores de tal desarrollo. Incluso se pueden mencionar procesos paradójicos. Por ejemplo, en el caso de los saberes denominados tradicionales y populares constatamos que algunas de sus actividades más emblemáticas han sido impulsadas en años recientes por actores que constituyen uno de los pilares de la biomedicina. Me refiero a la industria químico-farmacéutica, que en los últimos tres decenios ha desarrollado una notable y creciente producción de compuestos elaborados a partir de hierbas medicinales, dado el incremento del consumo de estos productos por los sectores sociales de mayores ingresos. Más aún, en varios países latinoamericanos, incluido México, no son pocos los estudiosos de la medicina herbolaria que ahora se dedican principalmente a la producción y comercialización de dichos productos.

En cada sociedad, los diferentes grupos sociales utilizan formas de atención tradicionales/populares específicas, pero es importante subrayar que la mayoría de las mismas están dejando de ser patrimonio exclusivo de determinados sectores sociales, culturales o étnicos. Éste es un proceso constante, pero que ha cobrado una dinámica más acelerada en las últimas décadas debido a fenómenos como la expansión de la industria químico-farmacéutica, las migraciones nacionales e internacionales y la globalización de los medios de comunicación masiva.

Otro factor a considerar es que en las sociedades denominadas occidentales se constata la presencia de saberes y formas de atención de la salud que corresponden a saberes

académicos de sistemas culturales muy distintos del occidental. Los casos más conocidos son los de la acupuntura y la digitopuntura,¹¹ pero conviene subrayar que en varios países europeos y americanos se han asentado y difundido la medicina china y la medicina ayurvédica en contextos donde antes no existían estas tradiciones académicas. Y algo similar se puede decir del budismo zen que fue apropiado en términos de posibilitar una mejor "salud mental", y que fue tempranamente impulsado en esa dirección por autores de enorme influencia como E. Fromm en los decenios de 1950-1959 y 1960-1969.

Si bien parte de este desarrollo se debe a procesos de migración masivos, implica no sólo el asentamiento de trabajadores migrantes, sino también de sus sistemas de atención; en otros casos se debe a un proceso de apropiación originado por determinados sectores sociales de los propios países occidentales.

Éstos y otros procesos han impulsado una constante diversidad de saberes y de formas de atención que, por supuesto, adquieren una dinámica y diferenciación específica en cada contexto, pero cuyo eje está en la enfermedad y no en la salud. Aunque la preocupación central de casi todas las formas de atención y saberes es la salud, e inclusive la biomedicina habla de producir salud, de salud positiva o de estilos de vida saludables, lo cierto es que la totalidad de las actividades de los diversos saberes y formas de atención actúan básicamente respecto a los padecimientos y las enfermedades, y no respecto a la producción de salud. Y esto es así no sólo por iniciativa de los curadores, sino porque lo solicitan los individuos y grupos sociales, ya que éstos demandan acciones sobre sus dolencias más que sobre su salud.¹¹¹

Lo anterior no significa que se ignore el hecho de que, especialmente en las sociedades capitalistas más desarrolladas, se incrementa la población que recurre a diferentes tipos de acciones procurando mejorar sus propias condiciones de salud individuales, aunque a través de un enfoque muy medicalizado, pese al uso cada vez más generalizado de formas alternativas de atención y prevención.

Los conjuntos sociales como eje de la atención de los padecimientos

Si bien es conveniente estudiar los distintos saberes y formas de atención a través de la relación curador-paciente, considero que desde un punto de vista metodológico la identificación y análisis de las formas de atención debería abordarse primero a través de la descripción de lo que hacen, usan y dicen los individuos y grupos sociales para atender sus padecimientos, y no a partir de los curadores biomédicos, tradicionales o alternativos.

En términos metodológicos, se debería iniciar la descripción a través de los individuos y los conjuntos sociales porque a partir de los mismos, y en especial de la "trayectoria del enfermo", se pueden identificar todas, o cuando menos la mayor parte de las formas de atención que intervienen en un

contexto determinado, lo cual sería difícil de obtener —por muy diversas razones— si partimos inicialmente de los curadores, o inclusive de la relación curador-paciente centrada en un solo tipo de curador.

Pero, además, a través de los individuos y conjuntos sociales se pueden observar el uso articulado de los saberes y formas que utilizan y no los usos excluyentes.¹ Si partiéramos del punto de vista de cada curador, de cada saber, lo más previsible sería que terminaríamos por ignorar o excluir a los otros saberes o, por caer en un reconocimiento crítico y estigmatizado de los mismos, así como la tendencia a focalizar la descripción en el saber específico que cada curador representa. Si bien es a través de las perspectivas y de las prácticas de los diferentes actores significativos como podemos detectar la variedad de articulaciones generadas en torno a los padecimientos que éstos experimentan, sólo a través de los “pacientes” podemos registrar la variedad de formas de atención que utilizan y articulan con el objetivo de reducir o solucionar sus problemas de salud.

Si el sector salud quiere conocer o implementar el sistema de atención real que utilizan los individuos y los conjuntos sociales, debería identificar, describir y analizar las diferentes formas y saberes que los individuos y los conjuntos sociales manejan respecto a la variedad de padecimientos reales e imaginarios que reconocen como factores que afectan a su salud. Naturalmente, esto no supone restringir la identificación de los padecimientos ni de los saberes y formas sólo a los reconocidos por individuos y conjuntos sociales, sino que éste es el punto de partida para establecer la existencia de los diferentes saberes y formas de atención que los grupos reconocen y que, sobre todo, utilizan.

Aclaro que si bien propongo metodológicamente iniciar la descripción por los saberes y experiencias de los individuos y grupos que padecen un problema determinado, ello por sí solo no asegura la detección de los diferentes saberes y formas utilizados si no existe una clara opción metodológica de observarlos.

La mayoría de los estudios antropológicos sobre los procesos de salud/enfermedad/atención (de ahora en adelante proceso *s/e/a*) que ocurrían en los grupos étnicos americanos, no incluía la atención biomédica ni el uso de productos relacionados con el saber biomédico por parte de esos grupos, pese al constante incremento de su uso, ya que lo que interesaba a los antropólogos era el estudio de las formas y saberes tradicionales y no dar cuenta del conjunto y la variedad de las prácticas y representaciones utilizados por los grupos étnicos para atender y dar solución a sus problemas de salud.

Por eso se subraya la opción metodológica de no sólo incluir a los diferentes actores significativos, sino de trabajar con las diversas representaciones y prácticas que los individuos y grupos utilizan en relación al proceso *s/e/a*. Esta aproximación implica identificar y construir los perfiles epidemiológicos y las estrategias de atención que desarrollan y

utilizan los diferentes actores sociales involucrados, y especialmente el personal biomédico, los curadores tradicionales, los curadores alternativos y los diversos grupos sociales “legos”, lo cual posibilitaría observar las características de los diferentes perfiles adoptados, así como las convergencias y divergencias. Este tipo de aproximación, que aplicamos particularmente en el estudio de comunidades rurales y urbanas de Yucatán² y de Guanajuato,³ contribuiría a desarrollar una epistemología de los saberes —incluidos los comportamientos— respecto a los procesos de *s/e/a*, que ayudaría a comprender la racionalidad de las acciones desarrolladas por los individuos y grupos sociales, como también la racionalidad de los diferentes tipos de curadores, lo cual allanaría el camino para desarrollar estrategias que articulen y utilicen dichos saberes.

Los procesos sociales, económicos y culturales facilitan el desarrollo de diferentes formas de atención a partir de las necesidades y posibilidades de los diversos individuos y conjuntos sociales. Y al señalar esto pienso tanto en las estrategias de supervivencia desarrolladas por personas en situación de marginalidad y extrema pobreza (o que están cayendo en situación de pobreza) como en individuos que, en su búsqueda de una especie de eterna juventud frecuentemente homologada a la salud, encuentran en ciertas prácticas o sustancias la posibilidad imaginaria y momentánea de lograrla. Del mismo modo, también pienso en la adhesión de otros grupos a prácticas religiosas que proporcionarían al individuo un “equilibrio” psicobiológico que va más allá del ámbito inmediato de la enfermedad que padece.

Las carencias económicas, la existencia de enfermedades incurables (o, si se prefiere, todavía no curables), así como la búsqueda de soluciones a males existenciales conducen a la búsqueda y a menudo a la creación o resignificación de las formas de atención.

Frente a determinados tipos de “alcoholismo” para los cuales la biomedicina tiene una eficacia limitada, los propios conjuntos sociales han desarrollado grupos de autoayuda, como Alcohólicos Anónimos, forma de atención que evidencia una mayor eficacia comparativa con cualquier otro tipo de atención específica respecto a este problema, al menos en ciertos contextos. Pero existen grupos que han creado otras estrategias frente al “alcoholismo”, por ejemplo, los “juramentos a la Virgen” en el caso de México, o el uso de la brujería en el suroeste de Estados Unidos,⁴ que también presentan resultados en el control del consumo patológico del alcohol y en la disminución de los daños ocasionados por dicho consumo.

Partiendo de los comportamientos de los individuos y grupos respecto a sus padecimientos (se alude aquí a conjuntos sociales estratificados y/o diferenciados a través de condiciones ocupacionales, económicas, étnicas, religiosas, de género, etc., que operan en diferentes contextos latinoamericanos), encontramos que los mismos utilizarían los siguientes saberes y formas de atención:

- Saberes y formas de atención de tipo biomédico implementados por médicos y personal paramédico que trabajan en los tres niveles de atención respecto a padecimientos físicos y mentales, y que incluyen saberes preventivos de tipo biomédico. Dentro de la atención biomédica pueden reconocerse formas antiguas (y comparativamente marginales) como son la medicina naturista, la balneoterapia o la homeopatía. También deben incluirse las diferentes formas de psicoterapia individual, grupal y comunitaria gestadas por lo menos en parte desde la biomedicina.
- Saberes y formas de atención de tipo "popular" y "tradicional" expresados a través de curadores especializados como hueseros, culebreros, brujos, curanderos, partes empíricas, espiritistas, yerberos, chamanes, etc. Aquí debe incluirse el papel curativo de ciertos santos o figuras religiosas tanto cristianas como de otros cultos, así como el desarrollo de actividades curativas por parte de grupos religiosos como los pentecostales o los carismáticos.
- Saberes y formas de atención alternativos, paralelos o *new age*, que incluyen a sanadores, bioenergéticos, nuevas religiones curativas de tipo comunitario, etcétera.
- Saberes y formas de atención derivados de otras tradiciones médicas académicas: acupuntura, medicina ayurvédica, medicina china, etcétera.
- Saberes y formas de autoatención que se manifiestan a través de dos tipos básicos:
 - Las centradas en los grupos primarios "naturales", en especial en el grupo doméstico.
 - Las organizadas en términos de grupos de autoayuda referidos a padecimientos específicos: AA, Neuróticos Anónimos, Clubes de Diabéticos, padres de niños con síndrome de Down, etcétera.

Esta clasificación podría ampliarse o modificarse, según otros autores y objetivos, pero queremos subrayar que no las consideramos como formas estáticas y aisladas cada una en sí misma, sino que asumimos la existencia de un proceso dinámico entre los diferentes saberes y formas de atención. Es decir, que éstos operan de manera específica o a través de la articulación con otras formas y saberes.

Dicha dinámica opera al menos en dos niveles: el que se refiere a las relaciones establecidas entre las diversas formas de atención a través de sus diferentes operadores (y así vemos cómo la biomedicina se apropia, en determinados contextos, de la acupuntura o de la quiropráctica, y en otros retorna a la tradición herbolaria o incluye grupos del tipo de Neuróticos Anónimos como parte de los tratamientos). De este modo se genera alguna modalidad de articulación entre diferentes formas de atención, inclusive entre algunas que en determinados momentos aparecían como antagónicas, concretamente en el caso de la actitud biomédica inicial en América Latina hacia los grupos de Alcohólicos Anónimos.^{IV}

El otro nivel se refiere a la integración de dos o más saberes y formas de atención por individuos y grupos que sufren algún padecimiento —lo que se puede constatar sobre todo a través de la denominada carrera del enfermo—, y añadimos que este tipo de articulación representa el caso más frecuente, dinámico y difundido.

Naturalmente, otras fuerzas sociales operan en este proceso de relación entre los diferentes saberes y formas de atención, como es el caso de ciertas organizaciones no gubernamentales (ONG) en el campo de la salud reproductiva o el de la propia industria químico-farmacéutica que promocionan cada vez más los medicamentos de origen herbolario. Pero, desde nuestro punto de vista, son las actividades impulsadas por los individuos y grupos sociales las que generan la mayoría de las articulaciones entre los diferentes saberes y formas de atención a través de sus usos, y superando frecuentemente la supuesta o real diferencia o incompatibilidad que pueda existir entre ellos, dado que dichas incompatibilidades y diferencias resultan relegadas a un segundo plano por la búsqueda de una solución pragmática a sus problemas de salud.^V

Aunque algunas articulaciones surgen de los propios terapeutas, éstos tratan de mantener su propia identidad como tales y, desde esa perspectiva, la articulación se manifiesta a través de una apropiación de técnicas, pero tratando al mismo tiempo de mantener la diferencia, hegemonía o exclusión al seguir proponiendo su propia forma de curar como la más idónea. Esta manera de actuar es la predominante en la biomedicina, que si bien constituye la forma de atención más dinámica y en expansión dentro de un mercado competitivo de saberes, dicho proceso no se reduce a la dimensión económica, sino que incluye aspectos ideológicos, sociales y técnicos relacionados con el mantenimiento y el desarrollo de la identidad profesional y de su hegemonía.

Podemos constatar este proceso en uno de los campos menos legitimados dentro del saber biomédico, es decir, el referido a la salud mental, que se caracteriza por una actitud profesional ecléctica según la cual, y en función del objetivo terapéutico, la psiquiatría utilizaría todas aquellas estrategias y orientaciones biomédicas que demuestren cierto grado de eficacia, pasando por tanto a segundo plano la fundamentación teórica de los rasgos diferenciales de cada una de ellas. El pragmatismo psiquiátrico, expresado especialmente a partir del *DSM-III-R*, se impondrá cada vez más, sobre todo en las instituciones oficiales.^{VI}

Pero debemos reconocer que apenas una pequeña parte de la *psiquiatría* recurre a formas de atención desarrolladas desde perspectivas no médicas, ya que el eclecticismo se reduce a las diferentes técnicas desarrolladas desde la biomedicina y campos afines. Naturalmente, no negamos la existencia de numerosas experiencias que han incluido desde técnicas chamánicas hasta rituales sociales urbanos, pero ésta no ha sido la línea dominante (especialmente en el caso mexicano) de la psiquiatría privada ni de la que opera en las instituciones médicas oficiales.

Cabe constatar la apropiación y el eclecticismo no sólo a través de la biomedicina, sino también en el caso de las otras formas de atención. En América Latina se verifica un proceso permanente en cuyo marco muchos de los sanadores populares y tradicionales, además de prescribir o aplicar sus tratamientos tradicionales, recetan también antibióticos o vitaminas como parte de su forma de atención.⁵ En el caso de las parteras llamadas empíricas observamos la utilización de técnicas de inducción del parto de tipo biomédico desde al menos la década de 1970-1979.

Este proceso de apropiación obedece a varias dinámicas, entre las cuales destaco dos: la desarrollada a partir de los propios sanadores en busca de mayor eficacia, lo que conduce en determinados casos a que los medicamentos producidos por la industria químico-farmacéutica sean incluidos y usados dentro de concepciones culturales tradicionales como ocurre, por ejemplo, con la oposición y complementación ritual entre lo *frío* y lo *caliente*, aplicado al uso de la aspirina, la penicilina o el Alka-Seltzer en numerosos grupos étnicos mexicanos.

Y la otra es la impulsada por el sector salud a través de los programas de atención primaria. Por ejemplo, cuando menos desde el decenio de 1940-1949, el propio sector salud mexicano enseñó a personas de las comunidades rurales a aplicar inyecciones, dado que no existían recursos humanos locales previamente formados para hacerlo. Pues bien, resulta que muchos de los individuos que recibieron esta capacitación eran terapeutas tradicionales. Fue el Sector Salud el que adiestró a parteras empíricas que terminarían por aplicar una síntesis de elementos tradicionales y biomédicos; fue el Sector Salud el que enseñó a individuos de las comunidades a extirpar nódulos de personas con oncocercosis y el que seleccionó a miembros de la comunidad como agentes de salud. Fue el Sector Salud, junto con un número cada vez mayor de organizaciones no gubernamentales (ONG), el que formó y sigue formando en la actualidad a cientos de promotores de salud que suelen utilizar una combinación de técnicas populares y biomédicas, pero en la mayoría de los casos impulsados desde objetivos, concepciones y prácticas biomédicas. Este proceso complejo, dinámico y diferenciado es claramente perceptible sobre todo si lo registramos a través de las acciones de los individuos y grupos sociales, dado que desde la perspectiva de las diferentes formas de atención (no sólo las de la biomedicina) registraríamos apenas una fracción de dichas formas de atención, en la mayoría de los casos de manera aislada y sin considerar sus relaciones mutuas.

Desde los diferentes saberes y formas de atención, y especialmente desde el saber biomédico y sus instituciones asociadas, se tiende a reconocer sólo algunos saberes y formas, ignorando a menudo las actividades curativas más distantes. Pero además, existe la tendencia a generar una visión estigmatizada y excluyente de al menos algunas formas y saberes, reafirmando en la idea de que la eficacia, la eficiencia y la legitimidad corresponden exclusivamente al propio saber biomédico.

Insisto en que este proceso también ocurre con los otros saberes y formas de atención que fundamentan su legitimidad e identidad, no en la racionalidad científica, sino en una base religiosa o étnica, proponiendo una eficacia comparativa inherente al uso exclusivo de estas dimensiones.

Si situamos el eje en los diferentes conjuntos sociales aplicando los criterios señalados previamente, no sólo registraremos todos o cuando menos la mayoría de los saberes y las formas que se usan realmente, sino que evitaremos caer en una visión unilateral de los saberes y las formas que fundamentan su pretendida exclusividad en lo científico, lo religioso o lo étnico, dado que las percibimos a través de los múltiples puntos de vista que operan en una comunidad, y que comprenden las perspectivas diferenciadas de los distintos individuos y grupos sociales, incluidos los diversos tipos de sanadores.

Pero el aspecto central es que los individuos y los grupos sociales constituyen el agente que no sólo usa los diferentes saberes y formas de atención, sintetizándolos, articulándolos, combinándolos o yuxtaponiéndolos, sino que son el agente que reconfigura y organiza estos saberes y formas en términos de "autoatención". En efecto, además de ser la forma de atención más constante y frecuente, la autoatención constituye también el principal núcleo de articulación práctica de los diferentes saberes y formas de atención, la mayoría de los cuales no puede funcionar plenamente si no se articula con el proceso de autoatención. Esta constatación es obvia, pero tiende a ser soslayada (cuando no totalmente excluida) del análisis de los servicios de salud. Una cosa es hablar de convalecencia y otra asumir que el papel decisivo en las actividades de convalecencia corresponde al individuo y su grupo a través de acciones de autoatención.⁶

En varios estudios realizados en diferentes escenarios del contexto mexicano se describe cómo durante la carrera del enfermo los individuos demandan inicialmente un tipo de atención en función del diagnóstico presuntivo que manejan y de otros factores como la accesibilidad física y económica a las diferentes formas de atención que operan en su contexto de vida. Pero si la primera atención no resulta eficaz la reemplazan por la atención de otro tipo de curador, implicando este cambio una transformación en el diagnóstico y tratamiento. El proceso puede agotarse en esta segunda instancia o dar lugar a la demanda de otras formas de atención, que puede traducirse en una nueva demanda de atención a los primeros curadores consultados. Este itinerario no responde sólo al pragmatismo o a la urgencia de los grupos, sino que se ve impulsado porque los principales indicadores diagnósticos que manejan los grupos —pero también los curadores de distinto tipo— permiten que a través de los mismos indicadores se diagnostique, por ejemplo, gastroenteritis o empacho, posibilitando una articulación práctico-ideológica entre las diferentes formas de atención y estableciendo una conexión entre las mismas a través de la carrera del paciente.^{3,7-9}

Este tipo de aproximación epistemológica posibilitaría además observar cuáles son las formas de atención más usadas y las que tienen mayor eficacia para eliminar, controlar o disminuir determinados daños en términos reales o imaginarios. De manera similar, se podría registrar cuáles son los factores de tipo económico, técnico o ideológico que obstaculizan o facilitan la articulación de las diferentes formas de atención a través de las prácticas cotidianas de los conjuntos sociales.

A modo de ejemplo me concentraré en los que consideramos los dos saberes dominantes de atención a los padecimientos en un contexto como el mexicano actual,^{VII} es decir, la biomédica y la autoatención. Para tal efecto, primero describiré algunas características básicas del saber biomédico, haciendo hincapié en aquellas que entorpecen una mayor y más eficaz articulación con la autoatención, y luego haré lo mismo con la autoatención, para concluir proponiendo algunos mecanismos de articulación posibles.

La biomédica: algunos rasgos y limitaciones

En principio, recordemos que la biomédica en tanto institución y profesión se caracteriza por su constante aunque intermitente modificación y evolución y no por su inmovilidad, y cuando señalo esto no me refiero sólo a cambios técnicos y científicos, sino a cambios en sus formas dominantes de organizarse e intervenir tanto en el aspecto técnico como en el económico, el social y el profesional. Por lo cual el análisis que estamos realizando en este texto no se refiere a la biomédica que se practicaba en 1850, en 1920 o en 1950, sino a las tendencias que se desarrollan desde las décadas de 1960-1969 y hasta la actualidad.

Subrayo que, desde ciertas miradas ahistóricas, estos cambios suelen ser leídos en términos de crisis, generando en casos específicos la idea de que la biomédica estaría en una situación de crisis permanente. Más aún, según algunos autores estaríamos asistiendo a un derrumbamiento de la misma, augurándose su reemplazo más o menos inmediato por determinadas formas de atención "alternativas". Otras tendencias, por el contrario, están en una suerte de exitismo cientificista, que sólo concibe el cambio en términos de progreso técnico prácticamente ilimitado, pero que muestra escasa sensibilidad para detectar y explicar los cambios institucionales, culturales y económico-políticos que indudablemente están afectando el saber médico.

Me limito a señalar estas propuestas pero sin analizarlas, ya que lo que busco es, por una parte, subrayar que los cambios y modificaciones no tienen que ver necesariamente con crisis, desmoronamientos ni con progresos tecnológicos, y por otra que uno de los aspectos más significativos que observamos tiene que ver con el constante proceso de expansión de la biomédica.

En los países desarrollados y subdesarrollados denominados occidentales, y pese a la difusión de medicinas paralelas y alternativas, la forma de atención que más se expande directa o indirectamente después de la autoatención, es la biomédica. Pero además, si bien en algunos países occidentales se están estableciendo y desarrollando actividades correspondientes a otras tradiciones médicas académicas, en los países que han originado dichas tradiciones como Japón, India o China, está expandiéndose e inclusive pasando a ser hegemónica la biomédica, subalternando o desplazando a las medicinas académicas locales.

Distintos hechos evidencian dicha hegemonía, siendo el más notorio el que la biomédica sea la única forma de atención que ha conseguido organizar una institución internacional a la que se adhieren oficialmente la mayoría de los países del mundo actual, como por ejemplo la Organización Mundial de la Salud (OMS), que además cuenta con filiales en todos los continentes como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el caso de América. Proceso que no se da en ninguna otra forma de atención a la enfermedad. Éste es un hecho tan obvio que ni siquiera se reflexiona sobre él en términos del papel hegemónico que cumple y expresa.

Más allá de la cualidad científica y de la eficacia que pueda tener, la biomédica y la expansión biomédica constituyen una de las principales expresiones sociales e ideológicas de la expansión capitalista o, si se prefiere, de occidente, con frecuencia en términos de hegemonía-subalternidad.

Es el conjunto de estos procesos (que alcanza su manifestación más notoria en la expansión del consumo de medicamentos producidos por la industria químico-farmacéutica) el que respalda nuestras interpretaciones. En países como México, dicha industria, en forma directa o a través del sector salud, ha conseguido colocar algunos de sus productos en los lugares más remotos y aislados del territorio nacional como parte de las actuales estrategias de atención de los diversos grupos; a través de los medicamentos observamos una constante expansión de la biomédica en países pertenecientes a otras tradiciones culturales, como son la mayoría de los países africanos y asiáticos.

Pese al carácter evidente de esta tendencia, se alega la pérdida de importancia de la biomédica a través de diferentes argumentos. Aunque la principal causa de este supuesto declive sería la expansión de las denominadas medicinas alternativas, otros lo atribuyen a la ineficacia de la biomédica, sobre todo en campos como el de la salud mental, dado que en varios países occidentales se observa no sólo una reducida eficacia biomédica para toda una serie de padecimientos mentales, sino también un constante descenso en el número absoluto y en el porcentaje de los psiquiatras en el cuerpo médico. Y así, por ejemplo, desde hace años decrece de manera constante en Estados Unidos el número de estudiantes de medicina que eligen la orientación psiquiátrica, y en el caso de México el porcentaje de psiquiatras por habitante. Pero estos argumentos son muy débiles

comparados con los que evidencian la constante expansión del enfoque biomédico.

Lo señalado no niega el hecho de que existan situaciones conflictivas y desarrollos de saberes y formas de atención alternativos que reemplazan parcialmente o complementan a la biomedicina. Asimismo, surgen críticas muy diversas frente a las características y funcionamiento de la biomedicina, al extremo de haber conducido en diferentes momentos a plantear que el saber biomédico y las instituciones asociadas se encontraban en crisis. Pero hasta ahora la biomedicina ha encontrado siempre "soluciones" que siguen asegurando su expansión.

Quizá la mayor crisis que haya atravesado la biomedicina, al menos en opinión de los críticos, se habría dado entre mediados del decenio de 1960-1969 y fines del de 1970-1979. Las críticas apuntaban a la pérdida de eficacia de la biomedicina, pero también al afianzamiento de una relación médico-paciente que no sólo negaba la subjetividad del paciente, sino que incrementaba la ineficacia curativa. También se señalaba el desarrollo de una biomedicina excesivamente orientada al aspecto curativo y casi indiferente al aspecto preventivo, además del incremento constante del costo económico de la atención de la enfermedad, las numerosas situaciones en las que se registraban transgresiones a la ética médica, etc. Varias de estas críticas están en la base de las propuestas de Atención Primaria Integral desarrolladas desde el decenio de 1960-1969, pero que luego de un primer impacto redujeron las expectativas de sus propuestas, a medida que amainaban las críticas.

En la década de 1980-1989 y sobre todo en la siguiente, reaparecen las críticas denunciando la ineficacia de la biomedicina puesta en evidencia por el retorno de la morbimortalidad asociada a la tuberculosis broncopulmonar, al cólera o al dengue, y de manera drástica a la fulminante expansión del VIH/sida. Pero también contribuyeron al descrédito del modelo factores como la incapacidad de la biomedicina para curar la mayoría de las enfermedades crónicas (pues hasta ahora sólo es posible controlarlas), así como el incremento constante de la desnutrición (no sólo en países pobres y subdesarrollados), en la persistencia de problemas éticos, y en una amplia variedad de aspectos de los diferentes procesos de *s/e/a*. Gran parte de estas críticas durante los dos periodos señalados se concentran en ciertas características del saber biomédico, y en especial en su biologicismo excluyente.

No obstante, la ola de críticas está perdiendo fuerza una vez más, aunque su eje estructurador se mantiene centrado en el biologicismo excesivo de la manera de pensar y actuar biomédica. La biomedicina sigue depositando sus expectativas en el desarrollo de una investigación biomédica que dé lugar al surgimiento de explicaciones biológicas sobre la causalidad de los principales padecimientos, así como de soluciones basadas en la producción de fármacos específicos, además de una constante biologización de las representaciones sociales del proceso *s/e/a*.^{10,11} Más allá de críticas y crisis,

lo que constatamos es una continua expansión de la biomedicina que afecta su relación con las otras formas de atención, entorpeciendo a la vez el desarrollo de estas últimas. Dicha expansión se caracteriza por un proceso de continuidad-discontinuidad, en el que la continuidad estaría dada por el constante aunque intermitente desarrollo basado en la investigación biomédica y en su eficacia comparativa; en la producción farmacológica y en la medicalización, no sólo de los padecimientos, sino también de los comportamientos; en la discontinuidad por las orientaciones críticas surgidas dentro de la propia biomedicina y fuera de ella, así como por las actividades y representaciones impulsadas por las formas de atención alternativas y en especial por las prácticas de los diferentes conjuntos sociales para asegurar la atención y solución real o imaginaria de sus padecimientos.

Esta expansión se basa en un conjunto de procesos que se potencian de manera mutua. El primero es el constante apoyo de los sectores privado y estatal a la biomedicina; más allá del porcentaje del producto interno bruto que los gobiernos de cada país invierten en el sector salud, lo relevante es el hecho de que tales inversiones se destinan en su totalidad o casi totalidad a la biomedicina. Se trata de un hecho tan obvio que incluso lo asumimos como algo normal y natural, pero que supone que, salvo excepciones, el resto de los saberes y formas de atención, al menos en los países occidentales, no cuenten con la legitimación y, sobre todo, que carezcan del apoyo económico y político oficial. De manera similar, debemos explicitar que casi todas las inversiones privadas se canalizan también a la biomedicina. Estas inversiones se traducirán en la ampliación de la cobertura de atención, en las campañas de prevención, en el número de camas de hospitalización, así como en la producción y consumo de productos biomédicos, en especial los medicamentos elaborados por la industria químico-farmacéutica.

El segundo proceso hace referencia a la creciente demanda de atención biomédica, y aunque no lo vamos a describir, debe quedar bastante claro que dicha demanda crece en todos los estratos sociales a través de un mecanismo que articula los objetivos e intereses empresariales y estatales, por una parte, y los de los individuos y conjuntos sociales, por otra. Más aún, crece en la mayoría de los grupos étnicos originarios.

Pero la expansión opera además a través de lo que se denomina proceso de medicalización, el cual implica etiquetar como enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los individuos, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando antes sólo eran incidencias en la vida de cualquier ciudadano. Este proceso implica no sólo que los individuos y grupos vayan asumiendo dichos sucesos en términos de enfermedad (y no de lo que tradicionalmente han sido, es decir, conflictos y padecimientos), sino que pasen a explicarlos y atenderlos, en gran medida, a través de técnicas y concepciones biomédicas.

Esta tendencia alcanza tal magnitud que ni siquiera el conjunto de conceptos que potencialmente supondrían la inclusión de las dimensiones sociales y culturales en la explicación e intervención respecto a los procesos de s/e/a (como es el caso de los denominados "eventos críticos") ha logrado escapar a la biomedicalización. Tal medicalización supone no sólo convertir en problema de salud determinadas situaciones cotidianas (como es el caso de la hiperquinesis infantil o trastornos de atención),^{12,13} sino convertir en problema quirúrgico la situación de parto a través de la generalización de la cesárea en países como México,^{14,15} donde no sólo un alto porcentaje de los partos en las instituciones oficiales y privadas se hace a través de cesáreas innecesarias, sino que esta tendencia se incrementa constantemente.

Si bien respecto del proceso de medicalización se ha impuesto una concepción menos unilateral y mecanicista que la predominante en los decenios de 1960-1969 y 1970-1979, que llevó a determinados autores al extremo de negar dicho proceso, en la actualidad nadie duda que el mismo no sólo existió sino que sigue vigente. Lo que las investigaciones y reflexiones actuales han cuestionado es la visión omnipotente y unilateral con la que se ha tomado la mayoría de estos procesos. En ese marco, la biomedicina podía imponer a los individuos y grupos, prácticamente sin modificaciones ni oposiciones, sus maneras de explicar y atender los padecimientos.

La descripción y análisis de los procesos de medicalización en términos de hegemonía-subalternidad permite reducir o directamente eliminar la tendencia a pensar la medicalización sólo a partir de la biomedicina, del "poder médico". La inclusión de las transacciones sociales que operan entre los sectores hegemónicos y subalternos, en la medida en que pensemos no sólo en términos de hegemonía-subalternidad, sino también en términos de contrahegemonía, hace posible tomar en cuenta el papel de los sectores subalternos.² Éstos son algunos de los procesos y tendencias que operan en las relaciones de la biomedicina con los otros saberes y formas de atención; en la actualidad la medicina alopática establece las condiciones técnicas, sociales e ideológicas dentro de las cuales se desarrollan las relaciones con los otros saberes.

La biomedicina actual se caracteriza por una serie de rasgos técnicos, profesionales, ocupacionales, sociales e ideológicos que hemos descrito y analizado en varios trabajos,^{2,16-17,18-21} y que expresan la orientación dominante de la medicina alopática, así como las características y funciones a través de las cuales trata de imponer y mantener su hegemonía y particularmente su uso.

Si bien he descrito y analizado la biomedicina en términos de formas de atención y de saber, debo subrayar que, en función de varios objetivos metodológicos que he desarrollado en varios trabajos, decidí trabajar además con el concepto de modelo. Desde principios de la década de 1970-1979 comencé a elaborar mi propuesta de modelos médicos, en especial de lo que denominé Modelo Médico Hegemónico (MMH),^{viii} respecto del cual he identificado, descrito y

analizado unas 30 características estructurales,^{ix} de las que sólo comentaré algunas que nos permitan observar ciertas tendencias relevantes para el estudio de las relaciones de la biomedicina con las formas alternativas de autoatención de los padecimientos.

Coincidiendo con la mayoría de los analistas del saber biomédico, considero que el primer rasgo estructural dominante de la biomedicina es el biologicismo, al menos en el ámbito ideológico/técnico, dado que es el factor que no sólo remite a la fundamentación científica del diagnóstico y del tratamiento, sino que constituye el principal criterio de diferenciación con las otras formas de atención. Aunque el saber biomédico, especialmente en algunas de sus especialidades y orientaciones, toma en cuenta los aspectos psicológicos y sociales de los padecimientos, la biomedicina en tanto institución tiende a subordinarlos o excluirlos respecto a la dimensión biológica.

La dimensión biológica no es un principio de identificación y diferenciación profesional, sino que constituye el núcleo de la formación profesional del médico. El aprendizaje de la biomedicina se desarrolla a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales y psicológicos quedan reducidos al plano anecdótico, y donde no hay información sistemática sobre otras formas de atención. Es de la investigación biológica, bioquímica y genética de donde la biomedicina deriva sus explicaciones y sus instrumentos de atención. Esta afirmación no ignora la importancia del trabajo médico clínico cotidiano, pero el mismo aparece como un campo aplicativo y subordinado al campo de investigación, que es el que genera las explicaciones y el tipo de fármaco específico que deberán utilizar los clínicos. El paso a primer plano de la investigación genética en los últimos 20 años ha reforzado aún más esta tendencia.

Subrayo, para evitar equívocos, que al señalar el peso del biologicismo no ignoro sus aportes; ni tampoco niego el uso por parte del personal de salud de relaciones personales, incluida la dimensión psicológica, no sólo en la relación afectiva con el paciente, sino en la estrategia curativa y hasta diagnóstica. Pero tampoco conviene olvidar que estas habilidades personales aparecen como secundarias desde la perspectiva de la biomedicina en términos de institución y de formación profesional.

Más aún, en las últimas dos décadas, las autoridades académicas que dirigen las principales carreras de medicina en México han desarrollado un doble discurso, pues por una parte señalan la importancia de los procesos sociales, de las condiciones económicas, de la prevención de los procesos de s/e/a, y por otra impulsan en la práctica una formación unilateralmente técnica y excluyente que contradice sus manifestaciones verbales, dado que las escuelas de medicina que dirigen van a producir médicos incapaces de enfrentar en términos profesionales lo que dichas autoridades identifican como objetivos prioritarios. Por tanto, el médico, salvo en el caso de una parte de los salubristas, carece de formación profesional sobre los procesos socioculturales y econó-

mico-políticos que inciden en la causalidad y desarrollo de los padecimientos, por lo cual si le preocupan estos procesos sólo puede actuar a partir de sus habilidades personales, pero no de su formación profesional.

El biologicismo inherente a la ideología médica es uno de los principales factores de exclusión funcional de los procesos y aspectos históricos, sociales y culturales respecto al proceso *s/e/a*, así como de diferenciación de las otras formas de atención consideradas por la biomedicina como expresiones culturales no científicas y, por tanto, excluidas o cuando menos subalternizadas. Pero a su vez la dimensión biológica es la que mejor maneja el médico y la que posibilita su eficacia diferencial.

A partir de estas precisiones me interesa reflexionar sobre si el personal de salud, y sobre todo el médico, considera los procesos culturales y económico-políticos como significativos para explicar la causalidad, evolución e intervención de las enfermedades y, de ser significativos, ¿cómo los utilizaría en el marco de su actuación médico-clínica para contribuir a aliviar, controlar o curar el padecimiento?

Frente a esta interrogante debemos reconocer que en el nivel de la intervención casi todos los médicos dejan de lado dichos aspectos, aun reconociendo su importancia. En efecto: una cosa es reconocer que la situación de extrema pobreza y marginalidad inciden en la desnutrición, y otra poder operar considerando dichos factores a través de la intervención clínica, más allá de un proceso de rehabilitación que a menudo no puede evitar la recurrencia, a menos que se verifique un mejoramiento de las condiciones de vida y de alimentación generado por el desarrollo y distribución socio-económicos, o por lo menos que existan programas de alimentación complementaria o de lucha contra la pobreza que incluyan acciones para combatir la desnutrición, pero no en términos episódicos, sino en el marco de una cierta continuidad en el tiempo. Puede decirse que ningún médico ignora esta situación, y aunque algunos puedan reconocer la importancia de factores como la extrema pobreza en el incremento y la prevalencia de problemas de salud, su manejo de estos aspectos en el plano técnico e institucional es limitado, independientemente de si su formación profesional les permite tener una visión social de los problemas de salud. En el caso de la práctica privada, en especial en el contexto de las grandes corporaciones médicas, el manejo de estos aspectos sociales, económicos y culturales queda excluido. De las instituciones oficiales dependerá la existencia de programas específicos, pero donde el trabajo médico sea sólo clínico tampoco se manejan los factores y procesos señalados, por lo menos en el caso mexicano.

Se puede constatar la vigencia de esta orientación a través de los aspectos más decisivos del trabajo médico. Desde al menos el decenio de 1950-1959 diferentes tendencias de la psicología, sociología, antropología y la biomedicina, vienen señalando la importancia de la relación médico-paciente para el diagnóstico y el tratamiento, y en consecuencia, la necesidad de mejorarla, hacerla más simétrica, tomar en

cuenta no sólo la palabra del paciente sino sus referencias socioculturales, dado que las mismas tienden a ser excluidas por la mayoría de los médicos. De allí que parte del mejoramiento de la calidad de los servicios médicos reside justo en la modificación de aspectos de la consulta. Una proporción considerable de los médicos está consciente de esta realidad, y plantea la necesidad de mejorar dicha relación, por ejemplo, asignando más tiempo a la palabra del paciente.

Dentro del campo antropológico ha surgido una corriente liderada por médicos de formación antropológica que desde la década de 1970-1979, y sobre todo desde la de 1980-1989, plantean no sólo la necesidad de que el médico permita al paciente narrar su enfermedad, sino que el facultativo aprenda a decodificar cultural y médicamente el significado de dichas narrativas. Esta propuesta tiene sus dos principales centros en las escuelas de medicina de Harvard y de Berkeley,^{22,23} y que ha implicado el desarrollo de un programa especial de formación de médicos dentro de esta concepción.²⁴

Cabe recordar que, más allá de algunas particularidades, esta propuesta reitera lo señalado por diferentes corrientes antropológicas, y por supuesto biomédicas, desde al menos el decenio de 1920-1929, y subrayo lo de reiteración, porque dicha propuesta opera más en el plano de la reflexión teórica, de las experiencias universitarias y de algunos grupos especiales que en el ámbito de los servicios de salud, los cuales suelen orientarse en un sentido inverso al recomendado por los que analizan y reflexionan sobre la relación médico-paciente y su papel dentro de los servicios de salud oficiales o privados.

El examen de sistemas de salud como el británico o el mexicano revela que pese a reconocer las críticas señaladas de las características dominantes en la relación médico-paciente y la necesidad de revertir la orientación de los servicios de salud, lo que se da en los hechos es una tendencia a reducir cada vez más el tiempo de la relación médico-paciente y en especial el tiempo concedido a la palabra del paciente. Es decir, se potencian la tendencia histórica de la biomedicina para establecer una relación asimétrica y las dinámicas institucionales actuales, que tienden a reforzar dicha orientación de la biomedicina más allá de los discursos y reflexiones de analistas médicos, de los científicos sociales y de las propias autoridades sanitarias. Así, por ejemplo, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que da atención a cerca de 50% de la población mexicana, la media actual del tiempo de la segunda consulta y de las subsiguientes es de cinco minutos o menos.^{19,25,26,X}

La relación médico-paciente se caracteriza en el primer nivel de atención, pero también a nivel de especialidades, por la duración cada vez menor del tiempo de la consulta, por reducir cada vez más la palabra del paciente, pero también por reducir cada vez más la palabra del propio médico. En la mayoría de las instituciones médicas oficiales mexicanas ya no se llevan historias clínicas en el primer nivel de atención o han sido reducidas a registrar algunos da-

tos económico-demográficos y algunas características del tratamiento (por lo general la enumeración de los tipos de fármacos y de las dosis prescritas) consignándose muy escasa información de carácter diagnóstico y de evolución del padecimiento.

La anamnesis médica casi ha desaparecido pese al reconocimiento técnico de su utilidad; y así, por ejemplo, varios de los principales especialistas en alcoholismo del ámbito mexicano e internacional como Velazco Fernández, Edwards o Edwards y Ariff consideran decisiva la profundización de la indagación clínica, en particular para el paciente con alcoholismo crónico o dependiente, proponiendo inclusive la necesidad de desarrollar en el médico habilidades clínicas y existenciales especiales.²⁷⁻³¹ Sin embargo, reconocen que ya no es posible realizarlas, pese a subrayar, sobre todo en el caso de Edwards, que la misma es imprescindible para establecer un buen diagnóstico y orientar de manera eficaz el tratamiento.

Antes de seguir con este análisis, quiero aclarar que no estoy proponiendo ningún lamento por formas perdidas de "humanismo médico", sino señalar algunas tendencias actuales de la biomedicina que desarrollan aspectos contrarios o divergentes a los que las ciencias sociales, y sobre todo la propia biomedicina, consideran como óptimos en términos de la calidad de la atención. Por tanto, constatamos la reducción del tiempo de la relación médico-paciente a través de la propia trayectoria histórica de la biomedicina, trayectoria que además indicaría que el médico ha ido abdicando cada vez más de su propia capacidad y posibilidad de detectar y analizar síntomas —y no sólo signos— respecto de los padecimientos, al referirlos cada vez más a indicadores objetivos. Actualmente, la posibilidad de establecer diagnósticos y tratamientos no reside en el análisis de los síntomas, ni en los signos detectados por el "ojo" y la "mano" clínicos, sino en los signos presentados por los diferentes tipos de análisis, es decir, por pruebas objetivas, lo cual ha tenido consecuencias no sólo para la relación médico-paciente, sino para la identificación profesional del médico consigo mismo.³²

La trayectoria de la biomedicina entre fines del siglo XIX y la actualidad se caracteriza por el paso de la hegemonía del síntoma focalizada en la palabra del paciente, a la hegemonía del signo expresada cada vez más unilateralmente por el peso de las "pruebas objetivas".

Subrayo, para evitar malas interpretaciones, que no niego ni rechazo la importancia de contar con indicadores diagnósticos objetivos, sino que estoy analizando las implicaciones que el desarrollo de determinados procesos puedan tener para la biomedicina, para la relación médico-paciente y para la autoidentificación profesional del médico, sobre los cuales no es posible una verdadera comprensión ni reflexión alguna si no se incluye la dimensión histórica que, sin embargo, aparece excluida de la reflexión y de la acción médica.

La ahistoricidad es otro de los rasgos básicos del saber médico. La exclusión de la dimensión histórica del saber médico asume características especiales si la referimos a lo que ahora es el núcleo de la relación médico-paciente, es decir, la

prescripción del tratamiento, que en gran medida es la prescripción de medicamentos.

Desde la perspectiva que estamos desarrollando, la inclusión de la dimensión histórica permitiría aquilatar los beneficios de la prescripción de determinados fármacos para el tratamiento o control de determinados padecimientos, pero también los efectos negativos de los mismos, tanto en términos de un uso breve que evidencia una determinada eficacia, como en términos de un uso prolongado que revela el carácter momentáneo de dicha eficacia, o que su aplicación podría generar problemas mayores que los derivados de su no utilización. Estos procesos no están comprendidos dentro de la formación profesional ni en la práctica médica como aspectos reflexivos de su intervención, produciéndose un efecto curioso en la relación médico-paciente, de modo que el personal de salud suele achacar a la ignorancia, falta de educación o desidia de la población, lo que al menos en ciertos casos habría sido consecuencia de un determinado uso médico no convencional que la gente aprendió en forma directa o indirecta a través del propio personal de salud.

Una simple y no demasiado profunda indagación histórica permitiría constatar que algunas formas incorrectas de administrar los antibióticos (por ejemplo, el cloranfenicol) fueron introducidas y difundidas durante el periodo 1940-1960 por el propio personal de salud. De manera análoga, sería posible sacar a la luz las consecuencias desastrosas desencadenadas a partir del momento en que el amamantamiento con leche del seno materno fuera cuestionado por las instituciones médicas, inclusive por sus organizaciones internacionales, sobre todo por razones de higiene. Este hecho contribuyó, junto con otros factores, a la sustitución de la leche materna por fórmulas lácteas artificiales durante las mismas décadas.

Además, el consumo de ciertas drogas psicotrópicas consideradas adictivas fue facilitado por tratamientos médicos que las administraban incluso a pacientes en la primera infancia. La prescripción excesiva de jarabes que contenían codeína, la expansión del consumo de ritalina y el uso indiscriminado de diacepam en instituciones médicas oficiales mexicanas no deberían considerarse fenómenos aislados; tal vez guarden alguna relación con el incremento del consumo de sustancias adictivas.

La introducción de la dimensión histórica permitiría destacar la gran cantidad de éxitos farmacológicos puestos en marcha desde la biomedicina, pero también pondría en evidencia los innumerables ejemplos de usos incorrectos que la población aprendió directa o indirectamente de la intervención médica, entre ellos el de la polifarmacia. Aunque volveremos sobre este aspecto al hablar de la automedicación, me interesa subrayar la exclusión de la dimensión histórica porque dicha exclusión tiene varias consecuencias, entre ellas favorecer la omisión de los efectos negativos no sólo de la prescripción médica, sino de su notoria influencia en la generalización de la automedicación entre la población. Esta situación, insisto, no es un fenómeno del pasado,

si
ti
d
ti
d
e
u
p
n
li
p
p
c
b
li
f
c
f
y
c
f
f
r
r
l
c
l
l
l
c
r
r
c
r
c

sino que sigue vigente, como lo corrobora el mal uso de antibióticos por parte del personal de salud en los tratamientos de gastroenteritis que se ha registrado de forma reiterada a través de estudios recién realizados en países subdesarrollados y desarrollados.

Por último, y como ilustración privilegiada de lo que estamos señalando, la ahistoricidad permite pasar por alto uno de los procesos más estudiados por las ciencias sociales, por la psiquiatría crítica y, en menor medida, por la medicina social: no es otro que el denominado proceso de medicalización al que hacía referencia líneas antes. Dicho proceso, primero a través de padecimientos psiquiátricos, y luego a partir de enfermedades crónico-degenerativas y de "violencias", ha demostrado —entre otras cosas— la capacidad de la biomedicina para construir (inventar) síndromes que dan lugar no sólo a la elaboración de criterios diagnósticos y de historias naturales de las enfermedades, sino a la propuesta de tratamientos basados en el uso de medicamentos.

Como ya lo he señalado, los procesos de medicalización han sido estudiados desde el decenio de 1950-1959 y especialmente desde la década de 1960-1969 hasta la actualidad, y a pesar de los diferentes énfasis que percibimos a lo largo de dicho periodo, casi todos coinciden en poner de manifiesto que determinadas enfermedades han sido construidas por el propio saber médico, o que cuando menos acentuaron rasgos de las mismas para justificar intervenciones por razones económicas, de control profesional o de control político.

Desde los trabajos de la corriente de la antipsiquiatría que plantearon "la manufactura de las enfermedades mentales" hasta la *disease mongering* actual, pasando por las hospitalizaciones psiquiátricas forzadas aplicadas en la extinta URSS, las intervenciones quirúrgicas innecesarias y los padecimientos inventados o hipertrofiados como la hiperquinosis infantil, constatamos la existencia de una línea dominante, que fue descrita no sólo por científicos sociales, sino en gran medida por médicos clínicos.

Durante el decenio de 1990-1999 y los primeros años del nuevo milenio se han subrayado los aspectos económicos del proceso de medicalización, describiendo la patologización y la medicalización de comportamientos cotidianos, así como la transformación de factores de riesgo en cuasi enfermedades, que en ambos casos requieren tratamientos específicos, sobre todo de tipo farmacológico. Se acuñó el término *disease mongering*, traducido al castellano como "tráfico de enfermedades inventadas" o "negocio de enfermedades inventadas". Aunque este tipo de trastornos "fabricados" ha sido impulsado por la industria químico-farmacéutica, no cabe duda de que la biomedicina, tanto en el ámbito privado como en el estatal, desempeña un papel determinante en la legitimación, expansión y uso de la misma. Son médicos los que han "inventado" criterios diagnósticos e indicadores de riesgo, y son médicos los que diagnostican dichos padecimientos y prescriben medicamentos o intervenciones quirúrgicas específicas.

Uno de los mecanismos más utilizados en la actualidad para medicalizar comportamientos es establecer umbrales de riesgo cada vez menores de los niveles de glucosa o de colesterol, lo cual se traduce en la necesidad de prevenirlos a través de medicamentos en forma cada vez más temprana. Tales intervenciones no sólo pasan a formar parte de las prácticas privadas de atención, sino que también conforman la esencia de las políticas de las instituciones oficiales, como hemos podido constatarlo en México a través de las políticas y actividades preventivas aplicadas a partir de 2003. Así, pacientes que hasta entonces no eran considerados diabéticos o con problemas cardiacos en función de los indicadores de riesgo que manejaba la biomedicina, siguen sin ser considerados "enfermos", pero se les recomienda desarrollar ciertas conductas saludables y también utilizar determinados medicamentos.

El examen histórico de estos procesos de medicalización evidencia que los mismos generan construcciones profesionales "innecesarias" desde el punto de vista del paciente; que dichas propuestas y acciones son parte de los procesos de hegemonía-subalternidad que entran en juego a través de las instituciones biomédicas, y que tienen que ver con procesos económico-financieros en los cuales están coludidas las empresas químico-farmacéuticas, las corporaciones médicas empresariales y el sector salud. Pero además, es necesario describir y analizar tales procesos para poder entender las modalidades de autoatención (incluida la automedicación) que son usadas por los pacientes.

Quizá los aspectos más excluidos por la biomedicina sean los que corresponden al campo cultural. Aunque el personal de salud suele reconocer la relevancia de la pobreza, del nivel de ingresos, de la calidad de la vivienda o del acceso al agua potable como factores que inciden en el proceso *s/e/a*, en los últimos años ha disminuido la inclusión de los factores religiosos o de las creencias populares respecto del proceso *s/e/a* por parte de la biomedicina.

Si hace unos 40 o 50 años la orientación salubrista reparaba en la importancia de los factores culturales generalmente como mecanismos negativos o como procesos que indicaban determinadas tendencias patológicas en un grupo social concreto, en la actualidad dichos factores han sido cada vez más excluidos de las acciones prácticas. En los decenios de 1940-1949 hasta el de 1960-1969 una parte del salubrista estimaba que ciertas creencias culturales podían oponerse a la expansión de la biomedicina, idea que hoy en día opera por ejemplo respecto a los programas de planificación familiar o al uso de protección en las relaciones sexuales. Pero si en el periodo mencionado se pensaba en cómo modificar culturalmente los saberes populares, ahora se piensa a través de qué mecanismos administrativos y médicos puede generarse esta modificación, para lo cual se proponen diferentes estrategias que van desde la estimulación económica al equipo de salud para elevar el número de mujeres "controladas" (que supone la aplicación de esterilizaciones femeninas y en menor medida masculinas, sin consentimiento informado), pasando por la aplicación de programas

contra la pobreza en los que la planificación familiar aparece como uno de los objetivos básicos para solucionarla o al menos para reducir algunas características consideradas simultáneamente como efecto/causa de la misma. Es decir, que el equipo de salud o el de desarrollo social, más que actuar sobre las condiciones culturales, opera a través de acciones médicas que incluyen el incentivo económico.

La dimensión cultural se utiliza cada vez menos, salvo frente a ciertos padecimientos, aunque conviene subrayar que se suelen tomar más en cuenta los procesos sociales que los culturales, aun en el caso del VIH/sida o de las adicciones. En los decenios de 1950-1959 y 1960-1969, toda una corriente epidemiológica se preocupó por detectar y establecer cuáles eran los patrones culturales de consumo de las sustancias adictivas en América Latina, que en aquella época se centraban en el alcohol, a diferencia de las tendencias epidemiológicas actuales respecto a las adicciones, donde esta orientación ha desaparecido y no ha sido reemplazada por ninguna otra búsqueda de factores y procesos culturales.

Pero además observamos en el caso de México que al menos una parte de los epidemiólogos especializados en adicciones habla de la importancia de los comportamientos culturales para la prevención de determinado problema, pero sin generar las investigaciones necesarias para obtener la información específica, y menos aún la aplicación de acciones de carácter cultural.¹⁹⁻²¹ Sin embargo, es importante subrayar que hace 50 años, como en la actualidad, la biomedicina utilizó la dimensión cultural, sobre todo para evidenciar aspectos negativos de la población. Tiende a señalar cómo los factores culturales propician la expansión de padecimientos u obstaculizan las prácticas biomédicas que podrían combatirlos o al menos reducirlos. No obstante, no se incluyen las formas de atención "culturales" que podrían ser utilizadas favorablemente para eliminar los daños. Si bien el uso de algunas de estas formas de atención, sobre todo las consideradas "tradicionales", fue propuesto por las estrategias de atención primaria, y que ha generado las correspondientes investigaciones relacionadas, en el caso de México no han contado con el impulso adecuado del sector salud, salvo en contextos específicos y limitados, y sobre todo en función de una concepción de ampliación de cobertura a bajo costo y para poblaciones marginales rurales.

Tomando en cuenta los procesos y factores culturales podremos constatar la existencia de otras formas de atención de la enfermedad, cuyas principales diferencias radican no sólo en el tipo de técnicas utilizadas, sino en el sentido y significado cultural en el que se las aplica, donde reside gran parte de su función cultural más allá de su eficacia específica.

Otros rasgos del modelo médico hegemónico también permiten observar procesos que explican el distanciamiento, subordinación, exclusión o negación de otros saberes y formas de atención por parte de la biomedicina, pero para concluir me referiré a una de las características a través de las cuales la biomedicina se diferencia con mayor fuerza de la mayoría de las otras formas de atención. Y me refiero a su

identificación con la racionalidad científica, expresada sobre todo a través de la ya citada dimensión biológica. Es en este rasgo donde se sintetizan mediante la autoidentificación profesional con "la ciencia", la exclusión de las otras formas identificadas justamente con criterios no científicos y con la dimensión cultural. Si bien la eficacia, la eficiencia o las condiciones de atención de la biomedicina constituyen criterios importantes, el criterio decisivo remite a la racionalidad científico-técnica.

El conjunto de las características y de las funciones del MMH, y no cada característica en sí misma,¹⁹ tiende a establecer una relación de hegemonía-subalternidad de la biomedicina respecto a las otras formas de atención no biomédicas, que normalmente quedarían excluidas, ignoradas o estigmatizadas, aunque también podrían optar a una aceptación crítica o inclusive a una apropiación o a un uso complementario sobre todo de ciertas técnicas, pero siempre con carácter subordinado.

Reitero que no niego la importancia de la investigación biomédica, ni los aportes de la farmacología, ni la capacidad de detección diagnóstica a través de pruebas e indicadores objetivos; lo que me interesa señalar aquí es que los usos de éstas y otras características e instrumentos contribuyen a excluir, negar o secundarizar a los otros saberes y formas de atención no biomédicos a partir de criterios referidos sólo a la dimensión científica del proceso s/e/a.²¹ Este proceso adquiere un cariz especial en el caso de las relaciones que se establecen entre la biomedicina y la autoatención de los padeceres, ya que a través de dichas relaciones se generan con mayor frecuencia conflictos tanto en el ámbito de la relación médico-paciente como en el de la relación sector salud-conjuntos sociales. Esto ocurre por dos razones básicas: porque la autoatención es la forma de atención de la enfermedad más utilizada por los grupos sociales, y porque es parte de la mayoría de los usos de las otras formas de atención, y en particular de la atención biomédica.

Tales afirmaciones, que sustentan a partir de mis propias investigaciones y de estudios desarrollados por otros investigadores orientados por este enfoque,^{2,3,8,18,33,34,36} consideran la autoatención a través de una serie de características que analizaré más adelante, pero que sobre todo la consideran como proceso, a diferencia de las investigaciones generadas desde la biomedicina, que la consideran como una entidad en sí y sólo referida a actividades muy específicas, lo cual conduce a un notorio subregistro de las actividades de autoatención, inclusive en sus investigaciones sobre este proceso, e impide valorar el papel constante y decisivo en el proceso de articulación de las diferentes formas de atención y especialmente con la biomedicina.

La autoatención como proceso estructural

La autoatención constituye una de las actividades básicas del proceso salud/enfermedad/atención (s/e/a), siendo la

actividad nuclear y sintetizadora desarrollada por los individuos y grupos sociales de dicho proceso. La autoatención es una actividad constante, aunque intermitente, desarrollada a partir de los propios individuos y grupos en forma autónoma o teniendo como referencia secundaria o decisiva a las otras formas de atención. La autoatención puede ser parte de las acciones desarrolladas por las otras formas de atención, dado que es un paso necesario en la implementación de las mismas.

Por autoatención nos referimos a las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de individuo y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos puedan ser la referencia de la actividad de autoatención. Así, ésta implica decidir la auto-prescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. Es decir, que remite a las representaciones y prácticas que manejan los individuos y grupos respecto de sus padecimientos, incluyendo las inducidas, prescritas o propuestas por curadores de las diferentes formas de atención, pero que en función de cada proceso específico, de las condiciones sociales o de la situación de los individuos, conduce a que una parte de dicho proceso de prescripción y uso se autonomice, por lo menos en términos de autonomía relativa.

La autoatención puede ser analizada en dos niveles, uno amplio y otro restringido; el primer nivel hace referencia a todas las formas que se requieren para asegurar la reproducción biosocial de los individuos y grupos a nivel de los microgrupos y especialmente del grupo doméstico. Formas que son utilizadas a partir de los objetivos y normas establecidos por la propia cultura del grupo. Desde esta perspectiva, podemos incluir no sólo la atención y prevención de los padecimientos, sino las actividades de preparación y distribución de alimentos, el aseo del hogar, del medio ambiente inmediato y del cuerpo, la obtención y uso del agua, etc. Son parte de la autoatención el aprendizaje de la relación con la muerte en los diferentes términos prescritos por cada cultura, que pueden incluir el cuidado del individuo moribundo, ayudar a morir, o el manejo del cadáver en función del sistema de creencias. La autoatención tal como la estamos definiendo, más allá de que ciertos actos se expresen fenoménicamente a través de individuos, se refiere a microgrupos y a aquellos que más inciden en los procesos de reproducción biosocial y que incluyen sobre todo al grupo doméstico, pero también al grupo de trabajo, al grupo de adolescentes, entre otros.

La definición restringida se refiere a las representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente al proceso *s/e/a*. Por supuesto, es difícil establecer un corte claro entre algunas actividades de la autoatención en sentido amplio y restringido, pero debemos asumir que este corte —como casi todo corte de tipo metodológico— opera como un mecanis-

mo de ordenamiento de la realidad, y que en consecuencia excluye (metodológicamente) determinados hechos, como la permeabilidad entre diferentes tipos de actividades. Desde una perspectiva procesual, por ejemplo, la crianza de los hijos supone desarrollar y aplicar saberes a toda una serie de aspectos de la realidad (amamantamiento, otros tipos de alimentación, aseo, control de esfínteres, formas de descanso incluidas las horas y tiempos de sueño, aprendizaje de relaciones microgrupales básicas, y un espectro enorme de otros comportamientos); varios de estos comportamientos aluden en forma general o específica a procesos de *s/e/a*, pero entramados a través de los mismos saberes. Por tanto, aunque el corte metodológico sea arbitrario, nos permite concentrarnos justo en la autoatención de tipo restringido, pues es la que nos interesa analizar, pero asumiendo que en los procesos concretos aparecerán incluidos aspectos de la autoatención ampliada.

La autoatención suele ser confundida o identificada por la biomedicina exclusivamente con la automedicación, es decir, con la decisión más o menos autónoma de utilizar determinados fármacos para tratar determinados padecimientos sin intervención directa o inmediata del médico o del personal de salud habilitado para ello. Pero la automedicación sólo es parte de la autoatención, y haber reducido la autoatención a la automedicación es un efecto del saber biomédico.

Además, considero que la automedicación no alude sólo a la decisión de utilizar determinados tipos de fármacos desarrollados por la industria químico-farmacéutica (IQF), sino a todas las sustancias (infusiones de hierbas, alcohol, mariguana, etc.), así como otras actividades de muy diferente tipo (cataplasmas, ventosas, masajes, etc.), que son decididas y usadas por los individuos y microgrupos con autonomía relativa para actuar sobre sus padecimientos o para estimular determinados comportamientos. Por su parte, la biomedicina piensa la automedicación casi sólo a través de los fármacos producidos por la industria químico-farmacéutica (IQF), que si bien actualmente es una de las prácticas más extendidas de automedicación en numerosos grupos sociales, no es más que una de las diferentes prácticas de autoatención.

Otro término que se utiliza como equivalente de autoatención es el autocuidado, desarrollado desde la biomedicina y desde el salubrismo especialmente a partir del concepto de estilo de vida, de tal manera que por autocuidado se suelen entender las acciones realizadas por los individuos para prevenir el avance de ciertos padecimientos y para favorecer ciertos aspectos de salud positiva. El empleo de este concepto por el sector salud es marcadamente individualista, y se diferencia del de autoatención, que si bien incluye la experiencia y trayectoria de los individuos, tiene un carácter grupal y social por lo menos en términos referenciales. Considero que el concepto de autocuidado es una variante del de autoatención impulsado desde ciertas ideologías no sólo técnicas sino sociales que sólo toman en cuenta al individuo.

Desde mi perspectiva, las actividades de automedicación y de autocuidado son parte del proceso de autoatención, pero no su equivalente, ya que esta última no sólo constituye el concepto y proceso más incluyente, sino que aun refiriéndose a un individuo tiene siempre como referencia entidades grupales.^{xii}

La biomedicina critica a la autoatención casi exclusivamente en términos de automedicación. El personal de salud considera que la automedicación es negativa o perniciosa, producto de la falta de educación o de la ignorancia, y tiende a identificarla como un comportamiento de los estratos sociales más bajos. Dicha evaluación surge generalmente de la propia experiencia clínica o de la tradición oral institucional, así como de la posición del sector salud frente a la automedicación, pero no de investigaciones sistemáticas sobre lo negativo o beneficioso de la automedicación. En los países europeos y americanos contamos con muy escasas investigaciones al respecto.^{xiii}

En general, la biomedicina y el sector salud han señalado exclusivamente los efectos negativos de la automedicación, denunciando de manera recurrente su papel en el desarrollo de resistencias al efecto de ciertos medicamentos sobre los vectores de determinados padecimientos o las consecuencias cancerígenas, o de otro tipo, asociadas al uso indiscriminado de sustancias como el cloranfenicol. No obstante, casi no existen investigaciones (en especial estudios de seguimiento de actividades de automedicación en el caso de las enfermedades crónicas) como para establecer si en verdad la automedicación tiene consecuencias negativas o positivas. Si bien la crítica a la automedicación es relativamente antigua, la misma se ha incrementado en las últimas décadas debido al posible incremento de la automedicación con fármacos, al hecho de que algunos de éstos tendrían consecuencias más negativas que los fármacos antiguos (dadas las características "más agresivas" de sus componentes), a la especificidad del medicamento y a un uso cada vez más indiscriminado.^{xiv}

Pero más allá de si los cuestionamientos biomédicos sean o no correctos, me interesa subrayar la visión negativa de la biomedicina de la autoatención y la automedicación, así como la noción de que tal práctica se ha incrementado, lo cual contrasta con las numerosas actividades de autoatención que impulsó y sigue impulsando el sector salud. Considero que la biomedicina ha desarrollado una relación contradictoria y escotomizante de este proceso, dado que por una parte lo cuestiona en términos de automedicación, mientras que por otra impulsa actividades de autocuidado y otras formas de autoatención. A fin de evaluar lo señalado voy a precisar algunos aspectos del proceso de autoatención que ayuden a comprender mejor lo que estoy proponiendo. En primer lugar, considero la autoatención como un proceso estructural, constante aunque en continua evolución. Dicho carácter estructural —observado en el ámbito de los individuos y microgrupos— se deriva de algunos hechos fundamentales.

El primero es que la autoatención constituye uno de los procesos básicos para asegurar la producción y reproducción biosocial y sociocultural de los individuos y los grupos, lo cual puede constatarse a través de los procesos de *s/e/a*. Todo grupo pequeño, y en particular el grupo doméstico, se caracteriza por la frecuencia, recurrencia y continuidad de episodios de enfermedades, dolencias, daños o problemas que afectan la salud de uno o más miembros de dichos microgrupos. La mayoría de estos episodios son leves y transitorios, y pueden hallar solución o cuando menos alivio a través de las acciones de los miembros del grupo. Junto a estos padecimientos siempre han existido enfermedades crónicas que si se quiere evitar que se traduzcan en muerte prematura es preciso que el individuo y su microgrupo se constituyan en partes activas del proceso de atención, pues sobre todo en el caso de algunos padecimientos, la autoatención es decisiva para la supervivencia o para la calidad de vida del individuo enfermo.

El núcleo de la existencia y continuidad de la autoatención alude a la frecuencia de padecimientos agudos de tipo muy diferente, a la presencia e incremento de enfermedades crónicas físicas y mentales, a la búsqueda de estimulaciones psicofísicas con diferentes objetivos, de tal manera que toda sociedad necesita desarrollar saberes específicos a nivel de los grupos donde emergen estos padecimientos o estos objetivos de vida, estableciendo inclusive una división del trabajo, sobre todo del grupo familiar, donde la mujer, en su papel de esposa/madre, es la que se hace cargo del proceso *s/e/a* de los miembros del grupo.

La mujer es la encargada de diagnosticar el padecimiento (y, por tanto, de manejar indicadores diagnósticos), además de establecer una evaluación de la gravedad o levedad del mismo. Desarrolla nociones sobre la evolución de los padecimientos, así como sobre el carácter estacionario de determinadas enfermedades. Será ella quien implemente los primeros tratamientos, y decidirá por su cuenta o de acuerdo con otros miembros del grupo familiar la demanda de atención, que puede iniciarse por la consulta con personas de su entorno social inmediato y continuar con el tipo de terapeuta considerado más adecuado, y cuya consulta dependerá de los recursos económicos y culturales del grupo, así como de la disponibilidad de servicios.^{xv}

La autoatención es casi siempre la primera actividad que el microgrupo realiza frente a los trastornos detectados, y esa actividad no suele incluir la intervención de ningún terapeuta profesional, aun cuando primero pueda consultar a algún miembro de los actores familiares y sociales (vecinos, compañeros de trabajo) inmediatos, pero que no desempeña ninguna actividad como sanador profesional.

Sólo a partir del resultado de la autoatención y, naturalmente, de la evolución del padecimiento, así como en función de las condiciones socioeconómicas y culturales ya señaladas, el individuo y su microgrupo deciden consultar o no a terapeutas profesionales de una de las formas de aten-

ción que reconocen y aceptan, y por supuesto a las que pueden acceder.

La decisión de consultar a un terapeuta profesional, y las acciones realizadas después de la consulta constituyen también parte del proceso de autoatención. Luego de la primera consulta se puede optar por la consulta inmediata o diferida con otro terapeuta del mismo tipo o de otra forma de atención. Análogamente, tanto esta decisión como lo que ocurra después de la segunda consulta también son parte del proceso.

La decisión de recurrir a curadores profesionales se toma a partir de determinados saberes y determinadas experiencias que van a incidir en el tratamiento y en la relación curador-paciente. El individuo y su grupo pueden consultar con uno o más curadores y servicios, pero siempre a partir del núcleo de autoatención. De ahí que ésta no debe ser considerada como una acción que los individuos y grupos realizan aislada y autónomamente, sino como un proceso transaccional entre éstos y las diferentes formas de atención que operan como sus referentes. Más aún, serán el individuo y su grupo los que a través de la carrera del enfermo articulen las diferentes formas de atención, partiendo de las características de cada grupo y de cada padecimiento, pero siempre en función de esta experiencia.

Es el proceso de autoatención el que articula las formas de atención disponibles, más allá de que éstas tengan interacciones directas entre sí. La mayoría de las formas de atención, incluida la biomédica, tiende a pasar por alto una trayectoria del enfermo que articula diferentes formas y hasta sistemas de atención con el objetivo de hallar una solución a sus problemas de salud. Esto se debe en gran medida al hecho de que la realidad social es pensada y analizada como acto y no como proceso; la autoatención es siempre parte de un proceso que incluye no sólo los actos de los individuos y microgrupos, sino también los de los diferentes sanadores que intervienen en dicho proceso. El enfoque no relacional que ha dominado el estudio del proceso salud/enfermedad/atención tiende a poner el énfasis sobre cada actor en sí, en lugar de colocarlo sobre el proceso relacional que incluye a todos los actores significativos que intervienen en el mismo.

El conjunto de las actividades y articulaciones que estoy señalando se dan potencialmente en todo grupo e individuo más allá de su nivel educacional o económico, aunque éstos y otros factores inciden en las características específicas que asuma el proceso de atención. No cabe duda de que la gravedad o el recrudecimiento de una enfermedad, la complejidad de la misma, la necesidad de aplicar tecnologías sofisticadas, la existencia o no de cobertura de las diferentes formas de atención, así como la pertenencia a algún sistema de seguridad social incidirán en el tipo de atención y autoatención desarrollado. Obviamente, los factores económicos también inciden en la automedicación, aunque sin alcanzar el papel determinante que numerosos autores les atribuyen.

Considero que la autoatención se consolida estructuralmente no sólo por las razones señaladas, sino porque para el grupo supone la acción de estrategia de supervivencia más racional, tanto en términos culturales como de costo-beneficio (no sólo en términos monetarios, sino de tiempo), siempre que asumamos en toda su magnitud la incidencia y significación que para su vida cotidiana representan la frecuencia y recurrencia de los diferentes tipos de padecimientos que amenazan real o imaginariamente a los individuos y microgrupos.

Desde esta perspectiva, y para ofrecer una noción cabal de lo que estoy proponiendo, debo precisar que cuando hablamos de padecimientos nos estamos refiriendo a una amplia variedad que va desde dolores episódicos de cabeza, dolores musculares leves, episodios de fiebre ligera, resfriados o escozores transitorios, pasando por dolores del alma, estados de tristeza, ansiedades, o pesares momentáneos. En fin, toda la variedad de dolores derivados de golpes, accidentes o relaciones sociales que nos acompañan durante parte del día o la semana. Es decir, que hay una serie de trastornos que el individuo experimenta y autoatiende de alguna manera a lo largo de cada día. Frente a éstos, el individuo puede no hacer nada, o tal vez comentarlo con alguien de su entorno inmediato, dejando que el transcurso del tiempo los solucione, lo cual también es parte de las acciones de autoatención. Todos estos padecimientos son atendidos y solucionados a través de la autoatención, a menos que se agraven o que su reiteración o persistencia preocupen al individuo y su grupo. Debemos recordar que en la primera infancia algunas enfermedades gastrointestinales y respiratorias agudas, así como algunos padecimientos populares y tradicionales se presentan con frecuencia, y también tienden a ser atendidos en el interior del grupo, y sólo se recurre a un profesional cuando la dolencia supera determinado umbral de gravedad establecido por el propio grupo.

Además de estos padecimientos, el paso a primer plano de las enfermedades crónico-degenerativas y de las invalideces ha conducido a que parte del tratamiento de las mismas sea implementado por el enfermo o por su grupo, dado que si no lo hace se reducirá de manera significativa su esperanza de vida. Así, la mayoría de las acciones sobre los padecimientos agudos y crónicos se realiza de manera autónoma o articulada con otras formas de atención, a través de la autoatención.

El conjunto de estas acciones supone la existencia de un saber respecto del proceso s/e/a dentro de los microgrupos, en especial de los grupos domésticos. Independientemente de lo erróneo o acertado de sus explicaciones causales, diagnósticos provisionales o el tipo de tratamiento propuesto, lo que importa es la existencia de este saber, que se ejercita de forma constante a través de diferentes tipos de trastornos, y que a partir de este saber se establecen las relaciones transaccionales con las otras formas de atención. Cuando un individuo acude al médico, a un quiropráctico, a una curandera o bien a un sanador *new age*, por lo general va con un diagnóstico provisional de su padecimiento. Y lo que subrayo, más

allá de lo equivocado o acertado del diagnóstico así como de lo preciso o difuso del mismo, es la existencia de esta actividad diagnóstica ejercida por el propio individuo y su micro-grupo.

El diagnóstico presuntivo establecido por el propio individuo y su grupo es parte de la autoatención, y desde nuestro punto de vista representa una posibilidad de articulación, en la medida en que la biomedicina perciba los procesos de autoatención como procesos a través de los cuales puede trabajar y no como procesos a los que debe cuestionar. Desde esta perspectiva, hemos realizado en España varios ejercicios con médicos que operan en el primer nivel de atención para que trabajen desde el inicio con el diagnóstico presuntivo del paciente, y desarrollando la primera consulta a partir del mismo, no sólo para obtener información adicional, sino sobre todo para trabajar con el paciente a partir de sus propias claves, pero articuladas con los objetivos biomédicos. Dichas experiencias corroboraron justamente esta posibilidad.

En una evaluación sobre los resultados de un proyecto de investigación/acción aplicado en una zona palúdica del Ecuador con población básicamente amerindia, los investigadores compararon el autodiagnóstico de las personas que habían tenido paludismo con el diagnóstico profesional, y encontraron que coincidían en 80% de los casos, concluyendo que el autodiagnóstico presenta un buen valor predictivo.³⁷ Más aún, dicho proyecto impulsó el autotratamiento contra el paludismo basado en el uso de fármacos complementado con plantas medicinales tradicionales.

Debemos aclarar que la autoatención y la automedicación no se refieren sólo a la intervención sobre los padecimientos, sino que incluyen también la aplicación de tratamientos, el consumo de sustancias o la realización de actividades que, según el caso, contribuirían a un mejor desempeño deportivo, sexual o laboral. Se trata de sustancias y acciones que no sólo permitirían salir de la angustia, de la depresión o del dolor, sino también mejorar ciertos rendimientos y alcanzar ciertos goces. Desde esta perspectiva, las diferentes formas de adicción pueden ser consideradas parte del proceso de autoatención.^{7,21,33,38-40} Más aún, sobre todo en los últimos años se ha impulsado una serie de actividades relacionadas con el desarrollo de ciertos estilos de vida, las cuales están orientadas a la obtención de determinados beneficios físicos y mentales. Por ejemplo, correr todas las mañanas, o todas las tardes —dado que por lo menos en algunas sociedades las noches se han tornado peligrosas—, ir al gimnasio, beber entre 2 y 3 L de agua diarios, practicar yoga o ciertos ejercicios zen, etcétera.

Los grupos domésticos han desarrollado estructuralmente la figura de lo que ahora se denomina "cuidador", es decir, aquel miembro del grupo que cuida especialmente a los niños y a los ancianos en su vida cotidiana, incluyendo el cuidado especial del individuo durante sus enfermedades, sus discapacidades o limitaciones derivadas del envejecimiento. La función del cuidador también recayó en la mujer, en el marco de una serie de actividades de autoatención que

se integran en el proceso s/e/a, por ejemplo, las que se realizan durante la convalecencia de una enfermedad y que básicamente se desarrollan también dentro del grupo doméstico y en gran medida a través del papel del cuidador.

Lo que estamos señalando es evidente, pero no es tan obvio pensarlo en términos de autoatención, y menos reconocer su papel decisivo en la recuperación del paciente. Diversos estudios evidenciaron a partir del decenio de 1970-1979 el desempeño positivo de las redes familiares, e inclusive demostraron que durante el periodo de convalecencia dichas redes tienen más importancia que el sistema de atención biomédico.⁶

Desde la perspectiva que estamos desarrollando, la automedicación hace referencia no sólo al consumo autónomo de ácido acetilsalicílico, antibióticos o psicotrópicos en calidad de fármacos, sino también al consumo de anabólicos, de infusiones de boldo o de tila o del consumo de alcohol en determinadas situaciones. Será la intencionalidad con que se utilice cualesquiera de estas sustancias la que le confiera el carácter de automedicación.

Hay un conjunto de procesos sociales, económicos e ideológicos que han impulsado determinadas formas de autoatención en las sociedades actuales. Generalmente se sostiene que el desarrollo de la industria químico-farmacéutica y la publicidad están involucrados con esta tendencia al consumo de determinados productos; también se ha señalado que el surgimiento de ciertas ideologías centradas en la búsqueda de una salud perfecta y de una especie de eterna juventud, o de ciertos equilibrios psicofísicos ligados o no a concepciones religiosas o consumistas han impulsado determinadas formas de autoatención y automedicación.

También hay toda una serie de grupos organizados a partir de un padecimiento específico (Alcohólicos Anónimos [AA], Neuróticos Anónimos [NA], Clubes de Diabéticos, etc.), o desarrollados a partir de la reivindicación de su identidad diferencial (movimiento feminista, movimiento *gay*), que han propiciado diversos procedimientos y técnicas de autoatención. Algunos de estos grupos, como Alcohólicos Anónimos, han llegado al extremo de propugnar la abstinencia absoluta a partir de la definición del "alcoholismo" como enfermedad, pero excluyendo programáticamente la intervención biomédica. Por su parte, las "clínicas libres" feministas de Estados Unidos impulsaron la autoinspección del aparato reproductivo femenino y de los senos con objetivos diagnósticos y terapéuticos. Por tanto, es imprescindible reconocer la existencia de sectores sociales —así como de objetivos personales, grupales y de movimientos sociales— claramente diferenciados que potencian la autoatención, incluida la automedicación.

La biomedicina como generadora de autoatención

Hay una intensa y constante relación entre los saberes y formas de atención biomédicos y los de autoatención a partir

de procesos impulsados sobre todo por las necesidades, objetivos o deseos de los individuos y los grupos. Si bien cada grupo incluye en sus actividades de autoatención explicaciones y prácticas y productos de procedencia diversa, es preciso asumir que la biomedicina constituye actualmente una de las principales fuentes de las actividades de autoatención.

La biomedicina cuestiona la automedicación y la considera como algo negativo, atribuyéndole una serie de consecuencias nocivas para la salud. Sin embargo, al mismo tiempo, la biomedicina considera positivamente el autocuidado y genera un conjunto de actividades que impulsan no sólo el autocuidado, sino también la automedicación. Y así observamos que, en la mayoría de los países de América Latina, el sector salud desarrolla programas de planificación familiar o, si se prefiere, de salud reproductiva, destinados a conseguir que el grupo familiar, y sobre todo la mujer, acepten la planificación familiar y aprendan a utilizar varios métodos de anticoncepción, especialmente la píldora anticonceptiva, y que sobre todo los utilicen autónomamente.

Más aún, el sector salud mexicano ha basado sus políticas de planificación casi exclusivamente en la mujer, consciente del hecho de que ésta no sólo es la encargada de trabajar con los procesos de s/e/a en el ámbito familiar, sino la responsable de la autoatención, incluida la automedicación.

Por otra parte, no sólo en México, sino también a escala internacional, las políticas de prevención del VIH/sida están basadas en la autoatención pensada en términos generales y específicos. Por ejemplo, se han desarrollado campañas generales dirigidas a las mujeres o a los varones, así como campañas específicas para las(los) trabajadoras(es) sexuales o para la población homosexual con el objetivo de promover el uso de condones para evitar el contagio y la transmisión del VIH/sida y otras enfermedades venéreas.

La prestigiosa revista *Lancet* señaló que el principal descubrimiento médico del siglo xx fue el de la rehidratación oral como mecanismo para controlar eficazmente las diarreas por gastroenteritis, pues la rehidratación impidió millones de muertes evitables. Pero debemos recordar que el sector salud impulsó la rehidratación a través de la autoatención, con la resistencia o rechazo del personal de salud.⁴¹ En efecto, el sector salud y diversas organizaciones no gubernamentales (ONG) han difundido el uso autónomo de la rehidratación oral, enseñando inclusive a preparar dicha solución, dado el papel decisivo que cumple en el control y la eliminación de diversos tipos de gastroenteritis. El objetivo es lograr también que las personas asuman de manera autónoma la preparación o la compra y el uso de las sales. El sector salud y otros grupos han promovido intensamente el uso del condón no sólo como método anticonceptivo, sino como un mecanismo preventivo frente a las enfermedades de transmisión sexual, que los individuos deberían adoptar de manera autónoma o relacionada.

En algunos países, el sector salud está intentando lograr que la población tenga la capacidad de detectar determina-

dos problemas, puesto que una detección oportuna posibilitaría una intervención médica más eficaz. Por tanto, se sugiere o induce a los varones a practicarse una medición del antígeno prostático cada seis meses o al menos una vez al año. De manera similar, se intenta convencer a las mujeres de la necesidad de hacerse la prueba de Papanicolaou cada seis meses o cada año, así como también someterse a otras formas más sofisticadas de detección de determinados padecimientos.

Cuando a principios de 1980 iniciamos nuestro estudio sobre personal biomédico y alcoholismo, encontramos que un proyecto de investigación sobre detección y tratamiento de alcohólicos llevado a cabo en el Instituto Nacional de la Nutrición, aplicaba un cuestionario de autollenado que podía establecer un primer diagnóstico sobre el alcoholismo de los individuos que participaban en el estudio. Se aplicaba una variante de pruebas diseñadas en Estados Unidos, cuya característica común era el autollenado por los propios sujetos. Las diversas propuestas incluían desde cuatro hasta 20 ítems, y los médicos que las habían diseñado estaban convencidos de que las mismas tienen capacidad diagnóstica.

Numerosos investigadores e instituciones biomédicas han desarrollado este tipo de cuestionarios de autollenado respecto a problemas de enfermedad mental y física, desde al menos la década de 1960-1969 hasta la actualidad. La última que experimenté es la que me aplicaron a mediados de 2007 durante mi hospitalización por infarto agudo de miocardio en terapia intensiva de un hospital privado de la Ciudad de México. Los datos que debía proporcionar correspondían a una investigación sobre problemas de hipertensión arterial que se realizaba en siete países y que estaba financiada por una de las más importantes empresas químico-farmacéuticas. Según me dijeron, el estudio contaba con el aval de la Organización Mundial de la Salud.

Pero estas pruebas que primero se aplicaron con fines de investigación y más tarde de detección oportuna y prevención, fueron autonomizadas por la población no sólo a través de la acción de los individuos y grupos, sino también de determinados medios que convirtieron estas pruebas en parte de sus secciones casi fijas, especialmente en el caso de las revistas femeninas, donde los cuestionarios de autollenado fueron referidos desde una variedad de padecimientos mentales hasta la sexualidad pasando por la alimentación.

Es la propia biomedicina la que para determinadas enfermedades crónicas ha impulsado las acciones autónomas de los pacientes, de tal manera que aprendan a leer glucosa en orina o sangre a través de técnicas sencillas, así como a aprender a autoinyectarse insulina. Más aún, diseña cada vez más estrategias para inducir a los individuos a detectar algunos de los principales riesgos, y así PREVENIMSS desarrolla una campaña personal y mediática para que los individuos puedan detectar ciertos riesgos a través de técnicas sencillas. Quizá la campaña más intensiva es la de obesidad/diabetes, induciendo a los individuos a vigilar su obesidad, y sobre todo su cintura a través de un *slogan* que dice: "Míde-

te... no te pases: 90 cm de abdomen máximo en los hombres y 80 cm de abdomen en las mujeres”.

A pesar de que la biomedicina cuestionara o ignorara durante años el papel de los grupos de Alcohólicos Anónimos, ahora el sector salud ha reconocido en numerosos contextos a estos grupos como parte central del tratamiento contra el alcoholismo, y aconseja a los “alcohólicos rehabilitados” su permanencia en ellos como principal mecanismo de control de dicho padecimiento, dada la alta frecuencia de recaídas que caracterizan no sólo al individuo con problemas de alcoholismo, sino al conjunto de los comportamientos adictivos.

Por un lado, la biomedicina y el sector salud cuestionan la automedicación, y por otro impulsan, favorecen, incorporan o aceptan formas de autoatención, incluyendo ciertos tipos de automedicación. Varias de las actividades señaladas evidencian que la propia biomedicina está consciente de las actividades de articulación que se generan sobre todo en el caso de las enfermedades crónicas. Tal vez las actividades de autoatención que más ha reconocido la biomedicina son las que se desarrollan durante la convalecencia de un paciente.

En consecuencia, domina en la biomedicina una especie de escotomización (por no decir esquizofrenia) respecto al proceso de autoatención, por cuanto se tiende a escindir la autoatención considerada “buena” de la “mala”, sin asumir que ambas son parte de un mismo proceso, y que tienen los mismos objetivos desde las perspectivas y acciones de los individuos y los grupos sociales. Esta manera de concebir la autoatención por parte del sector salud contribuye por una parte a seguir responsabilizando a la “víctima” en sus usos de la automedicación, al mismo tiempo que impulsa la autoatención en términos de autocuidado y también de automedicación.

El sector salud necesita asumir que la autoatención no sólo es la principal forma de atención desarrollada por los propios individuos y conjuntos sociales, sino que a través de ella los individuos y los grupos se relacionan con las otras formas de atención, incluida la biomedicina. Es a través de la autoatención como los individuos se apropian de las otras formas y las relacionan, y es en este proceso donde se generan consecuencias negativas y positivas para la salud.

Subrayo, para evitar o por lo menos reducir los equívocos posibles, que cuando recupero como básica la autoatención, no implica que esté proponiendo que ésta sea siempre acertada y eficaz. Por el contrario, considero que una parte sustantiva de la misma (no sabemos cuánto por falta de investigaciones específicas) tiene consecuencias negativas o al menos resultados ineficaces. Pero la autoatención no implica sólo la posibilidad de consecuencias negativas o positivas para la salud, sino que es el medio a través del cual los individuos y sus grupos pueden evidenciar —y percibir— su capacidad de acción, de creatividad, de encontrar soluciones, y en consecuencia es un mecanismo potencial de afianzamiento de ciertos micropoderes, así como de reafirmar la validez de sus propios saberes.^{XVI}

El proceso de autoatención se desarrolla en gran medida a través de la relación directa o indirecta con la biomedicina. Se trata de un proceso dinámico y cambiante, que permite constatar que determinados procesos de autoatención que durante un tiempo fueron cuestionados ahora son aceptados. ¿Quién cuestiona el hecho de que las personas utilicen el termómetro para medir su temperatura? El termómetro forma parte del equipamiento doméstico básico de gran parte de la población de determinados países “occidentales”, pero este uso se enmarca dentro de un proceso de apropiación y conversión en autoatención ya olvidado. El termómetro es el primero de los instrumentos biomédicos utilizados autónomamente por la población, como más adelante lo fueron los aparatos para tomar la presión o para medir glucosa en orina, lo cual ahora es aceptado (aunque con reticencia) por el personal de salud. Sin embargo, otras apropiaciones tecnológicas más recientes son cuestionadas en nombre de la complejidad técnica y científica, constituyendo una suerte de historia interminable de críticas-reconocimiento de los procesos de autoatención.

El tipo de relación dinámica y complementaria, pero también conflictiva y contradictoria entre la biomedicina y los individuos y grupos sociales, puede observarse a través de uno de los principales actos médicos, el del tratamiento y la prescripción de medicamentos. Lo que acontece en torno a la prescripción médica y el cumplimiento de la misma se constituye en uno de los principales campos de crítica de la biomedicina hacia el comportamiento de la población, concluyendo que la población no comprende la prescripción, no la cumple o la cumple mal. Constantemente se señala que el paciente no completa la totalidad del tratamiento, ya que lo interrumpe cuando él decide que ya ha sido eficaz o que ya se ha solucionado su problema.

La mayoría de estos argumentos pueden ser correctos, y existen varias explicaciones al respecto, pero me interesa aquí recuperar un tipo de comportamiento caracterizado por el no cumplimiento de la prescripción, el cual se ha ido poniendo de manifiesto en los últimos años y que se conoce como el caso del “paciente bien informado”.⁴² Este tipo de paciente se caracteriza por no cumplir la prescripción, pero no por ignorancia de las consecuencias negativas que puede tener la suspensión o modificación del tratamiento o por no entender la prescripción recetada, sino debido a dos hechos básicos. Primero, la cantidad de información técnica que posee este tipo de paciente y, segundo, porque su modificación del tratamiento obedece a su propia experiencia como enfermo con la prescripción recetada. De tal manera que el paciente decide aumentar, reducir o espaciar las dosis a partir de su conocimiento y de su propia experiencia; acciones que por otra parte el paciente no oculta sino que discute abiertamente con el médico.

Este paciente no suele cuestionar el “poder médico” ni la eficacia de la biomedicina; por el contrario, puede ser un decidido partidario de la misma. A este paciente no le interesa discutir el poder en la relación médico-paciente, sino mejo-

rar su salud, controlar lo mejor posible su padecimiento crónico. Este nuevo tipo de paciente se caracteriza por su información y no por su ignorancia, pero además por un saber referido a su propia experiencia de enfermedad y atención.

En la actualidad, este tipo de situaciones constituye una de las mejores expresiones de la relación dinámica que opera entre la biomedicina y el proceso de autoatención a partir de las acciones impulsadas por los individuos y grupos en función de su propia enfermedad, lo que está dando lugar al desarrollo de propuestas de coatención.

De algunas articulaciones posibles

A lo largo de este capítulo se destaca no sólo la significación e importancia de la autoatención, sino la existencia de diversos tipos de relaciones entre ésta y las instituciones y actividades biomédicas. En consecuencia, y más allá del reconocimiento de los aspectos potencialmente negativos de la autoatención, en lugar de cuestionarla, estigmatizarla, negarla e inclusive intentar prohibir la adquisición de medicamentos, el sector salud debería utilizarla de manera deliberada, no sólo por su potencial eficacia, sino porque dicha forma de atención puede ser prohibida pero no eliminada, debido a los factores descritos, y al papel que cumple en el proceso de reproducción biosocial y sociocultural en el ámbito de los individuos y de los microgrupos.

La autoatención constituye en realidad el primer nivel de atención, y que dicho proceso cuestiona algunos de los principales estereotipos que maneja el sector salud de los conjuntos sociales. La autoatención evidencia que si bien los individuos y los grupos se equivocan o usan de manera incorrecta los medicamentos, también evidencia que los mismos aprenden, modifican, resignifican sus prácticas, y que una parte de esa automedicación ha sido decisiva para combatir o controlar determinados padecimientos. Y esto no sólo por un efecto mágico o de micropoder de la relación médico-paciente o del fármaco, sino por una apropiación y uso que evidencia en la propia experiencia del individuo y su grupo que el fármaco consumido es eficaz o por lo menos más eficaz que otros productos.

El hecho de que la población utilice estos fármacos e inclusive autonomice su uso, evidencia que reconoce su eficacia y además, que en gran medida aprende dicha eficacia a través de la relación directa o indirecta con el personal de salud. Esta conclusión no niega que en la relación médico-paciente se desarrollen efectos de micropoder, ni que el fármaco y el propio médico tengan una eficacia simbólica que va más allá de la eficacia farmacológica del medicamento.

El proceso de autoatención evidencia no sólo que la gente aprende y se apropia de la biomedicina, sino que el sector salud, el personal de salud y el médico enseñan a autoatenderse más allá de la intencionalidad de hacerlo. Los individuos y grupos aprenden el uso de indicadores diagnósticos y de fármacos a través de la relación médico-paciente, aun dentro

del reducido tiempo que caracteriza la consulta médica actual. Gran parte del mayor y profundo aprendizaje opera en el momento clínico, pues es el momento en que se establecen aperturas afectivas y cognitivas para poder asumir lo prescrito de una manera experiencial. Y es también precisamente por este proceso que sería importante trabajar con el diagnóstico presuntivo que la mayoría de los pacientes ya tiene de sus padecimientos.

En consecuencia, el sector salud debería impulsar de modo deliberado la articulación entre los servicios de salud y el proceso de autoatención, de manera que éste se convierta en parte central de sus estrategias. En la práctica, el sector salud ha ido impulsando algunas articulaciones, pero en conjunto mantiene todavía una postura crítica frente a determinadas formas de autoatención, y sigue estigmatizando la automedicación. Lo que propongo no es eliminar la crítica, sino fundamentarla; pero lo más importante es tratar de mejorar los comportamientos de autoatención de los grupos sociales a través de una reorientación de las acciones de educación para la salud, pero no sólo de las acciones que específicamente se denominan así, sino sobre todo de las que se desarrollan en la relación médico-paciente.

El sector salud debería enseñar a la población a automedicarse correctamente y no sólo a "autocuidarse", lo cual implica el desarrollo de una relación médico-paciente más simétrica y complementaria. Para ello deberían modificarse varias prácticas y representaciones profesionales e institucionales, y en particular que el sector salud y el personal de salud asuman que la autoatención no es un proceso al margen del quehacer biomédico u opuesto al mismo, sino que es parte integral del proceso s/e/a que los engloba a ambos. En consecuencia, el sector salud debería abandonar su visión escotomizante de la realidad, e impulsar más bien un proceso en el que se articulen la autoatención y la biomedicina a partir del reconocimiento de la existencia del ejercicio constante de autonomías funcionales, intencionales o relativas en los individuos y grupos.^{xvii}

Es obvio que el sector salud y el personal biomédico saben que los procesos señalados se dan en la realidad, y que además una cosa es la crítica pública y otra los tratamientos privados donde la autoatención es un elemento central, inclusive en términos de prevención. Más aún, por lo menos en la mayor parte de los países latinoamericanos, la mayoría de los medicamentos que deberían adquirirse con receta puede comprarse libremente. El sector salud británico ha reconocido estos procesos, y en los últimos años ha promovido la venta libre y sin receta de fármacos para reducir el colesterol, para atacar migrañas, o inclusive la venta sin receta de antibióticos para problemas oculares o de transmisión sexual, con el objetivo de lograr más eficacia en términos de atención y de prevención. Lo cual en los hechos supone asumir que la autoatención constituye el verdadero primer nivel de atención.

Esto quizá dé lugar a pensar que respaldo la biomedicalización con fármacos, cuando lo que propongo es todo lo

contrario. Cuando señalo que el personal de salud debería enseñar a la población a autoatenderse e incluso a automedicarse, esto implica enseñar a reducir el uso de fármacos. Pero como sabemos, esta enseñanza es difícil de desarrollar por una profesión que halla en el fármaco su diferenciación y autoidentificación en el acto de curar. Más aún, considero que la estigmatización clínica de la automedicación tiene que ver en gran medida con el papel que el fármaco tiene para la identificación del acto médico en términos simbólicos y económicos.

Por último, quiero aclarar que el énfasis en la autoatención no supone eliminar ni limitar la responsabilidad del Estado sobre las acciones contra la enfermedad; no supone reducir las inversiones en el campo del proceso s/e/a, ni implica reducir la función de los servicios de salud para colocarlos sólo en la sociedad civil, lo que sería una forma elegante de pensar en la privatización de los servicios de salud, al menos por parte de algunas corrientes. Si bien ésta ha sido la manera en que algunos sistemas de salud han impulsado su reforma a través de la privatización directa o indirecta de los servicios de salud, que en algunos casos supone asignar un papel especial a las ONG, en función de una relación costo-beneficio que permite abaratar costos de atención, y arguyendo que esta orientación reconoce el peso de la sociedad civil, nuestra propuesta obviamente no va en esa dirección.

Debe existir la inclusión protagónica de los grupos y sujetos sociales a través de la autoatención, pero siempre articulada con los servicios de salud biomédicos y con las otras formas de atención. Esto implica incluir la responsabilidad económica y social del Estado en los servicios de salud y hacia los grupos y los individuos, pero con el objetivo de impulsar la articulación intencional de un proceso que hasta ahora está básicamente depositado en los sujetos y grupos sociales, así como para incrementar la eficacia del mismo y, de ser po-

sible, reforzar la capacidad y autonomía de dichos grupos sin abdicar la responsabilidad del Estado, y sin encontrar en esta propuesta ninguna contradicción en sus términos como sostienen algunas tendencias neoliberales y no tan liberales.^{XVIII}

Es preciso asumir en términos críticos de tipo epistemológico y con acciones técnicas y sociales de la máxima claridad posible, que los mismos conceptos, procesos y sujetos sociales pueden ser apropiados o utilizados por tendencias técnico-ideológicas que sostienen concepciones muy diversas, que impulsan propuestas diferentes y hasta opuestas entre sí. Nuestra actitud epistemológica frente a ello no debe ser la de incluir dentro de un mismo bloque a todas las tendencias que utilizan conceptos similares, que se preocupan por los mismos problemas y que trabajan sobre ciertos sujetos sociales. Por el contrario, debemos producir un análisis teórico y práctico que aclare la especificidad, orientación y dinámica de las diferentes propuestas. Este proceso es necesario cuando observamos que en el caso de la autoatención, y más aún en el de la autogestión, se desarrollan tendencias que impulsan dichos conceptos y procesos a través de lo que se denomina autocuidado en un sentido opuesto o por lo menos diferente del que estamos proponiendo.

La inclusión de las diferentes formas de atención dentro de las relaciones de hegemonía-subalternidad que operan en un contexto determinado, abre la posibilidad de describir y analizar las transacciones que se desarrollan entre los diferentes actores sociales, y en consecuencia encontrar en sus saberes el verdadero uso dadas las diferentes formas de atención. La función de la biomedicina, de la autoatención o de la medicina tradicional no se define *a priori* en función de las características de cada saber tomado en forma aislada, sino a través de las relaciones y consecuencias de sus saberes en las condiciones de salud y de vida de los individuos y conjuntos sociales.^{XIX}

Para reflexionar...

EL ACTO MÉDICO Y LA CULTURA

Es frecuente en el marco de la relación médico-paciente (RMP) asistir a desencuentros, malas interpretaciones e incommunicaciones. Esta situación es de sustancial importancia, pues el ir y venir comunicativo constituye, sin duda, la esencia del acto médico. El acto médico es, en realidad, un ámbito comunicativo, no existe fuera de la comunicación. El referido desencuentro provoca el caldo de cultivo propicio para el fracaso terapéutico. En ese contexto acaecen frustraciones de expectativas y malentendidos que traen consecuencias indeseadas para el binomio médico-paciente. En muchos casos, las razones que explican este fenómeno son conocidas o por lo menos así lo parecen, en otros, por el contrario, permanecen ocultas y van minando el vínculo hasta producirlo su completo desgaste.

Es frecuente que los estudiantes de medicina se "enfrenten", en sus actividades de las pasantías periurbana y rural, a la impotencia fáctica de sortear la brecha intercultural, viéndose impe-

didados de establecer un vínculo terapéutico eficaz. La práctica médica, por nosotros llamada científica, con frecuencia se ve afectada a la hora de brindar atención médica. El lenguaje empleado por los médicos parece ser muy distinto del que usan los llamados pacientes a pesar de compartir ambos el idioma español. Los modismos lingüísticos de uso cotidiano son expresiones de profundas diferencias culturales. Estas diferencias hacen de barrera operativa entre aquellos que reclaman ayuda y aquellos que están en posibilidad de satisfacer ese reclamo.

Es por todos conocida la presencia en nuestro medio de sanadores o curanderos que cumplen el rol de satisfacer las demandas de salud de los que a ellos recurren [...]. Medicina y curanderismo no son lo mismo con diferentes nombres. Ambas prácticas se desenvuelven en ámbitos de entendimiento humano muy diferente. Al ámbito occidental y científico la una, y al ámbito mítico, folclórico la otra. No obstante lo dicho, se da el caso de que curanderos han sido incorporados al equipo de salud para ayudar a salvar la brecha cultural. El éxito de esta actitud de parte del equipo médico de algunos hospitales zonales,

ha tenido repercusión en la población en aspectos tan importantes como la asistencia pediátrica, el control de la embarazada, la asistencia de los partos y el cuidado de los ancianos.

La vida, afortunadamente, no es como la ciencia. Las culturas y sus interrelaciones son en definitiva las interrelaciones de quienes las constituyen. Los hombres viven sus vidas buscando respuestas a sus preguntas de siempre, sin escatimar ni desechar modos. La ciencia es uno de esos modos, uno valioso sin duda. Sin embargo, la eterna búsqueda del hombre consciente o incons-

cientemente no ahorra caminos hacia las respuestas, no cesa abrir frentes de combate contra lo incierto. Las culturas, los hombres mismos, han hecho portentosos esfuerzos para satisfacer el apetito por la verdad, y los seguirán haciendo. Vivir en clave de tolerancia es el único modo de rescatar de lo bueno lo mejor. Ejercer la propia profesión en clave de tolerancia, es el camino más seguro para servir al congénere haciéndonos bien a nosotros mismos.

Tomado de Ricci (2004)⁴³

Actividades de evaluación

1. Establezca la diferencia entre los conceptos de saberes, formas y modelos de atención a los padecimientos.
2. ¿Qué es el pluralismo médico?
3. Complete el siguiente cuadro anotando los diferentes tipos de saberes que utilizan los grupos sociales respecto a sus padecimientos en contextos latinoamericanos:

Tipos de saberes

4. Describa un ejemplo de cómo se da la articulación entre diversas formas y saberes de atención.
5. Mencione las características básicas de la biomedicina.
6. ¿Cuáles son los procesos por los que se ha dado la expansión de la biomedicina?
7. Explique a qué se llama medicalización.
8. ¿Cuál es la diferencia entre autoatención y automedicación?
9. ¿Cuáles son los niveles en que puede ser analizada la autoatención?
10. ¿Por qué señala el autor que la biomedicina constituye una de las principales fuentes de las actividades de autoatención?
11. ¿A qué se llama un paciente bien informado?
12. Enumere las propuestas del autor sobre la relación que debe existir entre el sector salud, el personal de salud y el médico con el proceso de autoatención.

Citas adicionales

I Los conceptos de "forma", "saber" y "modelo" corresponden a diferentes niveles de abstracción, y son complementarios entre sí. En términos esquemáticos, por *saberes* nos referimos a las representaciones y prácticas organizadas como un saber que operan a través de curadores o sujetos y grupos legos. Por *formas* nos referimos a las experiencias utilizadas por sujetos y grupos, y cuyo interés está en obtener las trayectorias y experiencias individuales. Y por *modelo* nos referimos a una construcción metodológica que alude a los sabe-

res tratando de establecer provisionalmente cuáles son sus características y funciones básicas. Subrayamos que estos tres conceptos son construcciones generadas por el investigador.

II Reconocemos, no obstante, tanto en países americanos como europeos, la existencia de técnicas de digitopuntura propias y que son previas a las técnicas actualmente difundidas desde países asiáticos, y que conviven y se interrelacionan con aquéllas.

- III Tanto en la biomedicina como en otras formas de atención existen actividades no directamente relacionadas con la atención y prevención de la enfermedad (por ejemplo, la cirugía estética en el caso de la alopatía, o el uso de técnicas adivinatorias practicadas por curadores de otras formas de atención). Sin embargo, el objetivo central en todos los sistemas de atención tiene que ver con la enfermedad. Es importante recordar además que determinados padecimientos son inducidos por el propio curador, como en el caso de la brujería practicada en contextos africanos y latinoamericanos, pero también en el caso de la biomedicina a través de los episodios de iatrogenia negativa.
- IV En la mayoría de los países europeos y americanos la biomedicina y el Sector Salud rechazaron o marginaron inicialmente en forma tácita o explícita a los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA). En el caso de América Latina, epidemiólogos y psiquiatras sostenían que dichos grupos de autoayuda no se expandirían a nivel regional por razones culturales, especialmente de tipo religioso. Sin embargo, a partir de la década de 1960-1969 y sobre todo la de 1970-1979, asistimos a una notable expansión de estos grupos. En este marco, Honduras y México figuran entre los países que tienen una mayor proporción de grupos de AA en todo el mundo.
- V Esto no niega que haya diferencias significativas entre las distintas formas de pensar y actuar sobre el proceso s/e/a, pero sólo a través de las prácticas podremos evidenciar si realmente existen dichas diferencias así como también el uso articulado de éstas. Dichas articulaciones se desarrollan por medio de diferentes dinámicas transaccionales y casi siempre dentro de relaciones de hegemonía-subalternidad. (Menéndez 1981 y 1983).
- VI *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, publicado por la *American Psychiatric Association*, establece criterios para el diagnóstico de trastornos mentales. En 1987 se publicó el DSM-III-R, después el DSM-IV y desde 2013 el DSM-5.
- VII Por supuesto que en estos contextos encontraremos distintas formas de articulación entre biomedicina y autoatención, en función de las características socioeconómicas, étnicas, religiosas, etc. de los diferentes individuos y grupos sociales.
- VIII Cuando hablo de Modelo Médico Hegemónico referido a la medicina alopática, lo hago en términos de una construcción metodológica manejada en un alto nivel de abstracción de manera que, como todo modelo, constituye un instrumento para la indagación de la realidad, pero no constituye la realidad en sí. (Menéndez 1990a).
- IX He agrupado las características del MMH en siete bloques: a) concepciones teórico-ideológicas dominantes (división cuerpo-alma, biologicismo, evolucionismo, énfasis en lo patológico, individualismo); b) exclusiones (ahistoricidad, asocialidad, aculturalidad, exclusión del sujeto); c) relación instituciones médicas-paciente (asimetría, exclusión del saber del paciente, el paciente como construcción, medicalización de los comportamientos); d) el trabajo médico (dominio del trabajo clínico asistencial, diagnóstico y tratamiento basados en la eliminación del síntoma, concepción de la enfermedad como ruptura y desviación); e) pragmatismo médico; f) auto-nomía médica (profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica), y g) la enfermedad y la salud como mercancías.
- X Existen, por supuesto, orientaciones biomédicas que proponen otras formas de relación médico-paciente que posibilitan una mayor expresión de la palabra del paciente, pero que no desarrollaremos en este capítulo.
- XI Es obvio que en este proceso de secundarización y exclusión inciden factores de tipo ocupacional y de competencia en el mercado laboral.
- XII Para algunos autores el autocuidado tendría implicaciones preventivas o de potencializar la salud en términos de la denominada "salud positiva", mientras que la autoatención aludiría a acciones de tipo asistencial. Personalmente considero que tanto la autoatención como el autocuidado pueden desarrollar ambos tipos de actividades, y la diferencia radica en el énfasis dado a lo individual por las propuestas de autocuidado, en tanto que la orientación hacia la salud colectiva caracteriza a la propuesta de autoatención. Para los que utilizan el concepto de autocuidado es el estilo de vida individual el que posibilitaría reducir o eliminar las conductas de riesgo respecto de fumar tabaco, beber alcohol o comer carnes rojas, pero esta concepción del autocuidado y del estilo de vida suelen excluir las condiciones socioeconómicas de vida que hacen posible reducir dichos riesgos.
- XIII La bibliografía relacionada con el autocuidado, automedicación y autoatención para los periodos 1951-1980 y 1981-2000 muestra muy pocos trabajos sobre autoatención desde la perspectiva que estamos desarrollando. La mayoría considera a la automedicación como práctica popular negativa y desconectada de la biomedicina y del Sector Salud.
- XIV Es obvio que la alta peligrosidad de algunos medicamentos no es una cuestión reciente, dado que algunos fármacos de antigua elaboración eran simultáneamente medicinas y venenos, dependiendo de la dosis consumida.
- XV Subrayo que estoy describiendo la fenomenología de la autoatención dentro del grupo doméstico, según la cual en todos los contextos sociales la autoatención se desarrolla básicamente a través de la mujer en su papel de esposa/madre. Esta descripción no pretende perpetuar tal situación, sino indicar que así opera en la realidad actual.
- XVI Enfatizo lo de potencial, porque algunos autores sitúan en el ejercicio de estos micropoderes la posibilidad de un desarrollo generalizado del poder.
- XVII La cuestión de la autonomía como parte del proceso de autoatención constituye uno de los problemas teórico/ideológicos y de intervención específicos más interesantes.
- XVIII Lo señalado no supone ignorar que las políticas impulsadas por el Reino Unido no sólo tienen que ver con el logro de una mayor eficacia, sino también con reducir el gasto estatal en salud. Asimismo, tienen que ver con la admisión del hecho de que las empresas químico-farmacéuticas son, en términos económicos, uno de los sectores más interesados en el desarrollo de la automedicación, como lo hemos argumentado en otros trabajos.
- XIX Saber es un concepto que refiere a las representaciones y prácticas que utiliza un actor determinado, y que incluye el efecto de poder que desarrolla todo saber.

Bibliografía

Referencias

1. Menéndez EL (1997). *El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad*. Relaciones Núm. 69, pp. 237-261.
2. Menéndez EL (1981). *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México, D.F.: Ediciones de la Casa Chata.
3. Menéndez EL (1984). *Descripción y análisis de las representaciones y prácticas de grupos domésticos sobre la mortalidad en niños menores de cinco años en una comunidad de Guanaajuato*, Ms.
4. Trotter RT, Chavira A (1981). *Curanderismo. Mexican American folk healing*. Athens: Georgia University Press.
5. Press I (1975). *Tradition & Adaptation: Life in a Modern Yucatecan Maya Village*. Westport, Connecticut: Greenwood Press.
6. Smith RT (1982). "Incapacidad y proceso de recuperación: el papel de las redes sociales". En: Garty Jaco E (comp.) *Pacientes, médicos y enfermedades*. México, D.F.: Instituto Mexicano del Seguro Social, pp. 361-375.
7. Menéndez EL (1990). *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México, D.F.: Cuaderno Núm. 179 de la Casa Chata.
8. Osorio RM (1994). *La cultura médica materna y la salud infantil*. Tesis de Maestría en Antropología Social. México: ENAH.
9. Peña P (2006). *Mortalidad infantil y brujería. El caso de la etnia mazahua*. Tesis de doctorado en Antropología Social. Tarragona, España: Universitat Tòrrida i Virgili. Press, 1.
10. Menéndez EL (2001). *Biologización y racismo en la vida cotidiana*. Alteridades Núm. 21, pp. 5-39.
11. Menéndez EL (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: ediciones Bellaterra.
12. Conrad P (1976). *Identifying hyperactive children*. Lexington: Lexington Books.
13. Conrad P, Schneider J (1980). *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Saint Louis: C.V. Mosby.
14. Cárdenas R (2000). "La práctica de la cesárea en las áreas urbanas". En: Stern C, Echarri S. (comps.). *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. México, D.F.: El Colegio de México, pp. 301-328.
15. Puentes Rosas E et al. (2002). *La cesárea en México: tendencias, niveles y factores asociados*. Salud Pública 46 (1), pp. 16-22.
16. Menéndez EL (1978). "El modelo médico y la salud de los trabajadores". En: F Basaglia et al. *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud*. México, D.F.: Nueva Imagen, pp. 11-56.
17. Menéndez EL (1979). *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México, D.F.: Nueva Imagen.
18. Menéndez EL (1983). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México DF: Cuaderno Núm. 86 de la Casa Chata/CIESAS.
19. Menéndez EL (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México, D.F.: Alianza Editorial Mexicana.
20. Menéndez EL, di Pardo R (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México, D.F.: CIESAS.
21. Menéndez EL, Di Pardo R (2003). *Alcoholismo: segundo y tercer nivel de atención médica: especializaciones y desencantos*. Informe final de investigación, Ms.
22. Kleinman A (1988). *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. Nueva York: Basic Books.
23. Good B (1994). *Medicine, rationality and experience. An Anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press (edición española: Bellaterra ediciones).
24. Good B, Del Vecchio Good MJ (1993). "Learning medicine. The constructing of medical knowledge at Harvard Medical School". En: S. Lindenbaum, M. Lock (eds.). *Knowledge, power and practice*. Berkeley: University of California Press, pp. 81-107.
25. Menéndez EL (2000). "La construcción del sujeto: la dimensión antropológica". En: *Grup IGIA, Contextos, sujetos y drogas*. Barcelona: FAD, pp. 79-98.
26. Salas Valenzuela MAM (1997). *Flojita, flojita: etnografía de las consultas de medicina familiar con contenidos de salud sexual y reproductiva*. Tesis de Maestría en Antropología Social. México, D.F.: CIESAS.
27. Velazco Fernández R (1980). *Salud mental, enfermedad mental y alcoholismo*. México, D.F.: ANUIES.
28. Velazco Fernández R (1981). *Esa enfermedad llamada alcoholismo*. México, D.F.: Trillas.
29. Edwards G (1986). *Tratamientos de alcohólicos. Guía para el ayudante profesional*. México, D.F.: Trillas.
30. Edwards G (1988). *Tratamientos*. Boletín de la Organización Panamericana de la Salud. Vol. 104 (3), pp. 273-282.
31. Edwards G, Ariff A (eds.) (1981). *Los problemas de la droga en el contexto sociocultural*, Cuadernos de Salud Pública Núm. 73. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
32. Reiser S (1978). *Medicine and the reign of technology*. Boston: Cambridge University Press.
33. Menéndez EL (1982). "Autoatención y automedicación, un sistema de transacciones sociales permanentes". En: Menéndez EL (ed.) (1982). *Medios de comunicación de masas, reproducción familiar y formas de medicina popular*. México, D.F.: Cuadernos de la Casa Chata, pp. 4-52.
34. Menéndez EL (ed.) (1992). *Prácticas e ideologías científicas y populares respecto del alcoholismo en México*. México, D.F.: CIESAS/Colección Miguel Othón de Mendizábal.
35. Mendoza Z (1994). *De lo biomédico a lo popular. El proceso salud/enfermedad/atención en San Juan Copala. Oaxaca*. Tesis de Maestría, ENAH.
36. Ortega J (1999). *Proceso reproductivo femenino: saberes, género y generaciones en una comunidad maya de Yucatán*. Tesis de Doctorado, El Colegio de Michoacán.
37. Kroeger A et al. (comps.) (1991). *Malaria y leishmaniasis cutánea en Ecuador. Un estudio interdisciplinario*. Quito: ediciones Abya-Yala.
38. Romani O, Comelles JM (1999). *Les contradictions dans l'usage des psychotropes dans les sociétés contemporaines: automédication et dépendence*. Psychotropes VI (3), pp. 39-57.

39. Szasz Th (1979). *La función del mecanismo contrafóbico en la adicción*.
40. Szasz Th (1979). *La ética de la adicción*.
41. Mota Hernández F (1990). *Estrategias para la disminución de la morbi/mortalidad por diarreas agudas en América Latina*. *Salud Pública* 32 (3): 254-260.
42. Donovan JL, Blake DR (1992). *Patient non-compliance: deviance or personal decision-making*. *Social Science & Medicine* 34 (5), pp. 507-513.
43. Ricci RT, (2004). *El acto médico y la cultura*. Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán, Vol. 5, núm. 1, Argentina.

Lecturas recomendadas

- Campos-Navarro R (1992). "Prácticas médicas populares: algunas experiencias sobre el proceso de autoatención curativa". En: Campos-Navarro Roberto (comp.). En: *La antropología médica en México*, tomo 1, México, Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana. 1992, 97-114.
- Kleinman A (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

- Mendoza Z (2012). *De lo biomédico a lo popular. El proceso salud enfermedad atención en San Juan Copala, Oaxaca*. México. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Massé R (1995). *Culture et santé publique*. Montreal: Gae'an Morin Editeur.
- Menéndez EL (ed.) (1982). *Medios de comunicación de masas, reproducción familiar y formas de medicina popular*. México D.F.: Cuadernos de la Casa Chata, pp. 4-52.
- Menéndez EL (1993). "Autoatención y participación social: estrategias o instrumentos en las políticas de atención primaria". En: C Roersch et al. *Medicina tradicional 500 años después. Historia y consecuencias actuales*. Santo Domingo: Instituto de Medicina Dominicana; pp. 61-104. 1993.
- Modena ME (1990). *Madres, médicos y curanderos: Diferencia cultural e identidad ideológica*. México: Ediciones de la Casa Chata. CIESAS.
- Osorio RM (2001). *Entender y atender la enfermedad: los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: CIESAS, INAH, INI.
- Szasz Th et al. (1979). *Psicología del drogadicto*. Buenos Aires: Edit. Rodolfo Alonso.

Enfermedad y muerte en población triqui migrante a la Ciudad de México

Zuanilda Méndez González

CAPÍTULO

30

Conceptos clave

Migración • Proceso salud/enfermedad/atención • Familias indígenas triquis

Introducción

En este trabajo me interesa resaltar los cambios que se presentan respecto a la enfermedad y muerte entre familias indígenas triquis migrantes del estado de Oaxaca a la Ciudad de México, poniendo énfasis en la mejoría de estas familias, en especial de sus hijos, la menor repercusión de los padecimientos que les aquejan y sobre todo el impacto que estos cambios han tenido en el perfil de morbilidad y mortalidad. Nos acercaremos a la enfermedad y muerte de estos grupos a partir de sus saberes, las redes de apoyo que les permiten solucionar o no una enfermedad, los recursos procedentes de su medicina tradicional o de biomedicina y la eficacia de los mismos.

A pesar de la disponibilidad de recursos para la salud en las áreas urbanas, especialmente en la Ciudad de México, las poblaciones indígenas que residen en este espacio social mantienen barreras socioculturales que les limitan acceder a ellos, esto se ve reflejado en las características de su perfil epidemiológico sobre todo en los grupos de edad más vulnerables. Existe un desconocimiento de sus condiciones de vida cotidiana, sus padecimientos y la manera en que solucionan sus necesidades de salud/enfermedad/muerte; en consecuencia, la posibilidad de solución de su problemática de salud se ve limitada.

La movilización constante y progresiva de numerosos grupos sociales del campo a la ciudad ha sido una de las variables demográficas más importante en las últimas décadas estudiada desde diversas perspectivas, ya que se asocia con el fenómeno de modernización.¹ Sin embargo, al interior de este proceso de cambio no han sido considerados los aspectos de salud/enfermedad/atención, a los que nosotros reconocemos como centrales para ejemplificar y analizar el intenso proceso de transformación sociocultural que sufren estos grupos. La migración entre las poblaciones indígenas constituye una de las principales estrategias de sobrevivencia. Salir del lugar de origen y reubicarse en un espacio geográfico diferente, constituye un proceso dinámico y complejo que lleva consigo una diversidad de transformaciones y adaptaciones que los conjuntos sociales realizan.² Es neces-

rio reconocer a las ciudades como escenarios donde se entrecruzan diferentes culturas. La ciudad como espacio social de concentración, interacción y fricción entre diversos grupos étnicos, de procedencias y culturas diferentes. La heterogeneidad multicultural es una realidad indiscutible. La desigualdad entre indígenas y mestizos no desaparece en la ciudad, donde a pesar de la disminución de la distancia cultural, tiende a transformarse en una desigualdad de clase, la cual se reproduce en todos los espacios sociales, incluido el de la práctica médica. No es igual ser pobre en la ciudad, que ser pobre e indígena.³

Los indígenas en la ciudad es un tema que ha interesado a demógrafos, sociólogos, economistas, antropólogos, feministas, comisión de derechos humanos, instituciones gubernamentales y organizaciones no gubernamentales (ONG), entre otros. Se han convertido en población objetivo de diversos programas sociales como los de vivienda, comercio ambulante, culturales y laborales.⁴

No obstante, los estudios sobre migración en México en los últimos años no han considerado lo suficiente el área de salud/enfermedad (s/e), a excepción quizá de los problemas de salud mental y el interés en el VIH-sida. Dejando de lado al proceso salud/enfermedad como un espacio preferencial de significados, que permite dar cuenta de la complejidad de la transformación de estos conjuntos sociales; del impacto de su reubicación a un contexto urbano, no exento de dificultades, a través de formas de reorganización social y simbólica; al insertarse, generalmente, en los niveles más bajos de la estratificación social.

Ni las instituciones de salud, ni las dedicadas a la investigación en el área socio-médica se han interesado lo suficiente en dar cuenta, a través del proceso s/e/a, de la problemática de estos conjuntos migrantes indígenas, por lo que es pertinente acercarse a esta problemática desde una perspectiva antropológica y médica que permita hacer evidente condiciones de desigualdad al dar cuenta de la diferencia entre los riesgos y las pérdidas, pero también de las ganancias que han logrado al migrar.

Cabe enfatizar en el proceso s/e como categoría de análisis, variable mediadora entre las condiciones socioeconómicas y culturales. Los procesos que causan enfermedades deben ser vistos a la luz de las características socioeconómicas y culturales asociados a ellos, permitiendo articular características macroestructurales con formaciones familiares y reproductivas específicas, y dar lineamientos para identifi-

car la vía de acción de lo social en procesos individuales y biológicos de salud-enfermedad.

¿Cómo viven los triquis de la Merced?

El conjunto social con el que trabajé son migrantes indígenas a la Ciudad de México, desde hace aproximadamente 10-15 años. Proceden de la mixteca alta oaxaqueña, de una región azotada por la pobreza y la violencia desde hace varias décadas, siendo éstas las principales causales de la alta expulsión de la región.⁵

La emigración que realizan es a diferentes puntos del país y del extranjero. Una de las zonas de atracción de este grupo étnico ha sido desde hace más de 15 años la Ciudad de México, reubicándose en lugares bien delimitados, en donde incluso se puede observar una relación directa entre las comunidades de las que se migra y el asentamiento al que se llega en la ciudad, apuntando con esto al reconocimiento de las redes sociales de apoyo en las que se sustenta el proceso de la migración y el desarrollo de su vida urbana, incluido enfermar. Esta comunidad triqui se localiza en la zona comercial de la Merced, a unos pasos del centro histórico de la metrópoli. En un predio de alrededor de 850 a 1 000 m² de extensión, donde se han construido hasta la fecha 48 viviendas, organizadas en tres hileras paralelas, separadas por dos pasillos de 1 m de ancho cada uno. El predio tiene dos entradas, una por la avenida principal de amplia circulación y la otra a través de una calle peatonal. No obstante, se constituye en una cerrada por la que no se transita sin la autorización de la comunidad. La organización de la colectividad permite que se conformen en un grupo aparentemente autónomo del contexto en que se ubican.

Las viviendas son cuartos únicos de 3 x 2 m², con piso de concreto, paredes y techo de lámina o cartón, sin ninguna ventilación, a excepción de las rendijas que quedan entre una y otra lámina por donde se filtra el aire y el frío. Dentro del cuarto se cocina con parrillas de gas (en 70% de las viviendas) o con anafre utilizando leña o carbón (30%), la mayoría de las familias duerme en el suelo, donde colocan cobijas sobre pedazos de cartón (90%), algunas cuentan con catres o camas (10%), aunque no todos sus integrantes duermen en ellos. El resto del mobiliario doméstico está conformado por alguna silla, banquito, trastero, mesa, cajas o bultos de ropa, bolsas de mercancía o material para elaborarla, radio, televisión, y ocasionalmente aparato de sonido y refrigerador. Las condiciones materiales de las viviendas son expresión de las serias limitaciones de espacio en el contexto urbano a las que tienen que enfrentarse grupos domésticos pobres, generadoras de hacinamiento.

Las viviendas cuentan con luz eléctrica y las familias se abastecen de agua a través de un solo hidrante que se encuentra en la entrada del predio, del cual se abastecen las 48 familias. La falta de agua es uno de los principales problemas que reconoce la comunidad, ya que si bien el abasto se obtiene durante todo el día en escasa cantidad, resulta insu-

ficiente para la población que conforma la comunidad. Por lo que diario mujeres y niños esperan en largas filas para obtener el agua necesaria para su ingesta, elaboración de la comida, baño y lavado de ropa.

El predio cuenta con dos sanitarios (conectados al drenaje público) sin agua corriente. Hace casi dos años se realizó la construcción por parte de la delegación, de un local dentro del predio con dos sanitarios más y dos regaderas, pero esta obra quedó inconclusa por cambios en la administración delegacional.

Las condiciones sanitarias en las que viven estas familias determinan serias limitaciones para la realización de un manejo adecuado de excretas, es frecuente observar, sobre todo a los niños, orinar y defecar en las coladoras y en los pasillos del predio, los adultos tienen que pagar por asistir a baños públicos. Reconocemos aquí un sustrato propicio para la presencia de enfermedades infecciosas y parasitarias en esta población.

La higiene personal de la mayoría de los individuos es inadecuada, se bañan al interior de los cuartos, los escolares se bañan casi en colectivo en el pequeño espacio de patio, que existe frente a la llave de agua, por supuesto este tipo de aseo personal es en la mayoría de las veces insuficiente e inadecuado, siendo una de sus principales consecuencias la alta incidencia de pediculosis y dermatitis que ha sido posible observar entre los pequeños. Mientras tanto, los baños construidos en la comunidad están inacabados y permanecen cerrados.

La comunidad está constituida por un total de 277 habitantes en 48 grupos domésticos, es decir, con un promedio de 5.7 integrantes por vivienda, mucho mayor que la media en la zona metropolitana. Casi la mitad de los grupos domésticos (40%) está constituido por siete y más integrantes, 25% por cinco y seis integrantes, y 35% por cuatro o menos. Es posible observar en el predio familias de 13 y 14 miembros, siendo éstas las que tienen mayor tiempo de migración, coexistiendo con grupos familiares de reciente formación, hijos o parientes de estos primeros migrantes, conformadas por la pareja y uno o dos hijos.

Existe un pequeño predominio de la población femenina sobre la masculina, pero éste se incrementa por temporadas, ya que se presentan oleadas de migración masculina a los estados del norte del país (Sinaloa, Baja California Norte) o bien a algunas regiones de Estados Unidos. Esto determina que por periodos el predio se vea poblado casi exclusivamente por mujeres, niños y algunos varones mayores.

El 16.6% de la población ha nacido en la zona metropolitana, todos ellos son menores de 18 años y constituyen 68% de este grupo de edad; 90% del total de los grupos domésticos tiene hijos que nacieron en la Ciudad de México; 45% de las parejas están en unión libre, 35% casadas y 20% son mujeres jefas de familia, todas ellas viudas.

La población infantil es numerosa, 15% de la población total son menores de cinco años, el promedio de hijos por familia es de seis en las familias en etapa de consolidación.

En contraste, las familias jóvenes o de reciente formación, tienen uno o dos hijos, algunas mujeres utilizan métodos anticonceptivos, pero su norma ideal es la de conformar una familia con cuatro o cinco hijos.

La actividad productiva a la que se dedican la totalidad de las familias es a la venta de artesanías, algunas elaboradas por ellos (diademas, pulseras, bolsas y gorros) y otras que adquieren en tiendas del centro histórico o en el mercado de Sonora. Realizan la venta de sus artesanías a través del comercio ambulante, principalmente en la zona de Corregidora, Zócalo y la Merced. Algunos varones salen por temporadas fuera de la zona metropolitana, a ferias o lugares turísticos en donde pueden obtener mayor ganancia.

Durante la realización de su trabajo extradoméstico, las madres triquis llevan con ellas a los niños pequeños que permanecen a su lado toda la jornada; los niños mayores se quedan en los cuartos, al igual que los varones o adolescentes, ya que asisten a la escuela por las tardes.

Las familias tienen un ingreso variable, dependiendo del número de integrantes que las conformen, quienes tienen más de cinco integrantes logran un ingreso diario promedio de 150 pesos; en cambio, aquellas con dos o tres integrantes su ingreso promedio es de 50 pesos al día. Todos los miembros de la familia, incluyendo los niños, se dedican a la venta de mercancías, por lo que entre mayor número de personas integren una familia, contarán con un ingreso económico diario mayor. Los pequeños escolares por asistir a la escuela con horario vespertino, dedican las mañanas a vender chicles, ayudan a vender tamales, atole o fruta a comerciantes de la Merced, con lo que logran ingresos de 10 a 15 pesos diarios.

Su dieta diaria está conformada por tortillas, salsa, quesos, frijoles, huevo cada tres o cuatro días, carne o verduras una vez por semana, refresco diario y una gran cantidad de alimentos "chatarra" que consumen principalmente los niños. Sin duda, su dieta es deficiente, pero aporta los elementos calóricos necesarios para poder realizar la rutina diaria, les permite sobrevivir e incluso tener un crecimiento ponderal mayor.

El grado de escolaridad de la comunidad es deficiente, en promedio, se encuentra entre tres a cuatro años de instrucción primaria. Sólo 15% de los mayores de 15 años tiene primaria completa, 2.5% secundaria incompleta, 1.8% secundaria completa y 0.9% bachillerato; 27% de la población es analfabeta. El porcentaje de deserción escolar es muy alto, debido a la necesidad de la familia que los escolares se integren rápido a la actividad comercial, generando en ellos un proyecto de vida y un futuro laboral que no tienen mucho que ver con un desempeño escolarizado y una vida académica.

El total de la población del predio es bilingüe, aunque el dominio que tienen del español es diferencial dependiendo de la edad, género y tiempo que tienen de haber migrado a la ciudad. Los niños y los varones son quienes hacen un uso más constante y fluido del español; en cambio, las mujeres

tienen un manejo más deficiente, en especial las mujeres mayores de 30 años, incluso algunas de ellas se comunican exclusivamente en triqui y hablan el español sólo para realizar la venta de sus mercancías. Esta característica de la comunidad determina limitaciones en la comunicación en espacios sociales diferentes a los comerciales, como es el caso de las instituciones de salud, educación y gubernamentales, donde las hace vulnerables a sufrir segregación o discriminación por no poder realizar un trámite o no comprender la secuencia administrativa para su atención.

Los beneficios que han obtenido estas familias al migrar son reconocidos por todos, en especial en el aspecto económico/laboral, ésta fue la principal causa por la que salieron de sus comunidades. Afirman reiteradamente que en la ciudad hay trabajo y se consigue dinero para comprar lo necesario y más; los datos confirman que esto es así.

La organización que tienen estas familias reproduce la organización de sus comunidades y les permite obtener ciertos beneficios políticos y sociales, como la concesión del predio, lugares de venta, acceso a la escuela primaria, obtención de despensas o préstamos institucionales. Pero no por ello están exentos de problemas, los más referidos fueron la ingesta del alcohol y la violencia.⁶

Datos demográficos y epidemiológicos

Causas y frecuencia de muerte

No fue posible obtener los datos de mortalidad a través de las fuentes oficiales, ya que el registro institucional no diferencia por origen étnico, por lo que los datos que se obtuvieron fueron cualitativos a través de los grupos domésticos (INEGI, 2000).

Entre las causas de mortalidad reconocidas por los informantes (madres de familia) en su historia familiar, se refirieron para la población infantil: nueve defunciones en menores de un año y siete entre uno y cuatro años; las causas fueron en nueve casos, muertes por cuadro diarreico y su complicación, la pérdida de líquidos, en algunas de estas muertes la madre las asocia con la presencia de mal de ojo, otras causas fueron desnutrición, accidente y tres por infecciones respiratorias agudas, todas ellas sucedieron en Copala, sólo dos sucedieron en la Ciudad de México y sus causas fueron neumonía y malformación congénita, a la que la madre atribuye como causa la brujería (cuadro 30-1).

Cabe señalar el descenso de la mortalidad infantil en estas familias. Los casos referidos forman parte de la experiencia familiar en la región, a partir de su migración esta experiencia es cada vez más lejana. A lo largo de diez años de permanencia en el predio urbano se refieren sólo dos muertes infantiles, una de ellas por trastornos perinatales y la otra por causa infecciosa respiratoria. En cambio, la muerte entre los adultos sigue siendo alta en comparación con la

Cuadro 30-1. Principales causas de mortalidad en población infantil reconocida por las madres en su historia familiar.

Causa de muerte	Lugar de muerte	Número
Diarrea y mal de ojo	Copala	9
Tos	Copala	3
Susto	Copala	1
Accidente	Copala	1
Neumonía	Ciudad de México	1
Malformación (brujería)	Ciudad de México	1

Fuente: Cuestionario aplicado a las familias triquis de la Merced, 2000.

población mestiza de la ciudad, aunque menor que en la región; sus causas son enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes y el cáncer, así como la asociación entre alcoholismo y muerte.

Causas y frecuencia de enfermedad

Las causas de demanda de atención registradas en el centro de salud para estos grupos domésticos triquis reporta entre la población menor de cinco años: las infecciones respiratorias agudas, bronquitis, enteritis, parasitosis y dermatitis (cuadro 30-2). Para todos los grupos de edad: infecciones respiratorias agudas, parasitosis, enteritis, dermatitis, anemia, traumatismos, osteoartritis, vaginitis, control prenatal y programa de planificación familiar.

Las madres reconocieron las enfermedades más frecuentes en su familia y las diferenciaron por grupos de edad (cuadro 30-3). Para el caso de los niños fueron: gripa, tos, dolor de garganta causada por infección o por caída de mollera, bronquitis, diarrea en algunos casos asociada a mal de ojo, dolor de cabeza asociado con aires, dolor de "panza" causado por lombrices, no comer debido a empacho, calentura, quemadura. Ellas refieren recurrir al centro de salud, farmacia o médico privado para su atención. En el caso de

Cuadro 30-3. Principales causas de enfermedad en la población infantil, reconocida por madres triquis en la Merced.

Causa de enfermedad	Número	Porcentaje
1. Gripa	14	29.19
2. Tos	7	14.59
3. Caída de mollera	5	10.43
4. Bronquitis	4	8.3
5. Diarrea (mal de ojo)	4	8.3
6. Dolor de cabeza (aires)	3	6.27
7. Dolor de "panza" (lombriz)	3	6.27
8. No comer (empacho)	2	4.17
9. Calentura	1	2.09
10. Quemaduras	1	2.09
11. Otras causas	4	8.3
Total	48	100

Fuente: Cuestionario aplicado a las familias triquis de la Merced, 2000.

los adultos: gripa, dolor de espalda causado por aires, dolor de garganta, dolor de "panza" a causa de lombrices, "azúcar", "flujo", gastritis y latido, sangrados vaginales. Recurren al centro de salud y farmacia para solucionarlos.

Acerca de las causas de demanda de atención de los curadores tradicionales se reconocen: mal de ojo, aires, envidias, espanto, latido, brujería, patologías que aquejan a estas familias y recurren a las acciones terapéuticas recomendadas por sus curadores para atenderlos. Dos grupos domésticos dijeron no utilizar los servicios del brujo en caso de estas patologías, pero sí aceptan usar hierbas medicinales en tés o maceradas en alcohol (cuadro 30-4).

Las causas de enfermedad reconocidas por las madres y los profesionales de la salud permiten señalar que los padecimientos infectocontagiosos respiratorios y digestivos aún son las principales causas de demanda de atención médica, sobre todo entre la población infantil. También es impor-

Cuadro 30-2. Principales causas de morbilidad infantil en la población triqui de la Merced.

Causa de enfermedad	Número	Porcentaje
1. Infecciones respiratorias agudas	52	32.5
2. Bronquitis	38	23.45
3. Enteritis	34	20.90
4. Parasitosis	14	8.54
5. Dermatitis	8	4.84
6. Otras causas	16	9.77
Total	162	100

Fuente: Informe epidemiológico del centro de salud Candelaria, 2000.

Cuadro 30-4. Principales causas de consulta con los curadores tradicionales.

Causa de enfermedad	Número	Porcentaje
1. Mal de ojo	17	34.48
2. Aires	10	20.20
3. Envidias	8	17.02
4. Espanto	7	14.14
5. Latido	5	10.10
6. Brujería	2	4.06
Total	49	100

Fuente: Cuestionario aplicado a las familias triquis de la Merced, 2000.

tante señalar la constante demanda de atención por sus curanderos, así como el reconocimiento de sus terapias ante síndromes culturalmente delimitados, así como complementando terapias para enfermedades alopáticas.

Acerca de las condiciones que permiten un menor riesgo ante la enfermedad, resulta importante señalar que estas familias refirieron una constante modificación de sus hábitos de alimentación respecto a las familias en la región. Estar en la ciudad les permite tener acceso a una mayor variedad de alimentos, que si bien no se consumen en forma constante, sí llegan a integrar parte de su dieta en forma ocasional y les proporciona el gusto o prestigio de consumirlos, tal es el caso de la carne, ciertas frutas y verduras, alimentos preparados (pollo rostizado, pizza, tortas), alimentos chatarra e industrializados (refresco, pastelitos, dulces, frituras, yogur). Su consumo urbano habitual se asemeja a la dieta que tenían en sus comunidades, tortillas, frijol, huevo, salsa, quelites, algunas verduras, y agua, aunque seguramente las cantidades son mayores y al acompañarse de alimentos con mayor contenido proteico y graso, les permite lograr una mejoría en su estado nutricional y un incremento en su peso y estatura, principalmente en los niños y jóvenes.

También sus condiciones de sanidad y salubridad son mejores que las que tienen las comunidades de origen, aun con problemas de abasto, insuficiencia, mal uso y distribución de estos servicios; es incuestionable que todos los días disponen de agua, luz y manejo de la basura, así como un manejo de excretas conectado al drenaje, limitado por el poco espacio y gran demanda, pero mucho mejor que el fecalismo al ras del suelo o las letrinas de sus comunidades.

Recursos de atención al proceso s/e

Los recursos de atención con los que cuenta la comunidad en el ámbito de la biomedicina son el centro de salud de la Secretaría de Salud del DF localizado a cuatro cuadras de distancia en donde se les da asistencia médica gratuita. Tres o cuatro farmacias ubicadas en sus alrededores, en donde se les proporcionan medicamentos sin necesidad de consulta médica. Algunos recurren con médicos particulares cuando cuentan con recursos económicos, prefieren algunos médicos recomendados por parientes y paisanos. Ningún grupo familiar cuenta con seguridad social ni otro tipo de asistencia social.

Entre los recursos de la medicina popular, la comunidad recurre a curadores de su región de origen que también han migrado y ejercen su acción curativa ahora en la zona metropolitana de la Ciudad de México, en la Merced hemos podido identificar cuatro curadoras, dos de ellas parteras y dos curanderas, a las que recurren todas las familias del predio. En ocasiones, ante la necesidad de un especialista más eficaz o especializado incluso recurren a curadores de los predios triquis de López o de Movimiento Agrario Indígena Zapatista (MAIZ). Es posible afirmar que estos conjuntos sociales,

aun con sus limitaciones económicas y socioculturales, recurren a una gran diversidad de instancias de atención dependiendo del diagnóstico que la madre elabore ante el padecimiento, por supuesto esto no siempre quiere decir curación.

La relación que este grupo de familias indígenas establece con el centro de salud es una relación *sui generis*, ya que por intereses institucionales personalizados en una médica, se creó hace algunos años un Programa de atención a población indígena, sólo en este centro de salud. El interés surge no de la institución, sino de la iniciativa personal de la médica, la cual a través de sus actividades de campo entra en contacto con la comunidad y logra la aceptación de una serie de acciones realizadas con la colectividad. Es importante mencionar aquí la intervención favorable del líder de la comunidad que permitió la introducción en la misma.

El desempeño de las actividades en el predio se ha realizado con relativa fluidez y facilidad. Cabe señalar las actividades de vacunación, desparasitación, adiestramiento en la utilización del suero oral, higiene y manejo del agua. En cambio, las actividades realizadas en el área del centro de salud han sido más difíciles y bloqueadas por una serie de actores de la institución de salud.

La consulta se les proporciona de manera gratuita, así como los servicios de laboratorio y gabinete. Las acciones dirigidas a los triquis sólo las realiza la médica encargada del programa, el resto del personal médico desconoce las acciones y se niega a participar. La población indígena recibe con frecuencia muestras de incompreensión, discriminación, e incluso rechazo por parte del personal de enfermería, administrativo y de los servicios auxiliares, al considerarlos individuos ignorantes, necios y reacios a obedecer las indicaciones que se les proporcionan; es decir, los juzgan resistentes a cambiar y mejorar. Esto ocasiona que al estar ausente la encargada del programa, la población de la comunidad indígena prefiera no acudir a la institución y resuelven a través de otros recursos su problema de salud.

Cabe señalar que muchas de las acciones realizadas desde la institución de salud son vistas por gran parte de su personal como dádivas u obsequios que se les proporciona a esta población, y no como acciones que reconocen la diferencia cultural del grupo, y en esos términos desarrollan su acción educativa, preventiva y de atención.

La población indígena es la que presenta una actitud más flexible y moldeable a la interacción con los diferentes actores de la institución. Muestran siempre una disposición para aprender cada uno de los requisitos que deben ser cubiertos para poder recibir la asistencia y dar atención así a sus problemas de salud. Incluso han aprendido a utilizar los servicios especializados y de urgencias en los hospitales.

Por parte de los prestadores de servicio, su actitud surge de considerar que la población usuaria de los servicios mantiene una conformación sociocultural estándar y homogénea, no reconocen diferencias y, en consecuencia, pre-

tenden realizar su acción terapéutica o preventiva de una manera uniforme con toda la población, esto limita la relación que se establece con poblaciones como las indígenas en la ciudad, generando que la población no acceda a este tipo de servicios.

Estilo de vida, enfermedad y muerte en la Merced

La morbilidad y mortalidad de estos grupos sociales muestran variaciones semejantes a las observadas en su región de origen. El patrón epidemiológico sigue siendo a base de patologías infecciosas y parasitarias, pero cada vez más, acompañadas de enfermedades crónicas, las consecuencias del alcohol y la violencia. Aunque en este último rubro el impacto de daño sobre estos grupos domésticos no es importante ni fatal, como se da en su región.

Otro aspecto a resaltar es la disminución de la mortalidad materna e infantil en estas familias, la experiencia de muerte de un hijo o durante el parto se constituye en parte del recuerdo de sus madres y abuelas en el pueblo. No obstante, se han registrado muertes de adultos jóvenes por causas prevenibles o de temprano diagnóstico que reduciría el daño al ser atendidas a tiempo, como en el caso de la diabetes, la cirrosis y los accidentes.

El acceso a los servicios de atención médica es una ganancia ampliamente reconocida por estas familias, la ciudad les proporciona mayor diversidad y alternativas de atención, en el ámbito institucional o privado, gratuito o con pago, a primer nivel o especializado. La gama de opciones se diversifica y está a su alcance, casi en cualquier circunstancia y ellos la utilizan. Pero también cuentan con el acceso a sus curadores tradicionales, que desde unos años a la fecha migran con sus familias y de forma transitoria se ubican en el predio o en otros predios triquis de la ciudad.

Si contrastamos los datos que surgen de los triquis en su región con sus paisanos migrantes en la Ciudad de México, en los mismos aspectos de sus condiciones de vida, sanidad, alimentación, morbilidad, mortalidad y acceso a servicios, reconoceremos mejoría en todos los aspectos. Si bien estos datos van a ser profundizados a lo largo de la informa-

ción cualitativa, que permitirá identificar que esta mejoría tiene matices y cómo es experimentada por algunas de estas familias.

Conclusiones

La intención de este capítulo es presentar un panorama, quizá muy esquemático, de cómo viven en la ciudad algunas familias indígenas que migran. Esta forma de vida tiene repercusiones en el terreno de su salud, su enfermedad y su posible muerte. En este complejo proceso social que es la migración se han dado ganancias y pérdidas.

Al reconocer las condiciones en que se insertan a la vida urbana surgen diversos cuestionamientos: ¿por qué migraron, migran y siguen migrando gran cantidad de familias indígenas a esta ciudad, si viven en esas condiciones? En este momento, me gustaría dejar hablar a uno de los integrantes de este grupo triqui en Candelaria y así comprender sus razones:

Si tú supieras lo bonito que es mi pueblo, pero lo difícil que es vivir allá. Porque el trabajo de los hombres en el campo es muy pesado y la tierra ya casi no quiere darnos nada. Las mujeres trabajamos desde muy temprano y muy duro, hay que acarrear leña, moler (hacer tortillas) para comer, acarrear agua, uno trabaja todo el día. No puedes tener dinero, porque allá no vendes nada, sólo los que tienen huertas y sacan café o plátano se van a Juchitán y Putla a vender, pero lo que se consigue es muy poco, no rinde. En cambio aquí, donde quiera que te pongas puedes vender aunque sea poquito, sacas para comer todos los días. Rápido y cerca consigues lo que quieres, un refresco, un dulce o unos chetos pero seguro comes, las tortillas se compran hechas, calientes y más baratas que en el pueblo. Si te enfermas, aquí aunque no tengas dinero para comprar el remedio, puedes encontrar dónde te curen y no te mueres, en el pueblo es más difícil, si no hay doctor en el centro (de salud) tardas para llegar a Juchitán, en una de esas no llegas y chinanga (te mueres).

Además, en mi pueblo la gente se mata, nosotros por eso tuvimos que salirnos de ahí. Yo sí quiero regresar a mi pueblo, pero después, ahorita no.

Preguntas de repaso

1. Discutir en grupos sobre las siguientes preguntas.
 - a) ¿Qué aspectos de las condiciones de vida de estas familias consideran riesgo para su salud y por qué?
 - b) Elijan algún aspecto de la forma de vida de estas familias y compárenlo con la de sus familias. ¿Por qué existen estas diferencias?
 - c) ¿Qué utilidad tiene conocer el perfil epidemiológico que las madres reconocen?
 - d) Consideran que los servicios médicos institucionales que reciben estas familias son de calidad, ¿por qué?

Para reflexionar...**MIGRACIÓN RURAL-URBANA Y ALIMENTACIÓN**

En el proceso de industrialización dentro del desarrollo económico del país en un modelo económico de tipo capitalista dependiente o periférico, ha creado a su vez un proceso de proletarianización del campesino. De esta forma el campesino, que deslumbrado por las oportunidades que ofrecen las "zonas de atracción" o ciudades y ante la falta en su lugar de origen de tierra para cultivar, así como de recursos financieros y tecnológicos apropiados a su realidad social y de mínimas garantías de bienestar individual y familiar, decide emigrar de estas "zonas de expulsión" en busca de mejores condiciones salariales.

El individuo que migra del campo a la ciudad tiene, por un lado, una mayor disponibilidad de alimentos así como una mayor accesibilidad a los mismos al ver incrementados sus salarios. Es

así como los individuos que son prácticamente expulsados de sus lugares de origen, pasan muy probablemente de un extremo del espectro nutricional al otro sin llegar, desde luego, a establecer una simetría dietética. Es decir, la desnutrición calórica del individuo adquirida desde su niñez y a la cual tuvo que ajustarse (si sobrevive a ésta) a través de mecanismos brutales de adaptación —por ejemplo, disminuir el crecimiento corporal (talla sobre todo)— logra equilibrar tal vez este déficit crónico e inclusive a sobrepasarlo debido a la mejor disponibilidad y acceso a los alimentos existentes en las zonas urbanas. Sin embargo, en ese proceso social y de alimentación, las dietas llamadas "de transición" están sujetas a procesos de deformación de los patrones de consumo, lo que representa un riesgo nutricional diferente al anterior, es decir, que los consumos se tornan cuantitativamente exagerados y cualitativamente inadecuados.

Izunza-Ogazón⁷

Bibliografía**Referencias**

- Oehmichen C (1999). *La relación etnia-género en la migración femenina rural-urbana, mazahuas en la Ciudad de México, en Iztapalapa*. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades, año 19, núm. 45, enero-junio, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, México, pp. 107-132.
- García Canclini N (1990). *Culturas híbridas, estrategias para entrar y salir de la modernidad*. México: Grijalbo, pp. 263-325.
- Appadurai A (1990). *Disjuncture and Difference in the Global Cultural Economy*. Featherstone M. (comp.). Global Culture, Londres, Sage, pp. 295-310.
- Arizpe L (1989). *La migración como mediación en las relaciones de género de obreras agrícolas indígenas de Oaxaca en Migración y relaciones de género en México*. UNAM, México, pp. 229-354.
- Mendoza Z (1989). *De lo biomédico a lo popular*. Tesis de Maestría, ENAH.
- Mendoza Z (2004). *De la casa del nene al árbol de las plantas, proceso reproductivo, saberes y transformación cultural entre los triquis en la Merced*. Tesis de Doctorado, CIESAS.
- Ysunza-Ogazón A (1985). *Polarización alimentaria y nutricional de México: un ejemplo de desigualdad social*. Nueva Antropología, vol. VII, núm. 28, pp. 39-41.

Lecturas recomendadas

- Bonfil P, Point Lalli (1999). *Las mujeres indígenas al final del milenio*. México: FNUAP-CONMUJER, 1999, pp. 279-298.
- Corona de la Peña C (1999). "Mujeres y niños indígenas en la Ciudad de México". En: *Indígenas en la Ciudad de México en Ce-Acatl*, 101:122-129. México.
- Denman C (2008). *Mujeres, Maquila y Embarazo. Prácticas de atención de madres-trabajadoras en Nogales, Sonora*, México: El Colegio de Sonora.
- Oehmichen C (2000). "Las mujeres indígenas migrantes en la comunidad extraterritorial". En: Barrera D, Oehmichen C (edit.). *Migración y relaciones de género en México*. México: GIMTRAP, UNAM/IIA, pp. 221-248.

Medicina homeopática

Jorge A. Fernández Pérez • Guadalupe Barajas Arroyo
• Ma. del Carmen Romano Rodríguez

CAPÍTULO

31

Conceptos clave

Medicina • Ciencia • Homeopatía • Clínico terapéutico
• Modelo

Introducción

Nadie puede negar que el tema de la homeopatía se ha convertido en uno de los campos del conocimiento más polémicos y debatidos durante el siglo XX, tanto de México, como del resto de los países en donde se lleva a cabo esta práctica médica, así como también dentro de la misma comunidad médico-homeopática. Lamentablemente, el debate se ha circunscrito a una estéril pelea de "alopatía" vs. "homeopatía", sin considerar que esta última representa un modelo médico con una visión particular sobre el proceso salud-enfermedad. A través de este trabajo se presentan los argumentos que desde la perspectiva de los autores, sustentan a la homeopatía como un modelo médico clínico terapéutico con el objetivo de abrir el debate para establecer una definición universal para la homeopatía dentro de la medicina científica.

Muchas son las definiciones que se han propuesto para conceptualizar la homeopatía a lo largo de muchos años, ejemplo de ello son:

- Método terapéutico basado en el principio de similitud, según el cual, todo medicamento capaz de provocar en el individuo sano determinados síntomas, es capaz de curar síntomas semejantes que presentan las enfermedades naturales.¹
- Método terapéutico de los semejantes.²
- Rama de la farmacoterapia, se considera no convencional.³
- Ciencia y arte de curar que se basa en una ley biológica natural que rige toda verdadera curación.⁴
- Ciencia médica terapéutica basada en las enseñanzas de Hahnemann.⁵
- Sistema terapéutico que consiste en administrar sustancias en dosis infinitesimales y que, en un sujeto sano, producirán los mismos síntomas que la enfermedad que vamos a tratar.⁶
- Concepción médica basada en el principio de la cura por lo similar, principio de observación.⁷

- Doctrina del siglo XVIII, que tiene sus raíces en la terapéutica arcaica y en el hipocratismo, el galenismo y el paracelsismo.⁸
- Medicina de orientación esencialmente terapéutica.⁹
- Tratamiento de las enfermedades con remedios capaces de producir en el hombre sano, los fenómenos semejantes a los síntomas que presenta el hombre enfermo.¹⁰

Las definiciones anteriores ubican a la homeopatía en diversos ámbitos, desde ser sólo una técnica, un método, una terapéutica o una ciencia; todos ellos quizás con un poco de razón; sin embargo, habría que preguntarse ¿por qué es tan difícil ubicar a la homeopatía dentro del campo de la medicina? ¿Por qué no se la considera una disciplina científica? Se reconoce que cada una de ellas ha aportado algo para tratar de explicar con precisión lo que es la homeopatía.

Ahora bien, al no tener una definición única debidamente argumentada, que a la vez sea aceptada por la comunidad médico-homeopática mundial, se ha propiciado que por un lado, haya muchos detractores que argumentan que la homeopatía no cumple con los elementos de un campo científico, y por otra, el hecho de que también se ha permitido que un gran número de personas que no poseen los conocimientos médicos necesarios estén llevando a cabo la práctica de la homeopatía, situación que pone en tela de juicio la seriedad de ésta.

Este capítulo presenta los argumentos que sustentan a la homeopatía como un modelo médico clínico terapéutico, con el objetivo de abrir el debate para establecer una definición universal para la homeopatía dentro del mundo de la medicina científica.

Modelo o paradigma. Una definición conceptual

El término se origina en la palabra griega παρα-δειγμα, "paradeigma", que significa modelo o ejemplo. Un paradigma es un modelo o patrón en cualquier disciplina científica u otro contexto epistemológico. Los paradigmas son un conjunto de conocimientos y creencias que forman una visión del mundo (cosmovisión), en torno a una teoría hegemónica en determinado periodo histórico. Cada paradigma se inaugura tras una revolución científica, que aporta respuestas a los enigmas que no podían resolverse en el paradigma ante-

rior. Cuentan con el consenso total de la comunidad científica que los representa; cumplen además una doble función, por un lado, la positiva, que consiste en determinar las direcciones en las que ha de desarrollarse la ciencia normal, por medio de la propuesta de enigmas a resolver dentro del contexto de las teorías aceptadas, y por otro, la negativa, que es la de establecer los límites de lo que ha de considerarse ciencia durante el tiempo de su hegemonía.

Según Khun, "cada paradigma delimita el campo de los problemas que pueden plantearse con tal fuerza que aquellos que caen fuera del campo de aplicación del paradigma ni siquiera se advierten".^{11,12} "Un rasgo característico es la importancia dada al carácter revolucionario del progreso científico, donde una revolución implica el abandono de una estructura teórica y su reemplazo por otra, incompatible con la anterior".¹³ Dentro de este contexto y en relación con el desarrollo de la medicina como ciencia, pueden identificarse diversos modelos o paradigmas, de los cuales cada uno tiene una cosmovisión filosófica del proceso salud-enfermedad, el cual es el resultado, por tanto, de complejas interrelaciones de las personas con los diferentes entornos en los que se desarrolla su vida cotidiana.¹⁴ A continuación se describen brevemente algunos modelos propuestos a lo largo de la historia para explicar este proceso:

1. **Modelo mágico-religioso.** Para esta propuesta, la enfermedad resulta de fuerzas o espíritus; representa un castigo divino, o bien se trata de un estado de purificación que pone a prueba la fe religiosa. Este modelo facilita la aceptación de la muerte inminente pero también circunscribe la prevención a la obediencia de normas y tabúes, y la curación a la ejecución de ritos.^{15,16}
2. **Modelo hipocrático.** El concepto comúnmente aceptado de que el proceso salud-enfermedad está determinado por el equilibrio biopsicosocial en interacción con el ambiente fue postulado en forma incipiente por Hipócrates en el siglo V a.C.; sin embargo, el pensamiento mágico y humoral predominó en la construcción del conocimiento de las enfermedades durante muchos siglos.¹⁷
3. **Modelo biologicista.** Nació bajo la perspectiva de análisis de la enfermedad, por lo que el individuo se convirtió en objeto de transformación, con la concepción de que el agente causal de la enfermedad era de origen biológico y su modo de acción unicausal.¹⁷
4. **Modelo sanitarista.** Para este modelo, la salud-enfermedad es consecuencia de las condiciones insalubres que rodean al hombre, en este sentido, las condiciones ambientales son los determinantes primarios, promoviendo la introducción de medidas de saneamiento contra los índices de morbimortalidad. Como representantes, Smith y Pettenkofer, respectivamente.^{15,16}
5. **Modelo multicausal.** La influencia simultánea de factores que corresponden al agente, al huésped y al ambiente, son en primera instancia los condicionantes del estado de salud que guarda el individuo o un conjunto poblacional. Sus representantes pudieran ser Leavell y Clark.^{18,16}
6. **Modelo epidemiológico.** Este modelo nació con la perspectiva de análisis poblacional de la enfermedad, en cuya determinación de agente causal se encuentran condiciones biológico-sociales. Este modelo se generó en la segunda mitad del siglo XX, y sus representantes fueron MacMahon y Pugh.¹⁶
7. **Modelo multidisciplinario.** El panorama demográfico de países como México es esencialmente diferente del que existía hace 50 años, cuando se iniciaba el proceso de industrialización y no se percibía como una amenaza el incremento de asentamientos urbanos.
8. **Modelo ecológico.** Para el modelo ecológico, teniendo como principal representante a Susser (1970-1979), la salud-enfermedad resulta de la interacción agente-huésped-ambiente en un contexto tridimensional que descubre tanto las relaciones de factores causales entre sí, como las relaciones directas con el efecto.^{16,19}
9. **Modelo histórico-social.** Desde la perspectiva de esta propuesta, existen perfiles diferenciales de salud-enfermedad que guardan una estrecha relación con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales. Sus representantes son: Berlinguer, Laurell y Breilh (1970-1979).¹⁶
10. **Modelo geográfico.** La enfermedad resulta de la interacción de factores patológicos y factores propios del ambiente geográfico (factores geógenos); privilegia el ambiente geográfico como factor determinante del proceso salud-enfermedad. Sus principales representantes son: May y Voronov.¹⁶
11. **Modelo económico.** Incorpora la teoría del capital humano en los determinantes de la salud-enfermedad y conceptualiza a la salud como un bien de inversión y de consumo para estar alerta ante la enfermedad. Sus principales representantes son Anne Mills, Gilson y Muskin.¹⁶
12. **Modelo interdisciplinario.** El estado de salud-enfermedad, tanto a escala individual como social, resulta de la interacción de factores que se abordan de manera interdisciplinaria y que operan jerárquicamente en diferentes niveles de determinación. Sus representantes son J. Frenk y colaboradores.¹⁶

La homeopatía. Un modelo médico clínico terapéutico

La homeopatía apareció en Europa a finales del siglo XVIII, a partir de los trabajos y observaciones de un médico alemán, Samuel Hahnemann,¹ quien rescata el concepto vitalista de la enfermedad y la cura por sus similares a partir de los escritos de Paracelso. Se basa en la aplicación del principio de semejanza (*similia similibus curantur*), administrándose los medicamentos según tengan éstos la capacidad de producir un cuadro de síntomas semejantes al que presenta el enfer-

mo. Esto implica conocer los efectos que producen las sustancias medicamentosas en el organismo humano, información que nos da la toxicología (experimental o accidental en forma de envenenamiento o intoxicación) y la "patogenesia" o experimentación del medicamento en seres humanos. Su administración es por la utilización de dosis mínimas, preparadas según un método, descrito por Hahnemann.²⁰

Mucho se ha debatido en torno a si la homeopatía es un método terapéutico o una nueva medicina; por otra parte, hay quienes sostienen que la homeopatía no es una ciencia, en virtud de no cumplir con los requisitos del método científico, situación nada más alejada de la realidad. Se considera que la homeopatía es un modelo médico clínico terapéutico con fundamentos teóricos filosóficos (teorías y leyes) y metodológicos (métodos y técnicas) sustentados dentro del conocimiento científico y de la ciencia médica y cuya intención es el abordaje del proceso salud-enfermedad a partir de dos dimensiones básicas: la individualidad y la integralidad del paciente. A continuación se presentan los argumentos que sostienen esta definición.

Antecedentes

La homeopatía, como modelo médico, tiene su origen en Alemania a finales del siglo XVIII, partir de las minuciosas observaciones, experimentaciones y estudios desarrollados por el médico alemán Samuel Hahnemann, como consecuencia de la crítica que hace sobre la práctica médica de la época. Hahnemann observó un cuadro de intoxicación con la quina, que producía un síndrome febril similar al paludismo. Esto le llamó la atención ya que esta planta, en Sudamérica, se usaba para curar el paludismo. Así empezó a investigar la posibilidad de curar una enfermedad con que produjera una enfermedad similar en individuos sanos, pasando gran parte de su vida probando sustancias naturales a fin de comprender qué síntomas producían, y así prescribirlas a personas que sufrían de esos síntomas. Toda sustancia que Hahnemann experimentó sobre personas sanas y sobre sí mismo, despertaba un grupo de signos y síntomas nuevos; estos archivos minuciosos de síntomas se recopilaron en la *Materia Médica*, la cual ha sido ampliada en más de 200 años por otros médicos homeópatas de todo el mundo.

Base científica

El saber científico no aspira a conocer las cosas superficialmente, sino que pretende entender sus causas porque de esa manera se comprenden mejor sus efectos. Se distingue del conocimiento espontáneo por su orden metódico, su sistematicidad y su carácter mediato. Es importante señalar que el concepto de ciencia no ha sido siempre el mismo, la forma como la veían los antiguos es bastante diferente a como la vemos actualmente. En este momento podemos encontrar diversas clasificaciones sobre las ciencias. Una de ellas es la que las denomina naturales y sociales; las primeras intentan explicar la naturaleza de los fenómenos, en tanto que las se-

gundas pretenden dar una interpretación de la realidad que envuelve al ser humano.

La principal diferencia entre las ciencias sociales y las naturales reside en su objeto: las primeras estudian la interacción entre los individuos y las colectividades (filosofía, antropología, historia, sociología, etc.), mientras que las segundas se dedican al estudio de los componentes físicos y del funcionamiento de los seres vivos y su entorno (física, química, biología, etc.). Otra diferencia importante estriba en que para las ciencias de la naturaleza el sujeto y el objeto de estudio están separados, mientras que en las ciencias sociales el objeto de estudio y el sujeto que lo realiza coinciden.

Dentro de este contexto, si aceptamos que la homeopatía es una rama de la medicina y ésta se apoya en ciencias como la biología, física, química, fisiología, anatomía y la bioquímica entre otras, puede afirmarse que la homeopatía forma parte de este grupo de ciencias, las cuales tienen la finalidad de explicar el mundo que rodea al hombre. Es importante recordar que el modelo homeopático, a diferencia del modelo médico convencional o hegemónico está basado en el método inductivo. Esta metodología se asocia originariamente a los trabajos de Francis Bacon a comienzos del siglo XVII, los cuales consisten en establecer enunciados universales ciertos a partir de la experiencia, esto es, ascender lógicamente a través del conocimiento científico, desde la observación de los fenómenos o hechos de la realidad a la ley universal que los contiene. Según los empiristas clásicos, se han de considerar teorías científicas las formadas por conjuntos de enunciados probados empíricamente y que, o bien describen hechos firmes, o bien son generalizaciones inductivas de aquéllos. La teoría no es aceptada hasta que no haya sido probada. De este modo, vemos en estos empiristas un rechazo frontal hacia toda especulación teórica sobre campos del conocimiento en los que no se pueda realizar una contrastación empírica.

En torno al escepticismo existente sobre si la homeopatía es una ciencia, existen muchos prejuicios e inexactitudes dentro y fuera de la comunidad homeopática; es importante rescatar las aportaciones realizadas por Pérez,²¹ quien señala que el sentido de preguntarse por la científicidad de la homeopatía requiere una previa distinción entre el conjunto de saberes que constituyen la ciencia médica, y el ejercicio profesional del médico dedicado al cuidado de la salud o a la investigación. Esta distinción es importante porque si bien el médico, a lo largo de su formación se ha apropiado, entre otros elementos, de conocimientos médico-científicos con base en los cuales fundamenta su cotidiana labor, ésta no necesariamente tiene como fin continuar desarrollando con rigor científico dichos conocimientos. Probablemente por el hecho de no dirigir su praxis también hacia el desarrollo de los conocimientos médico-científicos, en muchos de los casos se produzca la falsa convicción de que el ejercicio de la medicina se distingue por ser un arte antes que una praxis basada en la ciencia.

A través de los planteamientos epistemológicos propuestos por Pérez,²¹ es posible afirmar que, sin duda, es muy importante para el médico homeópata curar síntomas y causas de los trastornos de salud. Sin embargo, no por ello deja de ser importante conocer, a la par de ello, las causas de este suceso. Es importante señalar que en la raíz de la profesión homeopática se encuentra la ciencia médica en colindancia con otros saberes, cuya perspectiva también científica, obliga a reflexionar sobre la necesidad de que buscar el conocimiento de las causas en cuestión, requiere del uso de la metodología científica a fin de lograr alcanzar realmente los indicadores de científicidad que legitimen tal conocimiento, a fin de que lo hagan confiable y por tanto, adquiera el reconocimiento social indispensable para el mejor desempeño profesional.

Base médica

Resulta difícil ver a la homeopatía fuera del campo de la medicina. Cabe señalar que el modelo médico clínico terapéutico homeopático establecido por Samuel Hahnemann en el siglo XVIII, surge a partir de las críticas que realiza en torno al ejercicio de la medicina de la época, en particular sobre las prácticas terapéuticas que eran muy agresivas (quemaduras, venodisecciones, sangrías, ventosas, purgantes, vomitivos y amputaciones, entre otros). En este sentido, se considera importante resaltar algunas características del propio Samuel Hahnemann, que permitan contextualizar el marco en el que propone su modelo clínico terapéutico:

- Contaba con una formación médica reconocida; una parte de sus estudios de medicina la realizó en las universidades de Leipzig y Viena. En la Universidad de Erlangen, defendió su tesis de doctorado, recibiendo el grado de Doctor en Medicina.
- El *Organon de la Medicina*, obra fundamental de la homeopatía, fue escrito por un médico (Samuel Hahnemann) bajo un pensamiento médico; el parágrafo número 1 permite ubicar que dicho texto tiene como destinatario al médico y su intención era contribuir a mejorar la práctica médica de su época. En este sentido, Close²² señala que es en este parágrafo en donde Hahnemann toma su posición.

En cuanto a la estructura y contenido del texto, se puede afirmar que se trata de una propuesta metodológica para llevar a cabo una práctica clínico-terapéutica minuciosa, dividiendo el texto en cinco apartados básicos:

1. Las funciones del médico.
2. El conocimiento del enfermo (historia clínica, toma del caso).
3. El diagnóstico.
4. El conocimiento de las sustancias medicamentosas.
5. La prescripción (terapéutica).

En relación con las funciones del médico, en 68 de los 291 párrafos que lo conforman se describe claramente lo

que todo médico debe tomar en cuenta en su práctica cotidiana, situación que permite afirmar que el modelo homeopático está destinado para que el médico ejerza su profesión con ética y profesionalismo.²³

Por otra parte, es importante no olvidar que en México la práctica de la homeopatía está oficialmente reconocida y respaldada por un proceso formativo de recursos humanos en esta área, a través de dos instituciones de educación superior, la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional y la Escuela Libre de Homeopatía de México, I.A.P.; además, existen programas de posgrado que forman como especialistas en homeopatía a médicos egresados de cualquier escuela o facultad de medicina en México.²⁴

Base filosófica

La homeopatía difiere del modelo médico convencional, no sólo por sus principios, fundamentos y terapéutica, sino también, por la manera de comprender al hombre y al proceso salud enfermedad. Para la homeopatía la enfermedad y los síntomas constituyen una misma entidad, ésta es la base de la ley de similitud. De este acercamiento diferente al hombre deriva el concepto que en medicina homeopática se tiene de la enfermedad, el enfermo y la curación. El fundamento de la doctrina homeopática se sitúa en el vitalismo que tuvo gran éxito a finales del siglo XVIII en Europa. El vitalismo no surge como una forma de justificar la homeopatía o como algo añadido a ella, sino que está intrínsecamente unido a la homeopatía, de tal forma que es muy difícil entender a ésta sin hablar de vitalismo.

Por otra parte, para el modelo médico clínico terapéutico homeopático, el proceso salud-enfermedad se sustenta en tres conceptos: salud, enfermedad e individualidad. En cuanto al concepto salud, este modelo la define como un estado de armonía de la mente y de equilibrio fisiológico de los órganos.⁴ En este sentido, una definición actual desde este modelo es la que define a la salud como el equilibrio psicofisiológico del organismo; la salud de ese estado equilibrado del organismo vivo en que la integral y armoniosa ejecución de las funciones vitales tiende a la preservación del organismo y al normal desarrollo del individuo.²²

En cuanto a la concepción de enfermedad, es definida por Hahnemann²⁵ como una ruptura del equilibrio de la energía vital. Para la homeopatía, la enfermedad no es una entidad viviente dentro del cuerpo ni un trastorno material provocado por causas materiales. Esta concepción materialista conduce a una terapéutica que provoca la eliminación de las causas aparentes o de los productos de la enfermedad o resultados últimos, sin corregir la desarmonía vital del individuo. La enfermedad no se limita a los órganos, sino que abarca a la persona entera, partiendo del concepto de unidad del ser humano. Por eso la homeopatía trata de corregir la susceptibilidad mórbida, devolviendo la armonía a la energía vital perturbada. La curación de la enfermedad es a través de la

curación del enfermo, y no a la inversa. Un concepto actual de la enfermedad desde el modelo homeopático es un desarreglo o alteración energética o dinámica en nuestra salud.

En relación con la individualidad, Hubbard en 1930 señalaba que la individualización es la esencia de la homeopatía. Dentro de este contexto, Dantas señala que históricamente la homeopatía se inscribe en la corriente racionalista de la medicina, apoyada por la evidencia experimental y aplicando normas predefinidas según el principio del semejante para la prescripción medicamentosa.²⁶ Señala además, que el modelo médico homeopático propuesto por Hahnemann presenta un sistema terapéutico apoyado en la individualidad del paciente.

Base teórica

El modelo médico clínico terapéutico homeopático se fundamenta en siete principios básicos, los cuales se describen a continuación:

1. **Principio de similitud.** El concepto *similia similibus curantur* es la base de la práctica de la homeopatía, el cual establece que "Toda sustancia capaz de producir en el organismo relativamente sano del hombre, en dosis masiva, un conjunto de trastornos patológicos, cura en dosis mínima conveniente los trastornos análogos que existen en el organismo enfermo".²
2. **Experimentación pura.** Se refiere al procedimiento por el cual las diferentes sustancias de diversos orígenes, se someten al proceso de preparación homeopática con el cual se obtiene su virtud curativa, y se pierde el efecto que pudiera ser dañino, se administra a sujetos sanos, para obtener los grupos de síntomas, llamados patogenesias,²⁷ las cuales están descritas en diversas materias médicas homeopáticas desarrolladas por diversos médicos homeópatas. Mendiola² señala que este método de experimentación puede definirse como "la investigación de las propiedades reactivas de diversas sustancias en el organismo relativamente sano del hombre".
3. **Individualidad morbosa.** De acuerdo con la teoría homeopática, la estructura interna del organismo es individual y particular para cada ser humano, lo que supone que no hay dos personas iguales, pero sí cabe la posibilidad de que existan perfiles que se corresponden con sustancias naturales. Este enunciado señala que "cada ser vivo es único y específico en su modo de enfermar, es decir, un estado de salud individual",²⁸ o bien, "es el estado propio de cada individuo de enfermar".²
4. **Individualidad medicamentosa.** Este principio señala que una vez demostrado que cada enfermo presenta un cuadro sintomático particular, cada enfermo necesitará un medicamento que tenga una patogenesia semejante.² En este sentido, cada sustancia tiene efectos peculiares que no corresponden a ninguna otra. Para Carrero,²⁹ un medicamento homeopático elegido como tal reúne to-

dos los síntomas y signos clínicos que manifiesta un individuo, siendo capaz de curar a éste al incluir la totalidad sintomática.

5. **Dosis mínima.** Según el modelo médico clínico terapéutico homeopático, cada sustancia tiene un tipo de energía y su actuación en el organismo humano no se relaciona con las características químicas de esta sustancia, sino con una energía que provoca una resonancia.² Lo que se persigue es capturar la particular energía de esa sustancia mediante dilución y agitando la sustancia original en un vehículo inerte. Para este modelo no hay medicamento ponderable en lo que se llama de alta potencia, o de amplio espectro. En el medicamento homeopático sólo hay dinamismo remedial; éste no actúa por su masa, sino por la energía o fuerza que contiene mediante la dinamización del medicamento, con ella ejerce acción sobre la energía o fuerza vital estimulando la naturaleza del enfermo a efectuar la curación.
6. **Vis medicatrix naturae.** Hipócrates reconoció claramente la existencia del poder curativo de la naturaleza, compuesto de mecanismos inherentes al cuerpo y destinados al restablecimiento de la salud después de una exposición a los agentes patógenos.³⁰ De acuerdo con esta teoría, todo médico homeópata reconoce que lo único que cura es la fuerza de la naturaleza, a través de estimularla de manera conveniente con el medicamento que corresponda para que éste obre como remedio. En este principio se conjugan la historia natural de la enfermedad y la reacción de cada individuo a padecer alguna enfermedad.
7. **Dinamismo vital.** Se define como el poder que tiene la energía de los seres vivos para producir y conducir procesos activos, transformaciones y realizaciones. De acuerdo con el modelo médico homeopático, el dinamismo vital es un concepto a través del cual Hahnemann explica la fuerza que conecta al cuerpo, lo anima y mantiene sano; es el puente de unión del cuerpo y la mente.

Base metodológica

La clínica es la disciplina más importante en el ejercicio de la medicina junto a la terapéutica, sigue los pasos de la Semiología, ciencia y arte de la medicina, en el proceso indagatorio orientado al diagnóstico de una situación patológica (enfermedad, síndrome, trastorno, etc.), basado en la integración e interpretación de los síntomas y otros datos aportados por la anamnesis durante la entrevista clínica con el paciente, los signos de la exploración física y la ayuda de exploraciones complementarias de laboratorio y de pruebas de imagen. Con el diagnóstico de una enfermedad se establecen estrategias y decisiones para un adecuado manejo terapéutico del paciente.

De acuerdo con Moreno,³¹ el método clínico o "proceso del diagnóstico", es el paso ordenado que todo médico aplica en la búsqueda del diagnóstico, y consiste en: formulación por el enfermo de sus quejas de salud; obtención de la infor-

mación necesaria (síntomas, signos y otros datos) para después establecer las hipótesis diagnósticas presuntivas e ir a su comprobación final, por intermedio de una contratación que, en la mayoría de las circunstancias, aunque no en todas, se realiza a través de análisis de laboratorio, de cualquier tipo que sean. El método clínico no es otra cosa que el método científico o experimental de las ciencias, pero aplicado esta vez no a una investigación de laboratorio, sino a la atención individual del enfermo.

Por su parte, es importante resaltar que el modelo médico homeopático está sustentado en la metodología clínica, es decir, la observación, el interrogatorio (toma del caso) y la exploración física (inspección, palpación, percusión y auscultación), a fin de elaborar una historia clínica completa. Es importante señalar que estos procedimientos metodológicos son debidamente enseñados a los estudiantes que cursan tanto la carrera de médico cirujano y homeópata como la de médico homeópata cirujano y partero. Aunado a ello, durante dicho proceso formativo reciben un entrenamiento más exhaustivo a fin de tener elementos que les permita realizar una clínica con mayor profundidad, característica propia de la clínica médica homeopática.

Es interesante observar cómo desde los fundamentos del modelo homeopático se establecen los lineamientos para desarrollar una práctica médica de calidad. Hahnemann señala en el *Organon de la Medicina*, a través de 41 párrafos, todo aquello que un buen médico debe realizar con el paciente, desde una perspectiva clínica, a fin de establecer un diagnóstico completo antes de prescribir algún tratamiento. En este sentido es importante señalar que todo médico homeópata debe realizar dentro de su práctica clínica, diversos diagnósticos: etiológico, nosológico, patológico y medicamentoso. Eizayaga⁴ señala que la historia clínica homeopática comprende cuatro diagnósticos: el clínico (común) o patológico, individual (modalidades reaccionales, etc.); biopatográfico (biografía) y medicamentoso (el *simillimum*).

Base terapéutica

En todo modelo médico se tiene contemplado siempre una etapa terapéutica, situación que, desde luego, no es ajena al modelo médico homeopático, sin que esto implique hablar de la terapéutica homeopática como término peyorativo. Es importante señalar que cuando se habla de la terapéutica, se considera a ésta como una disciplina que forma parte de la ciencia médica. De acuerdo con Álvarez-Cáceres,³² la terapéutica se define como el conjunto de decisiones cuyo objetivo es curar o paliar en lo posible una enfermedad; asimismo, la terapéutica es el conjunto de medidas destinadas a modificar la historia natural de la enfermedad en beneficio del paciente. Su primer objetivo es conseguir la curación definitiva y sin secuelas del enfermo. Dunham definió a la terapéutica como la ciencia de tratar al enfermo con fármacos.³³

Dentro de la práctica médica, la terapéutica, junto con el diagnóstico y el pronóstico, completan la tríada de decisiones clínicas con significados y métodos de estudio muy variados, pero que se deciden conjuntamente y a veces muy rápido, buscando siempre el beneficio del paciente. La primera ley que debe tener en cuenta todo médico, es no dañar al enfermo, *primum non nocere* (lo primero es no hacer daño).

En el modelo médico homeopático, la intención del médico es curar definitivamente y sin secuelas a sus pacientes, esta situación está determinada en las bases establecidas por Hahnemann, quien en el *Organon de la Medicina* señala que antes de prescribir algún remedio o medicamento, el médico debe conocer en primera instancia todo acerca de la enfermedad; es decir, contar con un diagnóstico integral que le permita tomar las mejores decisiones terapéuticas; y en segundo lugar, conocer a profundidad todo sobre las propiedades de los medicamentos que utilizará en el paciente.

Una revisión sobre el citado texto muestra que 71 párrafos hacen énfasis sobre el conocimiento previo que debe tener el médico homeópata sobre todas aquellas sustancias que utilice en su práctica profesional. Asimismo, 89 de los párrafos describen una metodología rigurosa y sistemática que debe considerarse para la utilización terapéutica de los medicamentos homeopáticos.²³ Es importante rescatar lo señalado por Eizayaga en relación con el famoso aforismo *en homeopatía no se ven enfermedades, se ven enfermos*, en el sentido de que éste hace referencia sólo al aspecto terapéutico del modelo homeopático, no al clínico, ya que en homeopatía es esencial basar la prescripción (fase terapéutica) en los síntomas obtenidos a través de la individualización del enfermo (fase clínica).⁴

Conclusiones

La homeopatía es un modelo médico clínico terapéutico desarrollado a fines del siglo XVIII por Samuel Hahnemann, con el objetivo de mejorar la práctica médica de la época. Este modelo ha continuado su desarrollo a lo largo de más de 200 años en muchos países de Europa y América Latina, a pesar de los embates del modelo médico hegemónico, llamado convencional. A través de este trabajo se presentaron una serie de argumentos con la intención de desmitificar la creencia en torno a que la homeopatía es un campo del conocimiento no científico.

El modelo médico clínico terapéutico homeopático cuenta con fundamentos teóricos filosóficos (teorías y leyes) y metodológicos (métodos y técnicas) sustentados dentro del conocimiento científico y de la ciencia médica, y cuya intención es el abordaje del proceso salud-enfermedad a partir de tres dimensiones básicas: la salud, la enfermedad y la individualidad. Como bien se señala,^{34,35} la homeopatía no debe ser vista como una terapia más, sino como una visión diferente de abordar la práctica médica.

Preguntas de repaso

1. ¿Qué es un modelo o paradigma?
2. De acuerdo con la teoría de modelos médicos, ¿a qué modelo pertenece la homeopatía y por qué?
3. Liste las diferencias y similitudes que encuentra entre las medicinas alopática y homeopática.
4. En el modelo médico homeopático, ¿cuál es la definición de salud y de enfermedad?
5. Mencione y explique los cuatro diagnósticos que se incluyen en la historia clínica homeopática.

Bibliografía

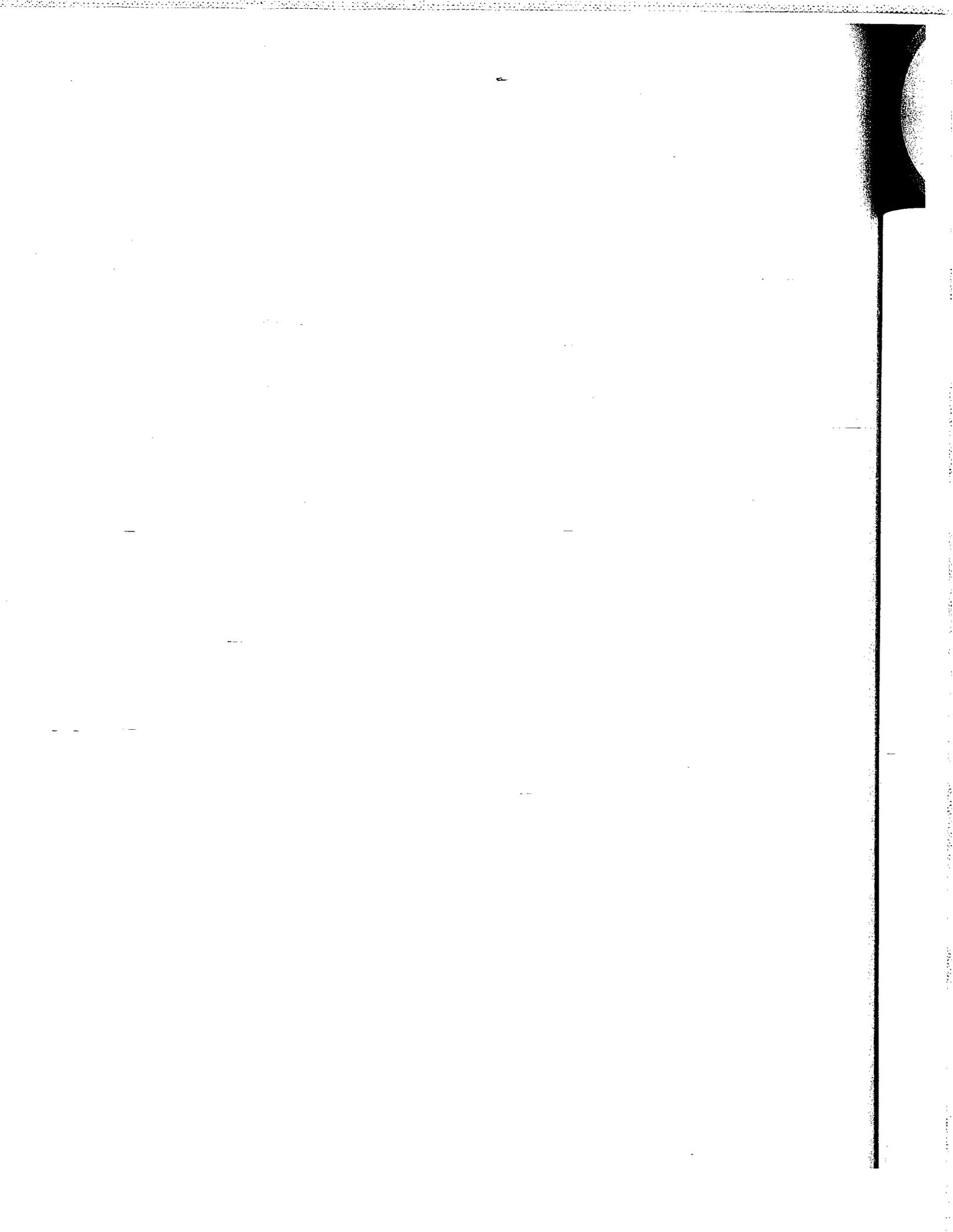
Referencias

1. Hahnemann S (1992). *El Organon de la Medicina*. México: Porrúa.
2. Mendiola QR (1980). *Bases científicas de la terapéutica homeopática*. México: Instituto Politécnico Nacional.
3. Rosas GI (s/f). *Alopatía vs. Homeopatía*.
4. Eisayaga FX (1981). *Tratado de Medicina Homeopática*. Buenos Aires: Ediciones Marecel.
5. Yasgur J (1998). *Homeopathic Dictionary and Holistic Health Reference*. Greenville, PA: Van Hoy Publishers.
6. Ballester SA, Sanz Franco MJ, Galan GE (1999). *Homeopatía. Fundamentos científicos*. Revista Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Volumen 6, Núm. 2; pp. 71-78. España.
7. Korovsky P (2000). *Homeopatía, una medicina para toda la vida*. Montevideo. Editorial Nordan.
8. Esteva SJ (2006). *La Homeopatía. Interpretación histórica de un debate interminable*. Revista OFFARM. 25, 4: 86-91. Barcelona: Universidad de Barcelona.
9. Ricci G (2006). La Homeopatía es una Medicina Personalizada: Individual y Total. Disponible en: <http://homeopatia-dra.racielaricci.blogspot.com/2006/12/la-homeopata-es-unamedicina-individual.html> Consultado el 12 de mayo de 2009.
10. Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía (2009). *Historia de la Homeopatía*. <http://www.enmh.ipn.mx/historia.aspx> Consultado el 12 de junio de 2009. México: Instituto Politécnico Nacional.
11. Kuhn T (1975). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
12. Almaguer A et al. (s/f). *La Salud Intercultural y sus aportes para una revisión de los Paradigmas en el campo de la Salud. Paradigmas y cosmovisión*.
13. Rossini L (2004). *Paradigma, Modos de Producción del Conocimiento e Imaginario Social*. Mimeo.
14. González P, Grassi E, Bozzo E (s/f). *Proceso salud enfermedad. Una mirada comunitaria*.
15. Piña B (1990). *Modelos de explicación sobre la determinación del proceso Salud-Enfermedad. Factores de riesgo en la comunidad*. Tomo I, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
16. Arredondo A. (1992). *Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad*. Cad. Saúde Públ. 8 (3), pp. 254-261. Brasil.
17. Lazcano Ponce EC et al. (1996). *Cáncer de Mama. Un hilo conductor histórico, presente y futuro*. Salud Pública de México. 38, 2: 139-152. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
18. Leavel H, Clark EG (1953). *Epidemiology and Multicausal*. Textbook of Preventive Medicine. New York: McGraw-Hill.
19. Susser M (1972). *Agent, Host and Environment as an Ecological System. Causal Thinking in the Health Sciences*. New York: Oxford University Press.
20. Mantero AM (2000). *El Ejercicio Médico de la Homeopatía en España a finales del siglo xx*. Tesis Doctoral. Madrid: Facultad de Medicina de la Universidad Complutense.
21. Pérez HG (1959). *Filosofía de la Medicina*. India: Jain Publishers, Ltd.
22. Close S (1994). *El genio de la homeopatía. Conferencias y ensayos sobre filosofía homeopática*. Sevilla: Colegio de Médicos Homeópatas de Sevilla.
23. Fernández Pérez JA, Barajas Arroyo G (2008). "La profesión del médico homeópata y el Organon de la Medicina". En: Fernández Pérez JA, Barajas AG. (2009). *La Profesión del Médico Homeópata. Entre la tradición y la modernidad*. México: Bonilla Artiga Editores/Benemérita Universidad Autónoma de Puebla/Secretaría de Salud/Asociación Nacional de la Industria Farmacéutica Homeopática.
24. Fernández Pérez JA (2003). *Estructura y formación profesional. El caso de la profesión médica*. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
25. Demarque D (1987). *Homeopatía. Medicina de la Experiencia*. México: Propulsora de Homeopatía, S.A.
26. Dantas F (2006). "Homeopatía y racionalidades médicas". En: Guajardo BG. (2008). *Homeopatía Académica*. México: Editorial Homosapiens.
27. Gómez AE (2008). *Medicamentos homeopáticos. Presencia en la farmacia*. Revista Farmacia y Sociedad. 27, 1: 92-98. España: OFFARM.
28. Ferrara J (1999). *La homeopatía*. <http://www.eternidad-2.com/la%20medicina%20homeopatica.htm> Consultado el 9 de junio de 2009.
29. Carrero FM (2005). *Hablemos de homeopatía*. Revista Cubana de Medicina Militar. 34, 2.
30. Selye H (1978). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill (Original publicado en 1956).
31. Moreno RM (2002). *El Método Clínico. Conferencia en Jornada de Homenaje al Trabajador de la Salud*. Disponible en: <http://www.jornada.sld.cu/miguelconferencia.html> Consultado el 10 de junio de 2009.
32. Álvarez-Cáceres R (1996). *El método científico en las ciencias de la salud*. México: Díaz de Santos Editores.

33. Dunham C (1878). "Lectures on Materia Medica". En: Guajardo BG. (2008). *Homeopatía Académica*. México: Editorial Homosapiens.
34. Kleeijnen J, Knipschild P, Riet G (1991). *Clinical Trials of Homeopathy*. England: British Medical Journal. 302: 316-323.
35. Alonso HO (1996). *Una mirada a la Homeopatía por un Alópata*. En: Revista Medicina. Volumen 56, Núm. 4; 1996. <http://www.medicinabuenaaires.com/revistas-/vol56-96/4/homeopatia.htm> Consultado el 11 de mayo de 2009. Argentina.

Lecturas recomendadas

- Avello LM, Avendaño C, Mennickent S (2009). *Aspectos generales de la homeopatía*. Revista Médica de Chile, [online]. 137, 1: pp. 115-120. República de Chile.
- Flores TD (1995). *Iniciación a la Homeopatía*. México: Porrúa.
- Flores TD (1999). *El Organon de la Medicina comentado por David Flores Toledo*. México: Instituto Politécnico Nacional.
- Hamlyn E (1989). *Fundamentos de la Homeopatía en el Organon de Hahnemann*. México: Editorial Albatros.
- Hubbard E (2006). "Un programa de Investigación para la Homeopatía". En: Guajardo BG. (2008). *Homeopatía Académica*. México: Editorial Homosapiens.
- López EJ (1999). *Notas para la Historia de la Homeopatía*. Revista Cubana de Medicina General Integral. 15, 5: 587-590. Cuba.
- Nigenda G et al. Modelos alternativos de atención a la salud: utilización y disponibilidad en la Ciudad de México. Informe final. Fundación Mexicana para la Salud, México, 2002. Disponible en: <http://www.funsalud.org.mx/casesalud/sintesis,%20etc/Medicina%20alternativa.pdf>
- Peña A, Paco O (2007). *Medicina alternativa. Intento de análisis*. An Fac Med Lima, 68 (1), pp. 87-96.
- Peral PD (2007). *La historia de la homeopatía vista por los historiadores de la medicina españoles del último cuarto del siglo XX*. Revista de Estudios Extremeños. Tomo LXIII. 18, 1, pp. 293-305. Badajoz: Diputación de Badajoz.
- Poitevin B (1990). *Introducción a la Homeopatía. Bases experimentales y científicas*. México: Nueva Editorial Médico Homeopática Mexicana.
- Torres VM. *Prevalencia en el uso y aceptación de terapias alternativas en el municipio de Tequisquiapan, Querétaro, México 2006*. Vertientes, 13(1-2), 2010, pp. 10-15.



Epidemiología sociocultural*

Paul Hersch Martínez

La idea de un método fijo, de una racionalidad fija, surge de una visión del hombre y de su contorno social demasiado ingenua.

Paul Feyerabend¹

En la medida en que el ambiente físico y social, así como los comportamientos y las actitudes que lo sustentan se encuentran profundamente condicionados por la organización social y anclados en la cultura, la epidemiología será socio-cultural o no será epidemiología.

Raymond Massé²

Conceptos clave

Bioepidemiología • Epidemiología sociocultural • Salud pública • Antropología médica

Introducción

Se analiza la necesidad de una perspectiva epidemiológica incluyente que atienda las diversas dimensiones del daño a la salud como fenómeno reflejo de la sociedad. Ello demanda una diversificación metodológica y operativa ante realidades sanitarias donde operan sistemáticamente la cultura y la organización social. Se postulan algunos elementos definitorios y operativos de la epidemiología sociocultural como referente operativo para dinamizar la relación entre disciplinas y sectores a partir de problemas específicos relevantes para la salud pública.

En años recientes se ha expuesto la necesidad de expandir la perspectiva epidemiológica ante las diversas dimensiones colectivas del daño sanitario, considerando sus múltiples

orígenes e implicaciones.³⁻⁸ Ante este reto, diversas son las propuestas y términos utilizados para matizar o complementar al de "epidemiología", como epidemiología crítica, epidemiología social,¹⁰⁻¹¹ epidemiología cultural,¹² etnoepidemiología, ecoepidemiología, epidemiología popular y los planteamientos de salud colectiva.⁹⁻¹⁷ La literatura respectiva es abundante y de larga data, pero los problemas multidimensionales de índole sanitaria siguen ahí, recordándonos la necesidad de enfoques aplicativos y vinculantes. Este ensayo pretende destacar una perspectiva epidemiológica incluyente derivada de la diversidad de propuestas de expansión teórico-metodológica disponibles, con elementos definitorios y aplicativos.

¿Epidemiología sociocultural?

El planteamiento de una epidemiología sociocultural (en adelante ES) emana de diversas reformulaciones propuestas ante la necesidad de ampliar y profundizar la mirada epidemiológica, destacando la multiplicidad de escenarios y voces relativos al proceso salud-enfermedad y sus formas inherentes de atención-desatención. Un señalamiento es que la bioepidemiología se ha dedicado más a preguntas como

* Tomado con permiso de Salud Pública de México 55:512-518, 2013.

¿por qué se enferman los individuos?, inquirir por qué las poblaciones tienen un determinado perfil de salud o por qué determinados problemas predominan en determinadas poblaciones.⁶⁻⁷ Si bien etimológicamente el término "epidemiología" implica una perspectiva de globalidad, en la reflexión y la práctica, esa amplitud identitaria ideal es constreñida precisamente por las condiciones sociopolíticas que determinan la construcción de disciplinas y campos de acción. A su vez, desde la antropología médica, resulta necesario un referente operativo y vinculante que oriente, articule y optimice sus aportes a la salud pública.¹⁸

Una somera revisión de lo que se entiende por "sociocultural" en la literatura biomédica denota su carácter polisémico e impreciso, reflejando su marginalidad en el paradigma epidemiológico actual, aunque la alusión al término en ese ámbito se ha incrementado consistentemente en los últimos 30 años.¹⁹ Al contrario de variables o indicadores unívocos, como la edad o la glucemia, "lo sociocultural" implica ámbitos y alcances diversos, no existiendo acuerdo sobre qué factores lo conforman ni una definición epidemiológica operativa. Dicho término ha sido aplicado a *factores que sin ser biológicos ni físicos* inciden en la causalidad y diagnóstico de diversos padecimientos, o en el acceso, calidad y eficacia de los servicios asistenciales, reflejando la insuficiencia de abordajes disciplinarios convencionales, al fragmentar la realidad social, a pesar de su naturaleza dinámica y sinérgica.¹⁹⁻²¹

El término de **epidemiología sociocultural** (ES) empezó a utilizarse como tal o inferido en la descripción de *factores socioculturales* hace medio siglo en el ámbito psiquiátrico, y luego en el cardiovascular y oncológico.²²⁻²⁴ También fue propuesto inicialmente por Bibeau para integrar su estudio a la mirada epidemiológica, conjugando paradigmas y herramientas de las ciencias sociales y sanitarias, a lo que se han sumado luego otros autores.^{25,26} Esta propuesta ha tenido diversas lecturas, desde las biomédicas que proponen el estudio de "lo sociocultural" para *complementar* la mirada epidemiológica con *perspectivas locales*, hasta la de que toda ES supone una revolución semántica cuando se plantea una definición de la "enfermedad" fundada en normas, valores, concepciones e ideologías propias de cada grupo étnico o social, incidentes en las representaciones de lo normal y lo anormal, lo tolerable e intolerable.²⁷

La ES constituye un *referente operativo y analítico integrador*, cuyo objetivo primordial es *aplicar diversos métodos y aproximaciones en función de la dimensión multifactorial y colectiva de las enfermedades*, tomando como uno de sus ejes la categoría del *daño evitable*, lo que implica su estudio, pero también la *generación de medidas para enfrentarlo*.¹⁸ Así, no se plantea aquí a la ES como una "nueva" disciplina, ni como referente que "supere" otras propuestas críticas, sino como *herramienta conceptual y aplicativa* basada en diversos medios descriptivos y analíticos, elegidos en función de la naturaleza de los problemas sanitarios. Como *aproximación dialógica* al fenómeno de la enfermedad como pro-

ceso colectivo, se nutre de saberes y recursos reconocidos y no reconocidos como científicos. En este marco, *la salud constituye una expresión eminentemente relacional*, sintetizando diversas esferas de la calidad de vida.

Centrar la atención en el daño evitable supone derivar en intervenciones de control de riesgo o limitación de daño, pero también reflexionar sobre cómo las percepciones populares sobre la vulnerabilidad se relacionan con la producción de saberes respecto al riesgo y el diseño de políticas integrales destinadas a su reducción.²⁸ En el plano práctico, la epidemiología, además de su consagrado arsenal cuantitativo, ha de beneficiarse de métodos y técnicas cualitativas. Sin embargo, su uso fragmentado y superficial, patente en la insuficiente descripción y análisis de los procesos socioculturales subyacentes en los problemas sanitarios, implica desaprovechar sus posibilidades inductivas. Fiel al principio de que son los métodos y técnicas los que deben adecuarse al problema en estudio y no a la inversa, la combinación de metodologías cuantitativas y cualitativas, y la inclusión de propuestas que diversifican la vertiente cuantitativa, como el análisis de redes sociales, el análisis cualitativo comparativo y el planteamiento actual de la ciencia de las intervenciones a nivel comunitario responderá a las condiciones específicas derivadas del análisis situacional del problema de investigación; es decir, ellas emergen como estrategia, no como receta para la indagación.²⁹⁻³³

Diversos trabajos apuntan en México a una ES en construcción.³⁴⁻³⁸ En ella, lo "intercultural" no se aplica sólo a "realidades alternas" a la del investigador, ni está al margen de las dinámicas de clase, territorio y género. En los enfoques de género, no sólo rescata la voz de las mujeres; en lo indígena, no excluye la situación de la población mestiza circundante. Es decir, atiende el contexto y el carácter intrínsecamente relacional en que se generan o potencializan procesos patológicos de alcance colectivo.

La necesidad de una nueva práctica epidemiológica atañe a un reposicionamiento del quehacer científico ante la multiplicidad de aproximaciones a la realidad, no sólo en una actualización que cuestiona límites disciplinarios tradicionales, sino su marco epistemológico externalista y objetivista. Ello implica la inclusión de miradas "profanas" en la ciencia formal, pues la salud es ámbito donde también se manifiestan reclamos de inclusión y pertinencia.

Así, la ES como *propuesta interdisciplinaria de carácter dialógico*, pretende contribuir al análisis de los problemas de salud mediante el concurso de diversos actores sociales y herramientas teóricas y prácticas, desarrolladas en las ciencias sociales, las biomédicas, las humanidades y las artes.

La ES incluye la alteridad de los saberes de *médicos clínicos aplicativos*, de *terapeutas no biomédicos* y de los *conjuntos sociales* con su propia experiencia respecto a la dimensión colectiva de la salud y la enfermedad. Ello es clave para el análisis sanitario en territorios específicos (figura 32-1). Sin ignorar la pertinencia de una Clasificación Internacional de Enfermedades, su papel referencial introduce



Figura 32-1. Algunas fuentes referenciales en el perfil epidemiológico sociocultural.

un sesgo, al considerar únicamente entidades nosológicas reconocidas en ese paradigma. Dicho sesgo bioepidemiológico se incrementa en comunidades rurales e indígenas, ante problemas de salud que, aunque percibidos como tales por la población, no son detectados en la nosotaxonomía oficial. De ello resultan situaciones de susceptibilidad, riesgo y enfermedad no caracterizadas epidemiológicamente como necesidades de atención, soslayando categorías significantes como el *padecimiento* y el *malestar*, o *perfiles fisiológicos y fisiopatológicos predisponentes*, como la sobrecarga córtico-suprarrenal o pancreática en estados de estrés o de malnutrición hipercalórica, respectivamente, con distribución social diferencial.³⁹⁻⁴²

A su vez, la ES pretende el estudio de los *factores de riesgo* en una clave preventiva estructural, considerando a la realidad biológica y ambiental en su íntima relación con la cultura y las relaciones socioeconómicas y políticas. Su eje teórico asume como objeto de estudio un proceso dinámico que nunca se expresa como una "historia natural de la enfermedad" ajena a las relaciones sociales; de ahí que el *eje atención-desatención* ha de ser también analizado de manera explícita como tal. En este sentido, los procesos de salud-enfermedad y de atención-desatención están siempre *mediados de forma simbólica*, manteniendo *connotaciones tan trascendentes como las emanadas de factores biológicos*, pues expresan y motivan relaciones, conflictos, intereses y valores de raigambre política y cultural.⁴³ La ES pretende reconocer además el papel que juegan *la teoría y los valores* de los diversos actores (investigadores incluidos) en la evaluación de problemas sanitarios y aspectos estructurales que definen el perfil epidemiológico más allá de su significación estadística, con el fin explícito de incidir propositivamente en ellos. Ello no supone soslayar la dimensión individual de los procesos articulados de salud-enfermedad y atención-desatención ni su expresión cuantitativa, sino integrar tal dimensión con sus determinantes socioculturales (figura 32-2). En síntesis, toda esa articulación constituye la tarea de una ES, entre cuyas categorías obligadas está la de sinergia, al relacionar la concatenación de varios factores causales de enfermedad con el modo y curso de vida, enfatizando la *susceptibilidad general*⁴⁴ como referente cercano al concepto de *sindemia*, utilizado para explicar la comorbilidad por la influencia de múltiples factores.⁴⁵ Aparecen así lazos con pro-

puestas incluyentes y relacionales, como los Sistemas Locales de Salud, la psiconeuroinmunología, la endobiogenia (relativa a la dinámica particularidad fisiológica de cada individuo) y las nuevas reformulaciones de la geografía médica.^{42,46-48}

Aplicabilidad

En cuanto a los requerimientos aplicativos de la ES, recordando el papel de la epidemiología como herramienta formativa y emancipadora, resulta determinante su articulación con procesos y escenarios sociales concretos y localizados. Aquí emerge la tradición de prácticas sanitarias participativas en América Latina, en tareas de diagnóstico situacional, gestión de recursos, diseño de intervenciones, prestación de servicios, análisis de riesgos y evaluación de resultados.⁴⁹⁻⁵²

La fundamentación de una nueva teoría y práctica epidemiológicas requiere ampliar y profundizar su ámbito sin distanciarse de los aportes de las investigaciones biomédicas, integrándolos con resultados de las ciencias sociales *en el mismo campo de conocimiento* para generar una visión sintética de los fenómenos sanitarios. En el plano metodológico, ello no sólo implica cambios sustantivos en la formación de recursos, sino un diálogo de saberes cuyo foco son los problemas más que las disciplinas.

En diversos niveles, la ES supone no sólo una reflexión crítica sobre las consecuencias de las investigaciones epide-

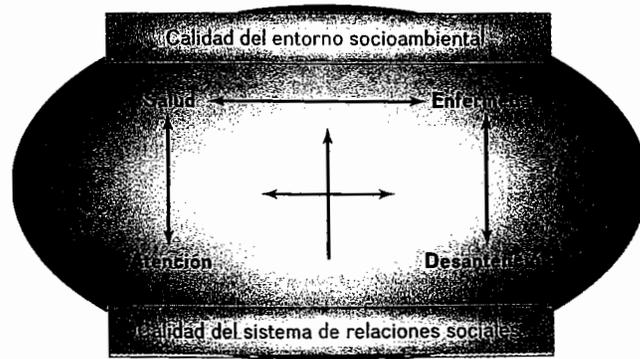


Figura 32-2. Articulación entre ejes salud-enfermedad y atención-desatención.

miológicas y sociosanitarias, sino su articulación en procesos de reivindicación, organización y gobierno local y regional. Aunque esta vinculación es reconocida como eje en el área aplicativa sanitarista, son aún muchos los obstáculos que impiden una interlocución fructífera, dadas las divergencias entre epidemiólogos y científicos sociales, con lenguajes y concepciones disímiles sobre el objeto salud y su desvinculación con procesos de base, como si el problema fuese básicamente disciplinario y no de participación social. De ahí resulta fundamental generar materiales y propuestas de convergencia en espacios diversos, involucrando no sólo al sector académico (formación, investigación) y de servicios, sino en particular procesos organizativos con la población y con ámbitos de deliberación política local, municipal y regional.

El mismo esquema estratificado puede proponerse respecto a los saberes locales, propiciando que los actores significantes se expresen en las investigaciones y en la gestión de servicios, incorporando sus competencias y perspectivas en la aplicación de instrumentos —encuestas, entrevistas, historias de vida— o en formatos de participación, destacando el diseño de instrumentos, la evaluación de resultados y recomendaciones, y sobre todo, la atención o construcción de instancias y *plataformas de interlocución* (comisiones de salud, regidurías, comisariados comunales y ejidales).

En este sentido, una perspectiva epidemiológica incluyente (*la epidemiología que reclama el campo de la salud colectiva*) propicia la construcción de una interfase de saberes y prácticas en salud, más que una incorporación mecánica de métodos cualitativos *complementarios* a la estadística, reconociendo la relación entre los hallazgos etnográficos y los determinantes que cada problema sanitario muestra y por tanto, la correspondiente estructura y dinámica social que los sustenta. Aquí resulta determinante el abordaje metodológico propuesto por Bibeau, centrado en las narrativas locales complementadas y su correlato con los dispositivos patogénicos estructurales,⁵³ a lo cual cabe añadir el estudio de los *itinerarios de desatención*. Los saberes locales y los procesos de participación, como realidades interdependientes, resultan imprescindibles para comprender y abordar las interrelaciones causales de enfermedad, ante la complejidad de los problemas sanitarios. Aunque ello se enfrenta a la tradición monológica de las disciplinas académicas, en América Latina las experiencias participativas y de investigación-acción constituyen una veta relevante.⁵⁴

Discusión

Cabe entonces reformular las preguntas sobre el quehacer epidemiológico surgidas desde la perspectiva académica, co-tejadas con la visión de actores significantes, definidos en función del problema específico de salud y de sus contextos locales y regionales. Ello no implica solamente preguntarnos en qué medida lo que la bioepidemiología identifica como *factor individual de riesgo* es de matriz social o cultural, sino

focalizar los **escenarios de riesgo** de donde emanan ése y otros factores; no sólo inquiriere cómo se traduce en el análisis de situaciones locales la noción de *estilo de vida*, sino su **dimensión política y subjetiva**; tampoco indaga nada más que utilidad tendría para la epidemiología conocer los modelos explicativos de las enfermedades *generados fuera del paradigma biomédico*,⁴⁰ sino su **trascendencia epidemiológica en términos de daño evitable**; no sólo explora las prioridades en prevención y atención, sino **quiénes son sus actores sociales imprescindibles**; no sólo averigua quién debe formular las categorías de *medición de impacto*, sino en **qué tipo y calidad de escenarios sociales se plantea ese impacto**, ni qué desafíos supone impulsar acciones sanitarias a partir de *especificidades y perspectivas locales*, sino **cuáles son los obstáculos políticos inherentes a ese impulso**. Las respuestas a ello no sólo pueden ser generadas desde análisis situacionales específicos, sino **desde experiencias y procesos aplicativos territorialmente delimitados**.⁵⁵⁻⁵⁶

Dada la necesidad de *atender de manera eficaz el daño evitable en poblaciones vulnerables*, las definiciones mismas de evitabilidad y vulnerabilidad han de ser reformuladas a partir de una expansión conceptual y en particular aplicativa. El cuadro 32-1 sintetiza elementos definitorios y potenciales para una ES, agrupados en términos de su *objeto, método y proyección*. Es evidente en algunos rubros su carácter exploratorio mayor.

Conclusiones

¿Cómo puede operar entonces una epidemiología incluyente? Su aplicación remite a elementos referenciales (cuadro 32-1), donde la ES:

- Estudia procesos y no sólo cortes (enfermedades, muertes): más que focalizar a la muerte o la enfermedad en sí, **atiende el contexto social y cultural de la vida de la persona** que enferma, es desatendida en alguna dimensión o muere.
- Incluye como categoría central una definición operativa del **daño evitable** en diversas situaciones y escenarios patogénicos de alcance colectivo.
- Indaga **cómo operan los modelos médicos** en la patología de alcance colectivo.
- Explora no sólo el contexto múltiple del daño, sino **cómo opera ese daño en diversos escenarios sociales**: analiza por su relevancia epidemiológica sus efectos en los colectivos humanos y sus territorios de referencia (como los alcances cuali-cuantitativos del alcoholismo, la migración, la violencia o la enfermedad crónica *en el colectivo del enfermo*, o los de la muerte infantil o materna *en el colectivo de ese infante o de esa madre fallecidos*).
- Clasifica los **diversos daños evitables** en términos de su causalidad, profundizando la noción de **evitabilidad**. En ello destacan las *auditorías de daño evitable* aplicadas por Serra a la mortalidad materno-infantil, inte-

Cuadro 32-1. Elementos definitorios y potenciales para una epidemiología sociocultural.

De objeto

- Parte de una definición eminentemente relacional y, por tanto, también política de la salud.
- Se nutre de saberes (representaciones y prácticas) y recursos reconocidos como científicos, pero también de saberes y recursos locales y/o no reconocidos como tales.
- Reconoce como referente la articulación procesal de los ejes salud-enfermedad y atención-desatención.
- Reconoce y explora los elementos simbólicos como origen de hechos de relevancia epidemiológica.
- Reconoce dimensiones complementarias e inherentes en la morbilidad: enfermedad, padecimiento, malestar, incorporando en su horizonte la dimensión sanitaria de las emociones y los afectos, además de las alteraciones propiamente físicas y reconociendo la articulación posible entre ellas.
- Focaliza y destaca expresiones concretas de la no existencia sanitaria generada desde la biomedicina.
- Aborda como uno de sus ejes de referencia a la figura del daño evitable.
- Explora como categorías epidemiológicas básicas las de contexto y sinergia.
- Explora la relevancia de los valores en la evaluación de los problemas de salud.
- Más que enfocarse en factores de riesgo, focaliza sistemáticamente escenarios de riesgo.

De método

- Define las herramientas en función de los problemas de salud y no de disciplinas determinadas. En ello tienen cabida recursos teóricos y prácticos de las ciencias sociales y las biológicas, de las etnociencias y también de las humanidades y las artes.
- Incorpora sistemáticamente las perspectivas y experiencias de diversos actores sociales.
- Integra y/o articula aproximaciones cuantitativas y cualitativas.
- Implica el estudio de los fenómenos, pero también la generación de medidas para enfrentarlos.

De proyección

- Orienta los estudios de antropología médica y de ciencias sociales en salud en una dirección aplicativa.
- Se vincula con propuestas y campos sanitarios incluyentes: sistemas locales de salud, geografía médica, psiconeuroinmunología, endobiogenia, etcétera.
- Se articula con procesos políticos implícita y explícitamente.
- Reconoce al territorio redimensionado como elemento referencial fundamental.

grando la investigación con la reflexión comunitaria.⁵⁵ Reconoce a la *desigualdad* y la *exclusión* como referentes en sus diversas manifestaciones y matices. Por ejemplo, cómo un ser humano y no otro es orillado a entrar en **circuitos y eslabones críticos de vulnerabilidad** en función de **escenarios de riesgo y desatención** que generan vulnerabilidad artificial.⁵⁷ Ello supone indagar específicamente *cómo se distribuye diferencial y explícitamente la desatención en sus diversos matices y alcances*. En casos extremos, el fallecimiento de un migrante, un policía, un narcodistribuidor, o una madre desangrada por abandono o impericia, ejemplifican categóricamente escenarios de riesgo y vulnerabilidades construidos socialmente.

- Desagrega variables siguiendo el *contexto multidimensional de los escenarios de riesgo, incluido el riesgo determinante de desatención*, para no encubrir con promedios distribuciones diferenciales: perfiles epidemiológicos por asentamiento, región, etnia, clase, género, entorno ambiental, rompiendo la falacia del “perfil epidemiológico de un país”, un grupo étnico o una entidad federativa, al evidenciar la **diversidad sistemática de variantes y escenarios de riesgo**. La epidemiología, fiel a su cometido, será una ciencia que revele los muchos perfiles epidemiológicos, y en la realidad nacional y latinoamericana, una herramienta fundamental. Esto no es un hecho hoy: recordemos, por ejemplo, el soslayo de la morbimortalidad laboral o la inexistencia construida de desagregación por etnia en las defunciones.

¿Qué estrategias inmediatas demanda para su concreción una epidemiología incluyente? podemos aventurar dos: *a)* constituir grupos de trabajo apoyados en *habilidades, sensibilidades y competencias dialógicas*, y *b)* vincularlos con movimientos regionales, procesos reivindicativos por género, etnia, condición laboral o clase, o colectivos cohesionados ante problemas sociosanitarios específicos. De acuerdo con la realidad latinoamericana, la ES —que incorpora necesariamente herramientas de la bioepidemiología— tiene un papel fundamental en el abordaje de problemas sanitarios actuales, como los relativos a la salud mental, la violencia endémica, el racismo o la migración; en las diversas adicciones o el VIH-sida; en daños por condiciones laborales, por la preeminencia de intereses económicos en la industria alimentaria o farmacéutica, o por las agresiones ambientales en incremento; a su vez, en aquellos donde resulta determinante la dinámica de los afectos y las emociones, permeada también por la organización social y la cultura.

Por su abierto carácter político, la ES enfatiza en la intervención, recordando que *los problemas epidemiológicos se estudian para su resolución, lo que define el proceso mismo de estudio*; es decir, ella se articula con un redimensionamiento reflejo de la salud pública. El reconocimiento de *escenarios de riesgo* específicos tiene una derivación participativa, al incluir las percepciones de la población y al convocarla en el diagnóstico y resolución de los problemas sanitarios, si se propician condiciones para que los colectivos organizados recurran a sus herramientas. Ello diversifica la *información de relevancia epidemiológica*, focaliza la *dinámica entre información y desinformación construida* como factor crítico para la salud pública, y explora la causalidad política del subregistro de los daños.

Agradecimientos

Trabajo apoyado por Conacyt; agradezco los comentarios esenciales formulados por Jaime Serra, las discusiones con Cristina Larrea y Armando Haro.

Bibliografía

Referencias

1. Feyerabend P (1989). *Contra el método. Esquema de una teoría anarquista del conocimiento*, Barcelona: Ariel.
2. Massé R (1995). *Les apports de l'anthropologie à l'épidémiologie: le cas du rôle étiologique de l'isolement social*. Ruptures. Revue Transdisciplinaire en Santé;2(1):102-117.
3. Breilh J (2008). *Latin American critical (Social) epidemiology: new settings for an old dream*. Int J Epidemiol;37(4):745-750.
4. Almeida-Filho N (2000). *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar.
5. Krieger N (1999). *Questioning epidemiology: objectivity, advocacy and socially responsible science*. Am J Public Health; 89(8):1151-1153.
6. Barreto MI, Alves PC (1994). "O coletivo versus o individual na epidemiologia: contradição o síntese?" En: *Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia*. Belo Horizonte-Rio de Janeiro:129-135.
7. Castellanos PL (1997). "Epidemiologia, Saúde Pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais". En: Barata RB (org) *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco.
8. Taubes G (1995). *Epidemiology faces its limits*. Science;269: 164-169.
9. Breilh J (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar.
10. Krieger N (2001). *A glossary for social epidemiology*. J Epidemiol Community Health;44:693-700.
11. Barata RB (2005). *Epidemiología social*. Rev Bras Epidemiol;8(1):7-17.
12. Weiss MG (2001) *Cultural epidemiology: an introduction and overview*. Anthropol Med;8:5-29.
13. Almeida-Filho N (1992). *Por una etnoepidemiología (Esbozo de un nuevo paradigma epidemiológico)*. Cuad Med Soc;61:43-47.
14. Fernandes RC (2003). *Uma leitura sobre a perspectiva etnoepidemiológica*. Ciência & Saúde Coletiva;8(3):765-774.
15. Susser M, Susser E (1996). *Choosing a Future for Epidemiology: II. From Black Box to Chinese Boxes and Eco-Epidemiology*. Am J Public Health;86(5):674-677.
16. Martínez AJ (2004). *El ecologismo de los pobres*. Barcelona: Icaria/Antrazyt/FLACSO.
17. Granda E (2000). *La salud pública y las metáforas sobre la vida*. Rev Fac Nac Salud Pública;18(2):83-100.
18. Hersch-Martínez P, Haro JA (2007). ¿Epidemiología sociocultural o antropología médica? Algunos ejes para un debate disciplinar. VII Coloquio REDAM, Tarragona, [consultado 2013 febrero 4] en: <http://www.colson.edu.mx:8080/portales/portales218/epidemiologia%20sociocultural.pdf>
19. Hersch-Martínez P (2008). *La representación de lo sociocultural desde la perspectiva biomédica. Una revisión de publicaciones en torno al tema*. Región y Sociedad; Núm. Esp. 2,20(2):163-264.
20. Wallerstein I (1998). *Impensar las ciencias sociales. Límites de los paradigmas decimonónicos*. México: Siglo XXI.
21. González Casanova P (1999). "Reestructuración de las ciencias sociales: hacia un nuevo paradigma". En: *Ciencias sociales: algunos conceptos básicos*. México: Siglo XXI, 3-25.
22. Hoch P, Zubin J (eds.) (1961). *Comparative Epidemiology of Mental Disorders*. Nueva York: Grune & Stratton.
23. Smith T (1967). *Social Stress and Cardiovascular Disease. Factors Involving Sociocultural Incongruity and Change. A Review of Empirical Findings*. Milbank Mem Fund Q;45(2): Suppl.: 23-39.
24. Breslow L, Hochstim JR (1964). *Sociocultural Aspects of Cervical Cytology in Alameda County, California*. Public Health Reports;79:107-112.
25. Bibeau G (1981). *Préalables à une épidémiologie anthropologique de la dépression*. Psychopatologie Africaine;18(1-3): 96-112.
26. Menéndez E (1990). "Antropología médica en México. Hacia la construcción de una epidemiología sociocultural". En: *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: CIESAS, 24-49.
27. Bibeau G, Corin E (1995). "Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique: les systèmes de signes, de sens et d'actions en santé mentale". En: Trudel F, P Charest Breton Y (eds.). *La construction de l'anthropologie québécoise, Eloges offerts à Marc-Adélaïde Tremblay*. Sainte-Foy: Les Presses de l'Université Laval, 105-148.
28. Nichter M (2006). *Reducción del daño. Una preocupación central para la antropología médica*. Desacatos;20:109-132.
29. Christakis NA, Fowler JH (2009). *Social network visualization in epidemiology*. Narsk Epidemiol;19(1):5-16.
30. Warren J, Wistow J, Nambra C (2013). *Applying qualitative comparative analysis (QCA) in public health: a case study of a health improvement service for long-term incapacity benefit recipients*. J Public Health (Oxf), mayo 3.
31. Trickett EJ et al. (2011). *Advancing the science of community-level interventions*. Am J Public Health;101(8):1410-1419.
32. Muntaner C, Gómez MB (2003). *Qualitative and quantitative research in social epidemiology: is complementarity the only issue?* Gac Sanit;17(Supl. 3):53-57.
33. Minayo MC de S (2005). "A complex social approach on methodology". En: Gürsoy A (ed.) *Health challenges on the third millennium*. Estambul: Yeditepe University, 253-263.
34. González-Chávez L, Hersch-Martínez P (1993). *Aportes para la construcción del perfil epidemiológico sociocultural de una comunidad rural*. Salud Pública Mex;35:393-402.
35. Freyermuth G (2003). *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. México: CIESAS/INM/Comité por una Maternidad Voluntaria y Sin Riesgos en Chiapas: Porrúa.
36. Sesia P, Hernández R, Zentella A (2007). *Salud Materna en el Programa Oportunidades: Alcances y Limitaciones del Programa en Municipios Indígenas de Oaxaca*. México: Instituto Nacional de Desarrollo Social.
37. Menéndez E (2008). *Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades*. Región y Sociedad; 20(Núm. Esp. 2):5-50.
38. Haro JA (org) (2010). *Epidemiología Sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Buenos Aires: Lugar.
39. Rubel AJ (1964). *The Epidemiology of a Folk Illness: Susto in Hispanic America*. Ethnology;3:268-283.

40. Hersch P, González L (2011). *Enfermar sin permiso. Un ensayo de epidemiología sociocultural a propósito de seis entidades nosológicas de raigambre nahua en la colindancia de Guerrero, Morelos y Puebla*. México: INAH.
41. Kleinman A (1995). *Writing at the Margin. Discourse Between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press.
42. Duraffourd C, Lapraz JC (2002). *Traité de Phytothérapie Clinique. Médecine et Endobiogénie*. París: Masson.
43. Samaja J (2004). *Epistemología de la salud, Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar.
44. Najman JM (1980). *Theories of disease causation and the concept of a general susceptibility: a review*. Soc Sci Med; 14A:231-237.
45. Singer M, Clair S (2003). *Syndemics and Public Health. Reconceptualizing Disease in Bio-Social Context*. Med Anthropol Q;17(4):423-441.
46. De Roux G, Pedersen D, Pons P, Pracilio H (1990). "Participación social y sistemas locales de salud". En: Paganini JM, Capote R (eds.). *Los Sistemas Locales de Salud*. Públ. Cient. 519. Washington: OPS, 28-49.
47. Ader R (2000). *On the development of psychoneuroimmunology*. Eur J Pharmacol;405:167-176.
48. Cutchin MP (2007). *The Need for the 'New Health Geography' in Epidemiologic Studies of Environment and Health*. Health Place;13(3):725-742.
49. Laurell AC (1986). *El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina*. Cuad Med Soc;37:3-18.
50. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S (2001). *Social Medicine Then and Now: Lessons from Latin America*. Am J Public Health;91(10):1592-1601.
51. Krieger N (2001). *Latin American Social Medicine: The Quest for Social Justice and Public Health*. Am J Public Health; 93(12):1989-1991.
52. Barreto ML (2004). *The globalization of epidemiology: critical thoughts from Latin America*. Int J Epidemiol;33:1132-1137.
53. Bibeau G. "¿Hay una enfermedad en las Américas? Otro camino de la antropología médica para nuestro tiempo". En: Pinzon CE et al. (eds.) (1992). *Cultura y salud en la construcción de las Américas. Reflexiones sobre el sujeto social*. Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura, 41-69.
54. Barreto ML, Almeida-Filho N, Breihl J (2001). *Epidemiology is more than discourse: critical thoughts from Latin America*. J Epidemiol Community Health;55:158-159.
55. Serra J, Brenes C (1983). "Recuperación crítica de indicadores socioeconómicos. La experiencia del Programa de Salud Comunitaria 'Hospital sin paredes'". En: *Centroamérica. Indicadores socioeconómicos para el desarrollo*, San José: FLACSO., 269-303.
56. Serra J (2003). "Centros Interdisciplinarios para el Desarrollo Local, Programa Internado Rural". En: *Educando para la Responsabilidad Social*, Santiago: Programa Universidad Construye País, 134-146.
57. Núñez-Urquiza RM (2009). *Using critical link methodology in health-care systems to prevent maternal deaths. The State of the World's Children*. Nueva York: UNICEF, 2008, 73.

Medicina tradicional en México: 40 años de investigación

Carlos Viesca Treviño

CAPÍTULO

33

Conceptos clave

Medicina tradicional • Medicina indígena • Medicina popular • Síndromes de filiación cultural • Aculturación

Introducción

La idea original de este texto se remonta a 1987, cuando en ocasión de un más que merecido homenaje hecho a Gonzalo Aguirre Beltrán, el propio homenajeado y un grupo de amigos suyos presentamos y luego publicamos una serie de textos en los cuales hacíamos una recapitulación de la relación e impacto de la medicina tradicional en la atención primaria de la salud.¹ Más tarde, mi texto fue reproducido dos veces: la primera, parcialmente como introducción a la nueva edición, constituyendo uno de los tomos de las obras completas de Aguirre Beltrán, de *Medicina y Magia*, su ya clásica obra acerca de la interrelación entre la medicina indígena mexicana y la traída por los españoles tras la conquista, que es uno de los estudios capitales para comprender por qué existe una medicina tradicional mexicana y cuáles son las razones de su supervivencia e importancia hasta la actualidad;² la segunda, en la primera edición de esta misma obra, recopilada desde entonces por Roberto Campos-Navarro. Ahora, a poco más de 20 años de esa primera recopilación, algunos de quienes entonces participamos en la aventura de presentar una somera panorámica de lo que entonces aportaba la Antropología Médica al pensamiento médico y antropológico mexicano y las posibilidades de aplicaciones prácticas que de ellas se derivaban, nos sumamos con las nuevas voces que han surgido desde entonces para presentar una nueva recapitulación sobre los temas abordados. Es en este sentido que en las páginas que siguen presento al lector una visión de los estudios sobre la medicina tradicional mexicana y su presencia en la atención de la salud de nuestra población durante este último poco más de medio siglo. No sobra señalar que, necesariamente, el lector encontrará en estas páginas transcripciones y glosas de los textos referidos, al lado de aquellas que corresponden a lo sucedido después de su publicación y a las consideraciones derivadas de los desarrollos conceptuales y los sucesos acaecidos en este periodo.

Las medicinas tradicionales: un concepto promisorio

Las medicinas tradicionales eran prácticamente inexistentes, por lo menos desde el punto de vista de la epistemología médica occidental, antes de la década de 1970-1979. Habían sido estudiadas y consideradas por historiadores y antropólogos múltiples medicinas calificadas de "exóticas", "primitivas", "pretécnicas" y quién sabe con cuántos epítetos más, mismos que ilustran una actitud de distancia y muchas veces despectiva por parte del investigador procedente de la cultura occidental moderna hacia ellas. Eran curiosidades cuya consideración servía de preámbulo a la aparición y desarrollo de la medicina científica, única representativa de una última etapa en el devenir del pensamiento médico, el de la ciencia positivista.

Sin embargo, las medicinas tradicionales comenzaron a revitalizarse hace 40 años. La expansión de una medicina altamente tecnificada hasta cubrir con sus benéficos efectos a toda la humanidad comenzaba a mirarse como una ilusión al grado que el *slogan* optimista de Hamdan Mahler, Secretario General de la Organización Mundial de la Salud, "Salud para todos en el año 2000" se iba modificando hasta convertirse en "Atención primaria de la salud para todos en el año 2000". Pero aun así, ¿cómo?

China había dado un buen ejemplo. El reconocimiento por parte del gobierno de Mao Tse Tung de sus médicos tradicionales y el surgimiento y oficialización de la figura de los llamados médicos descalzos, permitió hablar de cobertura con servicios de atención de la salud para 1 000 000 000 de chinos. Caso insólito hasta entonces. La realidad de la cual se generaron estos hechos era que existían médicos chinos, muchos, muchísimos, que no habían sido formados en la tradición profesional occidental, sino habían aprendido la medicina que cultivaran sus antepasados desde muchos siglos atrás, aquella que basaba sus conceptos y clasificaciones de enfermedad en la dinámica del cuerpo derivada de las modificaciones experimentadas por el *yin* y el *yang* en sus diferentes ejes longitudinales, los llamados meridianos que corresponden a diversos órganos considerados como principales y marcan sus relaciones energéticas. Ellos estaban allí y, al entrar oficialmente en funciones, fueron artífices del milagro. Su medicina no era la científica experimental occi-

dental, era la proveniente de la antigua tradición médica china. Frente a la medicina “moderna” surgía la imagen de una medicina procedente de otra tradición cultural e intelectual: la medicina tradicional china. La Revolución Cultural consolidó esta imagen.

Ante la Organización Mundial de la Salud se hizo patente otro fenómeno similar: en la India, al lado de un interés patente por apropiarse de las posibilidades ofrecidas por los espectaculares avances de la biomedicina, es decir, de esa medicina experimental basada en la detección de hechos biológicos subyacentes a funciones, disfunciones y lesiones, mantuvieron activa y estimulada políticamente, sobre todo después de que el país logró su independencia del Imperio Británico, a su vieja medicina, la llamada *ayurvédica*, la del conocimiento de la vida, su conocimiento de la vida.

No tardó en ser reconocida esta situación al organizarse dentro de la OMS una oficina destinada a tratar los asuntos referentes a la medicina desde entonces llamada tradicional, aunque no se tardó en reconocer su naturaleza plural, dado que se constató la existencia de medicinas tradicionales africanas, de la riquísima y secular tradición de la medicina islámica, a veces denominada *avicénica* en honor al gran médico persa de ese nombre, y la que es objeto de nuestro interés en este texto, la medicina tradicional mexicana, de la cual, como se verá, existen varias tradiciones a su interior.³

Lo novedoso del asunto se puede estimar en dos niveles. En primer término, el reconocimiento de la existencia de tradiciones médicas no occidentales que desarrollaron sistemas de conocimiento acerca de los problemas de salud que afectaban a las poblaciones en que surgieron y, derivadas de ellos, acciones terapéuticas. En segundo lugar, que dichas tradiciones correspondían tanto a grandes culturas e incluso complejos culturales al lado de pequeños grupos étnicos en los cuales se encontraron tradiciones médicas fuertemente arraigadas.

La medicina indígena y la identidad mexicana

No es posible comprender el significado de la persistencia de las medicinas indígenas en México si no se toma en consideración su papel tanto real como simbólico en la integración de la identidad nacional. De la elaboración de la *Historia Antigua de México*, de Francisco Javier Clavijero, en la que incluye algunos interesantes pasajes sobre la medicina, a la edición de la *Historia General de las cosas de la Nueva España*, de fray Bernardino de Sahagún, realizada por Carlos María Bustamante en 1829, pasando por las proclamações de Independencia escritas en náhuatl por el mismo Bustamante, se aprecia la inclusión de lo indígena en la realidad simbólica del criollo mexicano. México, al independizarse, se proclama como descendiente de los reinos prehispánicos, a pesar de que en la práctica inicie una apuesta por

la modernización (en sus más variopintos significados) cuyo término aún no se vislumbra.

En el terreno de la medicina, por muchas y muy diversas razones cuya pormenorización no viene ahora al caso, los médicos indígenas habían subsistido a la conquista y las catástrofes que la siguieron y se habían mantenido activos y contando con nutrida clientela tanto en el campo como en las ciudades. No hay que insistir en que en las comunidades indígenas su influencia no había sido menoscabada. Estaban allí como testigos de una tradición a la vez como objeto de recelo y aun de persecución. Podía vanagloriarse del pasado prehispánico al mismo tiempo que negar la calidad de conocimiento y de racionalidad a las prácticas médicas de sus descendientes indígenas. Ya Francisco Hernández, en el tercer cuarto del siglo XVI, había expresado una opinión que continuaría siendo válida hasta la época que ahora nos ocupa en el sentido de que los médicos indígenas no tenían la menor idea de lo que era la medicina, aunque sus tratamientos eran efectivos en buena proporción de los casos. Todavía en 1975, Ortiz de Montellano exponía como argumento central para validar a la medicina mexicana prehispánica —a la que aún llamaba “azteca”— su carácter empírico y la eficacia operativa de algunas de las plantas medicinales cuyas acciones describe en ese artículo y unos años después Aguirre Beltrán afirmaba que “el sistema médico indio está basado en el conocimiento empírico de una variedad de yerbas medicinales, disponibles localmente, y en un conjunto de manipulaciones, ritos y ceremonias de carácter mágico-religioso”.⁴ Es decir, se reconocía la existencia de prácticas médicas sistematizadas y de una transmisión del conocimiento de padres a hijos o aun de profesores a discípulos, pero se negaba implícitamente la existencia de un cuerpo de conocimientos teóricos validables.

De la medicina de los pueblos étnicos a la tradicional: la obra de Aguirre Beltrán

Aguirre Beltrán, sin embargo, había llevado a cabo una tarea altamente significativa: había rescatado desde una tradición intelectual antropológica la presencia constante de una medicina que pudo calificar de “étnica”, es decir, relacionada con un grupo en particular, llámese mexicana, tlahuica o maya, cuya persistencia pudo hacer evidente a lo largo de todo el periodo de dominación española. Por otra parte, al reconocer que el hecho antropológico que encontrara durante su trabajo como médico en Chiapas tenía un correlato que le conducía hasta tiempos prehispánicos, inauguraba la fundamentación de una característica importante para la historia de la medicina y la antropología médica mexicanas, que es la necesaria confluencia de la diacronía y la sincronía como condición indispensable para poder expresar la dimensión del fenómeno estudiado. De manera similar a lo que se apreciaría por lo menos diez años después en China y la India,

era patente al estudiar a “los pueblos étnicos” (como ellos llamaban) mexicanos que el fenómeno antropológico estudiado en el campo tenía raíces que provenían de muchos siglos, quizá milenios atrás.

Hasta ese momento, los historiadores de la medicina mexicana no habían dado razón de la realidad antropológica. Se habían quedado encerrados en el pensamiento historicista propio del positivismo, según el cual había que conocer con el mayor detalle posible lo que se sabía y hacía en el pasado, describir rituales y ceremonias a fin de destacar que todo ello no era sino anuncio más o menos remoto de lo que el conocimiento del hecho positivo habría de dar a la medicina: su carácter de ciencia. Todo lo anterior pertenecía a las etapas previas, la mágica y la metafísica, del conocimiento médico y servía para ensalzar a los antiguos por haber prefigurado algunos conocimientos científicos y haber utilizado empírica y correctamente algunos recursos terapéuticos. Esto es lo que nutre la tradición histórico-médica que va de la *Historia de la Medicina en México* de Francisco Flores a los cuatro volúmenes de la magna *Historia de la Salubridad y la Asistencia en México* de José Álvarez Amézquita, Miguel Bustamante, Francisco Fernández del Castillo y Antonio López Picazos, pasando por la *Historia de la Obstetricia en México* de Nicolás León, la *Historia de la Medicina en México* de Fernando Ocaranza y *México en la cultura médica* de Ignacio Chávez.⁵⁻⁹ Un cambio sustancial representó el volumen dedicado al México Prehispánico, de la *Historia General de la Medicina en México*, magno proyecto coordinado por Fernando Martínez Cortés y con Alfredo López Austin y Carlos Viesca a cargo de integrar los textos de este primer volumen de la obra. El marco conceptual fue el de la consideración de la existencia de sistemas médicos con diferencias radicales respecto a la tradición médica occidental, cuya validez y operatividad se cifra en la congruencia de sus fundamentos epistémicos y los conocimientos referidos a ellos con el entorno cultural y social en el que se llevan a la práctica.¹⁰

Ahora bien, volviendo al pensamiento de Aguirre Beltrán, se encuentra que ha detectado realidades que resultan ser relevantes para implementar políticas de salud y las acciones derivadas de ellas. Desde muy temprano, en 1955, había dado cuenta de que la atención de los problemas de salud no era lineal, ni derivaba sólo de llevar los nuevos recursos y medicamentos a las comunidades más alejadas de los centros urbanos del país, sino que éstas funcionaban como regiones en las que se podía continuar con las prácticas ancestrales sin verse obligados a abandonarlas o distorsionarlas ante la presión de las tendencias modernizadoras. Esto fue a lo que llamaría más tarde “regiones de refugio” (1967), las que de hecho son sitios donde la práctica de las medicinas tradicionales se mantiene vigente. Intervenir allí obliga al médico o a las autoridades sanitarias que lo hagan a mantenerse en términos de “interculturalidad”.¹¹

Lo que es innegable es que estas medicinas “étnicas”, es decir, propias de las comunidades indígenas, de las etnias,

son medicinas tradicionales en el pleno sentido de la palabra, y que los estudios que de ellas hicieron Karl Lumholtz en huicholes, tepehuanes y tarahumaras; Julio de la Fuente en grupos mixtecos; Campbell W. Pennington entre los tarahumaras; Ricardo Pozas entre los chamulas, e incluidos algunos tan actuales como es el de Zuanilda Mendoza acerca de los triquis de San Juan Copala, Oaxaca, ofrecen ejemplos ricos en datos de su realidad operativa mantenida hasta nuestros días.¹²⁻¹⁵

La medicina tradicional mexicana y sus raíces prehispánicas: de lo étnico a lo indígena prehispánico

Con la integración histórico-antropológica lograda por Aguirre Beltrán en *Medicina y Magia*, en cuyo subtítulo agregaba otro elemento sustancial, la aculturación, que había definido previamente aunque sin extraer todavía el total de sus conclusiones al respecto, se llega a la configuración del concepto de medicina tradicional.^{16,17}

El contenido de *Medicina y Magia* es plural. De inicio, Aguirre Beltrán hace la distinción entre los elementos de la medicina popular española que encuentra presentes en la medicina novohispana, una gran cantidad de conceptos y recursos de procedencia indígena y otros más provenientes de la cultura de los negros traídos como esclavos principalmente durante los siglos XVI y XVII. Lo resultante es una medicina mexicana cuya característica principal es la integración de elementos, el mestizaje. Ya Germán Somolinos había traído a colación el término náhuatl *tequitqui* para caracterizar a esa medicina mestiza que se fue configurando como la base de lo que hoy conocemos como medicina tradicional mexicana.¹⁸ Su objeto de estudio es la medicina popular que se ha formado después de la Conquista y que constituyó el principal medio para la atención de la salud en los siglos subsecuentes. Sin embargo, como bien ha hecho notar Carlos Zolla, su interés se dirige esencialmente no al manejo de las enfermedades comunes, sino a los componentes que constituyen “la impronta emocional o mística” cuya importancia consideró tan relevante en las medicinas indígenas.¹⁹ Las razones que motivaron esa elección están claras: a lo largo de una carrera en la que Aguirre Beltrán enfocó los problemas médicos de las comunidades indígenas en las que trabajó y sobre cuya atención tuvo variadas responsabilidades que van desde su labor como médico en ámbitos rurales hasta las de Director del Centro Coordinador Tzeltal-Tzotzil del INI, Subdirector del Instituto Nacional Indigenista y Director del Instituto Indigenista Interamericano, al mismo tiempo fue desarrollando criterios teóricos que le permitieron comprender mejor los procesos socioculturales que enmarcan la atención de la salud. Antes de la publicación de *Medicina y Magia* su interés se había centrado en las aplicaciones prácticas, en este libro y en sus obras posteriores buscó la comprensión de los contextos culturales.

Al ser estudiados los elementos mágicos y las supervivencias de rituales y acciones que contemplan la incursión al terreno de lo espiritual, lo que se destaca es el arraigo de creencias y el mantenimiento de criterios provenientes de las culturas de origen (en este caso indígenas, española y africanas) como elementos centrales para posibilitar el manejo de enfermedades que no caben en el rubro de lo estrictamente natural. Más tarde se reconocería la importancia de la existencia de *imaginarios colectivos* que resguardan estos elementos de identidad.

Ahora bien, la presencia de estas dos vías de consideración de las medicinas tradicionales marca los desarrollos subsecuentes. Por una parte, tenemos políticas indigenistas, políticas de salud y acciones concretas; por otra, el análisis concienzudo de sus componentes, la indagación de sus orígenes y vigencia y el estudio de sus recursos. Sin embargo, el pensamiento de Aguirre Beltrán no se limitó a poner en evidencia la presencia sostenida a través del tiempo de esa gran cantidad de conocimientos, creencias y costumbres que fundamentan las identidades culturales, sino siempre se ubicó dentro de los márgenes de la ya centenaria idea de la integración de los indígenas a la cultura nacional promovida por los liberales republicanos desde mediados del siglo XIX. Así afirmaba: "El indigenismo no está destinado a procurar la atención y el mejoramiento del indígena como su finalidad última, sino como un medio para la consecución de una meta mucho más valiosa: el logro de la integración y el desarrollo nacionales".¹⁷ Integración implica cambios radicales y, en el terreno de la medicina, el abandono de las prácticas tradicionales y su sustitución por las que son propias de la biomedicina. Pero lo que se propone es una sustitución gradual y modulada por la aceptación de los grupos involucrados y no una imposición y desconocimiento, actitudes que habían privado consuetudinariamente. Este criterio conlleva un cambio radical en la actitud, el cual pudiera ejemplificarse con la aceptación y oficialización del quehacer de las parteras, que de "empíricas" pasaron a ser reconocidas como "tradicionales" a mediados de la década de 1970-1979. Corresponde a Aguirre Beltrán el mérito de haber puesto en evidencia que, paralelamente a la medicina oficial, humoral, del siglo XVI a inicios del XIX, biológico lesional con sus diferentes facetas, a partir de entonces, ha estado presente otra medicina que, en sus orígenes, deriva de aquella practicada por los médicos indígenas prehispánicos, y es de allí donde deriva que se pueda hablar con toda propiedad de una medicina tradicional mexicana, expresando esto último la existencia de un trasfondo común a las culturas indígenas mesoamericanas que permite hablar de lo mexicano en el sentido de lo que es el país actualmente.

Esta apertura intelectual tuvo como consecuencia que se enfocara el estudio de las medicinas prehispánicas ya no como precedente de un saber médico científico —y esto en el sentido de ciencia perteneciente a mediados del siglo XX—, sino con el sentido de la historicidad, de la evolución en el tiempo del conocimiento entendido no sólo como

adquisición progresiva y ascendente de éste, basada en la recopilación de hechos positivos, sino como expresión sistematizada de respuestas culturales a problemas concretos. La primera aproximación, positivista, se manifiesta en textos ya clásicos, como son los de Flores, Ocaranza y Chávez, que aun destacando el orgullo que representa poseer una medicina indígena tan antigua como las más añejas del Viejo Mundo, pone su interés en el conocimiento que puede considerarse como que prefigura lo que se ha descubierto en los últimos decenios.^{5,8,9} La segunda obligó a estudiar los criterios internos que rigieron la organización, sistematización y aplicación de ese conocimiento, es decir, de la teoría y la práctica médicas propias de estas culturas de Mesoamérica. El referente obligado fue el estudio de Miguel León Portilla sobre la filosofía náhuatl, en el cual, basado en fuentes primarias, establece sin dejar lugar a dudas la existencia de un pensamiento filosófico prehispánico.²⁰ Respecto a la medicina, la primera en ser ampliamente estudiada es la náhuatl, esto es, la de los pueblos lingüísticamente emparentados y pertenecientes geográficamente al Altiplano Central. En este sentido, se han eslabonado textos que comienzan por *Ollin. Conceptos sobre la Medicina prehispánica* de Carlos Viesca (1966), *Ideas en la Medicina Náhuatl* de Fernando Martínez Cortés (1965), *Textos de Medicina Náhuatl y Cuerpo humano e ideología* de Alfredo López Austin (1972 y 1980), *Aztec Medicine* de Bernard Ortiz de Montellano (1967), además de sus importantes trabajos *Empirical Aztec Medicine* (1975) y *El conocimiento de la naturaleza entre los mexicanos: la taxonomía* (1984), *Medicina náhuatl prehispánica y Ticitl. Conceptos médicos de los antiguos mexicanos*, ambos de Carlos Viesca,^{21,22} además de la obra integradora *México Antiguo*, que es el primer volumen de una Historia General de la Medicina en México.¹⁰ El listado previo por supuesto no es exhaustivo, pero marca los pasos dados que resultaron no sólo en la reificación de la existencia de una medicina náhuatl prehispánica, sino que llevaron a dejar claro que era un sistema médico integral.

Ya en 1987 hacía yo énfasis en la importancia de explorar los criterios clasificatorios de estas medicinas prehispánicas a fin de poder establecer cuáles eran las características de sus criterios epistemológicos. Así insistía: "Hacen falta estudios taxonómicos de las enfermedades, a fin de poder comprender realmente los fundamentos de los sistemas médicos y la posición intelectual que priva en ellos".³

Síndromes de filiación cultural

Un primer elemento a considerar fueron los llamados síndromes de filiación cultural. Representan asociaciones de síntomas que pueden derivar de causas diversas, la manera en que los estudiosos procedentes de la cultura occidental trataron de entender lo que pueblos ajenos a ella consideraban como enfermedades. Limitándonos a México y a los antecedentes expuestos en las páginas previas, Aguirre Beltrán había ofrecido algunos datos clave para entender las

patologías asociadas a la pérdida del *tonalli*, que como se sabe es la entidad anímica que procede de los ámbitos celestiales y baja de la coronilla al corazón para activar la energía vital, y a las alteraciones de la sombra, su contraparte de origen africano. La pérdida del *tonalli* o su detrimento ha sido estudiado a profundidad por varios autores, por ejemplo López Austin, Lozoya, Viesca, y su identificación con el susto ha permitido establecer la consideración de un complejo causal que deriva en enfermedades en las que a un común denominador de disminución de la vitalidad cuyas manifestaciones se pueden referir a cualquier parte del cuerpo y pueden conducir a la muerte.²¹⁻²⁷ El análisis de textos indígenas ha sido fructífero y se han identificado varias enfermedades, muchas de las cuales tienen correlatos con la medicina humoral europea y han llegado a nuestra medicina popular por la fusión de ambos contenidos, situación que ha llevado a graves equívocos interpretativos, como es el caso de la consideración hecha por George Foster de que no habiendo ninguna medicina sistematizada en el mundo prehispánico todo provenía de la adaptación de los conceptos hipocráticos al medio popular novohispano.²⁸⁻³² Serios trabajos acerca del empacho, como son los de Roberto Campos-Navarro, quien ha estudiado la presencia de este síndrome no sólo en México sino también en gran parte de las medicinas populares iberoamericanas, han verificado el doble origen de la entidad,³³⁻³⁶ en tanto que también ha sido estudiado su impacto epidemiológico, el cual, por supuesto, no es considerado en las estadísticas oficiales, como bien lo demuestran los trabajos de Carlos Zolla y sus colaboradores. La presencia de otras enfermedades que pudieran ser consideradas dentro de este rubro ha aumentado, tanto en número como en la valoración de su importancia cultural, consignándose el *palli*, enfermedad relacionada con los espíritus de las aguas y que afecta a los hijos de quienes se han enriquecido por encima de los promedios aceptados como correctos en su comunidad; el *tlazol* y el *ixtlazol*, enfermedades incluídas en un complejo que tiene como eje central la producción de desechos y la intervención de esta basura anímica en la génesis de la enfermedad, o el gran complejo de los aires, productores de muy diversos males y los cuales han sido materializados en las figurillas de barro hechas por curanderos especiales en Tlayacapan o representados en los muros exteriores de la iglesia de Amatlán de Quetzalcóatl, Morelos.³⁷⁻⁴¹

Es fundamental comprender que estas enfermedades, estudiadas etnológicamente, han permitido reintegrar algunas líneas clasificatorias propias del pensamiento indígena mexicano y que, estableciendo continuidades y rupturas, han sido un elemento de crucial importancia para adentrarnos en las taxonomías que le son propias. Asimismo, también es imprescindible precisar que el referente general proporcionado por la visión del mundo, la cosmovisión de las culturas en las que se insertan los sistemas médicos estudiados, es el único marco válido para proponer criterios epistémicos que necesariamente serán específicos para las culturas en

cuestión y, por añadidura, para los sistemas que las configuran.^{22,42-44}

Ahora bien, es claro que las medicinas indígenas prehispánicas, producto de una civilización milenaria, ofrecen marcos teóricos y aplicaciones prácticas para diagnosticar y manejar los problemas de salud. Pero, contra los criterios de que las culturas tradicionales obedecen a patrones de cambio lentos, existe la evidencia de que continuamente están adoptando ideas y recursos externos que se consideran útiles o, a veces, que les son impuestos al ponerse en juego relaciones de poder. En el caso de la medicina tradicional mexicana, de la cual existen numerosas variantes dependientes de las diferencias entre las múltiples etnias indígenas y de las condiciones geográficas y ambientales imperantes en sus asentamientos. Luego, la medicina tradicional mexicana, a pesar de sus profundamente arraigadas raíces prehispánicas, no es igual a la medicina que practicaban sus antepasados. Se ha modificado al contacto con la medicina traída por los españoles, tanto la popular como la humoral, de los conocimientos médicos de los negros que se fueron incorporando a la población novohispana, de las teorías médicas que fueron preluando la modernización de saberes y prácticas, así como de otras cuyos fundamentos no han resistido la prueba del tiempo y se han modificado o aun desaparecido, como son el brownismo y las ideas de François Broussais, sosteniendo la primera el movimiento de partículas como la base y fuente de todas las funciones del cuerpo y, por ende, de sus alteraciones; y la segunda el que la sangría era remedio universal puesto que toda la materia morbosa era absorbida en el colon y se difundía en el cuerpo a través del torrente sanguíneo. Se ha modificado también, en tiempos más próximos a los nuestros, con gran cantidad de las aportaciones que ha traído consigo la medicina experimental moderna.

La aculturación

El mecanismo por el cual una cultura adopta elementos provenientes de otra ha sido denominado aculturación, y fue acuñado en la década de 1950-1959, precisamente por Gonzalo Aguirre Beltrán.^{16,23} Aculturación es entonces un proceso cuyo resultado es la integración de elementos culturales ajenos. En el caso de la medicina mexicana, este término significó imposición en los tiempos inmediatos a la conquista, aunque no debe dejar de considerarse que, dada la carencia de médicos, cirujanos, boticarios y algebristas de formación occidental, buena parte de la carga de la atención continuó recayendo en los profesionales indígenas, y que fue también necesaria la negociación por ambas partes para definir lo aceptable y lo no aceptable en uno y otro sistemas. Algo que contribuyó de manera considerable a facilitar la adopción de conceptos y recursos terapéuticos es el hecho de que para los españoles existía sólo una medicina, la humoral de tradición hipocrática y galénica, que era la misma que ejercieron y aceptaron los árabes que por siete siglos dominaron la Península Ibérica, es decir, la medicina era

una y se hablaba de verdad en cuanto a los conocimientos y prácticas y no de validez ni de contextualización. Los saberes eran o falsos o verdaderos y no se consideraba ninguna otra posibilidad, tomándose como indicador de verdad la efectividad de los tratamientos. Sin embargo, el hecho de que en ambas culturas, la nativa y la europea, el calor y el frío fueran considerados factores determinantes de la salud y las enfermedades, permitió el establecimiento de bases sólidas para aceptar medicamentos y la adopción de técnicas y procedimientos. La aculturación se dio en los dos sentidos: los médicos indígenas incorporaron conceptos y medicamentos traídos por los españoles y éstos lo hicieron con los recursos locales.

Juan Comas habló, en la década de 1960-1969, de aculturación y aculturación inversa para diferenciar estas dos situaciones. Como ejemplos pensemos en la aceptación por parte de los europeos del guayacán en el tratamiento de la sífilis, enfermedad para la cual no tenían previamente ningún remedio, o del tabaco, planta que figura en un lugar relevante en los textos médicos del siglo XVI; por su parte, los médicos indígenas no tardaron en incorporar la manzanilla a su repertorio de medicinas. Otras veces la situación se facilitó al existir especies de una misma planta a ambos lados del Atlántico, como sucedió con la zarzaparrilla, considerada como excelente febrífugo por su propiedad de purgar, es decir favorecer la expulsión de los humores, lo cual se lograba mediante la provocación de sudor.

Una planta, el *iztauhyatl* o estafiate, al que se le adscribe en la medicina indígena la acción de sacar del cuerpo del enfermo los malos espíritus, los médicos españoles lo resignifican como un purgante que expele los humores excesivos y lo comparan al ajeno, lo que hace que se resignifique por identificación con una planta medicinal europea que no se encuentra en la Nueva España; se ha registrado que, entre otras cosas, el estafiate provoca que los nematodos intestinales sean arrojados al exterior.

Medicina indígena y medicina popular

Es claro que la dinámica social que constituyera el trasfondo de las medicinas indígenas prehispánicas de México no es de ninguna manera la misma que tienen las medicinas indígenas a partir de la conquista española. Se ha insistido en el referente prehispánico de la o las medicinas tradicionales mexicanas, pero ningún autor ha sostenido que sean idénticas a éste.⁴⁵⁻⁴⁷ Simple y sencillamente, pasaron de ser prácticas hegemónicas al carácter de subordinadas. Sin embargo, su vigencia se ha mantenido en diversos nichos, aun a costa de modificaciones importantes. La transición de médico indígena a curandero implicó precisamente la conciencia de que, a pesar de que quienes encarnaban esta figura ya no podían ser considerados como profesionales de la medicina como lo eran antes, no dejaban de existir ni de cumplir con una trascendente función en la atención de los problemas de salud.

Desde un punto de vista antropológico, el significado de este cambio se marca de inicio como un cambio en el paradigma dominante para explicar y manejar estos problemas, pero también señala la necesidad de estudiar los medios y remedios de que disponen para ello las culturas indígenas en México, con lo cual se entra al terreno de los recursos ideológicos, culturales, humanos y materiales y a la consideración del nivel de autosuficiencia que poseen todos y cada uno de los enclaves culturales.

De tal manera, una primera consideración es la de la existencia efectiva de medicinas indígenas en más de 60 grupos étnicos, con diferencias a veces sustanciales entre ellas. Si bien siguen siendo tradicionales e indígenas, también es evidente que todas ellas se han apropiado y resignificado recursos provenientes de la medicina europea del siglo XVI, para empezar, y de muchos de los cambios e innovaciones que esta nueva medicina oficial ha sufrido en el curso de estos casi 500 años. Sin embargo, un núcleo importante y, en términos estrictos, el más original en cuanto a su proximidad con sus antecedentes indígenas prehispánicos, es el de la medicina practicada en los grupos indígenas, en los pueblos étnicos, para utilizar los términos propuestos por Aguirre Beltrán. Un segundo núcleo, menos cercano a dicha tradición pero más numeroso y extendido, está representado por la población mestiza y es exponente de muy diversos grados y formas de aculturación. A ellos se refieren muchos de los casos analizados por Aguirre Beltrán en *Medicina y Magia* y todos los contenidos médicos de otra obra clásica, como es *Los elegidos de Dios* de Alfonso Villa Rojas,^{23,48} en donde reconoce la correspondencia entre la cosmovisión de los mayas antiguos y la planta de la aldea moderna y la concepción del cuerpo que reproducen el esquema del universo, o en estudios monográficos del mismo autor, por ejemplo la comparación que hace entre las terapéuticas tradicionales y su relación con las propias de la medicina moderna entre los mayas de Yucatán.⁴⁹ Situaciones semejantes son puestas en evidencia por Laurencia Álvarez en su estudio de campo en Hueyapan, Morelos, haciendo el correlato directo entre los conceptos sobre las enfermedades y la cosmovisión indígena.⁵⁰ Una visión panorámica de la importancia de la medicina tradicional y sus conceptos en la epidemiología es bien expresada en el estudio realizado por Carlos Zolla y su grupo de trabajo acerca del impacto de enfermedades correspondientes a diagnósticos provenientes de la medicina tradicional en la morbilidad y mortalidad en las áreas rurales mexicanas,⁵¹ en tanto que datos referentes a uno de ellos, el susto, permean en los trabajos de Rubel separados dos décadas entre sí, quedando claramente demostrado en el segundo de ellos que el susto no es sólo un padecimiento frecuente, sino también que quienes lo presentan tienen una expectativa menor de vida que aquellos que no lo han padecido.^{26,52} Los aires de enfermedad son, asimismo, omnipresentes, y son asociados con una gran variedad de síndromes y enfermedades, quedando claro que el sustrato común no es el cuadro clínico, sino el agente causal.³⁷⁻⁴¹

La aproximación entre lo que entendemos como medicina tradicional y medicina popular se ha prestado a confusiones y malentendidos, dado que al hacer referencia a este último rubro, popular, se significa la ausencia de especialistas y se mimetiza en un solo grupo a los enfermos, sus familias o simplemente los habitantes de una ciudad o un poblado cualquiera con quienes atienden los problemas de salud de ellos. Queda bien definido entonces un entorno en el cual existen profesionales en su actividad de atención de los problemas de salud, aunque no hayan recibido nunca una formación reconocida académicamente; sus conocimientos derivan de una tradición oral transmitida de generación en generación y, en muchas ocasiones, intervienen en ella sueños y procesos oníricos, revelaciones y el aprendizaje a través de estados alterados de conciencia. No se puede hablar de medicina tradicional sin considerar la existencia de médicos tradicionales, llámense éstos *ticitl*, *marakamé* o *ah men*, o sean considerados como curanderos, parteras empíricas, yerberos o chamanes. Toda medicina tradicional posee sus profesionales en la atención de diferentes aspectos de la salud, y prevé y garantiza una formación específica para todos y cada uno de ellos. Acciones como los encuentros de médicos tradicionales indígenas propiciados y organizados por el Instituto Nacional Indigenista con el apoyo de la UNICEF en Oaxaca (1986 y 1988) y Chiapas o la reunión de más de 600 médicos tradicionales en el Congreso llevado a cabo en 1992 en la Ciudad de México, auspiciado por el INI y el Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la Facultad de Medicina de la UNAM, señalan a la vez la importancia de estos profesionales en la atención primaria de la salud y un cambio en las políticas federales respecto a su práctica.

Por otra parte, están los conocimientos populares, es decir, los que pertenecen al grueso de la población y son considerados como vigentes y puestos en práctica por no especialistas. La madre de familia o más aún, la vieja abuela, son prototipo de esta actividad, enunciando diagnósticos —algunos de ellos inclusive provenientes de la medicina occidental moderna— y prescribiendo tratamientos. El conocimiento es fragmentario y esencialmente empírico, pero no cabe duda de que muchas de estas prácticas están basadas en criterios válidos para los practicantes profesionales de la medicina tradicional, y también es claro que constituyen un porcentaje importante de la atención primaria de la salud.

Medicina tradicional rural y urbana

Aunque se ha mantenido la idea de que las medicinas tradicionales se desenvuelven en el medio rural, la realidad es otra. Ya desde el siglo XVI era conocido de sobra que en los mercados de las grandes ciudades de la Nueva España y muy particularmente en la de México, se vendían plantas y medicamentos cuya pertinencia no dependía de la cultura dominante, sino de indicaciones que provenían de los saberes

indígenas o populares. El renombrado médico sevillano Nicolás Monardes llamaba la atención, en 1565, sobre la presencia de yerberos en los mercados mexicanos, y no dejaba de señalar que los médicos españoles estaban en falta al no acudir a ellos para obtener información acerca de la multitud de plantas y remedios de origen animal y mineral que conocían.⁵³ A fines del siglo siguiente, Agustín de Betancourt, en su *Theatro mexicano*, relataba que curanderos indígenas practicaban su oficio públicamente en el mercado de Tlatelolco y esto sigue siendo una constante hasta nuestros días en diversos términos que van desde la presencia de puestos de plantas medicinales con yerberos más o menos preparados, como sucede en los mercados de la Ciudad de México desde la década de 1970-1979, hasta la existencia de sitios de concentración, como lo es el Mercado Sonora en la misma ciudad, y de "puestos" en donde ejercen médicos tradicionales bien preparados en su campo, como es el caso de José Ventura Gallego, yerbatero de origen yucateco, en el mercado de San Ángel, con 30 años de presencia allí.⁵⁴ Estas situaciones se repiten en mayor o menor medida en ciudades y villas mexicanas e inclusive en pequeñas poblaciones en las que puede radicar un terapeuta tradicional que ejerce parte de su tiempo y se dedica a actividades agrícolas o de comercio el resto del día.

Los estudios sobre el curanderismo en el actual estado de Morelos, iniciados por Bernardo Baytelman hace más de un cuarto de siglo en lo que respecta a los terapeutas y sus modos de actuar, complementados con el análisis de los usos de las plantas medicinales desde una perspectiva de etnobotánica,^{55,57} marcaron un rumbo que ya se había anunciado con los tres volúmenes de *Estudios de etnobotánica y Antropología Médica* reunidos y editados por Carlos Viesca y que culminaría con la magna obra *Flora Medicinal Indígena de México*, coordinada por Abigail Aguilar, Arturo Argueta y Leticia Cano, en la cual la participación de médicos tradicionales de gran parte de las etnias indígenas del país señala una diferencia cualitativa respecto a cualquiera de los trabajos anteriores, ya que sus saberes son consignados en primera persona y en sus propios lenguajes, siendo la traducción al castellano el vínculo con la sociedad mexicana contemporánea y Aguilar, Argueta y Cano).^{45,57}

Parte de un proyecto de investigación y editorial ejemplar, que es la Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana, emprendido por el Instituto Nacional Indigenista en 1994 y retomado por la UNAM al digitalizar los volúmenes entonces publicados e iniciar su actualización, estas monografías que dejan oír la voz de los médicos indígenas vieron la luz simultáneamente a otra obra en tres volúmenes, el *Atlas de las plantas de la Medicina Tradicional Mexicana*, en la cual era presentado el conocimiento actualizado para esa fecha de los aspectos botánicos, antropológicos, etnobotánicos, farmacológicos y químicos de su empleo en medicina, ofreciendo de ese modo la justificación de su rescate ante una sociedad cuyos criterios epistemológicos son los de la ciencia experimental occidental.

La tradición como elemento de supervivencia

En el I Coloquio sobre la Medicina Tradicional Mexicana llevado a cabo por y en la Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza de la UNAM en 1990, se calificaba a ésta como "un saber en extinción". Pero el asunto no es tan sencillo como pudiera parecer a primera vista. ¿Qué significa saber en extinción? ¿Cuál saber? La pregunta, por supuesto era una provocación y el dilema que pretendía traer a colación se refería a si la medicina tradicional, en su parte conceptual, se asimilaría a los postulados de la medicina hegemónica de la cual ha tomado ya y cada día que pasa incorpora más rubros, o si le será posible mantener un núcleo que le permita mantener criterios de identidad. Por una parte, están los recursos terapéuticos, en primer lugar las plantas.

La ventaja es que su empleo puede ser polisémico, y mientras en un contexto se elimina a los espíritus que causan la enfermedad, en otro se puede tratar de una acción antiparasitaria o, como es el caso del *yolloxóchitl*, se busque el mismo efecto tonicardiaco ya por sus efectos sobre la contracción del sincisio miocárdico, sea por la analogía mágica entre la forma de la flor y la representación con que se esquematiza el corazón en las culturas indígenas mesoamericanas. Pero más allá de esto, y utilizaré los mismos ejemplos, está la relación entre lo que es evacuado tras aplicar un supositorio de estafiate y los desechos que se eliminan tras curar el susto regresando el *tonalli* al enfermo o el concepto de semejanza y la obligación de que el corazón del paciente responda al elemento terapéutico cuya forma le remeda. Es decir, atrás y respaldando los usos terapéuticos está la visión del mundo y la del ser humano con su cuerpo insertado en este mundo en el que vivimos. En cierto sentido, éste es el conocimiento que está en riesgo de perderse en la medida en que la medicina tradicional pierda a sus especialistas y se le limite a las prácticas caseras o se deje en manos de personas improvisadas. El asunto es grave, vital, pero la cuestión a considerar es ¿cómo preparar profesionales de las diversas especialidades de las medicinas tradicionales indígenas mexicanas —ahora en plural—, y cómo lograr la formación de profesionales en los ámbitos en que esa tradición ya está separada de sus raíces? Si esto no se logra, es real el riesgo de extinción dado el hiato existente entre el conocimiento de los usuarios de la medicina tradicional y el de sus especialistas. Por lo que respecta a los pueblos indígenas, la formación mediante la transmisión de padres o madres a hijas o hijos del conocimiento cubre dicho requisito.

Por otra parte, el referente último y el núcleo duro del conocimiento nos remiten al mito, cuya relación con la salud y, más allá, con la esencia de la existencia y la vida humanas en este mundo son elementos que, si bien se han modificado, a veces sustancialmente, se mantienen vivos en el imaginario de buena parte de la población mexicana. Es

evidente que los grupos indígenas aprecian y valoran sus tradiciones ancestrales, y el sincretismo religioso y la transformación de los mitos a través de él es por igual elemento básico de la identidad de los mestizos. La existencia de una nosología mítica huichola, como la ha denominado Armando Casillas, pone en el marco de las discusiones médicas y antropológicas el mantenimiento de criterios muy antiguos, teóricamente de difícil vigencia actual, como núcleo de la conceptualización y clasificación de las enfermedades más significativas para los huicholes, de la cual se derivan los criterios básicos para entender la enfermedad, para tratarla y, ante todo, para dar sentido a los acontecimientos de la vida cotidiana.⁵⁸ Tal situación no es exclusiva del pueblo huichol, es vigente en la totalidad de las etnias indígenas del país y continúa siendo un vínculo primordial para el mantenimiento de la identidad de estos grupos. La concentración de datos contenida en dos obras de importancia capital, *La medicina tradicional de los pueblos indígenas de México* (1994), en tres volúmenes, y el *Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional mexicana* (1994), en dos, ambas realizadas bajo la dirección de Carlos Zolla con el apoyo de Virginia Mellado y un extenso grupo de selectos colaboradores, aun cuando no se enfoca directamente sobre esta relación entre el imaginario colectivo y los referentes provenientes de cada una de sus propias tradiciones médicas, mantiene siempre presentes las enfermedades derivadas de sus sistemas de conocimientos y creencias y, por supuesto, los remedios correspondientes. Además, las políticas que han fomentado la constitución de asociaciones de médicos tradicionales indígenas y el reconocimiento de ellos, como quiénes son las personas indicadas para ejercer la medicina al interior de sus etnias, garantizado por las autoridades correspondientes de las Secretarías de Gobernación y Salud en 1993, han marcado el inicio de un proceso que conduce al establecimiento de criterios formales para su preparación.

Sin embargo, fuera de las áreas indígenas, la medicina tradicional urbana ha venido siendo modificada de acuerdo con las interacciones que ha tenido con el sistema de la medicina popular española, en particular andaluza y extremeña, en el siglo XVI, con la medicina hipocrático-galénica y con los sucesivos sistemas de pensamiento médico adoptados por la medicina oficial hasta nuestros días. Baste como ejemplo mencionar la existencia de curanderos "inyectadores".⁵⁹ Tal situación ha traído consigo la introducción de numerosos y variados elementos, que van de los ensalmos y oraciones dirigidas a los santos cristianos —a veces mezclados e incluso sincretizados con deidades prehispánicas— a los espíritus auxiliares del Espiritualismo Trinitario Mariano o a la Santa Muerte, del empleo de medicamentos "calientes" como el peyote a su sustitución por friegas con mariguana para el tratamiento de las reumas, de la introducción de numerosos medicamentos de origen europeo, al manejo por parte de los terapeutas tradicionales de quinina o antibióticos, por dar sólo dos ejemplos. En cierto sentido, la suma de conocimientos y recursos se ha convertido en fuente

de identidad, ahora no indígena sino popular, y tenemos el testimonio viviente de la conservación de buen número de ellos por parte de los migrantes mexicanos que viven en Estados Unidos, quienes, a pesar de influencias y coerciones de diferentes tipos, finalmente los continúan transmitiendo a las nuevas generaciones.

Queda abierto el tema de la formación de médicos tradicionales en diferentes grados de "especialización" recurriendo a los formatos provenientes de la cultura dominante, a la escolaridad. Los cursos impartidos y los reconocimientos otorgados a las parteras tradicionales a partir de la década de 1970-1979 son un buen ejemplo, aun cuando presentan varias aristas que se prestan a discusión. Siendo los sujetos de dichos cursos parteras que ya estaban ejerciendo en sus comunidades, ya no era necesario enseñarles los rudimentos de su profesión. Pero de entrada se estableció una jerarquización entre aquellas parteras que ya habían recibido su diploma y las que no lo tenían, sin significar esto otra cosa sino que habían tomado un curso en el cual se les enseñaban algunos aspectos de la obstetricia oficialmente reconocida, como son el uso de batas y guantes (aunque no siempre se entendió que la diferencia la hacía el que fueran estériles o al menos limpios y desinfectados con detergentes *ex profeso*). Cuando la preparación se amplió a jóvenes con estudios de secundaria, por ejemplo, los resultados fueron deficientes al producirse un choque generacional al crear nuevas depositarias del conocimiento y romper las estructuras sociales que definían antes este aspecto.

Los cursos de preparación de medicamentos en fórmulas galénicas, como los que se han implementado por años en el estado de Morelos, han mejorado el nivel del conocimiento en la población abierta, pero también han creado situaciones de choque al cuestionar las competencias de los terapeutas tradicionales. Un modelo interesante en este mismo sentido es de los Promotores de Atención Primaria de la Salud (PRODIAPS), figura desarrollada en el Estado de México a partir del decenio de 1990-1999, en la cual la carga de actividades hacia la detección y prevención permite la creación de un espacio promisorio. Sin embargo, queda mucho por hacer si se quiere desarrollar un sistema de atención de la salud que cubra las expectativas tanto médicas en el sentido de la oficialidad como culturales, en términos de reforzamiento y utilización de los recursos tradicionales.

Los recursos de la medicina tradicional y sus posibilidades de resignificación

La situación derivada de esta apertura para recibir elementos terapéuticos procedentes de otras culturas y sistemas de atención de la salud nos lleva a considerar una vez más su resignificación. Está, por una parte, la adopción de conceptos y recursos por parte de la población recipiente de sus posibles beneficios, como lo demuestran los procederes

que han incorporado muchas madres mexicanas en la atención de sus hijos. Por la otra, tenemos a los terapeutas de la medicina tradicional que ofrecen explicaciones provenientes de su cultura para dar cuenta del por qué y cómo se han apropiado de estos recursos para su práctica. En tercer lugar, está presente, con altas y bajas dependientes de corrientes culturales y políticas dominantes, la aceptación de terapeutas tradicionales con sus conocimientos, sus recursos y sus prácticas por parte de la medicina hegemónica.

Desde la década de 1970-1979, el concepto de etnociencia ha tratado de disminuir la brecha que marcan las diferencias entre los saberes tradicionales y los de la ciencia occidental experimental. Concepto que considero "colonialista", aun reconociendo que es útil para poder manejar criterios explicatorios, se ha definido etnociencia como el conocimiento sistematizado que poseen las sociedades humanas no occidentales. El concepto es antropológico, es decir sincrónico, ya que no toma en cuenta (lo que es un defecto) los cambios acaecidos en el devenir histórico de nuestra propia cultura. Empero, la utilidad de poder hablar de conocimiento y, en este caso, de conocimiento médico de los chinos, de los pueblos indígenas mesoamericanos, de los bosquimanos o de los jíbaros amazónicos, significa un gran avance hacia la consideración abierta de acciones humanas en pro de la atención de la salud vistas como un *continuum*.

Partiendo del concepto de etnociencia se ha podido hablar de medicinas tradicionales entendidas como sistemas complejos de atención de la salud y luego de sistemas médicos no occidentales que mantienen sus propias cosmovisiones y sus criterios explicativos del ser del hombre, de los significados de su cuerpo y aun de las condiciones y características de su inmanencia y de su trascendencia, dado el caso. A partir de la etnociencia se ha podido dar su valor y validez al conocimiento del otro y es permisible pensar en una atención de la salud que no sólo los reconozca como existentes y hasta como relativamente útiles, sino busque niveles y criterios de integración.⁵⁷ Considere ahora los recursos.

Las plantas

La medicina mexicana tomó conciencia de la riqueza y utilidad de sus recursos medicinales, en especial plantas, desde tiempos muy tempranos. Mencionemos los antecedentes de los estudios ejemplares de fray Bernardino de Sahagún y Francisco Hernández y los intentos de nuestro primer virrey, don Antonio de Mendoza, para conformar una industria de producción y exportación de plantas medicinales con la que tuvo que ver la redacción del Códice de la Cruz-Badiano, todo esto en el siglo XVI; el trabajo pionero de Antonio de la Cal y Bracho, *Ensayo de la Materia Médica Mexicana arreglado por la Academia Médico Quirúrgica de Puebla*, la *Farmacopea Mexicana* y los trabajos de campo y experimentales llevados a cabo por los miembros del Instituto Médico Nacional entre 1888 y 1916.⁶⁰⁻⁶² La resignifica-

ción fue farmacognósica y farmacológica a partir de mediados del siglo XIX. Se manejó la necesidad de procurar la información científica, experimental y clínica, de los efectos medicinales y tóxicos de las plantas mexicanas, pero también se buscaron sus principios activos. Continuación de estos trabajos fueron las investigaciones llevadas a cabo por el Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales (IMEPLAM), dirigido por Xavier Lozoya Legorreta, mismo que pasó a ser el programa de Plantas Medicinales del Centro de Estudios del Tercer Mundo y más tarde incorporado al Instituto Mexicano del Seguro Social con su unidad de investigación en Xochitepec, Morelos, y su herbario ubicado en el Centro Médico Nacional bajo la dirección de Abigail Aguilar.

En 1980 se integró en Acapatzingo, un pequeño poblado ahora conurbado con Cuernavaca, Morelos, en una finca que había pertenecido a Maximiliano durante su efímero imperio, un jardín botánico de plantas medicinales. La iniciativa partió del Instituto Nacional de Antropología e Historia y el proyecto fue confiado a Paul Hersch Martínez. No tardó en instalarse un museo de Medicina Tradicional y Herbolaria en el que fueron expuestos muchos de los desarrollos y programas que aquí he comentado y tiempo después, con base en investigaciones realizadas allí mismo, quedó formado un Programa de Actores Sociales de la Flora Medicinal de México el cual continúa en funciones.

En el IMSS, en 1996 fue impartido un Primer curso de Medicina Tradicional y herbolaria, para cuyo éxito el esfuerzo de Abigail Aguilar fue esencial. Le han seguido otros muchos y su intención es fortalecer el conocimiento acerca de la medicina tradicional y, sobre todo, de sus plantas medicinales, por parte de profesionales de otras áreas de la ciencia occidental, médicos, biólogos, antropólogos, entre otros. El estudio de las plantas medicinales mexicanas, emprendido desde la botánica y ampliado el campo de interés a la presencia de estos recursos en diversos ámbitos sociales en las grandes ciudades ha sido tema prioritario en el Instituto de Biología de la UNAM en donde fue pionero Javier Valdés, donde Mario Souza estableció una tradición sólida para la clasificación de las plantas medicinales mexicanas y en donde fundamentalmente destacó la figura de Miguel Ángel Martínez Alfaro, botánico de profundos conocimientos y persona imbuida en los recovecos de la etnobotánica, haciendo contribuciones de importancia en la comprensión de las taxonomías indígenas y en el reconocimiento de numerosas plantas que habían permanecido en el olvido y en el desconocimiento. Continuado su trabajo en el herbario del IMSS por Abigail Aguilar, autora de un interesante trabajo sobre las plantas tóxicas (junto con C. Zolla) y de un catálogo del herbario medicinal del IMSS, y en el Instituto de Biología Edelmira Linares y Robert Bye.⁶⁴ Además de los libros sobre flora medicinal incluidos en la Enciclopedia de la Medicina Tradicional Mexicana, mencionados previamente en este mismo texto, no se debe dejar de citar los trabajos de recopilación de José Luis Díaz, *Índice y sinonimia de las plantas*

*medicinales de México y Usos de las plantas medicinales de México.*⁶⁶ Con un sentido de apropiación hacia la ciencia moderna han sido realizados importantes trabajos de investigación sobre plantas medicinales y elaborados textos al respecto en el Instituto de Química de la UNAM, en donde se ha destacado la búsqueda de complejos quimiotaxonómicos y el estudio de la composición química y la actividad biológica de las plantas estudiadas. Destacan en este sentido los trabajos de Raúl Enríquez sobre la *Perezia* y el zapote blanco y los dos volúmenes denominados *Plantas Medicinales de México* de Carmen Márquez, Francisco Lara, Baldomero Esquivel y Rachel Mata, en los que no falta el referente etnobotánico.

En el mismo sentido se han redoblado esfuerzos en la Facultad de Medicina de la UNAM, en donde se mantiene un pequeño jardín botánico de plantas medicinales y una sala al respecto en el Palacio de Medicina y, a partir de 1988, fue incluida una Unidad de Antropología Médica en el curso de Historia y Filosofía de la Medicina, obligatorio para todos los alumnos del cuarto año de la carrera de médico cirujano. La iniciativa fue llevada a cabo por Carlos Viesca T. y a partir de ella se ha conjuntado un grupo de profesores-investigadores sobre temas relacionados con esta disciplina, que son el núcleo a partir del cual se pretende que los médicos egresados de esta Facultad posean los conocimientos indispensables para entender los alcances de la medicina tradicional y darle su lugar dentro de un sistema de salud que ya no puede ni debe ser excluyente. El programa continúa y a los alumnos del Plan de Estudios 2010, iniciado al año siguiente, se les imparte la Antropología de la Salud e Interculturalidad como materia independiente y se han creado los cursos de maestría y doctorado con el mismo rubro a partir de 2011, bajo la coordinación de Roberto Campos-Navarro y Alfredo Paulo Maya y la asesoría de Carlos Viesca T. Una visión iberoamericana se ha alcanzado con los diplomados impartidos por el mismo grupo con la colaboración de grupos locales en Potosí, Bolivia, en la Universidad de Huamanga en Perú y en Chile.

Interculturalidad

Un hecho, que es la presencia constante de situaciones interculturales en la vida cotidiana y en las que la salud no es la excepción, se ha impuesto durante los últimos años a la visión idílica de una medicina tradicional capaz de resolver gran cantidad de problemas de salud y defensora por antonomasia de la identidad de nuestros pueblos indígenas. Ya Aguirre Beltrán lo había concebido así al plantearse desde 1955 que la atención de la salud de los pueblos indígenas no tendría resultados positivos si no se enfocaba desde la interculturalidad: simplemente no sería posible implementar servicios derivados de la medicina occidental de otra manera y George Foster identificó ese mismo elemento a partir de su toma de conciencia de que la medicina hipocrática traída por los españoles en el siglo XVI había proporcionado elementos que subsisten hasta la actualidad y los estudios mo-

nográficos sobre muchas y muy variadas etnias y grupos con predominio indígena no han dejado de mostrar la evidencia de esta pluralidad.^{16,31}

La dimensión de estudios y sobre todo de prácticas de atención de la salud de carácter intercultural tiene como característica el conceder por parte de la cultura hegemónica un espacio reconocido a los conocimientos y prácticas procedentes de los sistemas médicos subordinados. Aguirre Beltrán hablaba de ello al señalar la necesidad de dicho espacio y del trabajo conjunto en los programas de IMSS/COPLAMAR.³ Sin embargo, tras muchos esfuerzos y planes inacabados, en la última década se ha logrado poner en marcha una dinámica social en la cual se ha logrado hablar de medicina integrativa, creándose un nuevo concepto de acuerdo con el cual la condición de interculturalidad adquiere sentido al ejercerse en un marco que da cabida a los diferentes sistemas de conocimiento médico vigentes en la práctica cotidiana. El problema de la implementación de programas de este tipo, causa de la gran mayoría de los fracasos previos, se ha abordado recientemente desde la óptica de formar cuadros de gestores interculturales que puedan operar en diversos campos. Para ello la UNAM ha establecido dos *campus* universitarios, uno en Mérida, Yucatán, a cargo hasta hace poco de Mario Humberto Ruz, y otro en León, Guanajuato, en los que se ofrece una licenciatura precisamente en gestión intercultural que incluye buena cantidad de contenidos referentes a problemas de atención de la salud.

Pionero en este terreno es Roberto Campōs-Navarro, quien, además de su insistencia en la adecuación de prácticas, algunas tan simples como la sustitución de la cama de hospital por hamacas en las zonas en las que éstas sean de uso común, desde 1996 trajo a colación la necesidad de legitimar la práctica de la medicina tradicional legalizando a sus exponentes reconocidos por sus pares. Este proceso no se ha cumplido integralmente y en el curso de los años transcurridos desde entonces se han dado varias propuestas, algunas no en México sino en otros países iberoamericanos, por ejemplo Bolivia, en donde se ha propuesto el pleno reconocimiento de los terapeutas tradicionales, o Perú, en cuyo caso se ha optado por incidir en una mayor preparación de los auxiliares de salud. Pero, más allá de cualquiera de estas medidas está la contraparte que obliga a tomar el compromiso de proporcionar información a los médicos alópatas en formación acerca de lo que son y de los alcances de las

medicinas tradicionales, a fin de lograr establecer en ellos una actitud de respeto hacia ellas y los profesionistas que las practican y poder lograr así una integración en los procesos de atención o, por lo menos, la posibilidad de prácticas paralelas con conocimiento mutuo.³

Un paso adelante es representado por las prácticas de carácter definitivamente intercultural que se han implementado en Yucatán, incluyendo la legitimación de la sobada por parte de los médicos alópatas en varios padecimientos que son, entre otros, el cirro, que es un desacomodo de los órganos vitales y repositorios de energía, el embarazo, el puerperio, el fallo de matriz o el empacho.

En el caso de México, en 2012 se constituyó por parte del gobierno de la Ciudad de México una comisión para establecer la práctica de una medicina integrativa en los ámbitos de su jurisdicción, en particular en las áreas rurales y suburbanas. En este programa son incluidos los recursos terapéuticos y humanos procedentes de la medicina tradicional, en la cual se ha dado especial relevancia a las parteras y al empleo de plantas medicinales, aunque este último se viene confiando a los médicos de primer nivel de atención que ejercen en las clínicas rurales o periféricas y a quienes se ha dado un curso al respecto.³⁹ La realización y publicación de un cuadro básico de plantas medicinales que incluye sus usos tradicionales y populares y las indicaciones alopáticas basadas en lo que se ha estudiado acerca de su farmacognosia y sus principios activos, representa un indudable avance en este terreno. Es claro que falta aún considerar la integración de otros tipos de terapeutas tradicionales y en qué medida se puede y se debe hacer y, en relación con las plantas medicinales queda por rescatar su significado simbólico y la relación que tiene o pueda tener su inclusión en el tratamiento con la dimensión simbólica de la enfermedad y con el imaginario de los pacientes.

En fin, todo indica que finalmente se está avanzando en el camino de establecer una medicina que incluye las prácticas médicas consagradas por los diferentes sistemas de atención de la salud —subrayo que con esto no me refiero a las instituciones prestadoras de servicios, sino a las culturas médicas que aportan conocimientos, prácticas y confieren sentido a lo que se sabe y se hace—. Conjunto y suma de saberes y prácticas, espacios para el diálogo y el ejercicio profesional, apertura a los exponentes de las diversas profesiones que se ocupan de la atención de la salud y su problemática, es la medicina que necesita México.

Preguntas de repaso

1. ¿Cómo se define medicina tradicional de acuerdo con el Dr. Aguirre Beltrán?
2. ¿Qué se entiende por aculturación y cómo se da el proceso de aculturación en la medicina mexicana?
3. ¿Qué se entiende por síndrome de filiación cultural?
4. ¿Cuál es la diferencia entre medicina tradicional y medicina popular?

Actividades de evaluación

1. Ingrese a la página web de la Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana (<http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/index.php>).
2. Elija el apartado de "La Medicina Tradicional de los Pueblos Indígenas de México".
3. Investigue acerca de uno de los pueblos originarios enlistados.
4. Realice un resumen de la información obtenida.
5. Compártalo con el resto del grupo.

Bibliografía

Referencias

1. Aguirre BG, Menéndez E, Viesca TC *et al.* (1987). *Medicina tradicional y atención primaria. Ensayos en homenaje a Gonzalo Aguirre Beltrán*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).
2. Viesca TC (1992). *Comentario preliminar a la 2a. edición de Gonzalo Aguirre Beltrán, Medicina y Magia*. México: Universidad Veracruzana, INI, Fondo de Cultura Económica, pp. 9-19.
3. Viesca TC (1987). "Veinte años de investigación en Medicina Tradicional en México". En: Aguirre BG, Menéndez E, Viesca TC *et al.* *Medicina tradicional y atención primaria. Ensayos en homenaje a Gonzalo Aguirre Beltrán*. México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), pp. 59-82.
4. Ortiz de Montellano B (1975). *Empirical Aztec Medicine*. Science, vol. 188, 215-220.
5. Flores F (1886). *Historia de la Medicina en México*, 3 vols., México.
6. Álvarez AJ, Bustamante M, Fernández del Castillo F *et al.* (1960). *Historia de la Salubridad y la Asistencia en México*. 4 vols., México: Secretaría de Salubridad y Asistencia.
7. León N (1910). *La Obstetricia en México*. México: Tipografía de la viuda de Francisco Díaz de León.
8. Ocaranza F (1935). *Historia de la Medicina en México*. México: Laboratorios Midy.
9. Chávez I (1947). *México en la cultura médica*. México: El Colegio Nacional.
10. López Austin A, Viesca C (coord.) (1984). *México Antiguo*, vol. I de F. Martínez Cortés (coord. gral.). Historia General de la Medicina en México. México: UNAM/Academia Nacional de Medicina.
11. Aguirre BG (1955). *Programas de salud en la situación intercultural*. México: Instituto Indigenista Interamericano.
12. Lumholtz K (1904). *México desconocido*, 2 vols., Nueva York: Charles Scribner and Sons.
13. Pennington CW (1963). *The tarahumara of Mexico*. Salt Lake City: The University of Utah Press.
14. Pozas AR (1977). *Chamula: un pueblo indio de los Altos de Chiapas*. 2 vols. México: Instituto Nacional Indigenista.
15. Mendoza Z (2011). *De lo médico a lo popular. El proceso salud-enfermedad-atención en San Juan Copala*. Oaxaca. México: UNAM.
16. Aguirre BG (1957). *El proceso de aculturación*. México: UNAM.
17. Aguirre BG (1967). *Las regiones de refugio*. México, Instituto Indigenista Interamericano.
18. Somolinos d'Ardois G (1961). *Lo mexicano en medicina*. Gaceta Médica de México, 91:75-84.
19. Zolla C (2008). "Antropología médica, salud y medicina en la obra de Gonzalo Aguirre Beltrán". En: Báez J (comp.). *Gonzalo Aguirre Beltrán. Memorial crítico*. Xalapa, Ver., Editora del Gobierno del Estado de Veracruz, pp. 119-139.
20. León Portilla M (1956). *La filosofía náhuatl*. México: UNAM; 1959 (Instituto Indigenista Interamericano).
21. Viesca TC (1986). *De la medicina indígena a la medicina tradicional*. México Indígena, INI, 9, marzo-abril, pp. 3-5.
22. Viesca TC (1997). *Conceptos médicos de los antiguos mexicanos*. México: Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, UNAM.
23. Aguirre BG (1992). *Medicina y Magia*. México: Instituto Nacional Indigenista; 1963. 2a. edición, México, Universidad Veracruzana, INI, Fondo de Cultura Económica.
24. López Austin A (1980). *Cuerpo humano e ideología*, 2 vols., México: Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM.
25. Lozoya LX (1987). "La herbolaria: Dinámico recurso de la medicina tradicional de México". En: Aguirre BG, Menéndez E, Viesca C *et al.* *Medicina tradicional y atención primaria. Ensayos en homenaje a Gonzalo Aguirre Beltrán*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), pp. 83-95.
26. Rubel A, O'Neil C, Collado R (1989). *A folk illness*. California University Press; 1984 (traducción al español, México, Fondo de Cultura Económica).
27. Viesca C, Ruge T (1985). *Consideraciones psiquiátricas y psicológicas acerca del susto*. Anales de Antropología. XXII: 475-492.
28. Foster G (1951). *Suggestions for field recording of information on the Hippocratic Classification of Diseases and Remedies*. Kroeber Anthropological Soc. Papers, Berkeley, Ca. 5, pp. 1-5.
29. Foster G (1951). *Some wider implications of Soul-Loss Illness in the Sierra Popoluca*. Homenaje al Dr. Alfonso Caso, México: INAH; pp. 167-174.
30. Foster G (1953). *Hippocrates, Latin America Legacy: "Hot" and "Cold" in contemporary folk medicine*. Journal of American Folklore, vol. 66, no. 262, 201-217.
31. Foster G (1958). *Problems in intercultural health programs*. New York: Social Science Research Council.
32. Foster G (1978). *Humoral Pathology in Spain and Spanish America*, vva, Homenaje a Julio Caro Baroja, Madrid, pp. 357-370.

33. Campos NR (2000). *El empacho en la medicina mexicana*. Antología (siglos XVI-XX). México: Instituto Nacional Indigenista.
34. Campos NR (2006). *Textos peruanos sobre el empacho*. Lima.
35. Campos NR (2007). *El empacho en Cuba*. La Habana.
36. Campos NR (2009). *Medir con la cinta y tirar con el cuerito. Textos médicos sobre el empacho*. Buenos Aires: Ediciones Continente.
37. Hersch P (1995). *Tlazol, ixtlazol y tzipinación de heridas, implicaciones actuales de un complejo patológico prehispánico*. Dimensión Antropológica, III, 2, pp. 27-59.
38. Hersch P (1996). "Tlazol y Caxcan, entidades nosológicas del saber popular. Una experiencia de investigación en salud en Jolalpan, Morelos". En: Morales ME, Malvido E (coord.). *Historia de la salud en México*. México: INAH, pp. 177-189.
39. Hersch MP, González CL (2011). *Enfermar sin permiso. Un ensayo de epidemiología sociocultural a propósito de seis entidades nosológicas de raigambre nahua en la colindancia de Guerrero, Morelos y Puebla*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.
40. Viesca TC, Ramos de Viesca MR (2007). *Air as a cause of illness in Mexican Colonial and Traditional Medicine*. Trabajo presentado en el IV International Meeting on the History of Medicine, International Society of History of Medicine, 21 al 23 de octubre de 2007, Figline Valdarno, Italia.
41. Macuil C (2012). *Tradición oral y medicina tradicional en la zona norte del Estado de Morelos y en el sur del Distrito Federal. El caso de los aires*. Tesis de doctorado en Estudios Mesoamericanos, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM.
42. Viesca TC (1998). "La razionalità della medicina nel contesto delle culture". En: Agazzi E, Viesca C (ed.). *Medicina e concezione del mondo*. Génova: Erga Edizioni, pp. 27-38.
43. Viesca TC (1998). "La medicina náhuatl prehispánica: un sistema epistemológico". En: Agazzi E, Viesca C (ed.). *Medicina e concezione del mondo*. Génova: Erga Edizioni; pp. 149-164.
44. Viesca C (2001). "Curanderism in México and Guatemala: Its Historical Evolution from the Sixteenth to the Nineteenth Century". En: Huber, BR, Sandstrom, AR (ed.). *Mesoamerican Healers*. Austin: The University of Texas Press; pp. 47-65.
45. Viesca TC (1978). *Estudios de Etnobotánica y Antropología Médica*. IMEPLAM, México, Vols. I, II y III, 1976, 1977, 1978.
46. Viesca TC (1978). *La medicina tradicional mexicana. Sus raíces prehispánicas*. Medicina Tradicional. Méx. I, 3:43-48.
47. Viesca TC (1986). *La medicina náhuatl prehispánica*. México, Panorama Editorial.
48. Villa RA (1978). *Los elegidos de Dios. Etnografía de los mayas de Quintana Roo*. México: SEP/INI.
49. Villa RA (1981). *Terapéutica tradicional y medicina moderna entre los mayas de Yucatán*. Anales de Antropología, Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM, 18, 13-28.
50. Álvarez Heydenreich L (1987). *La enfermedad y la cosmovisión en Hueyapan, Morelos*. México: Instituto Nacional Indigenista.
51. Zolla C (1988). *Medicina tradicional y enfermedad*. México: CIESS/IMSS.
52. Rubel A (1967). *El susto en Hispanoamérica*. América Indígena, México, 28, 1, 69-90.
53. Monardes N (1565). *Dos libros de las cosas que traen de nuestras Indias Occidentales que sirven en medicina y el otro que trata de la piedra Bezoar y la yerba escuerzonera*. Sevilla, en casa de Hernando Díaz.
54. Betancourt A (1698). *Theatro Mexicano*. México.
55. Baytelman B (1986). *De enfermos y curanderos*. Medicina tradicional en Morelos. México: INAH.
56. Baytelman B (s/f). *Etnobotánica en el Estado de Morelos*. México; INAH.
57. Aguilar A, Argueta A, Cano L (coords.) (1994). *Flora medicinal indígena de México. Treinta y cinco monografías del Atlas de las Plantas de la Medicina Tradicional Mexicana*. México: Instituto Nacional Indigenista.
58. Casillas RA (1990). *Nosología mítica de un pueblo: Medicina tradicional huichola*. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.
59. Zolla C (1994). *Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana*. 2 vols., México: Instituto Nacional Indigenista.
60. Cal Bracho A (1832). *Ensayo de la Materia Médica Mexicana arreglado por la Academia Médico Quirúrgica de Puebla*. Puebla.
61. Farmacopea mexicana (1846). México.
62. Fernández del Castillo F (1961). *Historia Bibliográfica del Instituto Médico Nacional*. México: Imprenta Universitaria.
63. Aguilar A, Zolla C (1982). *Plantas tóxicas de México*, México. Unidad de Investigación Biomédica en Medicina Tradicional y Herbolaria del IMSS.
64. Aguilar AC, Camacho JR, Chino S, Jáquez P, López ME (1994). *Herbario Medicinal del Instituto Mexicano del Seguro Social*, México: IMSS.
65. Argueta A, Zolla C (coord.) (1994). *Nueva bibliografía de la medicina tradicional mexicana*. México: Instituto Nacional Indigenista.
66. Díaz JL (1976). *Índice y Sinonimia de las plantas medicinales de México*. México: IMEPLAM.
67. Díaz JL (1977). *Usos de las plantas medicinales de México*. México: IMEPLAM.

Síndromes de filiación cultural en el estado de Puebla

Antonella Fagetti

CAPÍTULO

34

Conceptos clave

Síndromes de filiación cultural • Especialistas rituales
• Métodos de adivinación y curación

Introducción

Los conocimientos de la medicina tradicional se han plasmado en una gran diversidad de sistemas terapéuticos que comparten una misma concepción del bienestar, de la enfermedad y de los métodos a implementar para devolverle la salud al enfermo, que cuentan con especialistas en cuyas manos se confía esta ardua tarea. Pertenecen a una larga tradición que se ha conformado a través de los siglos a partir de la labor de interpretación y resignificación que —después de la Conquista— cada pueblo ha llevado a cabo basándose en los conocimientos y las prácticas tanto de la medicina mesoamericana como de la española, heredera a su vez de los conocimientos médicos grecolatinos y árabes. En este sentido, la medicina tradicional mexicana constituye la expresión del conjunto de los sistemas terapéuticos que los pueblos indígenas han creado, que comparten entre sí muchos elementos, pero también presentan particularidades propias. En el presente capítulo se analizan los principios que conciernen al conocimiento y la práctica de la medicina tradicional a través de los padecimientos que afectan especialmente a la población indígena y, a partir de sus características, se pretende establecer una clasificación dejando en claro que existen dos tipos de padecimientos: aquellos que los mismos curanderos definen como “naturales” y otros que requieren la celebración de rituales de limpia para ser curados porque afectan al principio vital de la persona.

La medicina tradicional y sus fundamentos

Durante siglos, el conocimiento humano se transmitió, y todavía lo siguen haciendo muchos pueblos ágrafos, sólo a través de la oralidad, de las palabras repetidas incansablemente para hacer posible la preservación de la cultura y, por ende, de la vida. La medicina tradicional es parte de ese saber que le ha permitido a la humanidad sobrevivir, enfrentar lo que desde siempre ha amenazado la integridad física, emocional y espiritual del ser humano: el infortunio, la enferme-

dad y la muerte. Todos los pueblos que han habitado la Tierra poseen una peculiar visión de estos sucesos, los cuales se expresan en un discurso que explica su origen, devela sus causas y, sobre todo, revela cómo puede el individuo hacerles frente.

Los conocimientos médicos ancestrales se han difundido mediante el aprendizaje teórico y práctico por medio de la observación y la experimentación, a partir de la repetición exacta de sus principios e, igualmente, de las innovaciones que algunos individuos introducen gracias a su propia experiencia. En las sociedades tradicionales, el saber médico, como cualquier otro saber, se sustenta en dos tipos de conocimiento: racional e intuitivo. El primero surge del razonamiento y la experiencia que el ser humano recaba de su relación con el mundo que lo rodea y con lo que éste contiene, de donde emana una clasificación y ordenamiento de todos sus elementos en categorías. Asimismo, crea abstracciones mediante las cuales confronta una gran variedad de formas y de fenómenos. Sin embargo, este procedimiento, que distingue también a la medicina científica, y a toda ciencia surgida en Occidente, sólo permite construir un “mapa intelectual de la realidad” que no logra comprenderla en toda su complejidad. Capra describe esta tarea como la que lleva a cabo un cartógrafo que pretende representar la superficie curva de la Tierra en una serie de mapas planos: sólo obtendrá una “representación aproximada de la realidad”, lo cual pone en evidencia que el conocimiento racional es necesariamente limitado.¹

Por otra parte, mediante el conocimiento intuitivo, el ser humano también interpreta la “realidad” que percibe a través de la experiencia que se origina de la contemplación y la observación. Trasciende lo visible y lo palpable y toma conciencia del mundo no como el científico que trata de alejarse de él para observarlo con objetividad, sino inmerso totalmente en él, compenetrado con las señales que éste le transmite de ser un mundo vivo, donde cada cosa comparte con el ser humano una misma esencia vital, una fuerza que lo vivifica. Con esta experiencia, el ser humano crea un conjunto de representaciones simbólicas que también constituyen una explicación del mundo con base en la cual ordena sus actos y su práctica. A las ideas y las creencias sobre el mundo, que surgen de las interrogantes que todo grupo humano se formula sobre la vida, la naturaleza, el universo y todos los seres que lo habitan, se le ha llamado cosmovisión.

Las creencias, los mitos, las representaciones, los símbolos, constituyen un medio que, como observa Edgar Morín, se interpone entre nosotros y el mundo exterior para hacer posible que nos comuniquemos con él, que establezcamos el contacto con lo desconocido y el misterio que envuelve nuestra vida y nuestro entorno. "De igual modo que las plantas han producido el oxígeno de la atmósfera, indispensable a partir de ese momento para la vida terrestre, también las culturas humanas han producido símbolos, ideas, mitos que se han vuelto indispensables para nuestras vidas sociales. Los símbolos, ideas, mitos han creado un universo en el que habitan nuestros espíritus".²

En la medicina tradicional se condensan el pensamiento empírico/racional/lógico y el pensamiento simbólico/mitológico/mágico que distinguen al ser humano como ser cultural y social. Ambos se expresan en un conjunto de conceptos, creencias, representaciones y símbolos que la fundamentan y del cual derivan una serie de prácticas terapéuticas. Desde las propiedades curativas de las plantas hasta los complejos rituales terapéuticos, cada elemento que conforma la medicina tradicional ocupa un lugar específico dentro del sistema, es decir, tiene una función propia que remite a la etiología de las enfermedades y a los principios que rigen su curación.

La fusión del pensamiento empírico/racional/lógico y el simbólico/mitológico/mágico se manifiesta, por ejemplo, en el conocimiento de la planta medicinal que se suministra a un enfermo en virtud de sus propiedades curativas intrínsecas, a las cuales se une el poder de curar conferido por el especialista mediante un ritual que le infunde la fuerza de la divinidad, lo cual acrecienta su eficacia. Durante mucho tiempo, los seres humanos han acumulado un saber botánico, zoológico, ecológico y tecnológico que debemos considerar —como señala Morín— una "verdadera ciencia".³ Si a los actos terapéuticos más sencillos se unen actos mágicos y religiosos, es decir, que si además del suministro de una infusión de alguna hierba medicinal se rezan oraciones, se enciende una vela o se pronuncia el nombre del enfermo para llamar a una de sus entidades anímicas extraviadas, es porque en la medicina tradicional coexisten estos dos pensamientos sin contradicción, porque ambos cumplen una función complementaria cuyo fin último es la recuperación del paciente. Gracias al conocimiento empírico, el médico tradicional atiende el malestar, la dolencia del cuerpo localizada en alguna de sus partes, o una disfunción orgánica, mientras que el pensamiento simbólico lo dota de otro tipo de instrumentos que intervienen cuando también existe un trastorno espiritual, psíquico y emocional, cuando el individuo ha sido afectado en todo su ser, concebido por la medicina tradicional como una unidad conformada por la mente y el cuerpo, a diferencia del pensamiento occidental que trazó una clara separación entre espíritu y materia, entre cuerpo y alma. Todo acto terapéutico encierra una parte meramente empírica que es siempre acompañada de una intencionalidad mágico-religiosa, por ello cada uno se sus-

tenta en creencias, mitos y ritos que le confieren su verdadera efectividad.

Los especialistas rituales y las "enfermedades del alma"

Para los médicos tradicionales y los enfermos que acuden a ellos, la enfermedad y el infortunio no son más que pruebas irrefutables de la existencia del bien y del mal, personificados por Dios, la Virgen, los santos y el demonio, con los cuales conviven una gran cantidad de seres que habitan el mundo de la naturaleza, "dueños" de los lugares, volubles y peligrosos.⁴ A las divinidades se les pide que intervengan porque son ellas quienes tienen el poder de devolver la salud, a ellas se les ofrecen bienes, se les dirigen plegarias, se les piden favores.

El médico tradicional es el intermediario entre ellas y su paciente, gracias a su investidura, entra en comunicación con el mundo divino e intercede por el enfermo. Esta comunicación con las divinidades es posible porque, en algún momento de su vida, ésta se estableció por vez primera a raíz de un acontecimiento peculiar, una experiencia mística ocurrida en sueños. En sueños, el médico tradicional recibe la gracia de curar y el conocimiento necesario para llevar a cabo esta labor: el curandero recibe el "don" de Cristo o de algún santo, la curandera y la partera de la Virgen María en sus múltiples advocaciones. El don le permitirá ejercer su oficio, le otorgará el don para diagnosticar la enfermedad y pronosticar si será posible la recuperación del enfermo y en qué circunstancias, igualmente, conocerá las plantas, los instrumentos, las palabras, los rezos, los espíritus que lo auxiliarán en esta tarea. El saber que le otorga la divinidad a través de las experiencias oníricas se conjuga con el aprendizaje empírico del curandero, mediante la observación y el entrenamiento como aprendiz que recibe de algún familiar o de alguien dispuesto a no dejar que se pierdan sus conocimientos.

En México, los conocimientos médicos se han plasmado en una gran diversidad de sistemas terapéuticos que comparten una misma concepción del bienestar y la enfermedad, de los métodos a implementar para devolverle la salud al enfermo, que cuentan con especialistas en cuyas manos se confía esta ardua tarea. "Pertenecen a una larga tradición que se ha ido conformando a través de los siglos a partir de la labor de interpretación y resignificación que (después de la Conquista) cada pueblo ha llevado a cabo basándose en los conocimientos y las prácticas tanto de la medicina mesoamericana como de la medicina española, heredera a su vez de los conocimientos médicos grecolatinos y árabes".⁵

En su conjunto, los sistemas médicos de los pueblos indígenas de México comparten una visión común de la enfermedad, que caracteriza también a muchas culturas tradicionales en todo el mundo. Por lo general, la enfermedad es

el resultado de las relaciones que los seres humanos establecen entre sí y con su entorno, el mundo de la naturaleza y el mundo de las divinidades. Estos principios fueron evidenciados en un estudio pionero llevado a cabo por un antropólogo británico, Forrest Clements, en la década de 1930-1939, quien clasificó a las enfermedades en las siguientes cinco categorías nosológicas: el quebrantamiento de un tabú, es decir, la transgresión de algún mandato social o divino, o la inobservancia de algún precepto moral y religioso; la hechicería, fundada en el poder de la manipulación de fuerzas extrahumanas; la intrusión de un objeto-maleficio, cuando algo extraño a la persona es introducido a su cuerpo; la intrusión de un espíritu, cuando un ente invisible y etéreo se introduce o es enviado intencionalmente al cuerpo de la víctima y, por último, la pérdida del alma, es decir, el extravío de una entidad vinculada al bienestar y a la vida de la persona.⁶

También en México, los estudios de medicina tradicional han identificado un conjunto de enfermedades que se pueden clasificar con base en esta nosología, y comúnmente se han definido como "folk", "populares", "tradicionales" o como "síndromes de filiación cultural",¹¹ para explicar su estrecha relación con la visión del mundo y la cultura de un pueblo. Las más comunes son: el susto, daño por brujería, aire, mal de ojo, empacho, caída de mollera, bilis, entre muchas otras que, como veremos más adelante, son propias de un sistema terapéutico particular. Cada sistema médico tradicional reconoce ciertas enfermedades y posee sus propios especialistas, quienes las diagnostican con base en un conjunto de conocimientos que conciernen al funcionamiento del cuerpo humano, y que remiten a una peculiar noción de salud y enfermedad. Cada especialista sabe cuándo un órgano no está cumpliendo su función, cuáles fluidos de los que el cuerpo produce y segrega pueden dañar, cuáles emociones afectan al individuo y a quienes interactúan con él, cuáles sucesos pueden alterar su equilibrio físico, psíquico y emocional, cuáles cambios corporales pueden afectar a otros organismos, cuál es la condición inherente a cada individuo que lo dota de facultades particulares o le transmite ciertas características, o cuáles son los atributos distintivos de la persona.

Mediante la observación y las preguntas que se dirigen al paciente, pero también el empleo de sofisticados métodos de diagnóstico, como son la consulta de los maíces y de las cartas, la limpia con huevo o la botella, o la pulsación de la sangre en las venas, los especialistas determinan la causa de la enfermedad y la cura que el paciente requiere. Cada enfermedad tiene su propia medicina y los métodos utilizados para la cura son muy variados, cada una, además, requiere de la intervención de un especialista que sabe cómo curarla.

Con base en las investigaciones realizadas en el campo de la medicina tradicional, diversos autores han agrupado las enfermedades, según sus características y a partir de su etiología, en dos grandes categorías que remiten a su origen natural y sobrenatural. Sin desconocer sus aportaciones, pro-

pongo una clasificación tal vez más sencilla que tome en cuenta su complejidad y evidencie una diferencia sustancial, es decir, que unas son atendidas utilizando simplemente algún medio empírico, y por ello podríamos definir como "naturales", mientras que otras requieren la celebración de un ritual curativo, pero, debido a su diversa etiología, no podemos calificar como "sobrenaturales". Las primeras son causadas por un accidente, un descuido, el exceso de frío o calor, el contacto con un individuo cargado de una energía dañina, implican el desacomodo o mal funcionamiento de un órgano, malestar y dolor en una parte del cuerpo. Son tratadas con masajes, "sobadas", baños de hierbas, aplicación de ventosas, supositorios, purgas, o el suministro de infusiones de plantas medicinales o preparados de origen mineral y animal que alivian los síntomas y curan la enfermedad. Los médicos tradicionales que emplean estas técnicas reciben nombres diversos, que indican su especialidad: son sobadores, yerberos, hueseros, pero también las parteras y los curanderos en general conocen y tratan este tipo de padecimientos.

Por otra parte, hay trastornos considerados graves y difíciles de curar porque derivan de la pérdida del principio vital del ser humano, de la intrusión de una energía negativa o de un ente extraño al cuerpo del individuo, o la manipulación de poderes mágicos. Éstos pueden ser consecuencia de la decisión de la divinidad de castigar a un infractor, del contacto con los seres del mundo de la naturaleza, o de la voluntad explícita de algunos de hacerles daño a otros. En estos casos, las funciones vitales del organismo se alteran, el equilibrio emocional y psíquico y la integridad de la persona están en peligro y la intervención del especialista tiene la función de recuperar lo que falta o de expulsar lo que sobra mediante la celebración de un ritual curativo, por lo general una limpia con huevo o hierbas que no excluye el uso de medios empíricos que coadyuvan a la plena recuperación del enfermo. Estos especialistas se conocen con el nombre genérico de curanderos, pero también como limpiadores, chupadores, pulsadores, traducción al español de términos utilizados en las lenguas indígenas. La gran mayoría se dedica a la labor de sanar a la gente por tener el "don" de curar. Las enfermedades, en la mayoría de los casos, acarrearán la alteración del equilibrio térmico debido al exceso de calor o frío provocado por la ingestión de alimentos y bebidas, el contacto con personas que están cargadas de energías y humores considerados calientes o fríos, la exposición prolongada al sol, al aire, incluso a la pérdida de la entidad anímica que le infunde vida al cuerpo, cuya ausencia no sólo afecta el calor corporal del enfermo, sino que pone en peligro su estabilidad emocional y psíquica, como cuando el cuerpo es penetrado por la energía fría propia del "aire".

Los principios opuestos y complementarios de calor y frío representan el eje en torno al cual se entretajan los conceptos y los axiomas que constituyen cada uno de los sistemas médicos tradicionales. Su gran arraigo en el sistema conceptual de los pueblos indígenas es evidente, remite a

una división bipartida no sólo de las enfermedades y sus remedios —las plantas medicinales, los animales y los alimentos clasificados como fríos o calientes—, sino de cada uno de los elementos de la naturaleza y del cosmos en categorías binarias, como son masculino:femenino, alto:bajo, seco:húmedo, luz:oscuridad. La autoctonía del binomio caliente:frío ha sido señalada por Alfredo López Austin en respuesta a George Foster, quien consideraba que había sido introducido por los españoles y provenía de la medicina hipocrática, combinado con el de húmedo y seco, que con el pasar del tiempo habría perdido importancia. La polaridad frío-calor que se encuentra en las creencias actuales surgió más que de “la degeneración del sistema hipocrático” de la “persistencia de la cosmovisión dualista nativa.”^{7,8}

Más allá de la posibilidad de determinar a ciencia cierta si el origen de ciertas enfermedades, o de cualquier otro elemento dentro de los sistemas médicos actuales, se remonta a la época prehispánica o si fueron introducidas por los médicos, protomédicos, parteras y cirujanos españoles y todos aquellos que se dedicaban a atender a los enfermos, hay que señalar que todo lo que vino de fuera fue asimilado e integrado en los sistemas terapéuticos mesoamericanos a partir de dos hechos: en primer lugar, porque ese elemento “extraño”, desde una enfermedad a una planta medicinal, se regía por los mismos principios presentes en la estructura simbólica autóctona y existía una correspondencia que facilitaba su inserción en ella. Es el caso, por ejemplo, de la lectura del maíz y la baraja, ambos atienden a un mismo fin, que es la adivinación. En segundo lugar, porque se interpretó todo lo ajeno, que formaba ya parte de la vida y la cultura colonial, a partir de las categorías simbólicas mesoamericanas para hacerlo inteligible y comprensible.

En este proceso de refuncionalización y resemantización de los conceptos y principios de la medicina mesoamericana y española tuvieron gran influencia los conocimientos de la población negra.⁶ Esta asimilación e integración se explica por un hecho sencillo: las ideas y creencias de estos pueblos, concernientes al saber médico, se fincaban en los mismos preceptos. Religión, magia y brujería formaban parte de la cultura peninsular, y quienes colonizaron el Nuevo Mundo remitían también la explicación de sus penas, aflicciones y malestares a causas que escapaban a la interpretación de la ciencia médica todavía en ciernes. En el alivio de un padecimiento o la superación de un conflicto, el acto mágico era concebido todavía para muchos como el único efectivo. Como hace notar Alessandro Lupo: “Pese a los repetidos esfuerzos del clero por extirpar los elementos ‘supersticiosos’, ‘mágicos’, ‘idólatras’ de las medicinas autóctona y africana, la persistencia e integración de ambas con la etnomedicina popular europea se vieron favorecidas en gran medida por la consistente presencia en esta última de creencias y prácticas de análoga hechura.”⁹

En México, los sistemas médicos tradicionales poseen una gran riqueza en cuanto a conocimientos y prácticas terapéuticas. Su eficacia está comprobada, pues desde hace

cientos de años la población rural ha acudido con los terapeutas tradicionales, hombres y mujeres especialistas en las diversas ramas de la medicina tradicional. La confianza que la gente ha puesto en ellos se debe a la relación que media entre el médico tradicional y el paciente. Reviste especial importancia el hecho de que este último sabe que será atendido aunque no tenga dinero, que podrá pagarle la consulta con algún regalo en especie o en otro momento. Sobre todo, la eficacia de los tratamientos médicos tradicionales se debe a que médicos y pacientes comparten la misma visión de la enfermedad.

La medicina tradicional ha resuelto con éxito muchos de los problemas de salud de personas de todas las edades, y sigue hoy día atendiéndolas. Curanderos y parteras se han entregado a la labor de brindar salud y bienestar. La importancia de su trabajo es indiscutible y ha sido reconocida por el Estado, que ha implementado nuevas políticas de salud que toman en cuenta su gran labor. En las últimas décadas, no sólo se han construido casas de salud, clínicas y hospitales para dar atención a la población de escasos recursos que habita las localidades más alejadas de las cabeceras municipales en todos los estados del país, las instituciones públicas de salud también han implementado programas dirigidos a las parteras y a los médicos tradicionales en general, cuya finalidad ha sido la de capacitarlos y vincularlos a los servicios de salud, involucrándolos de alguna manera a la labor desempeñada por el personal médico. Un claro ejemplo de ello es la construcción, por parte de la Secretaría de Salud del estado de Puebla, de los módulos de medicina tradicional en los Hospitales Integrales de Huehuetla, Cuetzalan, Ayototxco, Tulcingo de Valle y Coxcatlán, que representan una nueva opción de atención a la salud para la población indígena de las cinco regiones involucradas en el proyecto. En los módulos laboran médicos indígenas y no indígenas de ambos sexos: parteras, curanderos, limpiadores, hueseros y yerberos.

Conclusiones

¿Por qué definir a las enfermedades que se padecen en los pueblos como “síndromes de filiación cultural”? La primera objeción sería —como lo sugiere Carlos Zolla— que en sí cualquier enfermedad es cultural y es interpretada en función de ciertos principios explicativos que a partir de la observación de los síntomas determinan sus causas y su tratamiento. Sin embargo, considero que al recurrir a tal definición, los antropólogos, y en general los estudiosos de la medicina tradicional, simplemente quieren evidenciar que existe un conjunto de enfermedades que difiere en cuanto a sus principios etiológicos, nosológicos y curativos de las enfermedades que trata la medicina científica. Definir como “síndrome de filiación cultural” a una enfermedad como el empacho o el susto, permite dejar en claro que éstos también son producto de una construcción simbólica operada por un grupo humano con una cultura propia, y que por tanto, existen diferentes

sistemas conceptuales sustentados en premisas, nociones y axiomas propios, que difieren de manera sustancial de aquellos que rigen la medicina científica, pero que no por ello son menos efectivos o certeros, o menos válidos en su modo de operar.

El uso del concepto "síndrome de filiación cultural" sin duda representa una manera de señalar la autonomía de los sistemas médicos presentes en los pueblos indígenas de México, es, en suma, una manera de demandar su reconocimiento y aceptación, de pedir respeto pleno frente al "otro", a quien no se le reconoce y en ese no reconocimiento se le descalifica e intenta suprimir practicando una hegemonía sobre una compleja realidad que no es comprendida. Éste es sólo uno de los aspectos a los que se refería Guillermo Bonfil en el *México profundo* cuando describía las culturas indígenas como "una civilización negada". Por fortuna, un paso importante (que las instituciones de salud pública han comenzado a dar) consiste en haber reconocido la eficacia de la medicina tradicional, que durante mucho tiempo fue descalificada y olvidada.

Más que ofrecer una nueva clasificación de las enfermedades que se conocen como síndromes de filiación cultural, quisiera evidenciar algunas características comunes que nos permiten comprender no sólo su etiología, sino también la peculiaridad de los especialistas que las curan. Del discurso y las prácticas de los médicos tradicionales, se desprende un conjunto de significaciones que expongo a continuación.

El "cuajo" y la "caída de mollera" son consecuencia de un golpe o un traumatismo, que acarrearán, a causa del desacomodo de órganos y huesos, otras complicaciones: vómito, diarrea y deshidratación. El "empacho" es causado por la ingestión de alimentos que hacen daño o por una alimentación incorrecta. Sentimientos y emociones negativas, como la ira, el enojo, incluso el susto, influyen en el equilibrio corporal del individuo propiciando el derrame de bilis y el desplazamiento del "latido", un punto ubicado en el ombligo de donde se distribuye la energía vital a todo el organismo. El elemento común a estos padecimientos es la interrupción del flujo de energía en el cuerpo debido a una alimentación inadecuada, el desplazamiento de los órganos y la asimetría de la estructura ósea ocasionada por un traumatismo, o la invasión de sustancias que "envenenan" la sangre. Es por ello que las infusiones que limpian por dentro y los emplastos que restablecen el equilibrio entre frío y calor en el cuerpo, la manipulación a través del masaje y las "sacudidas", vuelven a la normalidad el organismo.

A través de la actividad sexual hombres y mujeres secretan fluidos y humores. Especialmente aquellos que cometen adulterio producen una fuerza negativa, considerada como "aire de basura", que perjudica a los más débiles, como los niños. Son efluvios que trascienden los cuerpos y contagian a otros, como en el caso del *ixtlazol* y el "entazolado". Las emanaciones de la puérpera y de la mujer menstruante también son contaminantes y contagiosas y son las causantes de la "quemada". La energía sexual genera calor en el cuerpo,

que es desalojado con la emisión seminal; sin embargo, si el acto sexual es interrumpido de manera súbita, esta energía es retenida en el cuerpo afectando a la persona, como sucede con el "susto de hombre". La "vergüenza" también produce a la persona fuerza dañina que afecta a quien la experimenta.

El individuo, a través del deseo, del antojo, genera fuerzas perjudiciales que pueden revertirse contra él mismo, como en el caso del "motolines", o contra otros: cuando se trata de alguien dotado de una "vista pesada" o de una mujer gestante, quien temporalmente posee una sobredotación de calor. En ambos casos son individuos que producen y expiden una energía que penetra en el cuerpo de otra persona alterando las funciones vitales del organismo. Pero además, la fuerza de quien tiene la "vista pesada" es en especial pernicioso porque sustrae la energía vital de quien sufre el "aojo". La intrusión de una energía negativa es también el principio que define el "aire". Éste es también muy peligroso porque tiene un origen extrahumano, por un lado, es la manifestación de las fuerzas malignas que conviven con los seres humanos y amenazan de forma continua su integridad, por otro, deriva de la presencia de los espíritus de los difuntos que todavía tienen cuentas pendientes en el mundo de los vivos. Estas energías mortíferas circulan por todas partes y son incontrolables. Embisten, se insinúan en los cuerpos, se posesionan de ellos y trastocan su equilibrio. Son una presencia insidiosa y una carga nefasta.

El principio contrario a la intrusión de una energía extraña al cuerpo es la pérdida de la fuerza vital del individuo, condición que define al "espantado". La sustracción de la entidad anímica generadora de vida lo priva de vitalidad y energía, altera también las funciones que normalmente desempeña el organismo y que garantizan su bienestar. La pérdida del "espíritu", consecuencia de una fuerte emoción, se relaciona con la presencia de seres malévolos que habitan el mundo de la naturaleza, que arremeten contra quienes se aventuran en sus dominios, aprovechan una caída e incluso propician un susto para apropiarse de las entidades anímicas de sus víctimas.

Nahuales y brujos se valen de sus poderes para perjudicar a sus enemigos, adueñándose de su espíritu o tomando prisionero a su *alter ego*, el animal compañero. En ambos casos, el individuo es privado de algo que lo constituye y sin el cual no puede vivir, de su energía vital y del ente que comparte con él un mismo destino y una misma fuerza anímica. Asimismo, los poderes mágicos actúan por medio de la manipulación de objetos vinculados a la persona, que la representan, como una foto o un muñeco, o que están impregnados de su energía, como la ropa o el cabello. En otras circunstancias, el daño se procura mediante el contagio: la cercanía o el contacto con sustancias portadoras de principios maléficos, como los huesos de los muertos o la tierra de panteón, con las cuales también se pueden preparar alimentos que al ser ingeridos cumplen el mismo fin.

En su conjunto, de los síndromes analizados se desprende la idea según la cual el cuerpo humano es un "cuerpo

energético" que produce energía para vivir, la cual circula en cada una de sus partes para mantenerlo con vida. El cuerpo es permeable y receptor de fuerzas externas a él, está en continua comunicación con su entorno con el cual intercambia y recibe energía buena y mala. Pulsos y coyunturas son puntos de contacto con el exterior, aperturas a través de las cuales penetran las fuerzas nocivas, se escapa la energía vital, se desechan humores y efluvios perniciosos, pero también se absorben los influjos benéficos de las sustancias curativas. El cuerpo tiene sus propios principios vitales: el alma que reside en el corazón y la que se ubica en todo el cuerpo, el espíritu, ambos vinculados con la sangre y la fuerza anímica que preserva la vida. La pérdida o la sustracción del espíritu, o de una porción de él, alteran gravemente las funciones vitales del organismo y la persona enferma.

Ante la enfermedad y el infortunio, cada ser humano ofrece su propia resistencia. En principio, cada individuo está dotado desde el nacimiento de un espíritu y una sangre débil o fuerte, posee por tanto una debilidad o una fortaleza intrínseca que le permite resistir todo tipo de desventuras: desde una enfermedad contagiosa o una emoción súbita, hasta la embestida de fuerzas maléficas. Tener "espíritu fuerte" significa poseer una fuerza anímica que no sólo salvaguarda contra los peligros que acechan y amenazan el bienestar y la integridad del individuo, sino que enviste también a ciertas personas de poderes para curar o enfermar.

La enfermedad, la desgracia y el infortunio, en sí, todo lo que acontece en el mundo y a los seres humanos, remite a la existencia del bien y del mal y a sus personificaciones, las divinidades y el diablo, que tienen sus propios representantes sobre la Tierra, los curanderos y los brujos. Los curanderos, por lo general, marcan una clara división entre el bien y el mal, y se identifican como los paladines del combate contra la maldad y el maleficio y quienes los encarnan. En sus prácticas curativas enfrentan a quienes causan daño dirigiendo sus acciones hacia los componentes espiritual y material de la persona. Limpian y purifican el cuerpo e integran la entidad que lo ha abandonado por el momento. Es por eso que la curación requiere tanto de rituales de expurgación (cuando el enfermo ha sido penetrado por un objeto o poseído por una fuerza extraña a él), como de rituales de integración, cuando su entidad anímica lo ha abandonado o le ha sido arrebatada. La curación se lleva a cabo en el aquí y ahora, directamente sobre la persona, pero también en otro plano, en la dimensión de los sueños, donde se mueve y actúa el *alter ego* del curandero, donde el espíritu o el animal compañero del paciente son visibles. Es en la dimensión de los sueños donde se le revela el origen del padecimiento, donde realiza proezas que hacen posible la recuperación y el rescate del componente espiritual del paciente, que permite su completo restablecimiento, porque mientras el principio vital no está con él, él no está completo.

Según los principios que inspiran la medicina tradicional, la salud se preserva manteniendo el equilibrio físico, psíquico, espiritual y emocional, que se logra gracias al con-

trol de las emociones: tristeza, ira, enojo, envidia, codicia, vergüenza. Evitando todo tipo de excesos, como son comer demasiado, tomar alimentos y bebidas demasiado fríos o calientes, o tener una actividad sexual muy intensa. Alejándose de las personas que han acumulado calor por diversos motivos: por el embarazo, el posparto, excesos sexuales o por haber hecho un coraje. Previene también el contagio o el contacto con protecciones.

La noción de salud remite a las ideas de equilibrio, armonía, medida, tranquilidad, serenidad y ecuanimidad. Esto concierne tanto a la actitud del ser humano consigo mismo como a las relaciones que establece con los demás, su familia, sus amigos, con quienes conforman su comunidad. Asimismo, existen relaciones de otra índole que influyen también en su bienestar. Son aquellas que mantiene con las divinidades y con los seres que habitan el mundo de la naturaleza, fincadas en el respeto y la observancia de las reglas que ellos le han impuesto. Hay una continuidad entre las actuales concepciones sobre la vida, el bienestar y la salud y las concepciones de los antiguos mesoamericanos, todas son dictadas por los mismos principios de equilibrio y armonía del ser humano con las fuerzas del cosmos y de la naturaleza, del respeto mutuo que debe prevalecer en las relaciones entre hombres y mujeres. La traducción a nuestros conceptos de afecciones como el "aire", el susto, el "mal de ojo", y de aquellas cuyo origen es la brujería, requiere de mucha investigación clínica, que aún no se ha hecho con el debido rigor. No obstante, podemos afirmar que todos sufrimos traumas psíquicos, trastornos emocionales que nos dejan una sensación de vacío, percibimos energías negativas que nos hacen sentir mal. No es cierto que sólo la gente de los pueblos padece esas enfermedades que hemos denominado síndromes de filiación cultural, algunas de ellas nosotros también las experimentamos, pero nuestros padecimientos son diagnosticados bajo otras categorías nosológicas y curados en función de ellas.

La introducción señala que en la medicina tradicional se articulan el pensamiento racional-empírico y el mágico-religioso, eso alude a, por un lado, los principios que la rigen, al conocimiento médico de sus especialistas y, por otro, a la terapéutica que éstos ponen en práctica. La medicina tradicional se basa en un conocimiento empírico, aprendido a través de la experiencia, la observación y la experimentación, que es puesto en práctica en el proceso curativo, desde el suministro de infusiones de hierbas a los baños en el temascal, cuya función es atacar los síntomas. Pero muchas de estas prácticas son acompañadas de la celebración de rituales curativos, es allí donde el conocimiento empírico se conjuga con el saber mágico-religioso para ir al origen de la enfermedad y el infortunio. Es la combinación de ambos la que cura.

El uso de la herbolaria y de técnicas que alivian las afecciones del cuerpo se combinan con rituales de despojo o de integración. De hecho, el proceso curativo prevé ambos momentos y el despliegue de ambos recursos. Asimismo, la re-

cuperación de la salud requiere a menudo de la celebración de rituales cuya función es la de restablecer la comunicación y relaciones armónicas del paciente con su entorno social, con el mundo de la naturaleza y las divinidades, cuando éstas han sido afectadas.

Hablamos de rituales de curación porque los gestos, las palabras, los rezos y los objetos que los acompañan siguen una secuencia preestablecida, y precisamente su repetición es la que garantiza también su eficacia. El enfermo ocupa el lugar central en el rito, todo gira alrededor de él y de su recuperación. Para él son las plegarias, las velas, las flores, las hierbas. La curación se efectúa también a distancia, es decir, sin la presencia del enfermo, a través de una prenda usada, una fotografía o una veladora con la que se limpió antes. El principio que rige la eficacia de este ritual es el mismo que subyace a cualquier acto mágico: la consustancialidad o la homología que existe entre la persona y el objeto.

Durante el ritual curativo, el celebrante se detiene en las circunstancias que ocasionaron su malestar: acontecimientos pasados y presentes, detalles al parecer insignificantes explican lo que le está ocurriendo. Por otro lado, tiene el poder de develar lo que muchas veces no se sabe, gracias al don que la divinidad le ha otorgado, que le permite ver en el huevo, en la botella, en el agua, en los sueños, lo que otros no ven. La facultad de leer el huevo permite encontrar no sólo el padecimiento que aqueja al enfermo, sino también individualizar su origen: acontecimientos, personas, seres de la naturaleza involucrados en él. Este tipo de diagnóstico no es sólo una "radiografía", según lo definen los propios curanderos, sino una suerte de "historial" que remite, incluso, a sucesos acaecidos en el pasado y ya olvidados.

¿De dónde viene el don de diagnosticar, la facultad de adivinación a través de los sueños, el poder de curar y pro-

picar sucesos favorables? En el siglo XXI aún no lo sabemos. Existen todavía enigmas sin descifrar, lados oscuros y desconocidos respecto a las facultades humanas, al cerebro y a las capacidades psíquicas del ser humano. Hoy en día sólo existen indicios que podemos seguir para comprender el origen del don de curar, fuente de saber y aptitudes para quienes eligieron y fueron elegidos para llevar a cabo esta misión.

El curandero es el intermediario entre la divinidad y el paciente, Dios, Jesucristo y la Virgen curan a través de él. La fe juega un papel fundamental en la curación, precisamente porque el enfermo y su familia saben que en ésta interviene una fuerza sobrenatural que tiene el poder de sanar y que llega hasta el paciente a través del especialista, quien ha recibido el don de curar. El enfermo tiene fe en Dios y en el curandero, y esto le da confianza en sí mismo. Sin fe, argumentan los curanderos, no hay curación posible.

El ritual curativo atiende al individuo en su totalidad, al cuerpo, cuyas funciones han sido alteradas, y a la persona, cuya integridad ha sido vulnerada. La eficacia del ritual curativo reside en su capacidad de curar el cuerpo y el espíritu, apelando al lado místico y espiritual del individuo, que debe funcionar en sinergia con el cuerpo físico. Es por esto que podemos considerar a la medicina tradicional una medicina holística, porque ofrece una interpretación de la enfermedad, y, por ende, una terapéutica, que contempla al ser humano como un todo conformado por una parte material y otra espiritual vinculadas entre sí, de cuyo bienestar depende la vida del individuo. Occidente ha hecho a un lado el espíritu y ha atendido al cuerpo; podemos aprender de la medicina tradicional y de sus especialistas a recuperar esa parte olvidada, sólo así nos recuperaremos a nosotros mismos y a una tradición que también fue nuestra.

Preguntas de repaso

1. A las ideas y creencias sobre el mundo, que surgen de las interrogantes que todo grupo humano se formula sobre la vida, la naturaleza, el universo y todos los seres que lo habitan, se le ha llamado:
 - a) Cosmovisión.
 - b) Sistema médico.
 - c) Saberes.
 - d) Creencias.
2. En la medicina tradicional se condensan el pensamiento empírico/racional/lógico y el pensamiento simbólico/mitológico/mágico que distinguen al ser humano como ser cultural y social.
 - a) Ambos se expresan en un conjunto de representaciones y símbolos que la fundamentan y del cual derivan una serie de prácticas terapéuticas.
 - b) Predomina el pensamiento mágico especulativo.
 - c) Predominan las acciones empíricas.
 - d) Se une por la esencia espiritual.
3. Para los médicos tradicionales y los enfermos que acuden a ellos, la enfermedad y el infortunio no son más que pruebas irrefutables de:
 - a) La existencia del bien y el mal, personificados por Dios.
 - b) Formas de justificar su accionar ante la comunidad.
 - c) Que los médicos no pueden curar todas las enfermedades.
 - d) La existencia de los santos y su bondad.
4. Definir como "síndrome de filiación cultural" a una enfermedad como el empacho o el susto, permite dejar en claro que éstos también son producto de una construcción simbólica operada por un grupo humano con una cultura propia y que por tanto existen diferentes siste-

mas conceptuales sustentados en premisas, nociones y axiomas propios, que difieren de manera sustancial de aquellos que rigen la medicina científica.

- a) Pero no por ello son menos efectivos o certeros, o menos válidos en su modo de operar.
- b) Son ineficaces e inválidos desde la lógica cultural.
- c) Tienen un equivalente en la nosología médica.
- d) Únicamente los curanderos les pueden comprender.

5. Podemos considerar a la medicina tradicional, como una medicina holística, dado que:

- a) Contempla al ser humano como un todo conformado para una parte material y otra espiritual relacionadas entre sí.
- b) Ofrece una interpretación de la enfermedad y una terapéutica.
- c) Es un sistema de creencias y prácticas.
- d) Concibe la naturaleza como un todo integrado.

Para reflexionar...

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

No se divide el todo en sus partes, sino que hay que captar/conocerlo en su totalidad. En esto radica la diferencia fundamental entre el conocer occidental y el tojolabal. En la física, la anatomía y tantas otras ciencias, igual que en las ciencias sociales y en las humanidades, se suele analizar, dividir los fenómenos en sus

partes/componentes, para saber/conocer, entender y explicarlos. Los tojolabales, evidentemente, van por otro camino. Saben, conocen, etc., al acercarse coordinadamente al "sujeto por conocer". El conocimiento se realiza al dialogar con dicho sujeto vivo. Recordemos los ejemplos de los promotores de salud (curanderos), campesinos/agrónomos y tantos otros más.

Lenkersdorf C (2002)¹⁰

Citas adicionales

- 1 Carlos Zolla define a los médicos tradicionales como "aquellas personas generalmente adultas y pertenecientes a la comunidad en donde ejercen, a las que el grupo social reconoce como dotadas de los conocimientos, habilidades o facultades para curar, que diagnostican las enfermedades conforme a una idea de la causalidad que es compartida por el grupo, y cuyo sistema de creencias, conceptos y prácticas

las distinguen claramente de los terapeutas de la medicina institucional.⁴

- 11 Fueron denominadas *culture-bound syndrome*, "síndromes culturalmente delimitados" según la clasificación de las enfermedades *DMS-III* de Estados Unidos.¹¹ En el *Diccionario de la Lengua Española* se define como síndrome el conjunto de síntomas característicos de una enfermedad.

Bibliografía

Referencias

1. Capra F (1998). *Il tao della fisica*, Adelphi, Milano, pp. 30-31.
2. Morin E (1994). *El método IV. Las ideas*, Cátedra, Madrid, pp. 117.
3. Morin E (1994). *El método III. El conocimiento del conocimiento*, Cátedra, Madrid, pp. 167-168.
4. Zolla C et al. (1992). "Medicina tradicional y enfermedad". En: Roberto CN (comp.). *La Antropología Médica en México*. Instituto Mora y UAM, 1992, pp. 78-79.
5. Fagetti A (comp.) (2003). *Los que saben. Testimonios de vida de los médicos tradicionales de la región de Tehuacán*, ISCyH-BUAP/Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, México, p. 6.
6. Aguirre BG (1987). *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*, INI, México, p. 53.
7. López AA (1984). *Cuerpo humano e ideología*, tomo I, UNAM, México.
8. Foster G (1985). *Cultura y conquista. La herencia española en América*, Universidad Veracruzana, Xalapa.
9. Lupo A (1998) "Apostillas sobre las transformaciones de la medicina tradicional en México". En: Lupo A, López Austin A (ed.). *La cultura plural. Homenaje a Italo Signorini*, UNAM y Universidad Degli Studi di Roma "La Sapienza", México, p. 226.

10. Lenkersdorf C (2002). *Filosofar en clave Tojolabal*. Ed. Miguel Angel Porrúa (librero-editor), pp. 211-212.

11. Campos Navarro (1992). "Introducción". En: *Antropología Médica en México*. Instituto Mora y UAM, México, p. 22.

Lecturas recomendadas

- Fagetti A (2004). *Síndromes de Filiación Cultural*. Conocimiento y práctica de los médicos tradicionales en cinco Hospitales Integrales con medicina Tradicional del Estado de Puebla, Gobierno del Estado de Puebla, Secretaría de Salud, Puebla.
- Fagetti A (2011). *Nexikole y texoxa: el daño por brujería como categoría nosológica nahua*. *Rivista della Società italiana di Antropología médica*, numeri 28-29 ottobre 2010 - 30-21 ottobre 2011, ISSN 1593-2737, pp. 123-151.
- Hersch MP (1997). *Tlazol e Ixtlazol: persistenza degli 'aires de basura'*. (Estado de Puebla, México). AM, Rivista della Società Italiana di Antropología Médica, núm. 3-4, Perugia, octubre, pp. 41-67.
- Pitarch RP (1996). *Ch'ulel: una etnografía de las almas tzeltales*. FCE, México.
- Signorini I, Lupo A (1989). *Los tres ejes de la vida. Almas, cuerpo, enfermedad entre los nahuas de la Sierra de Puebla*. Universidad Veracruzana, Xalapa.

Las enfermedades populares desde un enfoque antropológico

Elia Nora Arganis Juárez

CAPÍTULO

35

Conceptos clave

- Enfermedad • Padecimiento • Síndromes de filiación cultural
- Síndromes culturalmente delimitados • Cosmovisión
- Curadores populares • Epidemiología sociocultural
- Epidemiología sintética

Introducción

En la atención a los problemas de salud, los enfermos expresan sus síntomas desde una construcción social y cultural que puede estar muy alejada de los conceptos biomédicos sobre la enfermedad. Los estudios antropológicos señalan la importancia de estos padecimientos, que afectan a grandes grupos de población y son atendidos por los curadores populares, éstos los consideran como las principales causas de demanda en su actividad curativa. El objetivo de este capítulo es reconocer que las nosologías populares están basadas en una cosmovisión, una forma de ver el mundo que es compartida por el enfermo y la comunidad, quienes utilizan de manera sintética diversas prácticas para su atención, esto permite que el estudiante comprenda que los grupos sociales manejan una epidemiología donde integran tanto las enfermedades reconocidas por los médicos, así como muchos otros padecimientos y donde los factores culturales tienen un papel fundamental para su comprensión.

Diversas perspectivas sobre salud y enfermedad

En los grupos sociales existen diversas perspectivas sobre el proceso salud-enfermedad así, tenemos por ejemplo que mientras el personal médico maneja el concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el equilibrio biopsicosocial y no sólo la ausencia de la enfermedad, en los grupos sociales existe una serie de ideas sobre lo que significa estar sano, referido a la capacidad de trabajar, realizar las actividades cotidianas o incluso sentirse bien, estar alegre o feliz.

Las diferencias en la percepción e interpretación sobre este proceso "están determinadas por la posición social relativa de las personas en la sociedad global y están fuertemente modeladas por su experiencia individual y por su sistema cultural".¹

La medicina occidental maneja una visión cuyo eje es la dimensión biológica, de allí que se le denomine biomedicina. Se concibe a la persona como un conjunto de aparatos y sistemas en interrelación, y aunque en el discurso se habla de los aspectos sociales como factores de riesgo, en la práctica se pierde de vista lo histórico-social, se elimina su dimensión cultural y la de su entorno comunitario.

Las enfermedades en la biomedicina se construyen por un conjunto de signos y síntomas, con una etiología, un diagnóstico y un tratamiento; estos conceptos aprendidos en las escuelas de medicina, se ven confrontados en la práctica, ya que en la relación médico-paciente, los enfermos expresan sus síntomas desde una construcción social y cultural que puede estar muy alejada de los conceptos biomédicos sobre la enfermedad.

Mientras las enfermedades (*disease*) son construidas desde el campo de la biomedicina y se han modificado de acuerdo con los avances técnicos, tenemos una concepción social de lo que significan los problemas de salud desde los grupos sociales y que varía según el contexto cultural (*sickness*), además de una vivencia, el padecimiento (*illness*) que implica la forma en que la persona sufre su enfermedad.² Los padecimientos no sólo refieren a los aspectos psicológicos individuales, sino que tienen una fuerte carga social y cultural alrededor del problema que la persona enfrenta.

Los pacientes y curadores populares en toda América Latina manejan representaciones y prácticas que provienen de diversas fuentes donde se conjugan elementos de origen prehispánico, de las poblaciones africanas que trajeron como esclavos, de la influencia europea de los colonizadores y de conceptos desarrollados por la biomedicina que se han incorporado en las últimas décadas.

Aunque se ha dado una penetración socioeconómica y cultural de la biomedicina entre los diversos grupos sociales, se establece un proceso donde se articulan las representaciones y prácticas de las medicinas indígenas con las adquiridas a partir del saber biomédico, se producen fenómenos de articulación, síntesis y transformación donde los conceptos y medicamentos de la biomedicina son utilizados por los grupos sociales integrándolos dentro de su cosmovisión, de esta manera, consideramos fundamental acercarnos al reconocimiento de los procesos concretos de cómo se concibe la enfermedad.

Dado que los grupos sociales manejan una epidemiología, donde integran las enfermedades reconocidas por los

médicos, así como muchas otras donde los factores culturales tienen un papel fundamental, los médicos pueden encontrar que sus pacientes, a la vez que sufren de diarrea reconocen la presencia de otros padecimientos como el susto o el mal de ojo, nosologías populares que en el caso de México afectan a grandes grupos de población y son atendidos por los curadores populares, quienes los consideran como las principales causas de demanda en su actividad curativa.^{3,4,1}

Los problemas de salud, su clasificación y conceptualización

Las investigaciones antropológicas sobre los problemas de salud han encontrado que los grupos sociales los reconocen de diversas maneras: por sus manifestaciones patológicas, sus causas o por el ámbito de la demanda, siendo la etiología una de las formas más utilizadas para su clasificación. Por ejemplo, Zolla y colaboradores,³ han señalado que en la medicina tradicional mexicana existen enfermedades de origen natural, divididas en las de causa empírica y las de causa psicológica y las de origen preternatural. Estos autores mencionan que también se utilizan términos para designar signos y síntomas, accidentes, nosologías, síndromes referidos a diferentes aparatos y sistemas y los llamados síndromes de filiación cultural.

A partir de investigaciones en contextos suburbanos se ha encontrado una diversidad de modelos de causalidad de los padecimientos: la causalidad de nivel individual derivada de las características propias o conductas particulares del enfermo; el mundo natural donde se pueden identificar elementos contaminantes, agentes patógenos, el clima o los cambios de temperatura; el mundo social que refiere a conflictos interpersonales derivados de la interacción social como la brujería o hechicería, violencias o el estrés, y el mundo sobrenatural con causas asociadas a castigos divinos, espíritus o ancestros.⁵

Para analizar una serie de padecimientos que desde el punto de vista del personal de salud institucional no existen, o se consideran como meras supersticiones, se han propuesto diversos conceptos como los de síndromes de filiación cultural o síndromes culturalmente delimitados, ambos términos enfatizan en los aspectos simbólicos que están presentes en la interpretación de los problemas de salud y en sus prácticas de atención.

Así, los síndromes de filiación cultural son:

[...] aquellos complejos mórbidos que son percibidos, clasificados y tratados conforme a claves culturales propias del grupo y en los que es evidente la apelación a procedimientos de eficacia simbólica para lograr la recuperación del enfermo.³

[...] producto de una construcción simbólica operada por un grupo humano con una cultura propia y que por tanto

existen diferentes sistemas conceptuales sustentados en premisas, nociones y axiomas propios, que difieren sustancialmente de aquellos que rigen la medicina científica, pero no por ello son menos efectivos o certeros, o menos válidos en su modo de operar.⁴

Mientras que los síndromes culturalmente delimitados se refieren a:

[...] un conjunto de signos y síntomas de diversa etiología que sólo pueden ser entendidos, comprendidos y tratados integralmente dentro de la cultura particular en que se desarrollan, pues cuentan con la clave o el código cultural que permite desentrañar su contenido simbólico y la profundidad de significados específicos.⁶

Si bien en la antropología existe una discusión respecto a la pertinencia de estos conceptos, en este capítulo utilizaremos el término de "síndrome culturalmente delimitado", ya que aunque las denominaciones sobre estas enfermedades varían de acuerdo con el grupo social, existen elementos de identidad cultural común que ponen de manifiesto una cosmovisión donde los procesos de salud-enfermedad están estrechamente relacionados con otros aspectos de la vida social. Se trata de enfermedades que son percibidas y vividas como tales por millones de personas, no sólo entre los grupos indígenas, sino en la propia población urbana y suburbana.

De esta manera, vemos cómo los grupos sociales manejan un conjunto de saberes donde integran enfermedades reconocidas por la biomedicina y los síndromes culturalmente delimitados, con diferentes teorías populares sobre la causalidad de los padecimientos.

Algunos síndromes culturalmente delimitados y otros padecimientos

A continuación se mencionan algunos síndromes culturalmente delimitados y otros padecimientos comunes en nuestra población, se señalan la causalidad, los signos y síntomas, así como la terapéutica que se utiliza para su atención por diversos grupos de México.¹¹

Empacho

Es un padecimiento donde se considera que los alimentos se quedan "pegados en el estómago". La causalidad se atribuye al consumo de alimentos de difícil digestión como: "pellejos" del elote o del frijol, cáscaras de frutas como el tejocote, capulín o ciruela, frutas verdes como el mango, alimentos mal cocidos, como pan o tortillas crudos, alimentos fríos o calientes, alimentos en descomposición o incluso ingestión de sustancias no alimenticias como tierra, papel o chicle. Cuando a los bebés les están saliendo los dientes se empachan con la "baba"; al comer mucho, o comer abundantemente de no-

che; comer después de un coraje, también el niño se puede empachar si se le amamanta después de una "muina".

Aunque toda persona puede enfermar de empacho, la población más afectada la constituyen los niños entre dos y seis años. Los síntomas más comunes son diarrea, vómito, falta de apetito, se puede presentar dolor de estómago y palidez, el excremento es aguado, baboso, verduoso y puede presentar restos mal digeridos.

Existen diversos tipos de empacho: el tipo de diarrea, está el empacho seco o aguado; en relación con su gravedad, se habla de un empacho ligero y fuerte; también se mencionan los empachos de acuerdo con el factor desencadenante: empacho de fruta, de leche, etcétera.

El diagnóstico se realiza a través del interrogatorio al paciente adulto o al acompañante del niño, la palpación, pulsación, y la observación y percepción olfativa de las heces. La curación del empacho corresponde a dos ámbitos: el del curador especializado: el curandero o el sobador y el doméstico, familiar, vecinal. Para curar el empacho se administran infusiones de plantas medicinales, purgas de distintas sustancias, emplastos y masajes en la parte afectada y "tronar el empacho", que consiste en jalar la piel de la espalda.⁷

Caída de mollera

Entre los tarahumaras de Chihuahua, la caída de mollera se produce por accidentes: caídas, golpes (especialmente si se reciben en la cabeza) y sacudidas bruscas; la dolencia también se puede originar si se quita en forma repentina el pecho al niño mientras esta mamando. Los niños que con más frecuencia sufren la enfermedad son aquellos que "no comen, no toman agua, o nacen débiles". Los recién nacidos también pueden nacer con el padecimiento, esto puede ocurrir por dos razones: si durante el embarazo la madre sufre alguna caída, o si el niño no ha tenido la posición adecuada.⁸

Los síntomas que permiten reconocer la enfermedad se manifiestan casi de inmediato. El niño empieza a llorar en forma continua, no quiere comer ni tomar líquidos. Enseguida, se le forma "una ranura profunda" en la cabeza, aparecen vómito, diarrea y calentura; se le hundén los ojos, y se pone triste. Algunos informantes señalan que al paciente "le queda un ojo chiquito, el derecho, muy gacho". Si el paciente no recibe tratamiento inmediato, deja de llorar porque "se le tapa la garganta"; enflaquece rápido, "se ve pálido y decaído" y parece asustado. En estas circunstancias, su estado empeora pronto. En niños recién nacidos, la enfermedad produce "soltura y vómito" en cuanto empiezan a mamar. Según opinión de algunos curanderos, la enfermedad ocurre porque se cae "una capita de la cabeza que llega hasta el tuétano, y se mueren porque es una ventanita a la vida".

La forma de diagnóstico más inmediata es la observación del semblante del pequeño, aunada a la detección del hundimiento de la fontanela, para lo cual el terapeuta palpa la región superior de la cabeza. Se trata de constatar la pre-

sencia de "un hoyo en la cabeza del niño", o "si la mollera esta aguada".

Por lo general, los tratamientos para curarla tienen la finalidad de poner nuevamente la mollera en su lugar, considerando que, de este modo, desaparece la afección. Antes de iniciar la terapia, ciertos informantes "platican con Dios", a quien piden por la salud del enfermo y el éxito de la curación. La terapia más importante es la de subir mecánicamente la fontanela sumida, práctica que se conoce como "levantar la mollera", esto se logra mediante la ejecución de varios procedimientos: a) se mete un dedo en la boca del enfermo y se hace presión, hacia arriba, en la zona posterior del paladar; de este modo, la mollera se levanta otra vez; b) "se chupa" la mollera; en este caso, el terapeuta pone su boca justo en la mollera y la "chupa", literalmente; para ello, ciertos informantes recomiendan "cocer tantito anís con cilantro durante unos 15 minutos y hacer un buche y chupar la mollera bien fuerte; esto se tiene que hacer tres veces, una cada ocho días"; c) "se jala el cabello" y después se le soba la cabeza hacia arriba, con ayuda de aceite de comer.

Existen procedimientos complementarios dirigidos a consolidar la posición de la mollera, consisten en dar tres golpes en la planta de los pies al pequeño, el cual ha sido colocado cabeza abajo; también se administra al enfermo algún preparado hecho a base de plantas medicinales como manzanilla y hierbabuena, plantas con reconocidas propiedades digestivas. Un último procedimiento consiste en "ponerle el blanquito del huevo, hecho espuma, en el lugar de la mollera, y amarrarle un trapo en el pecho". Durante el tratamiento, los terapeutas recomiendan "darle al niño mucha comida y mucha agua para que se llene el huequito de la cabeza", se aconseja a la madre no mover mucho al niño.

Para reducir los riesgos de una caída de mollera, se debe cuidar a los niños, es decir, "no sacudirlos fuerte, o cuando les están dando de mamar no jalar de repente el pecho"; no ponerlos en lugares de donde se puedan caer. Aun cuando también "pueden enfermarse los grandes", la caída de mollera es más común en los niños "recién nacidos hasta los cuatro o cinco años", especialmente si "nacen débiles".⁸

Susto o espanto

Se relaciona con la pérdida del alma, es una patología muy difundida por toda Hispanoamérica. Se basa en el entendimiento común de que un individuo se compone del cuerpo y una sustancia inmaterial que se separa del cuerpo, vagabundeando libremente, o puede ser atrapada por seres sobrenaturales. Con frecuencia se menciona que una persona corre peligro de perder este componente anímico cuando no respeta los límites de las moradas de los espíritus guardianes de la tierra, cuevas, montañas, barrancas y principalmente de los depósitos de agua, como son los ríos y manantiales, lugares donde residen los seres más temidos. Existen diversos tipos de susto relacionados con su agente causal, se habla de espanto de agua, de muerto, de chaneque, etcétera.

Los niños (principalmente los recién nacidos) son considerados muy susceptibles de perder su espíritu. Los adultos también padecen esta enfermedad, entre los trastornos que suelen presentar sobresalen la debilidad, pérdida del apetito, tristeza, apatía somnolencia, palidez, desmayos, dolor de cabeza y mareos. En los niños se reporta llanto excesivo, inquietud y fiebre.

Por lo general, el diagnóstico es establecido por el terapeuta tradicional que puede usar diversas técnicas, para la curación de este padecimiento se hace indispensable la participación de un especialista en capturar o recuperar el alma. Los procedimientos terapéuticos utilizados son muy numerosos, y consisten en la realización de complejas ceremonias la "llamada del alma" que incluyen ofrendas a los seres sobrenaturales, se utiliza la unción, el sahumerio, las limpias con diversas plantas o con huevos y la ingestión de bebidas preparadas con plantas medicinales.⁹

Mal de ojo

Entre los triquis de Oaxaca es considerada una enfermedad infantil que afecta sobre todo a los niños más pequeños. Se dice que un individuo puede tener la mirada fuerte o caliente y, por tanto puede afectar a la persona, animal o planta que sea objeto de su admiración o envidia. Los síntomas son malestar general, inquietud, llanto incesante, falta de apetito, fiebre, diarrea intensa, vómito, ojos irritados. El diagnóstico inicial lo realiza la madre al identificar el cuadro clínico súbito y asociarlo con el antecedente de que alguien vio al niño.

Los tratamientos para el mal de ojo se establecen primero en el ámbito familiar. Se acude al especialista para confirmar el diagnóstico o cuando las medidas terapéuticas iniciales no dan resultado. Los tratamientos más comunes para tratar el mal de ojo son las limpias con huevos y plantas medicinales. Existen medidas preventivas para proteger a los niños de la mirada de los extraños, como cubrirles la cara, no dejarlos salir de la casa o el uso de amuletos como el ojo de venado.¹⁰

Aunque en la mayor parte de México se comparten estas ideas sobre el mal de ojo, existe una variante entre los huicholes donde se le considera un padecimiento que afecta a las personas de cualquier edad, en especial durante el mes de octubre, mes en el que se cosecha el maíz. Se trata de una afección causada por el dios del maíz como una forma de defensa contra la depredación infligida por los hombres que diario se alimentan con sus granos. Las personas que trabajan en las milpas contraen el padecimiento cuando algún trocito de la planta entra en sus ojos, provocándoles irritación e hinchazón, acompañadas de basca (vómito), dolor de cabeza, de "huesos" y calentura.⁸

El método empleado para detectar el padecimiento consiste en la aplicación de una limpia con huevo y plumas de aguillilla. Una vez establecido el origen del mal, el especialista procede a practicar la curación ejecutando una limpia semejante a la del diagnóstico que acompaña continuamen-

te de rezos y al final de la cual aplica agua en los ojos. Esta agua es obtenida del mar frente a Aramara —lugar sagrado huichol que se encuentra en la costa de Nayarit— en cualquiera de las lagunas sagradas e inclusive en algún ojo de agua. La prueba de que el mal ha sido erradicado la constituyen unos trocitos de carbón que el *marakáme* (especialista huichol) extrae de los ojos del paciente, evidencia concreta del calor que estaba produciendo la irritación.

Un tratamiento alternativo para curar el mal de ojo consiste en un baño de agua fresca que el enfermo debe recibir cada 12 horas en el curso del baño, éste debe sumergir la cabeza en el agua cada dos minutos e intentar permanecer así el mayor tiempo posible.

Brujería

Los problemas de salud que aparecen de manera repentina o que presentan resistencia a los tratamientos médicos muchas veces son atribuidos a la brujería, que consiste en un conjunto de procedimientos que una persona utiliza para hacer daño a otra, incluyen actos rituales y el uso de diversos materiales que se consideran con un poder mágico

La atención a las enfermedades ocasionadas por la brujería requiere la participación del especialista: el curandero o el brujo. Los diagnósticos implican el uso de diversas técnicas adivinatorias que varían de acuerdo con el grupo social, y en los tratamientos se utilizan "limpias" con plantas medicinales, huevos, ingestión de infusiones y cocimientos de plantas medicinales, frotaciones, masajes y sobadas, oraciones y conjuros para deshacer los hechizos o chupar para extraer la enfermedad.¹¹

En algunos grupos indígenas como los coras, a la brujería se le conoce como "mal puesto", es provocado por algún conflicto de tierras o por riñas entre dos personas, en las que el perdedor, con ánimo de tomar venganza, amenaza a su rival. La persona que quiere hechizar a su enemigo, acude con un especialista mágico-religioso para que le haga la brujería. Hay varias maneras de realizarla: algunos terapeutas confeccionan figuras de cera y les clavan alfileres; sin embargo, la manera más utilizada de hechizar consiste en elaborar "flechas de la enfermedad", destinadas a clavarse en el corazón de la víctima. Éstas son temibles debido a los objetos que contienen: un grano de maíz, un pelo de vaca y un cabello de elote, elementos que representan tanto el sustento de la persona, como el cuerpo del enfermo.⁸

Al caer el hechizo, la víctima sufre calentura, como si su cuerpo se le estuviera quemando, además de resfriado y dolor; asimismo, "siente como si tuviera dentro de su cuerpo un objeto extraño, y no tiene nada". La persona hechizada empieza a sentir estos síntomas, pero creyendo que son de "enfermedad natural", acude con el médico. Al administrarle medicamentos, los síntomas aumentan; en este momento el enfermo comprende que se trata de una "enfermedad mala", por lo que recurre al curandero, para que él haga la "consulta" y lleve a cabo el tratamiento, cuyo éxito depen-

de de la fe del enfermo y de la concentración del terapeuta, el cual, por medio de su relación con la divinidad, debe descubrir la flecha de la enfermedad.

Una vez finalizada la curación, se recomienda al paciente que haga una ofrenda con pinole a sus patrones, o que ayune durante 24 horas, tiempo durante el cual no debe tomar agua, para que así la enfermedad "salga más rápido"; la finalidad del ayuno es evitar la sal, elemento negativo en la medicina tradicional cora. En cuanto descubre la hechicería, la persona afectada debe acudir con el curandero de inmediato, ya que se considera que ésta puede causar la muerte.

Una forma de evitar el mal radica en tener cuidado con la comida que se consume, ya que ésta es un medio para causar el daño. Por esta razón, antes de probar cualquier alimento se debe hacer una cruz con sal y pedir protección "en nombre de Dios y María Santísima".

La brujería, es una forma de venganza entre los coras, por lo que puede afectar directa o indirectamente a los miembros de la familia de la víctima. Según los informantes, las personas que tienen un signo en la palma de la mano en forma de "M" o tienen las venas en forma de cruz, son inmunes a la hechicería; en estos casos, la maldad recae en la esposa o en algún miembro de su familia.⁸

Aires

Se denominan así genéricamente a las entidades que pueden ocasionar un mal a un individuo, pueden aprehenderse cuando el cuerpo se expone a un cambio brusco de temperatura. En México se dice que los aires malignos emanan de los hombres, cadáveres, habitan en sitios especiales como cerros y cuevas, manantiales, árboles y arco iris.

Los aires adquieren rasgos humanos y los encontramos clasificados en masculinos y femeninos, buenos y malos, jóvenes y viejos, pueden tener diversos colores. Los aires buenos ayudan y brindan protección, mientras que los aires malignos producen enfermedades y se introducen en el cuerpo por aberturas naturales o por las heridas.

El tipo de enfermedades que producen los aires son catalogadas como frías: pulmonías, enfermedades reumáticas. Deformaciones congénitas, el embarazo de aire y la calentura de muerto tienen también su etiología en estas entidades.¹²

Gripe y diarrea

Rosa María Osorio encontró que entre madres de familia de estratos socioeconómicos bajos que vivían en una localidad del Estado de México, la representación social materna sobre la principal causalidad de los padecimientos respiratorios es el clima y los cambios de temperatura asociados tanto al cambio de clima como a determinados comportamientos infantiles de exposición a los enfriamientos que propiciarían cambios de temperatura corporal. Estos padecimientos se relacionan con la polaridad frío/caliente, así como a la noción de airearse o enfriarse cuando salen al exterior sin los cuidados pertinentes.⁵

En el caso de la diarrea, las madres la consideran como entidad nosológica en sí misma, su principal causalidad es la calidad de los alimentos que se comen; es decir, el consumo de alimentos dañinos "que caen mal" en estado de descomposición, están *pasados* o los alimentos que están verdes, que son de difícil digestión porque *son muy pesados*. En segundo término, se identifica a la cantidad de alimentos consumidos, ya que comer en exceso también puede provocar síntomas diarreicos. En tercer lugar, la diarrea puede ser ocasionada por la mala higiene de los alimentos o de la persona que los consume o prepara. Hay otros dos tipos de causas asociadas a la vulnerabilidad del individuo, ya sea por deficiencias en su alimentación, desnutrición o por un destete brusco.

Diabetes o azúcar

Diversos investigadores han resaltado cómo los pacientes mexicano-americanos y latinoamericanos identifican al susto, las preocupaciones, el coraje y otras emociones como los factores causales de la diabetes.^{13,14} (Poss y Jezewski encontraron que los modelos explicativos de un grupo de mexicano-americanos que padecían diabetes incorporaban aspectos del sistema biomédico y del sistema de creencias tradicionales mexicanas sobre la salud, así mencionaban al susto como la causa principal de su padecimiento, pero también hablaban de obesidad, una dieta pobre, herencia y falta de ejercicio.¹⁵

En México, diversos autores como Rojo, Mercado, Cardoso y Arganis, han señalado cómo los enfermos destacan los factores emocionales como explicación en la causalidad de la diabetes tipo 2 que se denomina de manera popular *azúcar*.¹⁶⁻²⁰ Se elabora una combinación y síntesis de las explicaciones de la diabetes, ya que desde la perspectiva de las pacientes, si bien se reconoce la participación de los factores emocionales, en las prácticas de atención se recurre al tratamiento biomédico, pero también a la herbolaria, encontrando una gran cantidad de plantas medicinales que van desde las de uso generalizado en diversas regiones de México como el nopal (*Opuntia* spp.) que se consume crudo, licuado solo o en combinación con otras plantas, hasta algunas que sólo se conocen localmente, como el cundeamor (*Momordica charantia*), cuyas hojas se preparan en infusión.¹⁹

Hacia una epidemiología sintética

Recuperar las múltiples voces incluidas dentro del proceso salud-enfermedad es una tarea necesaria en sociedades multiculturales, existen experiencias en países como Chile donde en los propios servicios de salud se ha propuesto el concepto de epidemiología intercultural:

Es el estudio de la ocurrencia de la enfermedad en poblaciones de diferente cultura, así como el estudio que incor-

pora las propias categorías y etiologías de enfermedad desde el punto de vista de un contexto o cultura particular.²¹

En México se está discutiendo la necesidad de la construcción de una epidemiología sociocultural desde diversos enfoques que:

[...] parte necesariamente, aunque no de manera exclusiva, de la recuperación sistemática de los saberes populares en torno a la causalidad, frecuencia y distribución de las enfermedades, así como de las nociones de vulnerabilidad, riesgo y prevención que la población maneja...⁵

Es necesario considerar la propuesta de Eduardo Méndez para construir una epidemiología sintética capaz de incluir tanto a la epidemiología de corte biológico como la llamada epidemiología sociocultural, de tal suerte que se acerquen la dimensión técnica de la enfermedad y la dimensión sociocultural del padecer.²²

El desarrollo de una epidemiología no sólo del *disease* (enfermedad), sino también del *illness* (padecimiento), una epidemiología no sólo de los significados, sino además de las condiciones económico-políticas, una epidemiología no sólo de las representaciones, sino también de los comportamientos y de las experiencias.²²

Conclusiones

Al analizar las enfermedades desde un punto de vista antropológico, encontramos que existen diversas perspectivas de la enfermedad. Los grupos sociales manejan una epidemiología sociocultural, es decir, establecen una clasificación de las enfermedades donde se integran saberes y prácticas de diversas fuentes; sin embargo, se conserva una cosmovisión que subyace en sus representaciones y prácticas alrededor de los procesos patológicos y su atención.

En los síndromes culturalmente delimitados, los aspectos socioculturales son determinantes para entender y atender estos procesos mórbidos, de allí que sea necesario analizar cuál es su expresión concreta en los diferentes grupos sociales con los que convive el personal de salud en el ámbito institucional.

Sin embargo, es preciso reconocer que aun en los padecimientos respiratorios, gastrointestinales o crónicos como la diabetes mellitus, la población integra los elementos de su cultura para encontrarle explicación y establecer las prácticas para su atención en contextos sociales específicos.

De esta manera, el análisis antropológico permite reflexionar sobre la pertinencia de la propuesta de establecer una epidemiología sintética que posibilite entender en toda su complejidad el proceso salud-enfermedad.

Preguntas de repaso

- Resolver de manera individual o en equipos de trabajo.
 - ¿Cuáles son las diferencias entre enfermedad y padecimiento?
 - ¿A qué llamamos síndromes culturalmente delimitados?
 - Sitúe las características básicas de tres síndromes culturalmente delimitados en el siguiente esquema:

Causas	Síntomas	Tratamiento

- Explique con sus propias palabras la importancia de que el personal de salud reconozca la Epidemiología Sociocultural.
- ¿A qué se refiere el concepto de Epidemiología Sintética?

Para reflexionar...

AUTOMEDICACIÓN

La autoatención y la automedicación son las primeras respuestas ante la enfermedad en México y a nivel mundial. La OMS define a la autoatención como "lo que las personas hacen por sí mismas para mantener y preservar su salud y para prevenir y curar las enfermedades".

A continuación se presentan algunos resultados de un estudio realizado con estudiantes de una universidad del estado de Puebla, con el fin de conocer los patrones de autoatención y automedicación más comunes. Fueron omitidas las facultades de Medicina y Enfermería, dado el conocimiento que los estudiantes de dichas facultades tienen sobre los fármacos y sus usos.

Total de encuestados		1 859	Total de medicamentos utilizados sin recomendación médica		7 671
• Mujeres	57%	1 051	Medicamentos de libre acceso	81%	6 188
• Hombres	43%	808	Medicamentos que requieren receta médica	19%	1 483
• Edad: 18-24 años			Medicamentos utilizados sin conocer efectos adversos	62%	4 785
Aceptó haber consumido medicamentos sin recomendación médica	96%	1 781	Se refiere conocer los efectos adversos	38%	2 886
Dijo no haber consumido un medicamento sin recomendación médica	4%	78	Medicamentos adquiridos por la persona que pretendía usarlos	64%	4 873
Porcentaje de usuarios de cada grupo de medicamentos (sin recomendación médica)			Adquiridos por terceras personas	36%	2 798
• Antiinflamatorios no esteroideos y combinaciones	97.7%		Presentación de efectos adversos	5%	414
• Mucolíticos	33.6%		Recomendado por:		
• Antiparasitarios	32.9%		• Familiares	76%	
• Antimicrobianos sistémicos	28.8%		• Ellos mismos	15%	
• Fármacos tópicos para tratamiento de acné	6.5%		• Amigos	4%	
• Anticonceptivos orales	5.8%		• Otras fuentes	4%	

Tomado de: Soto Pérez de Celis (2004).²³

Citas adicionales

I Zolla y colaboradores (1988) mencionan como las principales causas de demanda de atención al mal de ojo, empacho, sus- to-espanto, caída de mollera, disentería, aires, diarrea, torce- duras, daño (brujería) y anginas. Mientras Faguetti (2004) describe el aire y asombro, bilis y latido, caída de mollera,

cuajo, daño por brujería, empacho, *ixtlazol* y entazolado, mal de ojo, motolines, quemada, susto, susto de hombre y ver- güenza.

II Dada la extensión del tema sólo mostramos una breve síntesis de estos padecimientos descritos por los autores referidos.

Bibliografía

Referencias

- Pedersen D (1989). *Curanderos, Divinidades, Santos y Doctores*. América Indígena, vol. XLIX, núm. 4: pp. 635-663.
- Young A (1982). *The anthropologies of illness and sickness*. Annual Review of Anthropology, 11: pp. 257-285.
- Zolla C, Del Bosque, Mellado V et al. (1988). *Medicina tradicional y enfermedad*. México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.
- Faguetti A (2004). *Síndromes de Filiación Cultural. Conocimiento y práctica de los médicos tradicionales en cinco hospitales integrales con medicina tradicional del Estado de Puebla*. México: Servicios de Salud del Estado de Puebla. Gobierno del Estado de Puebla.
- Osorio RM (2011). "Construyendo puentes y abriendo caminos. La cultura médica materna como vía de aproximación a la epidemiología sociocultural". En: Haro J. A. *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Buenos Aires: Lugar Editorial, Centro de Estudios en Salud y Sociedad, Colegio de Sonora; pp. 209-239.
- Campos NR (1999). *La medicina intercultural en hospitales rurales de América Latina*. Salud Problema, Nueva Época, Año 4 núm. 7: pp. 75-81.
- Campos NR (comp.) (2000). *El empacho en la medicina mexicana*. Antología. (Siglos XVI-XX). México: Instituto Nacional Indigenista.
- Zolla C (coord.) (1994). *La Medicina Tradicional de los Pueblos Indígenas de México*. México: Instituto Nacional Indigenista.
- Rubel A, O'Neil C, Collado R (1989). *Susto. Una enfermedad popular*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Mendoza Z (1997). *¿Enfermedad para quién?: Saber popular entre los triquis*. Nueva Antropología 52-53. Vol. XVI: pp. 117-136, México.
- Mata PS, Zolla C (1994). *Diccionario enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana*. México: Instituto Nacional Indigenista.
- Lagarriga AI (2000). "Medicina Tradicional en México". En: Villalba CJ (comp.). *Medicina Tradicional en México*. México: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias; pp. 17-54.
- Eid J, Kraemer H (1998). *Mexican american experience with diabetes*. Image: Journal of Nursing Scholarship 30: p. 393.
- Weller S, Baer R, Patcher LM et al. (1999). *Latino beliefs about diabetes*. Diabetes Care 169, vol. 22, núm. 5. pp. 722-728.

15. Poss J, Jezewski MA (2002). *The role and meaning of susto in mexican americans' explanatory model of type 2 diabetes*. Medical Anthropology Quarterly, vol. 16, núm. 3, pp. 360-377.
16. Rojo MA (1985). *La mujer diabética y su contexto sociocultural*. Tesis de Licenciatura en Antropología Social. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
17. Mercado FJ (1996). *Entre el Infierno y la gloria*. México: Universidad de Guadalajara.
18. Cardoso MA (2002). *Factores culturales que condicionan el tratamiento de la diabetes tipo 2 en una zona de Ciudad Nezahualcóyotl*. Tesis de Doctorado en Antropología. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
19. Arganis JE (1998). *Estrategias para la atención a la diabetes mellitus, de enfermos residentes en Cosamaloapan, Veracruz*. México: Tesis de Maestría en Antropología Social, Escuela Nacional de Antropología e Historia.
20. Arganis JE (2004). *Estar viejo y enfermo. Representaciones, prácticas y apoyo social en ancianos con diabetes mellitus residentes en Iztapalapa D.F., México*. Tesis de Doctorado en Antropología, Escuela Nacional de Antropología e Historia.
21. Ibacache BJ (1998). "Desarrollo de la epidemiología intercultural: Marco conceptual". En: *Salud, Cultura y Territorio: Bases para una epidemiología intercultural*. Taller Nacional Salud y Pueblos Indígenas, Ministerio de Salud, Servicio de Salud Araucanía Sur IX Región: 10-13. Chile.
22. Menéndez EL (2008). *Epidemiología Sociocultural: Propuestas y posibilidades*. Religión y Sociedad, vol. XX, número especial 2, pp. 5-50.
23. Soto Pérez de Celis E, Roa Nava Y (2004). *Patrones de autoatención y automedicación entre la población estudiantil universitaria de la ciudad de Puebla*. Elementos 55-56, México, 2004, pp. 43-51.

Lecturas recomendadas

- Campos NR (2009). "Enfermedades prevalentes en América Latina e interculturalidad en salud". En: Yachay Tinkuy. *Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*. Citarella Luca y Zangari Alessia (Edits.). La Paz, Bolivia: PROHISABA, Cooperación Italiana, Editorial Gente Común, pp. 217-230.
- Haro JA (Coord.) (2011). *Epidemiología Sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, método y alcances*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Hersch P, Haro AJ (2007). *¿Epidemiología Sociocultural o Antropología Médica? Algunos ejes para un debate interdisciplinar*. Conferencia de clausura presentada en el III Coloquio de REDAM: Etnografías y técnicas cualitativas en investigación sociosanitaria. Un debate pendiente, Tarragona, 6 de junio, 2007. Disponible en <http://portalescolson.com/boletines/218/epidemiologia%20sociocultural.pdf>
- Mendoza Z (2006). "Hacia una epidemiología sociocultural en población indígena migrante a la Ciudad de México". En: *¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos? Derecho a la protección de la salud, políticas de salud y propuestas para la acción*, OPS, UAM-X, México, pp. 5-14.

Medicina tradicional y enfermedad*

Carlos Zolla • Sofia del Bosque • Virginia Mellado
• Antonio Tascón • Carlos Maqueo

CAPÍTULO

36

Por mi parte sostengo la opinión exactamente opuesta y afirmo que siempre que una disputa se ha desencadenado durante cierto tiempo, especialmente en filosofía, en el fondo no se trata de un mero problema de palabras, sino de un auténtico problema acerca de cosas."

I. Kant (1786)¹

Conceptos clave

Causas de demanda • Enfermedades tradicionales • Síndromes de filiación cultural • Modelo mixto de atención a la salud • Medicina doméstica • Medicina tradicional • Medicina académica • Clasificación de enfermedades

Introducción

Con la implementación de uno de los programas de salud pública rural más ambiciosos en América Latina, se realizó una investigación antropológica sobre la interrelación de la medicina académica con la medicina tradicional, obteniéndose información sumamente valiosa sobre la presencia cuantitativa de los terapeutas tradicionales en las regiones donde se habían establecido unidades médicas rurales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). No sólo se recolectaron datos sobre los terapeutas, sino también de los recursos herbolarios utilizados por ellos, y las principales causas de demanda de atención por las que son consultados. El propósito de este trabajo es proporcionar a los estudiantes de ciencias de la salud los fundamentos epistemológicos y socioculturales de las prácticas curativas que coexisten en las regiones rurales de América Latina, y la importancia de entender, comprender y respetar los saberes y prácticas populares que se han establecido desde tiempos ancestrales (pero también recientes) y que no son fijos e inamovibles, pues se transforman con el paso del tiempo, e incluso se modifican con la actual presencia de la medicina académica occidental.

Este capítulo trata esencialmente de la clasificación de las enfermedades de la medicina tradicional, es decir, aborda problemas planteados por las palabras de otros: los cu-

randeros, las parteras, los hueseros y los hierberos, principalmente. La discusión sobre qué debe entenderse por *mal de ojo, empacho, susto, caída de la mollera y disentería* es (como en la cita de Kant) mucho más que un debate sobre las palabras. Se trata de enfermedades percibidas y vividas como tales por varios millones de mexicanos y latinoamericanos habitantes del campo, la ciudad y, sobre todo en los últimos tiempos, de los cinturones suburbanos.

Este solo hecho bastaría para justificar la investigación sobre lo que se denomina *las principales causas de demanda de atención de la medicina tradicional de México*, determinadas como tales en una encuesta preliminar realizada entre 13 067 terapeutas tradicionales en 3 025 zonas rurales atendidas por el Programa IMSS-COPLAMAR.¹¹ En estas regiones del mundo rural mexicano, la extensión de la cobertura llevada a cabo por el IMSS-COPLAMAR generó una dinámica de *atención mixta a la salud* y, en consecuencia, de *acceso diferencial a los servicios* ofrecidos por el equipo de salud y por los terapeutas tradicionales. A partir de 1982 en Chiapas y de 1984 en el resto del país, los registros de las unidades médicas rurales incluyeron en sus capítulos de información básica a los curanderos, las parteras, los hierberos, los rezanderos y los hueseros, es decir, a los recursos humanos para la salud de las propias comunidades. En gran número de unidades se colectaron o registraron las plantas medicinales usadas en el área y los nombres de las enfermedades en cuyo tratamiento eran empleadas. Una investigación nacional destinada a conocer el número y tipo de terapeutas, las causas de demanda de atención y la flora medicinal, permitió componer un cuadro de la medicina tradicional, de ciertas constantes a escala nacional y de particularidades significativas en las regiones. Esos trabajos pusieron de manifiesto la distribución regular de ciertos padecimientos, permitieron inferir su alta incidencia y corroborar lo que ciertas investigaciones puntuales, hechas en poblados o regiones, afirmaban acerca de la persistencia de cuadros nosotóxicos tradicionales y de la irrupción de categorías, proce-

* Publicado originalmente por Centro Interamericano de Estudios de Seguridad (CIESS). México, 1988.

dimientos o recursos médicos modernos, tanto en el ámbito de la atención doméstica como en el de los terapeutas. En Chiapas o en Nuevo León, en Oaxaca o en Tamaulipas, en Guerrero o en Baja California, los nombres de ciertas enfermedades se repetían en forma insistente, tanto que hacían suponer la existencia de un sistema médico tradicional de distribución uniforme. La información contenida en el cuadro 36-1 respalda esta suposición.

El empleo de la expresión *causas de demanda de atención* en lugar de *enfermedades* o *nosologías de la medicina tradicional* obedeció a criterios metodológicos y teóricos: la encuesta solicitaba al terapeuta que respondiera acerca de los motivos por los que la población solicitaba sus servicios, y no las "enfermedades" tratadas por él (esto permitía incluir no sólo procesos no patológicos que exigen la intervención de un terapeuta, como es el caso de la atención a la embarazada, la parturienta o la púerpera, sino también ciertos rituales preventivos que requieren su participación); las razones teóricas tienen que ver con la imposibilidad de incluir *a priori* como *nosologías* los nombres recogidos en la lista.

El examen de los nombres de las causas de demanda de atención de la medicina tradicional ilustra bastante bien sobre la presencia de elementos provenientes de distintas tradiciones médicas. Este proceso de aculturación médica no constituye un fenómeno inédito en el campo mexicano; antes, por el contrario, resulta una de las claves para comprender las características y la dinámica de la cultura médica de las clases subalternas.¹¹¹ Desde el momento mismo de la conquista española, la intervención institucional (médica, religiosa y, en general, gubernamental) ha producido intensas modificaciones en la configuración del perfil de los terapeutas, en los cuadros de morbilidad (tanto a nivel de la ocurrencia real de las enfermedades como de las clasificaciones de ellas) y en los recursos terapéuticos empleados. Sobre todo, ha dado lugar a la aparición de complejas formas de relación entre el modelo médico hegemónico y las

expresiones médicas populares o tradicionales. La conducta de las instituciones médicas no ha seguido un patrón homogéneo y aún hoy se aprecia cómo se emplean estrategias diferentes por parte de organismos que pertenecen al mismo sector estatal:

Desde hace aproximadamente 50 años el gobierno federal ha mostrado interés en proporcionar los "mínimos de salud" a las comunidades rurales del país. En ese medio siglo se han ensayado alrededor de 26 diversas estrategias, unas muy simplificadas y otras muy complejas; no obstante, pueden mencionarse algunos de los problemas más importantes que la mayor parte de ellas tiene en común: *a)* ninguna ha tenido continuidad; *b)* ha favorecido únicamente a núcleos muy pequeños de población;¹¹² *c)* no ha tenido réplica local ni nacional; *d)* no se ha reconocido la existencia de un sistema tradicional y, por supuesto, el personal profesional prestador de servicios no ha sido el deseable para incorporarse a las comunidades, se ha minimizado la participación de los habitantes de estas localidades y, como resultado, se ha tenido muy poca respuesta hacia los "servicios institucionales de salud" en el medio rural.⁹

Respecto a la relación de dichos programas con los terapeutas de la medicina tradicional, puede aseverarse que con la única excepción de las parteras y, salvo experiencias aisladas, hasta la aparición de IMSS-COPLAMAR, aquéllos seguían formando parte de una medicina "invisible". El propio IMSS-COPLAMAR no definía un programa que considere relaciones o interrelaciones específicas con los miles de curanderos, hierberos o hueseros, aun cuando la propia institución reconozca su importancia numérica y cualitativa en las comunidades rurales. Incluso algunas iniciativas en las que la institución participó de manera activa (como la de las reuniones de trabajo de los terapeutas tradicionales con los equipos de salud de las unidades médicas rurales) fueron abandonadas o no se tradujeron en la práctica en acciones mancomunadas que permitan aprovechar los conocimientos tradicionales y la ascendencia de estos terapeutas en las comunidades para abatir los elevados índices de morbimortalidad.

La participación de hierberos y curanderos en las campañas de vacunación sigue en la práctica la orientación utilitarista e instrumentalista que caracterizó a muchas acciones sanitarias en el pasado; sin desconocer la importancia de estas tareas en el combate a las enfermedades prevenibles por vacunación (y el papel relevante que pueden desempeñar los terapeutas tradicionales en la aplicación de los esquemas inmunológicos), es evidente que poco o nada se ha hecho por promover las acciones de la medicina tradicional, en una práctica articulada con la del médico rural.

El acceso diferencial a los servicios de salud ofrecidos por las instituciones (al menos en el primer nivel de atención y en el caso específico del IMSS-COPLAMAR) y por los terapeutas tradicionales, tiene una relación directa con

Cuadro 36-1. Las 10 principales causas de demanda de atención de la medicina tradicional referidas por los terapeutas tradicionales en las áreas atendidas por el programa IMSS-COPLAMAR (datos nacionales).

Causa de demanda de atención	Porcentaje
1. Mal de ojo	55.03
2. Empacho	49.26
3. Susto-espanto	33.81
4. Caída de mollera	30.75
5. Disentería	22.57
6. Aires	20.95
7. Diarrea	18.72
8. Torceduras (musculoesqueléticas)	18.41
9. Daño (brujería)	14.04
10. Anginas	9.98

la percepción que de las enfermedades tienen las poblaciones. Al menos en términos de costo directo, las poblaciones pueden tener acceso a los servicios médicos modernos con menor desembolso que a los tradicionales, pues en la mayoría de los casos el pago por medio del cumplimiento de ciertas tareas es simbólico o francamente inexistente.^v

En este caso, y de modo masivo, la demanda de servicios no está condicionada en forma exclusiva por razones económicas, sino por elementos derivados de una "nosotaxia popular" que distingue entre las "enfermedades del médico" y las "enfermedades del curandero", y muestra con claridad la importancia de los factores culturales en la determinación de la trayectoria del enfermo.

Desde el punto de vista de este texto, y teniendo presente las investigaciones realizadas con poblaciones rurales en las áreas atendidas por el IMSS-COPLAMAR, este fenómeno ocurre porque en las zonas campesinas de México las respuestas sociales a la enfermedad se realizan en tres grandes ámbitos que mantienen relaciones asimétricas entre sí: el de la *medicina doméstica*, el de la *medicina tradicional* y el de la *medicina académica* (institucional o privada),^{vi} cuyas vinculaciones no es posible reseñar aquí, pero que constituyen los vértices de un triángulo por los que de manera eventual transita el enfermo:

En estas sociedades, el medio familiar y en particular las madres, asumen un papel fundamental en la interpretación y manejo de la morbilidad simple a través del uso de medicamentos caseros o populares, procedimientos mágico-religiosos y prácticas laicas de atención que incluyen a veces el uso de medicamentos modernos y plantas medicinales. Estas redes familiares tienen, además, atributos de soporte psicológico y afectivo con efectos preventivos, atenuantes o terapéuticos frente a la enfermedad, y se constituyen en el factor decisivo en la referencia o derivación del caso al médico, al curandero o a otro recurso del sistema de salud.¹¹

Las razones por las que el núcleo familiar posee gran importancia como "primer nivel de atención" son de diverso tipo, pues allí se conjugan elementos del sistema de creencias tradicionales (relación mujer-medicina), de la estructura de los grupos domésticos, de las formas de producción, del efecto de las migraciones masculinas temporales o definitivas, etc., factores que determinan que sea en el hogar y como tarea esencial de la mujer realizar el primer diagnóstico —y, eventualmente, administrar los primeros tratamientos—, elemento decisivo en la determinación de la "carrera del enfermo".^{vii} Autores como E. Menéndez consideran que la atención doméstica (que él denomina "modelo de atención basado en la automedicación", distinguiéndolo del "modelo médico hegemónico" y del "modelo alternativo subordinado") es "estructural a toda sociedad", y en ella las acciones son llevadas a cabo "por la propia persona o personas inmediatas de su grupo parental o comunal y en el cual no actúa directamente un curador profesional. Esta autoatención su-

pone desde acciones 'conscientes' de no hacer nada, pero encaminadas a la cura, hasta el uso de equipos de determinada complejidad".¹² Las razones por las que aún no se conocen bien las modalidades de la medicina doméstica dentro de los grupos indígenas o campesinos obedecen tanto a las características propias del fenómeno como a los enfoques empleados en el estudio de la práctica médica en las áreas rurales. En efecto, a diferencia de la práctica de los terapeutas tradicionales, la del mundo doméstico no posee una función pública, no se ofrece como un servicio a usuarios potenciales más allá del grupo familiar o comunal inmediato, emplea muchos de los medicamentos como resultado de una experiencia anterior y frente a un cuadro diagnóstico que estima semejante, y no proporciona tratamientos a cambio de remuneración. Por otra parte, el material etnográfico recogido en estas regiones no suele establecer distinciones entre las prácticas caseras y las de los curanderos, de manera que ambas quedan bajo la denominación común de "medicina tradicional" o "medicina indígena" y, en los últimos tiempos, de "etnomedicina".

Al desarrollarse las políticas de atención primaria de salud a los grupos que no contaban con servicios médicos institucionales, el sector doméstico no sólo ha sido identificado como clave para proyectar y promover las acciones, sino que su comportamiento indica una predisposición al cambio en los patrones de demanda de atención médica y de consumo de medicamentos, por lo demás, producto de su notable importancia en la toma de decisiones acerca de lo que conviene o no conviene a la salud del grupo familiar. Así, por ejemplo, la influencia de la familia extensa es notable en la primera etapa del embarazo de las mujeres jóvenes del grupo, en particular en los sectores campesinos menos aculturados, influencia que decae no sólo cuando la familia extensa se reduce a familia nuclear, sino cuando cambia su lugar de residencia para incorporarse a los sectores urbanos y suburbanos.^{viii} La medicalización del embarazo —fenómeno en franco crecimiento entre los migrantes campesinos de las zonas urbanas— no sólo obedece a la promoción de la idea de control que hacen las instituciones de salud, sino también a la reducción de la influencia familiar que proveía consejos, implementaba medidas terapéuticas básicas o decidía el momento en que debía consultarse al obstetra, fuera éste la partera o el médico.

Por las formas de exposición, por el uso de determinadas muestras de población en sus investigaciones o por haber concebido a la práctica médica no académica como un todo, numerosos autores del campo de la antropología no establecen diferencias entre los agentes terapéuticos del grupo doméstico y los terapeutas socialmente reconocidos,^{ix} esto con respecto a los recursos humanos no institucionales para la salud de las zonas rurales marginadas. En lo referente a enfermedades ha ocurrido otro tanto: o bien se ha concentrado la atención en las llamadas "enfermedades tradicionales" (entendidas como el mal de ojo, los aires, el susto o el empacho), con total exclusión u omisión de otros

padecimientos tratados por los curanderos (disentería, "anginas", tos ferina, "presión"), o bien se ha considerado como dicotómico el campo de las patologías "médicas" y el de las tratadas por el terapeuta tradicional (sin distinción, dentro de éste, de los padecimientos tratados por el grupo especializado y por la medicina doméstica).

El análisis de gran parte de la literatura antropológica sobre las prácticas médicas de las clases subalternas muestra una reducción de las patologías que son tratadas por los terapeutas tradicionales, una indiscriminación entre los niveles doméstico y especializado, y una atención concentrada en ciertos padecimientos que resultan exóticos al mundo del investigador. Hay muchísimas más referencias a las "enfermedades *folk*" que a las diarreas, a las dermatosis o los padecimientos respiratorios comunes. De esto deriva, sin duda, una imagen tanto de las patologías como de la competencia de los terapeutas. Otra estrategia es la que han seguido los estudios farmacológicos sobre los recursos terapéuticos empleados popularmente en el tratamiento de los más diversos padecimientos, enfoque mucho más atento a los posibles efectos biodinámicos de los vegetales que a su uso en un determinado contexto de la morbilidad, postura que reclamaría una descripción y análisis de la entidad mórbida. Por lo general, estos estudios dan por sentado que existe una equivalencia, término a término, entre la enfermedad mencionada por el terapeuta tradicional y la clasificada bajo el mismo nombre por la medicina científica.^x

Más drástico aún es el modo de proceder del médico, en particular aquel que presta sus servicios en las unidades médicas o en los centros de salud rurales. Expresiones como "mal de ojo", "aires" o "susto", o bien nada significan, o caen dentro del terreno de la superstición que, por sistema, son desterrados del campo de la racionalidad científica. Otras, como "disentería", al ser usadas por los terapeutas tradicionales o por las poblaciones, se convierten en una posible fuente de error para el diagnóstico. Por último, si cualquiera de estas enfermedades es designada con el nombre indígena equivalente durante la consulta médica, se convierte en "ruido lingüístico" (y, como bien enseña la teoría de la comunicación, el ruido lingüístico es fuente de entropía, de desorden en la transmisión de la información).

Se llega así, por otra vía, a la discusión sobre la importancia de reconstruir las principales enfermedades de la medicina tradicional o, parafraseando a Kant, a la disputa sobre las palabras, que en última instancia es sobre los contenidos. La primera gran interrogante se vincula a las tareas de la epidemiología, a su orientación general, sus objetivos y sus herramientas teóricas y metodológicas. Al proponer el estudio de las cinco principales causas de demanda de atención de la medicina tradicional del México rural, la investigación se situó dentro de preocupaciones epidemiológicas, tanto por razones teóricas como por preocupaciones prácticas que conducen, por último, a proponer mecanismos para contribuir al combate de ciertas patologías.^{xi} O, dicho en forma directa: como una investigación realizada en estrecha

vinculación con las políticas y los programas de salud rural. Al proceder de esta manera, ¿superponemos nuestros resultados a los logrados por la epidemiología oficial o institucional que, al no atender la incidencia de ciertos padecimientos, deja intersticios para que penetren otras modalidades de clasificación? La respuesta no puede ser planteada en términos absolutos. El proceso de exclusión que lleva a cabo el modelo médico hegemónico respecto de los otros modelos médicos (subordinados, alternativos) no sólo se manifiesta a nivel de las *prácticas* curativas, sino también de los *saberes* (dentro de estas formas de clasificación de las enfermedades quedan incluidos los criterios etiológicos, las formas diagnósticas, las concepciones anatómicas y fisiológicas y los conceptos sobre la acción de los medicamentos en relación al equilibrio).^{xii} Desde el punto de vista del modelo científico, admitir la posible pertinencia de otras clasificaciones significa, lisa y llanamente, entrar en contradicción con sus propios postulados de autocoherencia.^{xiii} Es por ello que las opiniones médicas sobre enfermedades como el mal de ojo lo reducen a ciertos elementos sintomatológicos básicos (en general, presentes en algunos padecimientos gastrointestinales), desdeñando, negando e, incluso, ironizando sobre una posible causalidad atribuida a la "mirada fuerte" que poseerían ciertas personas. Esto no resultaría un obstáculo si —como sucede en la práctica— las investigaciones médicas no negaran *a priori* la existencia de estos padecimientos, es decir, si un análisis exhaustivo de enfermedades como el mal de ojo condujera efectivamente a concluir que todos y cada uno de sus rasgos pueden ser explicados desde la lógica del modelo científico. Desde el punto de vista teórico, esta tarea no es imposible y ha sido intentada con éxito en numerosos casos dentro de las investigaciones llevadas a cabo a lo largo de la historia de la medicina. En efecto, la propia historia de esta disciplina ha dado cuenta de las diferencias habidas *al interior de la ciencia médica* respecto de los criterios para la clasificación de las enfermedades.

Así lo afirmó un importante investigador biomédico, mientras Linneo proponía clasificar las enfermedades en dos grandes "géneros" (*morbi febrilis* y *morbi temperati*) y en once categorías, Boisser de Sauvages señalaba que existían 2 400 enfermedades, Th. Burnet hacía descender el número a 410, y Gladbach a cuatro: fiebre, escorbuto, caquexia y catarro. Muchos de estos autores, "viviendo en el mismo país y separados por unos cuantos años, estaban viendo las mismas enfermedades; el problema era que las pensaban de manera distinta". Y concluye, como corolario de todo lo anterior: "Para poder aprovechar sus observaciones debemos conocer también sus esquemas de pensamiento".¹⁷ Este trabajo de interpretación ha llevado a los investigadores a recurrir a una rica información proveniente de las más diversas áreas del conocimiento al comprobar la utilidad de rastrear los datos en los textos históricos y en los monumentos, en los restos óseos y en las formaciones geológicas, tras el objetivo de reconstruir las entidades morbosas y deducir su letalidad. La historia de la medicina se muestra

mucho más dispuesta a aplicar sus métodos a las “enfermedades antiguas” que a extenderlos al estudio de las enfermedades de “nuestros contemporáneos primitivos”. El prejuicio ideológico aparece elevado a la categoría de “obstáculo epistemológico”, para emplear la expresión de Bachelard, impidiendo la aplicación de métodos cuya eficacia ha quedado suficientemente probada por los mismos investigadores cuando han abierto su campo de indagación a otras realidades y han flexibilizado sus puntos de vista. Así, como afirma Pérez Tamayo:¹⁷

Quando leemos en Hipócrates la palabra “epilepsia”, sabemos que se refiere a la misma enfermedad que conocemos hoy con ese nombre; también sabemos que el padecimiento no ha cambiado a través de los 25 siglos que nos separan del médico griego. En cambio cuando leemos, también en Hipócrates, de una enfermedad llamada “caquexia”, la incertidumbre a lo que se refiere es total, aunque sospechamos que se trata de una variedad heterogénea de padecimientos que producen un desgaste físico avanzado.^{xiv}

A partir de ese mismo interés por el pasado y de ensayar enfoques análogos, ¿cuánto no podría obtenerse del estudio de la “alferecía” (padecimiento íntimamente vinculado a la epilepsia) en las poblaciones actuales que la mencionan como un padecimiento sumamente difundido? Si las conclusiones aquí presentadas son ciertas, el modelo médico hegemónico no sólo postula (y ejercita) la exclusión teórica y práctica de los otros saberes médicos, sino que incluso los convierte en marginales o en inoperantes conquistas del saber obtenidas dentro de su mismo marco de racionalidad. La dinámica misma de este proceso ha dado lugar a que se definan objetos de conocimiento a partir de los “vacíos” del saber médico; es el caso de muchos de los temas abordados por la antropología médica y respecto de la clasificación de las enfermedades, por la llamada “epidemiología sociocultural”.

En síntesis, puede decirse que la escasa o nula atención prestada a las enfermedades clasificadas en los ámbitos de la atención doméstica y de los terapeutas tradicionales, por parte del modelo médico hegemónico, es el resultado de un proceso de exclusión de las otras prácticas y saberes médicos; también, que muchas de las tareas para lograr la reconstrucción de las causas de demanda de atención de la medicina tradicional podrían realizarse con instrumentos metodológicos y teóricos surgidos de, o en concordancia con, el modelo médico científico; finalmente, que se estima pertinente enmarcar el estudio de estos padecimientos en el ámbito de la investigación epidemiológica general.

Con mucha frecuencia los investigadores y planificadores que trabajan en el campo de la salud han señalado —incluso con notable dureza— las deficiencias de información que existen sobre las principales cuestiones de salud en general, y epidemiológicas en particular.^{xv} Más allá de las dificultades mismas que representa el diseño de técnicas y la captación en sí de la información sobre salud, existen razo-

nes teóricas que hacen imposible que el modelo médico (al menos como funciona en los hechos) pueda captar la totalidad de los eventos de morbilidad y mortalidad. Aquí se hace referencia únicamente a estos problemas en las áreas rurales.

En primer lugar, los sistemas de captura de datos de este programa no están diseñados sino para captar aquella información que cae dentro de los cuadros nosotáxicos de la medicina institucional. Esto, que parece obvio y hasta tautológico, tiene importancia por cuanto sus resultados son mostrados como un retrato de la morbilidad total, es decir, cuando el modelo procede como si en realidad fuera *exhaustivo*, siendo en los hechos *exclusivo*, esto es, deja fuera muchas de las patologías que viven los habitantes de estas áreas.

En los hechos, las formas que asume la morbilidad son mucho más amplias y complejas. No sólo al exterior se verifican otros eventos de morbilidad (pensados y vividos como tales por las poblaciones, como son las enfermedades “tradicionales”) que el modelo no podría captar, salvo modificando sus criterios clasificatorios, sino que los mismos recursos técnicos de que se dispone en las unidades médicas rurales lleva a que se formulen diagnósticos presuntivos o muy vagos de enfermedades reconocidas por la medicina científica; es éste el caso de la disentería amebiana, sobre cuya ocurrencia efectiva sólo puede dar sanción el examen de laboratorio. Por lo demás, la escasa preparación del médico restringe en forma sensible su labor cuando se enfrenta a padecimientos psicológicos y, en general, ante la enfermedad mental.

El problema que presenta la existencia de enfermedades que son tratadas por los terapeutas tradicionales es aún más complejo. A menudo las políticas de salud parecen olvidar que en más de 3 000 localidades del área rural *todas* las enfermedades eran de la competencia (obligada) del terapeuta tradicional y de la medicina doméstica, por la sencilla razón de que no existían otros servicios de salud en el área. De sus pocos o muchos recursos y de su mayor o menor destreza y conocimientos dependía la cura de ciertas patologías. Exceptuando a quienes mitifican a la medicina tradicional o a quienes han convertido a los servicios institucionales de salud en el blanco de todas las críticas, nadie podría negar los beneficios derivados de la extensión de la cobertura al campo mexicano, las difíciles condiciones en que deben desempeñar sus actividades *todos* los terapeutas que prestan sus servicios en las zonas marginadas, las limitaciones de todo tipo y el hecho de tener que servir al sector de la población con mayor número de carencias.

La irrupción de un programa de la envergadura del IMSS-COPLAMAR implicó en la práctica el inicio de un proceso dinámico que aún se está lejos de comprender y que no ha recibido de parte de los investigadores la atención que merece. Una de las consecuencias del ingreso del programa fue el deslinde entre las causas de demanda de atención y, en consecuencia, el acceso diferencial a los servicios: cier-

tas enfermedades son resueltas en el seno del hogar, otras se han definido como "enfermedades del médico" y están aquellas que siguen siendo de la competencia del terapeuta tradicional. Este proceso admite muchos matices y la "nosotaxia popular" (con base en la cual se decide en gran medida la trayectoria del enfermo) está lejos de ser bien conocida. Los mismos criterios de evaluación son fuertemente cuantitativos y difícilmente logran medir el impacto sobre la morbilidad y los cambios cualitativos en las condiciones de salud, en los hábitos preventivos, en la aceptación del servicio y en otras variables significativas. Por lo demás, no puede equipararse la acción del servicio en la comunidad sede (es decir, la localidad donde se encuentra instalada la unidad médica rural) y en las zonas de acción intensiva o de influencia aledañas a la primera. Dentro de la compleja geografía que abarca el programa sigue habiendo zonas críticas en las que las unidades médicas rurales no cuentan con profesionistas durante largos periodos, lo que no sólo ocasiona que la demanda de servicios no sea satisfecha sino que genera desánimo o protesta por parte de los habitantes, y no poco escepticismo hacia los programas oficiales. Con la creación de las unidades médicas rurales la población tuvo por primera vez la experiencia de que los terapeutas fueran jóvenes, lo cual contradujo en los hechos la imagen del terapeuta tradicional, quien por lo general es una persona cuyo prestigio suele ser mayor en la madurez e incluso en la ancianidad.³

Incluso el hecho mismo de que el médico sea hombre o mujer condiciona la demanda de servicios, como en el caso tan conocido de la consulta ginecológica.²⁰ Todos estos factores, y con seguridad muchos otros, contribuyen a que la clasificación que las poblaciones hacen de las enfermedades, las formas como se perciben los servicios, la resolución de consultar al curandero o al médico (o de recurrir a la autoatención), los criterios para decidir (o aceptar) la derivación del paciente, el uso exclusivo o combinado de los recursos terapéuticos o las expectativas sobre la posibilidad de cura o rehabilitación aparezcan en un marco de una enorme complejidad y de un notable dinamismo. Si bien existen ciertas enfermedades tratadas en forma exclusiva por el médico y otras que aparecen como exclusivas del curandero, es posible reconocer una "zona franca" de la patología en la cual los tratamientos científicos y populares resultan alternativos.^{xvi} Muestran que la población no procede necesariamente con fórmulas dicotómicas y que ciertas categorías taxonómicas son mucho más lábiles, es decir, susceptibles de transformaciones o desplazamientos. Éste es el caso de algunas enfermedades dermatológicas frecuentes en Chiapas, donde quedó demostrado no sólo que la población recurre tanto al terapeuta tradicional como al médico para recibir tratamiento, sino que ambos tipos de terapeutas coincidían en reconocer la utilidad prestada por los medicamentos de una y otra medicinas. En esa investigación se encuestó a 200 terapeutas tradicionales en otras tantas localidades del estado, a fin de configurar el cuadro

de las principales alteraciones dermatológicas (nosologías, síntomas y accidentes) que son tratadas por esos terapeutas. Una consulta en profundidad con 22 de éstos permitió precisar las características generales de un grupo de enfermedades y mostrar las equivalencias correspondientes en la medicina institucional. Para uno de estos padecimientos en particular, se comprobó que las diferencias eran de denominación y tratamiento, mientras que todos los signos y síntomas eran reconocidos por igual por médicos y curanderos. La enfermedad conocida como "mazamorra" en vastas zonas de Chiapas corresponde a los tres tipos de tiñas de los pies, clasificados por la medicina científica; los médicos prescriben el tolnaftato, mientras que los curanderos usan plantas medicinales (en especial tres especies del género *Solanum*). Es posible que en el caso específico de muchas de las dermatosis las coincidencias entre médicos y curanderos estén favorecidas por aspectos morfológicos que ofrecen una buena base de comparación. El procedimiento elegido para seleccionar y analizar la información consistió en: a) un interrogatorio sobre aparatos y sistemas; b) una exploración por aparatos y sistemas, y c) una evaluación entre médico y curandero de la información sobre el tipo de enfermedad detectada.²¹ Aunque se trata de una experiencia limitada, el ejemplo resulta ilustrativo sobre la función de los criterios de clasificación, el uso alternativo de recursos terapéuticos y la existencia de mecanismos de colaboración. El ejemplo de la mazamorra sirve también para señalar el fenómeno inverso, esto es, el de aquellas enfermedades que, recibiendo idéntica denominación en la medicina científica y en la medicina tradicional, corresponden a fenómenos mórbidos diferentes (p. ej., el "cáncer"). Al menos hasta donde alcanza el conocimiento de los autores sobre la medicina tradicional en el medio rural, el término "cáncer" designa una amplia gama de alteraciones dermatológicas, crónicas, rebeldes a los tratamientos y de difícil cicatrización. No es casual que la "hierba del cáncer" (*Oenothera rosea*) sea un conocido cicatrizante de uso popular.

Considerando todo lo anterior, es posible esbozar alguna conclusión a partir del reconocimiento de la existencia de un modelo mixto de atención a la salud rural, de una "nosotaxia popular" y de procesos complejos que, en última instancia, condicionan la percepción de las enfermedades y la respuesta de la población ante la oferta de servicios.

Los datos de campo con los que se intentó fundamentar las afirmaciones anteriores fueron logrados en el curso de una investigación realizada por el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, contando con la colaboración de la Unidad de Investigación en Medicina Tradicional y Desarrollo de Medicamentos del IMSS (en adelante, UMT) y del Programa IMSS-COPLAMAR.

Los trabajos preliminares se iniciaron en el segundo semestre de 1986 y consistieron esencialmente en la preparación del protocolo de investigación, en la integración del equipo de trabajo y en la elección de las áreas en las que se realizaría la colecta de datos.^{xvii} El proyecto inició en febre-

ro de 1987 con equipos regionales en los estados de Oaxaca, Puebla y Veracruz, en áreas que corresponden a las zonas de Tlacolula, Zacapoaxtla y Papanthla, respectivamente, conforme a la distribución de entidades por delegaciones estatales y regionales del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El propósito fundamental fue estudiar las características de la medicina tradicional en la atención a la salud de la población rural, con énfasis en la investigación de las principales causas de demanda de atención señaladas por los terapeutas tradicionales. La base informativa inicial fue dada por una investigación nacional que permitió registrar esas causas, y fueron seleccionadas las cinco primeras como objeto de estudio: *mal de ojo*, *empacho*, *susto*, *caída de la mollera* y *disentería*.

El estudio no consideró como pertinente cierta división que hacen algunos autores entre “enfermedades tradicionales” y “enfermedades científicas” (o reconocidas por la medicina científica), sino que trató de conocer las características que se atribuyen a estos padecimientos, las denominaciones populares que reciben en español y en las lenguas indígenas de las zonas encuestadas, el tipo de población afectada, las variaciones estacionales, la causalidad, la sintomatología, los procedimientos diagnósticos, los tratamientos preventivos y curativos, y el tipo de recurso terapéutico utilizado.

La revisión bibliográfica realizada a propósito de estas patologías indica un interés constante de los antropólogos y antropólogos médicos por el estudio del *mal de ojo* y del *susto*, principalmente, considerados casi siempre como expresión de los sistemas de creencias indígenas o rurales y en muy escasa medida como problemas de salud de las poblaciones.^{XVIII} Las escasas referencias al *empacho* y a la *caída de la mollera*, y la ausencia de datos sobre *disentería* en esas fuentes constituyen una clara limitación del enfoque adoptado por los investigadores para dar cuenta de las causas de demanda de atención de la medicina tradicional.

En algunos de sus trabajos, Eduardo Menéndez ha criticado al “modelo antropológico dominante en la antropología médica generada en los años 40 sobre América Latina”, señalando como uno de sus estereotipos aquel que considera que “en las comunidades indígenas las enfermedades más importantes son las tradicionales, pues constituyen la parte básica del núcleo ideológico de su integración”.⁵

En efecto, como se verá al estudiar el *susto*, esta idea de que no sólo la cura sino el modo mismo de manifestarse de la enfermedad “tradicional” conlleva valores de “racionalidad”, “equilibrio” o “integración grupal armónica”, pertenece más a los deseos del antropólogo que a los datos objetivos; esta forma de actuar privilegiando cierto enfoque de la investigación ha llevado a dejar sin registro los daños que la enfermedad en cuestión está produciendo, las condiciones extrínsecas e intrínsecas que favorecen su aparición, y su ubicación y jerarquía dentro del cuadro general de la morbilidad.

No se pone en duda que enfermedades como el *susto* poseen una compleja causalidad, afectan a diversos aparatos y sistemas, y reclaman para su cura la movilización de meca-

nismos nada sencillos en el individuo y en el grupo. ¿Es esto lo que las hace más importantes que la disentería, la tos ferina o las heridas? Está lejos del propósito del presente capítulo el querer “biologizar” los contenidos culturales de la enfermedad, reducida a una variante poco rigurosa de las “verdaderas” enfermedades clasificadas y tratadas por el modelo médico representado por la unidad médica rural. Pero no puede pasar inadvertido el hecho de que al figurar como las principales causas de demanda de atención, tanto el *susto* y el *mal de ojo* como la disentería, la caída de la mollera y el *empacho* constituyen, en conjunto y en la “epidemiología de la medicina tradicional”, las entidades que atentan contra la salud del individuo y del grupo, es decir, poseen una determinada incidencia y letalidad, una carga de daño y muerte.

Por otra parte, la idea de que las enfermedades “tradicionales” constituyen parte básica del núcleo ideológico de la integración de las comunidades es cuestionable desde varios puntos de vista. En primer lugar, no está probado que la actitud del grupo difiera en forma sustancial (ni en términos de las clasificaciones ni de las conductas) cuando enfrenta una enfermedad “tradicional” como el *susto* y una “no tradicional” como la disentería, no sólo porque ambas admiten en su diagnóstico elementos de interpretación de diversa filiación que se han fundido con los sistemas de creencias ancestrales, ni porque en la cura ingresan recursos terapéuticos con una historia muy antigua junto a otros que son adquisiciones recientes de la materia médica popular, sino fundamentalmente porque todo proceso de cura se hace siempre dentro de una estrategia de recuperación del sujeto enfermo, de reintegración e inscripción en los patrones de normalidad con los que el grupo opera. En un texto registrado por Luis Reyes García y recogido por Alfredo López Austin, se relata un episodio en el que un indígena nahua del municipio de Zongolica, en Veracruz, es mordido por una víbora de las llamadas “palanca”. En el curso de una cacería el reptil atacó al indígena, lo hirió cerca de un ojo y se enrolló en su cuerpo. Aterrorizado, solicitó auxilio a un hermano que iba con él, a fin de que lo asistiera y matara al animal. La víbora, sin embargo, consiguió huir y el herido comenzó a resentir los efectos del envenenamiento. Perdió sangre y se le hinchó el rostro; como medida de emergencia le dieron a comer pólvora, camote antiviperino y “acuayo”, lo que a su juicio le permitió resistir. Días más tarde, y habiendo ya ingerido medicinas, fue necesario consultar a un médico en Zongolica y luego a otro que logró aliviarle:

Bueno, me alivié, pero me vine a mi casa, pues del todo se alivió completamente, mi rostro; pero no me levantaba y enflaquecí mucho, me sequé, y además soñaba que veía venir a la víbora y veía venir a la víbora. Pues así, de esta manera soñaba. Esto me sucedió en junio, a fines de junio, y fue hasta diciembre cuando ahí se encontraba un señor cuyo nombre era Anselmo Xalamihua. Él sabía llamar a la *tona* (es decir, al “*alma-tonalli*” perdida a causa del suceso traumático inicial).

Después de una compleja ceremonia oficiada por el curandero en el lugar donde el enfermo fue mordido por la víbora, se inició el proceso de recuperación definitiva: ---

Eso fue todo. Y siete días después ya había cobrado fuerzas; ya empecé a salir: había sanado en verdad. Y si no hubiera hecho esto, no me hubiese aliviado. Si no me hubieran llamado, no me hubiera aliviado. Me sucedió esto en junio, y en diciembre me alivié. Ya estaba tardando así, y hasta que fueron a traer mi *tona* me alivié. Fue el susto fuerte que tuve allá.²³

El relato, impresionante desde varios puntos de vista, brinda una lección respecto a diversos temas: en primer lugar, muestra que *susto* y *pérdida* o *salida de la tona* pueden ser sinónimos y que, en consecuencia, toda epidemiología de la medicina tradicional debe considerar el problema de la designación de las enfermedades; en segundo lugar, señala diversos momentos en el proceso de curación que requirieron la participación tanto de la medicina doméstica, como de la científica y de la tradicional; tercero, que cada uno de los agentes terapéuticos implicó, para el enfermo, un factor complementario y no exclusivo del proceso de curación; cuarto, que aun cuando cada una de las etapas del tratamiento o de la derivación implique la puesta en juego de elementos culturales (empleo de determinadas sustancias, percepción del daño, elección del terapeuta), la estrategia de curación y de recuperación del sujeto fue el factor común. ¿Debe entonces separar lo "tradicional" de la cura del susto del resto del proceso, incluida la consulta al médico, y presentar como antagónico lo que en la práctica resulta complementario? Los elementos biológicos y emocionales se encuentran de tal manera anudados que nada autoriza a pensar que en realidad el problema fue una intoxicación causada por el veneno de un animal y que ciertas condiciones del estado general del sujeto retardaron su recuperación. Tampoco hay algo que autorice a concluir que lo determinante en el cuadro morbofo fue en última instancia el susto y que la mordedura fue sólo un elemento circunstancial o irrelevante de la "causalidad física". Estos hechos bastarían para probar que, desde todo punto de vista, es arbitrario considerar que existe una clara distinción entre las enfermedades "tradicionales" y las que no lo son. Lo paradójico resulta, en todo caso, comprobar que tanto los partidarios a ultranza del modelo médico hegemónico como los defensores incondicionales del modelo antropológico divorcien aquello que en la práctica los enfermos suelen asociar y considerar —poco importa si de manera intuitiva o racional— complementario y provechoso.

Ahora bien, si se considera inadecuada la distinción entre enfermedades "tradicionales" y "no tradicionales", ¿cuáles son los criterios que deberían fundamentar una clasificación? El criterio más usado en antropología ha sido el que postula una distinción tripartita entre *enfermedades naturales*, *enfermedades personales* y *enfermedades sobrenaturales*, clasificación basada en la causalidad, según se reco-

nozca que el factor etiológico es un fenómeno o un accidente físico, un "daño", una ofensa o una agresión personal (como la envidia o la brujería) o un castigo divino. Por ejemplo:

Según los huaves, las enfermedades se distinguen en: *enfermedades de Dios*, las cuales son leves y muy a menudo de carácter epidémico; *narangic* o "hecho por alguien", enfermedad grave producida por vicisitudes causadas por una acción humana (voluntaria o involuntaria) o por un nexo con un difunto; *niing ahliy* "donde está", enfermedad también bastante grave que afecta al tono. Existen también estados patológicos que escapan a esta catalogación (p. ej., los provocados por el mal de ojo) y que se podrían colocar en una cuarta categoría de contornos no muy definidos ya que resulta de una exclusión y de un agrupamiento residual [...], no parece oportuno distinguir las enfermedades según su mayor o menor ubicación en la nosología moderna, ya que el sistema huave es global e incorpora [...] también a esta última.²⁴

En efecto, las enfermedades "identificadas por medio de la nosología occidental", que "se las hace tratar por el médico del centro y con los medicamentos que éste suministra", caen dentro de las enfermedades de Dios, clasificación que abarca: "a) enfermedades por 'frío' o 'calor'; b) achaques pasajeros y de poca importancia; c) enfermedades cuyo conocimiento ha sido transmitido a los huaves por nuestra nosología y que, por tanto, ya no son vistas como resultado de una intervención voluntaria que no sea la inescrutable de Dios".²⁴

Antes de comentar la utilidad que podría tener para el presente trabajo esta forma de enfocar la clasificación de las enfermedades, obtenida en un medio específico como el de la cultura huave, convendría exponer otra clasificación de alcances más generales, debida a uno de los más importantes antropólogos mexicanos, Gonzalo Aguirre Beltrán. De manera esquemática, la clasificación del autor de *Antropología médica* aparece adelante.

Antes de proseguir es necesario aclarar que para Aguirre Beltrán la caída de la mollera no es un padecimiento psíquico o mental, sino más bien derivado o provocado por una determinada conducta: "Si [el niño] sufre una brusca caída o una intensa sorpresa, padece de caída de la mollera".²⁵

Una manera aún más general de clasificar los padecimientos de la medicina tradicional sería apelando a dos grandes categorías empleadas en ocasiones por los antropólogos (en particular ingleses y franceses que han trabajado en comunidades del África negra): la *posesión* y la *desposesión*, dando a estos términos su mayor amplitud clasificatoria. Dentro del primer grupo podría incluirse a todos aquellos padecimientos en los que la enfermedad se apropia o "toma posesión" del cuerpo y del espíritu del sujeto: el "daño" o "mal puesto" causado por un brujo, el mal de ojo, todas las formas del "contagio" (en sentido místico o en el sentido

más organicista del que habla Aguirre Beltrán en grupos más aculturados) entrarían en esta clasificación. Todas las "pérdidas" (del alma, de *ch'ulel*, del *tonalli*, de la sombra, de la *tona*) corresponderían al segundo grupo, donde el individuo es despojado, desposeído de una entidad anímica o de un principio vital que posee normalmente.

De este brevísimo itinerario que nos ha llevado desde una clasificación de las enfermedades en un grupo étnico específico hasta la distribución de todas las enfermedades según dos criterios polares de máxima generalidad, es posible recoger algunas enseñanzas. En primer lugar, la generalización de los criterios clasificatorios deja siempre la puerta abierta a encontrar excepciones que invaliden la universalidad de la mayor parte de las modalidades taxonómicas empleadas por los estudiosos. En segundo lugar, casi todas las clasificaciones de las enfermedades de la medicina tradicional combinan criterios "éticos" y "émicos"—a veces de modo inconsciente, otras como parte de la estrategia misma de distribución de los datos de campo—;^{xix} es frecuente que los investigadores desarrollen, por ejemplo, una clasificación a partir de los parámetros descubiertos dentro de la cultura del grupo investigado, pero que al advertir en éste la existencia de ideas o prácticas que *supone introducidas*, las defina conforme al marco de la cultura *donde él supone que se originaron* y no conforme al marco en donde son usadas.^{xx} En tercer lugar, que aun cuando muchas de esas clasificaciones no sean exhaustivas o no estén libres de contradicciones, contienen datos confiables y son útiles pese a sus limitaciones. Estos ejemplos ilustran, por último, sobre las dificultades que presenta el objeto de estudio y la interferencia de factores de todo tipo presentes al momento de interpretar los datos de campo.

Analizados más a detalle, los ejemplos citados pueden mostrar ciertos matices importantes para el presente trabajo sobre las causas de demanda de atención de la medicina tradicional en los tres estados mencionados. La clasificación que hacen los huaves de las *enfermedades de Dios* no impide incluir en ella padecimientos que han pasado a ser de la exclusiva competencia del médico, y los niveles de explicación de su etiología (aparte de ser consideradas como emanadas de la voluntad divina) al parecer resultan insuficientes para instrumentar los procedimientos terapéuticos en términos "tradicionales". Esto lleva a una conclusión que resulta fundamental para comprender el estado actual de la atención a la morbilidad en las zonas rurales: la práctica médica de las unidades o de los centros de salud rurales, sitios a los cuales las poblaciones recurren para recibir atención por la emergencia de enfermedades que han sido clasificadas por los mismos usuarios (no importa si de manera vaga, racional o mística), ¿constituye un elemento exterior a la cultura de las comunidades? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles son los elementos que —en rigor— pertenecen al mundo cultural de estos grupos? Y también, ¿cuál es el motivo por el que los habitantes de estas comunidades no sólo encuentran legítimo el acto por el cual el Estado decide la instalación de

dichas unidades o centros, sino que además lo consideran el pago de una vieja deuda?^{xxi} El reconocimiento de estos fenómenos no disimula —antes al contrario— la existencia de contradicciones, tanto a nivel de la práctica médica como al de los sistemas taxonómicos, entre el modelo médico hegemónico y los modelos subordinados. Subraya, en cambio, que la cultura material y espiritual debe ser comprendida como un proceso de apropiaciones, pérdidas, modificaciones y refuncionalizaciones.^{xxii} Este reconocimiento debería alertar para comprender dos órdenes de problemas a menudo minimizados, cuando no obviados: en primer lugar, que resulta idealista —en el sentido filosófico del término— el deslinde de las teorías y las prácticas (médicas o de cualquier otro tipo) al margen de los procesos; en segundo lugar, que la sobrevaloración de ciertos contenidos "culturales" lleva a menudo (de manera específica en el campo de la salud) a minimizar los efectos del daño que toda enfermedad acarrea y a considerar a este problema como subordinado o secundario.

Formularse las preguntas anteriores no implica que se parta del supuesto de que todos los contenidos expresados en las clasificaciones de las enfermedades tengan la misma densidad semántica, la misma antigüedad e idéntica genealogía. El llamado "mal de chaneques",^{xxiii} aun cuando pueda haberse impregnado de nociones populares españolas (duendes, "demos") sigue manteniendo asociaciones profundas con el mundo húmedo de Tlálloc; los *sustos* en los que se alude a la pérdida de la *tona* o del *tonalli* prolongan hasta el presente elementos de la etiología de las enfermedades del mundo prehispánico; otro tanto sucede con el complejo de los aires. Son elementos de una tradición arraigada en los sistemas de creencias actuales.

Otro tanto podría decirse del uso de ciertos recursos terapéuticos: el empleo del zoapatle (*Montanoa tomentosa*) como uteroactivo en la atención del parto, tal como es usado en la actualidad por numerosas parteras del área rural, no difiere en esencia de la forma de administración prehispánica; otro tanto puede decirse de procedimientos hidroterapéuticos como el temazcal. Otras formas de clasificación y el empleo de recursos medicamentosos surgieron como una forma de respuesta a las nuevas condiciones de salud y enfermedad a raíz del contacto con los europeos y con los esclavos africanos durante el periodo colonial.

Otros, finalmente, ingresaron al cuadro de los saberes (y de los padeceres) en los últimos 200 años. Es precisamente el examen histórico, el apoyo en fuentes documentales y en investigaciones modernas, el que permite ver la emergencia de nuevas enfermedades y de nuestras respuestas sociales a ellas. Si hacemos uso del adjetivo "tradicional" es para hacer referencia a matrices que se corresponden con formas médicas (e ideológicas) del pasado, remanentes quizá, pero que continúan siendo elementos importantes de la cultura material y espiritual de muchos hombres del campo y de las ciudades mexicanas; para usar una expresión de Balandier: aquellas formas que muestran en ocasiones un ex-

traordinario vigor "cuando un sinnfín de características culturales ha desaparecido".²⁹

La discusión acerca de las modalidades que asume "lo tradicional", su significación social e histórica (conservación de valores que son caros a un grupo, freno a la modernidad, imagen especular del "progreso", elemento de cohesión e identificación) y su no menos importante relevancia en las prácticas médicas, ocuparía todo un volumen.^{xxiv} La intención al emplearla aquí es, a la vez, más sencilla y más pragmática: consideramos, por una parte, que sólo recurriendo a elementos característicos de la tradición que se encuentran presentes en la clasificación de algunas enfermedades muy frecuentes en el medio rural es posible explicar la percepción que se tiene de ellas, los procedimientos diagnósticos y las estrategias preventivas o curativas, mostrar cómo esas tradiciones poseen una génesis diversa, un notable dinamismo y una indudable vigencia. Por otra parte, en la medida en que sostenemos que toda investigación en salud debe contribuir al combate efectivo de ciertas enfermedades y al mejoramiento de las condiciones de vida de las poblaciones, creemos que al hacer inteligibles ciertos contenidos de la medicina tradicional contribuimos a mejorar la formación del médico o del personal paramédico que presta sus servicios en las zonas rurales del país. Finalmente, que esta información puede ayudar a tener una comprensión más cabal de la práctica de los terapeutas tradicionales.

Desde este enfoque, la clasificación propuesta de la información sobre los padecimientos, comunicada por los terapeutas tradicionales, considera la movilidad de ciertas categorías taxonómicas y los aspectos operativos (no sólo teóricos) que resultan de la práctica de médicos y curanderos. A partir del análisis de dicha información será posible construir series de datos, según puntos de vista diferentes, aunque no necesariamente contradictorios:

1. Por las manifestaciones patológicas:

- a) Términos que indican *signos* o síntomas característicos y que son empleados como designaciones autónomas: tos, vómitos, llagas, sarpullido, "pañó", etcétera.
- b) Términos que indican *accidentes* o *traumatismos*: heridas, picaduras, quemaduras, golpes, etcétera.
- c) Términos que indican *enfermedades* o *nosologías*: caída de la mollera, "chincual", diabetes, sarampión, "disípela", etcétera.
- d) Términos que indican *síndromes* con claras referencias a un aparato o sistema: disentería, diarrea, etcétera.
- e) Términos que indican *síndromes de filiación cultural*: susto, aires.

2. Por las causas:

- a) Padecimientos a los que se les reconoce una *causa natural*: empacho, picaduras de animales ponzoñosos, susto, aires, etcétera.

b) Padecimientos a los que se les reconoce una *causa personal*: mal de ojo, susto, daño o "mal puesto", etcétera.

c) Padecimientos a los que se les reconoce una *causa preternatural* o *sobrenatural*: mal de chaneques, susto, etcétera.

3. Por el ámbito de la demanda:

a) Causas de demanda de atención de la *medicina tradicional*: mal de ojo, susto, empacho, disentería, caída de la mollera, mal de chaneques, etcétera.

b) Causas de demanda de atención de la *medicina doméstica*: diarrea, tos, empacho, heridas, quemaduras, etcétera.

c) Causas de demanda de atención de la *medicina académica*: anemias, dorsopatías, heridas y fracturas, desnutrición, gastritis, disentería, amigdalitis, etc.; aplicación de los esquemas inmunológicos, etcétera.

Podrá objetarse que esta forma de agrupar las enfermedades de la medicina tradicional es un tanto tosca. Digamos, en defensa de tal modo de proceder, que no creemos que existan hoy criterios más elaborados para clasificar las enfermedades reconocidas por los terapeutas tradicionales. Hay enormes huecos de información que no permiten avanzar en forma significativa en el establecimiento de una nosotaxia general, exhaustiva y confiable. Señalemos también que el procedimiento adoptado para este trabajo deja ver cómo se establecen agrupamientos en las clasificaciones, surgidos de los diferentes puntos de vista que se adoptan para observar el fenómeno. El procedimiento muestra, además, cómo en ocasiones se producen entrecruzamientos entre los niveles taxonómicos, lo que produce mezclas entre las clases de enfermedades, o bien, cómo se descubren padecimientos cuya causalidad es múltiple y diversa (es el caso de la clasificación del *susto*).

En esta etapa del presente trabajo la fidelidad a los datos de campo es una exigencia metodológica; así, por ejemplo, al hacer referencia a la *caída de la mollera* como a una enfermedad —y no como un signo característico de la deshidratación de segundo grado en los lactantes—, no se hace sino reconocer la existencia de una información consistente que enlaza la etiología, la sintomatología y la terapéutica bajo una misma lógica: la del desequilibrio mecánico.

Una última aclaración que conviene hacer se refiere al uso de la expresión *síndrome de filiación cultural* empleado aquí para hacer referencia a ciertos padecimientos. Considérese dentro de esta categoría a aquellos complejos mórbidos que son percibidos, clasificados y tratados conforme a claves culturales propias del grupo y en los que es evidente la apelación a procedimientos de *eficacia simbólica* para lograr la recuperación del enfermo. El *susto* es, según este criterio, uno de los ejemplos más notables de "construcción teórica" de una enfermedad que vincula estructuras orgánicas, del psiquismo inconsciente, sociales e ideológicas, y en

la que tanto la estrategia terapéutica como las formas de comportamiento del enfermo, del terapeuta y del grupo reconocen la pertinencia de todas y cada una de esas estructuras.

A juicio de algunos colegas, la expresión *síndrome de filiación cultural* es obvia o contradictoria: ¿es que acaso existen síndromes que no posean una filiación cultural? Agreguemos que quienes esto afirman se refieren no sólo a los síndromes clasificados por los terapeutas tradicionales, sino a los síndromes en general, incluidos los descritos por la medicina científica. Más aún, no sólo los síndromes, sino todas las enfermedades poseerían una filiación semejante. La objeción pone en evidencia aspectos importantes de la clasificación de las enfermedades que requieren una aclaración más prolija.

Una distinción básica y necesaria es aquella que distingue entre la emergencia efectiva del padecimiento, es decir, el proceso mórbido concreto y su descripción: caracterización y ubicación o arreglo dentro de un cuadro nosotáxico. El primero es un *proceso concreto*; lo segundo, una *construcción intelectual*. Recordemos que:^{xxv}

El famoso dicho: "No hay enfermedades; lo único que hay son enfermos" es rigurosamente cierto, como también lo es que varios o muchos sujetos pueden estar enfermos de la misma manera, *lo que nos permite entonces abstraer lo que tienen en común y a tal abstracción llamarla enferme-*

*dad. Una vez construido, el concepto abstracto de una enfermedad se enfrenta al tiempo y hemos visto en estas páginas cómo muchos de esos conceptos han cambiado de una época a otra.*¹⁷

Es claro que toda clasificación es hija de la cultura de su tiempo y, en este sentido, toda clasificación es siempre cultural. Pero, y he aquí lo importante, no todas las clasificaciones recurren a lo cultural para definir una enfermedad. ¿O es que acaso el síndrome disentérico, el síndrome febril o el síndrome premenstrual (para mencionar sólo tres complejos mórbidos sumamente comunes en las áreas rurales) han sido construidos apelando a elementos de la cultura? Más aún, lo social, lo cultural, lo económico, lo psicológico e incluso lo ecológico, como factores que inciden en la configuración de muchas enfermedades, fueron desdeñados por las orientaciones médicas más organicistas. Sin embargo, resulta alentador constatar que varias enfermedades (diabetes mellitus, hipertensión arterial, artritis reumatoide, entre otras) son abordadas en los estudios científicos modernos para mostrar los efectos enfermantes de factores sociales y culturales en el organismo. Todo lo expuesto hasta aquí sobre las causas de demanda de atención de la medicina tradicional muestra la complejidad que implica su investigación y la no menos compleja tarea de enfrentarse a ellas como enfermedades concretas en grandes grupos de población para lograr abatirlas.

Preguntas de repaso

1. ¿Por qué los autores diferencian enfermedades y/o nosologías tradicionales con respecto a causas de demanda de la medicina tradicional mexicana (MTM)?
2. ¿Según la encuesta realizada en México, ¿cuáles son las cinco principales causas de demanda de la medicina tradicional? ¿En qué porcentajes?
3. ¿Por qué los autores se refieren a la MTM como una forma de medicina "invisible"?
4. ¿Cuál es la relevancia de la medicina doméstica en las zonas rurales y urbanas de México?
5. ¿Qué se entiende por síndromes de filiación cultural?
6. ¿Qué importancia tiene para el médico académico saber de nosotaxias populares como el mal de ojo, el empacho, el susto, la caída de mollera y la disentería?
7. ¿Por qué en las carreras de ciencias de la salud (medicina, enfermería, obstetricia, odontología o psicología) no se enseñan estas enfermedades populares?

Citas adicionales

- I Citado por Popper KR. *La lógica de la investigación científica*.¹
- II El Programa IMSS-COPLAMAR fue creado el 25 de mayo de 1979 con el propósito de "extender en forma sustancial y significativa la cobertura real de los servicios de solidaridad social" al campo de la salud, a "efecto de resolver el problema de la atención médica a los grupos marginados". "El sistema se estructura en tres niveles de acuerdo a prioridades, recursos y tecnología disponibles. [...] El primer nivel se

orienta a resolver problemas frecuentes de salud que requieren de una tecnología sencilla, aunada a la participación activa de la comunidad", y en él "se establece el contacto directo médico-paciente y las acciones de salud se otorgan a todos los habitantes del área de influencia de cada unidad de atención, denominadas unidades médicas rurales".² Estas unidades brindaban atención a habitantes de la localidad sede y localidades, generalmente dispersas, vecinas a la primera. Las unidades médicas fueron instaladas en

- áreas en las que se comprobó una notable actividad de los terapeutas tradicionales.³
- III Para un análisis de las medicinas como sistemas práctico-ideológicos de las clases subalternas.⁴⁻⁷
- IV No era ese el caso del IMSS-COPLAMAR, que para 1985 registraba una población adscrita de 12 669 745 habitantes.⁸
- V Se hace referencia al IMSS-COPLAMAR pues es sabido que otras instituciones oficiales establecen una "cuota de recuperación". Al descentralizarse este programa en algunos estados e implantarse dicha cuota, la protesta no se hizo esperar.
- VI Un fenómeno poco estudiado y que presenta un notable crecimiento es el de las formas "alternativas" de atención a la salud, impulsadas por asociaciones civiles o religiosas no gubernamentales.¹⁰
- VII La revisión de algunos modelos de trayectoria del paciente en relación al curanderismo urbano puede encontrarse en Campos-Navarro R, "Curanderismo en el medio urbano", ponencia presentada en el Congreso Internacional de Medicina Tradicional celebrado en Lima, Perú, en julio de 1988.¹³
- VIII Al señalar esto no se sugiere que la práctica médica doméstica y la autoatención desaparezcan con el paso del campo a la ciudad y con la reducción de la familia extensa, aunque es evidente que en el caso del embarazo se acentúa la tendencia a la medicalización. Por lo demás, es sabido que "las investigaciones pertinentes han evidenciado que luego de un lapso, los conjuntos subalternos que pueden acceder a la medicina científica se convierten en sus demandantes más dinámicos".⁶
- IX En el presente texto se considera terapeutas tradicionales a aquellas personas por lo general adultas y pertenecientes a la comunidad donde ejercen, a las que el grupo social reconoce como dotadas de los conocimientos, las habilidades o las facultades para curar, quienes diagnostican las enfermedades conforme a una idea de la causalidad que es compartida por el grupo, y cuyo sistema de creencias, conceptos y prácticas las distinguen con claridad de los terapeutas de la medicina institucional.¹⁴
- X El ejemplo histórico más ilustrativo de esta descontextualización del recurso terapéutico lo constituye la investigación sobre muchos vegetales de uso popular efectuada por el Instituto Médico Nacional (1889-1917). En efecto, cuando los investigadores de esta institución revisaban los usos terapéuticos de las plantas, su fuente etnográfica fundamental eran los escritos del doctor Francisco Hernández que datan de 1571-1576, sin referencia a los datos contemporáneos. De allí resultaba una determinada imagen de la enfermedad "construida" a partir del efecto farmacológico del remedio.
- XI Dos conocidas autoridades de la epidemiología (Harant y Delage)¹⁵ resumen así las etapas de la labor epidemiológica: "El conocimiento teórico y práctico de las condiciones etiológicas de las enfermedades. La información sobre la importancia y distribución de fenómenos mórbidos en la población. La organización de la lucha para conservar y mejorar el estado de salud de la colectividad, esto es, una verdadera profilaxis". Es dentro de este marco de máxima generalidad que se inscribe, a juicio nuestro, esta investigación sobre la enfermedad en el medio rural.
- XII Por ejemplo, la acción terapéutica de las plantas en el marco de la dicotomía "frío-calor".
- XIII Para sintetizar: el modelo científico formula su lógica interna a través de tres postulados jerárquicamente ordenados: no contradicción (autocoherencia), exhaustividad y simplicidad.¹⁶
- XIV A propósito del mismo tema valdría preguntarse cuánto del saber hipocrático reposa en el concepto de "frialidad de la matriz" utilizado por las parteras tradicionales y por el médico griego para explicar la esterilidad femenina.¹⁸ (Citado por Pérez Tamayo R, en *op cit*, p. 24).
- XV El ya citado Pérez Tamayo R señalaba en 1978 las deficiencias en la información sobre: las causas de defunción, las autopsias que cada año se practican en el país, los diagnósticos que aparecen en los certificados de defunción, la "representatividad [que] posee la fracción de los sujetos fallecidos y autopsiados, en relación con el número y distribución geográfica de las muertes anuales", y otros temas relacionados e igualmente importantes. "La mayoría de los datos existentes se refiere a los grandes núcleos de población, en particular al Distrito Federal, mientras que el resto del país se encuentra sumergido en una gran nube de incertidumbre". A pesar de los avances que se han logrado en esta materia en el curso de los años, persisten notables vacíos de información en cuestiones fundamentales para lograr un diagnóstico confiable de la situación de salud en el país.¹⁹
- XVI El empleo abusivo del término "alternativo" en la literatura dedicada al análisis de los sistemas de salud y de las prácticas médicas se realiza, por lo general, sin explicar para quiénes ciertas prácticas resultan "alternativas".
- XVII Este proyecto fue presentado ante las autoridades de la Comunidad Económica Europea (CEE) dentro del programa de Cooperación Científica entre la CEE y México. Contrato C11-0091-MEX(A) CIESS-CEE.
- XVIII La obra de Ramírez A, *Bibliografía comentada de la medicina tradicional de México (1900-1978)*,²² contiene 52 referencias al mal de ojo, seis para el empacho, 42 para el espanto, 33 para el susto, cinco para la caída de la mollera y ninguna para la disentería.
- XIX Se emplean las expresiones "ético" y "émico" —hoy usuales en los estudios sobre la conducta— conforme a la clásica definición de Pike K, *Concepción externa vs. concepción interna*.²⁶ "Las descripciones o los análisis, realizados desde el punto de vista ético, tienen una concepción 'extraña', con criterios exteriores al sistema. Las descripciones émicas brindan una concepción interna, con criterios elegidos dentro del sistema. Representan para nosotros la concepción de quien conoce el sistema y sabe cómo actuar dentro de él". El mismo Pike ha señalado que: "Es conveniente, aunque algo arbitrario, describir la conducta desde dos puntos de vista diferentes, los cuales llegan a resultados que se confunden mutuamente. El punto de vista ético estudia la conducta desde afuera de un sistema particular y como un esencial enfoque inicial de un sistema extraño. El punto de vista émico resulta del estudio de la conducta desde el interior del sistema".
- XX Tal es el caso de la conocida polémica entre George Foster y Alfredo López Austin acerca de la dualidad "frío-calor". Foster, quien niega que esta pareja de conceptos existiera en el mundo prehispánico, la supone introducida con la colo-

nia y la conquista española. Dado este paso, las analiza como si pertenecieran al marco de los conceptos humorales. Coherente con esta posición, su último trabajo sobre el tema se denomina *On the origin of humoral medicine in Latin America*.^{27,28}

- XXI En 1981, las autoridades del IMSS-COPLAMAR señalaron a algunos de los investigadores que participamos en esta investigación un fenómeno que se producía con frecuencia en algunas localidades: la población no demandaba los servicios del médico, razón por la cual muchas unidades eran consideradas de "baja productividad"; sin embargo, si las autoridades tomaban la decisión de trasladar la unidad a otra región, esas mismas personas reaccionaban (incluso con violencia) para oponerse a que los servicios fueran removidos. Una auscultación más profunda permitió comprobar que en gran medida desconocían el tipo de servicios que la unidad podía brindarles, que no compartían ciertas actitudes de los médicos recién llegados, y que consideraban como una reivindicación largamente anhelada el tener el servicio en sus comunidades (doctor Arnulfo Ramos, comunicación personal).
- XXII A propósito de las posiciones que tienden a considerar como "tradicional" todo aquello que no es científico, Menéndez señala que tales posturas dejan "de lado que tanto este 'sector' (los grupos étnicos amerindios, el campesinado indígena, criollo o mestizo, es decir 'los denominados grupos folk' o 'tradicionales'), como otros grupos, sectores o estratos reconocibles (proletariado industrial, sectores medios y altos) practican actividades e ideologías 'tradicionales' —se deja de lado que, en potencia, todos estos sectores practican mezclas y a veces síntesis de prácticas tradicionales y científicas—; de hecho, se tiende a desconocer el presupuesto teórico de que las prácticas, por más referencia científica que tengan, en la medida que son usadas por los conjuntos sociales, se ideologizan y culturalizan".⁷
- XXIII Hoy se dice que los "chaneques" son seres mitológicos custodios de las fuentes de agua que pueden dañar provocando "enfermedades de frío". Constituyen un remanente de las creencias en los tloques, servidores del dios Tláloc.
- XXIV Al respecto, Velimirovic B, quien incluso parece alegrarse al verificar las limitaciones terapéuticas de la medicina tradicional, no vacila en afirmar que: "La cultura de los pueblos debe protegerse tanto como sea posible, pero la medicina tradicional resulta ser aquella parte de la cultura menos importante de proteger (en comparación con el lenguaje, el arte, la música, la tradición oral, la poesía, etc., los cuales deben protegerse a toda costa)".^{4,7,12,30-33}
- XXV Las cursivas de este párrafo, salvo en la palabra *enfermedad*, son de los autores.

Bibliografía

Referencias

1. Popper KR (1973). *La lógica de la investigación científica*. Madrid: Tecnos.
2. CIESS-OIT (1987). *Atención primaria en la seguridad social en México*. La experiencia del Programa IMSS-COPLAMAR. Ginebra: OIT, 15, 17.
3. Zolla C et al. (1994). *Atlas de la medicina tradicional de México*. Instituto Nacional Indigenista
4. Menéndez EL (1981). *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: CIESAS.
5. Menéndez EL (1985). *Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina*. Nueva Antropología; VII(28):28.
6. Menéndez EL (1987). "Medicina tradicional, atención primaria y la problemática del alcoholismo". En: Aguirre Beltrán G. *Medicina tradicional y atención primaria*. Ensayos en homenaje a. México: CIESAS.
7. Menéndez EL (1987). *Medicina tradicional o sistemas práctico-ideológicos de los conjuntos sociales, como primer nivel de atención. El futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los países latinoamericanos*. México: CIESS.
8. IMSS-COPLAMAR (1985). *Cifras de población adscrita al mes de junio por delegación, 1983-1985*. México: Oficina de Vigilancia Epidemiológica y Educación para la Salud (documento interno).
9. Martínez Manautou J (comp.) (1986). *Planificación familiar, población y salud en el México rural*. México: IMSS.
10. Ulate J, De Keijzer B (1985). *Sistemas de salud y participación popular: los casos de Nicaragua y México*. Nueva Antropología. 7(28):153-176.
11. OPS (1983). Grupo de trabajo sobre salud y culturas médicas tradicionales en América Latina y el Caribe. Informe final, 28 de noviembre al 3 de diciembre de 1983. Washington (mecanografiado).
12. Menéndez EL (1984). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: CIESAS:8.
13. Campos-Navarro R (1989). *Curanderismo en el medio urbano*. América Indígena XLIX(4):703-726.
14. Zolla C (1986). *Terapeutas, enfermedades y recursos vegetales*. México Indígena; 9:16-20.
15. Harant H, Delage YA (1986). *La epidemiología*. México: FCE:25.
16. Hjelmslev L (1972). *Prolegómenos a una teoría del lenguaje*. Madrid: Gredos:19.
17. Pérez Tamayo R (1985). *Enfermedades viejas y enfermedades nuevas*. México: Siglo XXI:24-25, 163.
18. Hipócrates (1979). *Aforismos*. México: Premiá, 56.
19. Pérez Tamayo R (1980). *Serendipia. Ensayos sobre ciencia, medicina y otros sueños*. México: Siglo XXI, 182.
20. Mellado V, Zolla C, Del Bosque S, Castañeda X (1988). *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*. México: CIESS.
21. Zurita M, Zolla C (1986). *Enfermedades dermatológicas en la medicina tradicional de México*. Bol Of Sanit Panam; 101(4): 339-345.

22. Ramírez A (1979). *Bibliografía comentada de la medicina tradicional de México (1900-1978)*. México: IMEPLAN, 1978 (Monografías científicas, III).
23. Reyes García L (1984). "Relato sobre llamada de tona". En: López Austin A (comp.). *Textos de medicina náhuatl*. México: UNAM:215-217.
24. Signorini I (1979). *Los huaves de San Mateo del Mar*. Ideología e instituciones sociales. México: INI:220, 229-231.
25. Aguirre Beltrán G (1980). *Programas de salud en la situación intercultural*. México: IMSS.
26. Pike K (1976). "Puntos de vista éticos y émicos para la descripción de la conducta". En: Smith AG (comp.). *Comunicación y cultura*. 1. La teoría de la comunicación humana. Buenos Aires: Nueva Visión.
27. Foster G (1987). *On the origin of humoral medicine in Latin America*. *Medical Anthropology Quarterly*, 1:4.
28. López Austin A (1984). *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*. México: UNAM.
29. Balandier G (1964). *África ambigua*. Buenos Aires: Sur:42.
30. Balandier G (1975). *Antropológicas*. Barcelona: Península: 117-210.
31. Balandier G (1976). *Antropología política*. Barcelona: Península:179-209.
32. Zolla C (1983). "La medicina tradicional mexicana y la noción de recurso para la salud". En: Lozoya X, Zolla C (comp.). *La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional de México*. México: Folios:14-37.
33. Velimirovic B (1984). *Traditional medicine is not primary health care: a polemic*. *Curare*;7:61-79.

Lecturas recomendadas

- Campos-Navarro R (2011). *De cómo curar el empacho (y otras yerbas)*. *Textos botánicos, antropológicos, testimoniales y poéticos sobre el empacho en la Argentina*. Buenos Aires: Ediciones Continente/Facultad de Medicina, UNAM, 2011.
- Idoyaga A (2005). *Reflexiones sobre la clasificación de medicinas. Análisis de una propuesta conceptual*. *Scripta Ethnologica* (Buenos Aires); XXVII:111-147.
- Osorio RM (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social/ Consejo Nacional para la Cultura y las Artes/Instituto Nacional de Antropología e Historia. Biblioteca de la medicina tradicional mexicana.
- Romero LE (2006). *Cosmovisión, cuerpo y enfermedad: el espanto entre los nahuas de Tlacotepec de Díaz, Puebla*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Velasco O. (2010). "Módulo: Cosmovisión y medicina andina, la salud en la cosmovisión indígena". En: Campos R, Citarella L, Zangari A (ed.). *Yachay Tinkuy*. Bolivia: Ed. Gente Común-Cooperazione Italiana.
- Zolla C (comp.) (1983). *La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional de México*. México: Folios.

Introducción al susto*

Arthur J. Rubel • Carl W. O'Neill • Rolando Collado Ardón

CAPÍTULO

37

Conceptos clave

Enfermedad • Enfermedades populares • Susto
• "Psicologización" de la enfermedad

Introducción

De la misma manera como la antropología médica ha hecho énfasis en distinguir los conceptos de enfermedad, padecimiento y malestar (en inglés *disease*, *illness* y *sickness*, respectivamente), también se han hecho diversas propuestas para la conceptualización de aquellas entidades o procesos patológicos reconocidos por los diferentes grupos de población y para los cuales no existe una equivalencia o una traducción dentro de la nosografía biomédica u occidental; así, éstos han recibido denominaciones como "enfermedades populares", "síndromes de filiación cultural", "síndromes culturalmente delimitados" o "enfermedades culturales". Un ejemplo de ellos es el susto, que como muchos otros, se caracteriza por tener etiología, cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento y prevención determinados y es reconocido en forma amplia, tanto por la población rural como urbana, por lo que los profesionales de la salud se enfrentarán a este tipo de casos como un "diagnóstico diferencial" que el enfermo propone en oposición al otorgado por el médico. Es importante recordar que un padecimiento existe aunque no se reconozca como enfermedad o no cumpla los criterios para constituir una entidad nosológica determinada.

Los esfuerzos por descubrir el significado de la enfermedad constituyen una tradición de la antropología. En estas páginas se busca el significado de una enfermedad popular conocida como *susto*. El estudio se efectuó en tres distintas poblaciones de México: mestizos, zapotecas y chinantecas del estado de Oaxaca.¹ El siguiente relato describe cómo una joven enfermó de susto mientras viajaba con su padre:

Cuando vadeaban el río, cerca de su rancho, la rápida corriente hizo perder pie a su padre, quien sólo logró salvarse sujetándose de una enredadera que colgaba. La hija, desde la orilla, lo veía alarmada. Así informa el padre de la reacción de su hija: "Quince días después estaba muy enferma de susto, pero a mí no me pasó nada". Es [...] muy

interesante: algunos se enferman de susto y otros no, aunque sufran la misma experiencia.

Otro informante dice:

Es así [...], el agua contiene un ser que es su *virtud*, su fuerza, al igual que la tierra, los bosques, las altas montañas y todo. Nosotros decimos que la fuerza roba la energía de los seres humanos. Nos roba nuestra fuerza y nos debilita. Para que esto no ocurra hay que hablar a la tierra [o al agua], hay que emprender esta acción [...], para que nuestro espíritu no se quede allí.

Se espera de dar un entendimiento nuevo, más relativista, de lo que significa "estar enfermo" en otras culturas, y a la vez adquirir cierta visión de uno mismo. Sin duda quedan pocos bastiones del etnocentrismo tan formidables como las explicaciones de la causa de males y el tratamiento de enfermedades.¹ Todas las sociedades se han visto obligadas a crear procedimientos para prevenir y tratar las enfermedades. Estos procedimientos constituyen dimensiones importantes de una cultura y son sensibles a los valores sociales: "[...] son los prevalecientes conceptos filosóficos del hombre los que influyen más profundamente sobre su medicina".¹

Esta investigación multidisciplinaria del susto inicia con la suposición de que no se podría comprender la enfermedad a través de las culturas sobre la base de premisas producidas por la propia cultura.² Por consiguiente, se define la enfermedad como "síndromes que miembros de un grupo particular afirman sufrir y para los cuales su cultura ofrece una etiología, un diagnóstico, medidas preventivas y regímenes de curación".³ El presente se basa en estudios anteriores en los cuales los investigadores habían registrado y analizado cómo los diferentes pueblos piensan acerca de la enfermedad.⁴⁻⁹ Para los autores se hizo evidente que no era posible tener la esperanza de entender la salud y la enfermedad, hasta librarse del propio etnocentrismo.

Uno de los objetivos más importantes de la investigación antropológica ha sido demostrar cómo el entendimiento y las prácticas de salud elucidan los valores, las creencias y expectativas normativas predominantes de una sociedad, y sirven como espejo de las cualidades afectivas de las relaciones sociales. Los primeros antropólogos describían las instituciones de salud tal como analizaban las pautas culturales reveladas por la observación de la vida, la familia, el gobierno y la religión. Esta tradición persiste, por ejemplo, en un análisis reciente de una condición llamada *nervios* en el medio

* Publicado originalmente por el Fondo de Cultura Económica. México, 1989.

rural de Costa Rica. Bartlett y Low seleccionaron las manifestaciones de este problema para establecer una relación entre la dolencia y otras dimensiones de la vida de este grupo humano. Concluyeron que "los ejemplos de quienes padecen de nervios parecen no sólo iluminar una compleja queja específica de una cultura, sino también revelar las expectativas de vida más fundamentales en la Costa Rica rural".¹⁰ Morsy utiliza otro síndrome ligado a una cultura, el *uzr*, para elucidar las pautas de las relaciones de poder social entre los aldeanos de Egipto, y pasa a mostrar cómo sus resultados permiten comprender los vínculos que existen entre aldeanos desprovistos casi de todo poder y el gobierno central.¹¹

Los mencionados y otros estudios han demostrado la interrelación funcional entre conceptos sociales sobre salud y otras dimensiones conceptuales del grupo; por ejemplo, la relación entre la aparición de una enfermedad en una familia y el hecho de que uno de sus miembros haya transgredido las normas sociales.^{3,12} Otro ejemplo es la interpretación dada por Marwick a un caso de enfermedad en el sentido de que precipitó la fisión de subgrupos a partir de una unidad familiar parental, cuando sus relaciones sociales se han vuelto inaguantables.¹³ Sin embargo, Comaroff ha advertido que el hecho de que los investigadores integren en forma forzada las interpretaciones que una sociedad da a la salud con otros conceptos de su orden social representa los esfuerzos analíticos de los primeros, más que el pensamiento de esta última.¹⁴ En otras versiones, los investigadores han sugerido que los rituales terapéuticos aprovechan la oportunidad presentada por las dificultades de un paciente para resolver problemas interpersonales e intergrupales, restaurando así la unidad social.¹⁵ En vena un tanto distinta, Lévi Strauss consideró que el proceso de un joven *zuni* acusado de causar la enfermedad de una amiga ofrecía al grupo una oportunidad de reafirmar su confianza en el sistema cultural en general.¹⁶

Algunos estudios de enfermedades populares simplemente han presupuesto que son de naturaleza psiquiátrica, pasando por alto la contribución de problemas orgánicos a estas quejas, aun cuando fueran observables señales y síntomas orgánicos.¹⁷ Esta "psicologización" de la enfermedad popular ha aumentado las dificultades de separar el proceso patológico propiamente dicho, de la respuesta cultural a ese proceso. Porque la presentación de dificultades emocionales es aún más estilizada que la presentación de un problema orgánico, la tarea de crear una evidencia intercultural acerca de las condiciones psicológicas de la enfermedad se ha dificultado más aún.^{5,7,8}

Los estudios que subrayan los ritos tradicionales de curación, por lo general no informan de si el paciente se recuperó o no, o si cuando menos se aliviaron sus síntomas. A veces sugieren que el ritual fue eficaz, pero no presentan ninguna prueba. Por ejemplo, Klein, hablando de ciertos tratamientos del susto, asegura al lector que son eficaces: "reconocer las bases culturales y psicológicas de las curas de susto no debe hacernos menoscabar la *eficiencia fisiológica* de los métodos empleados: las tres dimensiones interactúan

en la cura para combatir los síntomas, que se alivian en muchos casos".¹⁸ Aunque esto es verosímil, no se presentan datos en su apoyo. Similares afirmaciones sin pruebas abundan en la bibliografía. Esta idealización romántica de la cura tradicional, que invierte la visión etnocéntrica más común, sólo aumenta la dificultad de evaluar cualquier tipo de tratamiento en medios culturales poco familiares.¹⁹ Kleinman y Sung informaron, en 1979, de algunos de los factores que complican semejante esfuerzo. Trataron de hacer evaluaciones de los síntomas de los pacientes dos meses después del tratamiento inicial en un santuario en Taiwán. Aunque los pacientes en general se declararon curados o muy mejorados, los investigadores no "encontraron pruebas concluyentes que mostraran que un solo caso de enfermedad, de base biológica, había sido tratado en forma eficaz tan sólo por la terapia del *tang-ki*". Kleinman y Sung afirman que, antes de hacer una evaluación de la cura, resulta prudente abarcar todas las dimensiones de los problemas de que se quejan los pacientes. No negándose la eficacia de los sistemas no cosmopolitas de tratamiento, pero sí se recomienda que se enfoquen las prácticas tradicionales con más rigor de lo que ha sido común.²⁰

¿Hasta qué punto la enfermedad es moldeada por la cultura? Ésta sigue siendo una de las preguntas más desconcertantes en la antropología. Por ejemplo, la enfermedad crónica comúnmente conocida como artritis y técnicamente reconocida como un mal degenerativo de las articulaciones, aparece sobre todo entre personas de cierta edad o como consecuencia de daños de una articulación. Se le encuentra entre grupos culturales en diversos medios.²¹ Las evaluaciones radiológicas muestran que las articulaciones están degenerando, y los pacientes indican dolor al moverse o al aplicar presión a una articulación, y se quejan de debilidad. Hinchazón y agrandamiento, deformidad, atrofia y acortamiento de los músculos y anomalías de la piel afectada son fáciles de notar para el ojo experto.²² Con una prueba tan objetiva, es razonable esperar que las víctimas expresen de modo similar su incomodidad, sin embargo, los informes de esta enfermedad varían en forma sistemática entre poblaciones de distintas culturas; incluso estadounidenses de similares antecedentes étnicos han aprendido a responder de manera distinta a ella cuando son miembros de distintas clases sociales.^{23,24} Otros informes han mostrado que los estadounidenses que se quejan de dificultades de oído, nariz y garganta, en forma sistemática subrayan distintos síntomas, según sus antecedentes étnicos.²⁵ Además, las quejas de dolor de los pacientes varían de acuerdo con su pertenencia a diversos grupos étnicos.²⁶ Es claro, por esta prueba, que las señales objetivas de un determinado proceso patológico pueden ser forjadas por la cultura y la experiencia del paciente. La distinción entre los indicadores objetivos invariables de un padecimiento (la enfermedad) y la forma como el paciente describe el problema (la dolencia) es de especial importancia cuando la queja es desconocida por el investigador.²⁷ Al describir los esfuerzos por "domesticar" condi-

ciones exóticas de salud, para hacerlas más comprensibles, se utilizan los conceptos de la biomedicina como si formasen un lecho de Procusto, contribuyendo así a la "degradación de un modelo científico productivo en un dogma".²⁸ El grado en que la cultura aporta la forma como el mal se convierte en enfermedad y luego en padecimiento constituye uno de los problemas más fascinantes de la investigación intercultural. En un análisis de los síndromes ligados a una cultura, Kennedy comenta que "la mayor parte de los sabios modernos tiende a opinar que estas enfermedades exóticas no son síndromes distintos desde el punto de vista clínico, sino que son, sencillamente, los viejos y familiares síndromes psiquiátricos de Occidente identificados con distintos nombres y forjados por distintas culturas".²⁹ No obstante, hay desacuerdo con esos estudiosos, dado que la presente investigación del susto demuestra cómo los procesos culturales y patológicos interactúan para formar una entidad desconocida de la medicina cosmopolita.

La mejor manera de enfocar el estudio intercultural del susto es llamar la atención hacia las formas como el paciente y su familia describen la condición: la víctima está: 1) inquieta durante el sueño, y 2) el resto del tiempo, inerte, debilitada, deprimida e indiferente al alimento, el vestido y la higiene personal.^{3,30-33}

Un descubrimiento sorprendente es que este estado no depende de la cultura. Es decir, no está limitado a una población que hable una lengua distintiva, ni a unos antecedentes culturales singulares. Se encuentra en muchos grupos culturales de América del Norte y del Sur. Se ha informado de él entre mexicanoestadounidenses en Estados Unidos, Perú, Argentina, Colombia, entre grupos guatemaltecos, y por todo México.^{12,30,31,34-47} Para mayor abundamiento, se ha informado de condiciones parecidas en asociación con impresiones causantes de susto sufridas por las pacientes, en la literatura de Filipinas, India, República Popular China y Taiwán.⁴⁸

Considerar los nombres dados a ese estado, también conocido localmente como *pasmo*, *tierra*, *espanto* y *pérdida de la sombra*, hace que se pierdan de vista con facilidad los puntos comunes que existen,^{44,49,50} y en realidad puede llegar a oscurecer temporalmente las diferencias auténticas. Investigando entre los *sibundoyes* de Colombia, Seijas se vio obligada a concluir que lo que llaman susto no es el estado descrito en estas páginas, sino todo un conjunto de estados pediátricos y una categoría "comodín" de enfermedades de adultos, para las que eran socialmente inapropiadas las explicaciones más habituales.⁴⁴ Se emplea el término *susto* sólo cuando se refiere a un conjunto coherente de características que resurgen a través de diversos grupos. En el presente capítulo se ha enfocado la atención en un fenómeno, en una realidad, de la que informaron grupos que difieren en lenguaje y cultura. Esto hace posible las comparaciones y la repetición de resultados.

Rechazando cualquier correlación apriorística entre aquellos que los informantes llamaban susto y las enferme-

dades o desórdenes funcionales descritos en los libros de texto de medicina cosmopolita, se inicia con la suposición de que cualquier equivalencia que se pudiese establecer habría de basarse en descripciones empíricas del estado de los pacientes. A este respecto, Comaroff fue muy útil:

Los antropólogos han criticado la aplicación indiscriminada del paradigma biomédico al estudio de otros sistemas médicos, pues presupone unas definiciones exclusivas de lo que es pertinente. La perspectiva de la medicina científica se expresa por medio de categorías conceptuales que bien pueden ser inapropiadas en otros sistemas médicos; como base para la comparación, puede oscurecer su pertinencia particular.¹⁴

En la mencionada investigación efectuada en Costa Rica, Bartlett y Low,¹⁰ al parecer compartiendo este punto de vista, prudentemente evitan llegar a una identificación biomédica prematura de los nervios. Según dicen, los síntomas de nervios son atendidos en forma regular por los médicos aun cuando no muestren equivalencia con el tipo de estados que los médicos han aprendido a curar. Estos investigadores han registrado toda una vasta gama de síntomas que afectan a personas con cualquier sexo y edad, con mucho mayor prevalencia entre dos grupos: de 19 años o más y mujeres. Con tan valiosa descripción de base, este problema se vuelve reducible a una investigación más minuciosa.

La obra de Simons sobre *latah*,⁵¹ que ataca a grandes números de personas en Malasia e Indonesia y que tiene análogos en Filipinas, Taiwán, Tailandia y Birmania, también está libre de suposiciones *a priori* acerca de equivalentes en la medicina cosmopolita. Simons encuentra que la mayoría de las víctimas de *latah* son mujeres, que suelen ser de mediana edad cuando la experiencia ocurre por primera vez, y de condición social relativamente baja. La persona que padece *latah* suele responder a un sobresalto de manera excesiva, a menudo deja caer objetos y profiere palabras que ordinariamente no son apropiadas en una conversación. Los dos estudios referidos muestran lo fructífero que resulta una búsqueda minuciosa de explicaciones de la interacción entre los factores biológicos, emocionales y culturales, en lugar de enfocar las patologías descritas en los textos de medicina.

Siguiendo algunos de los argumentos de O'Neil,⁵² Bolton inició su estudio de susto o tierra entre los *qolla* de Perú, sobre la suposición de que equivale a la controvertida enfermedad denominada hipoglucemia.^{53,54} Luego, su estudio trata de demostrar esa equivalencia, buscando una correlación entre haber padecido alguna vez en la vida una grave hipoglucemia y haberse quejado alguna vez de susto o tierra. Como la hostilidad es un síntoma de hipoglucemia que se menciona con frecuencia, y dado que mostrar tales sentimientos resulta inaceptable entre los *qolla*, Bolton concluye que esos estados, aunque no se manifestaran al mismo tiempo, son uno solo. Más adelante se enfocará la cuestión de si, en Oaxaca, la hipoglucemia es un "síndrome

biomédico perfectamente adecuado",⁴⁰ por el cual se explica el susto.

Padecer de susto, estar *asustado*, se basa en el entendimiento común de que un individuo se compone de un cuerpo y de una sustancia inmaterial, una esencia, que puede separarse del cuerpo, vagabundear con libertad, o bien quedar cautiva de fuerzas sobrenaturales. Esta esencia puede abandonar el cuerpo al dormir, en particular cuando el individuo está soñando, pero también puede separarse a consecuencia de una experiencia perturbadora o aterradora. Entre los indios se cree que esta esencia queda cautiva porque el paciente, a sabiendas o no, ha perturbado a los espíritus guardianes de la tierra, el río, los estanques, los bosques o a colectividades de animales, aves o peces. Su liberación depende de que expie la afrenta. En estas sociedades, este proceso ilumina en forma dramática la relación que une a los seres humanos con los sobrehumanos.

Un vínculo social de esta índole fue descrito por Bahr y colaboradores,⁴ en un estudio de los *pima* del norte de México. Una vez más, la enfermedad se atribuye a que el paciente no mostró la deferencia debida al espíritu de una especie de animal, pez o ave, o al espíritu guardián de un lugar. La sanción de enfermedad sigue a la transgresión de las relaciones contractuales que unen esta especie con la sociedad de los *pima*, un contrato social llamado la "norma":

Cuando se cita la norma como agente causal, comprendemos que no es el objeto individual el que está causando la enfermedad, sino la clase de objetos peligrosos, en colectividad.

Además, el concepto de norma se aproxima al concepto de un guardián de la especie. En esta capacidad, la norma queda implícitamente dotada con poderes mágicos. La norma se ofende en el momento en que se comete una acción impropia, pero la ofensa no se realiza hasta años después.⁴

Los grupos del sur de México observados en este capítulo difieren de los *pima* al atribuir muchos casos de susto a los efectos aterradores de un encuentro con otro ser humano. Además, no todas las manifestaciones de tal encuentro difieren, sino al contrario. Muchas víctimas de susto informan de síntomas al cabo de horas o días después de una infausta experiencia.

Algunos investigadores han considerado el susto, simplemente, como un modo de explicar enfermedades mentales en personas carentes de la educación suficiente para comprender su verdadera significación. Pagés Larraya lo ha identificado con la esquizofrenia,⁵⁵ y León ofrece una identificación más generalizadora:

Dejando aparte infección, envenenamiento, parásitos, procesos nutricionales o metabólicos que pueden producir problemas compatibles con el cuadro clínico y que son capaces de producir el estado en su forma más intratable y dramática, la gran mayoría de los casos son desórdenes

psiquiátricos de derivación funcional. Las circunstancias en que aparece este estado y sus manifestaciones clínicas indican la posible presencia de al menos cinco entidades: una reacción masiva de estrés, reacciones a estrés causadas por la adaptación de los pacientes a problemas asociados con su primera infancia o niñez, psiconeurosis, depresión o angustia. La primera puede ser considerada como equivalente de aquellas que conocemos como neurosis traumáticas, cuya etiología reflejaría el estrés que afecta al niño en circunstancias en que se siente desamparado, incapaz de luchar o de huir.^{43,56}

Lo mejor será no hacer conclusiones prematuras. Resulta útil empezar suponiendo que cuando se dice que alguien está enfermo, ya lo diga la persona o los demás, y se exprese el malestar como se exprese, su bienestar general ha disminuido. De allí se sigue que quienes se consideran enfermos son diferentes (y de alguna manera, diferenciables en forma objetiva) de aquellos que no se consideran así. Sin embargo, estas diferencias no son necesariamente de "salud", como ésta es considerada por la medicina cosmopolita. Antes bien, el surgir de una queja simplemente indica que algo está mal en la persona; el problema puede localizarse tanto en sus relaciones sociales o en sus relaciones con los espíritus, como en la esfera de la enfermedad. Como lo ha dicho White "podemos [...] proceder con seguridad sobre la suposición de que *algo* debe andar mal con un paciente que consulta a un médico cuando en realidad nada le ocurre".⁵⁷

Es de suponer que la diferencia entre quienes sufren de susto y quienes no pueden localizarse en uno o más de tres sistemas del yo —social, psicológico y orgánico— y que el estrés que afecta uno de tales sistemas puede ser transmitido en forma total o parcial a otros, "de modo que varios llegan a participar en el proceso de adaptación y defensa".⁵⁸ Desde esta perspectiva, la interacción entre procesos fisiológicos, psicológicos y sociológicos produce variaciones en la salud relativa. Este modelo tiene la ventaja de no asignar, en forma apriorística, mayor peso a uno solo de los problemas del paciente, como se hace por ejemplo cuando se pone énfasis en un problema infeccioso y se ignora la discrepancia entre la conducta real y la expresada por el sujeto, o los problemas generados por una deficiente respuesta de adaptación emocional.

Se supone, además, que cada quien tiene un nivel ideal de bienestar, u homeostasis. Con ello no se sugiere que alguien alcance jamás este ideal; antes bien, representa una norma para evaluar la situación actual. Como lo comentan Howard y Scott, "el equilibrio, en forma conceptual, es tan sólo un estado postulado hacia el cual puede tender el organismo, pero que nunca se alcanza por completo".⁵⁹ Puede verse que unas fuerzas "estresantes", generadas dentro del marco sociocultural, biológico o psicológico, exigen un gasto de energía de parte del individuo para mantener su bienestar. Como los tres medios están abiertos unos a otros, lo que exige algo a alguno de los medios, exigirá energía de los tres. De manera ordinaria, la energía del individuo basta

para satisfacer la demanda, sin embargo, a veces la demanda supera a la oferta, y el individuo bajo presión puede desarrollar síntomas como dolores de cabeza, dolores articulares, perturbación en sus relaciones sociales, crisis emocionales, etc. A las fuerzas que ponen a prueba las energías de una persona las llamaremos *estresantes*,⁶⁰ y la palabra "estrés" se referirá a los efectos que supuestamente tienen sobre el individuo. Aquí, el estrés se asemeja al estado III de la descripción dada por Selye al síndrome de adaptación general,⁶¹ y es equivalente a lo que Scott y Howard han llamado "tensión".⁶² Varias hipótesis derivadas en parte de una investigación anterior de los tres fenómenos estresantes guiaron los esfuerzos expresados en este capítulo.^{16,63,64}

1. El susto sólo aparecerá en las situaciones sociales que las víctimas consideren estresantes.
2. Los estrés sociales reflejados en el susto serán de naturaleza intracultural e intrasocial. Los estrés ocasionados por un conflicto entre culturas o por la marginalidad cultural o por la movilidad social de una persona (en otras palabras, la frustración o enajenación que a menudo resulta de relaciones con miembros de distinta capa social de aquella en que la persona ha socializado) serán simbolizados por problemas diferentes del susto.
3. El susto aparecerá como consecuencia de un episodio en que una persona es incapaz de cumplir con las expectativas de su propia sociedad para el papel social en que se ha socializado.

Corolario A. Como estas sociedades socializan de manera diferente a hombres y mujeres,^{3,65} y como lo que la sociedad espera de los niños y de las niñas difiere de lo que se espera de hombres y mujeres maduros, también se espera que niñas y mujeres sean afectadas por el susto a consecuencia de experiencias diferentes de aquellas que ponen en peligro la salud de niños y hombres de la misma sociedad. Por ejemplo, las niñas, al ser socializadas, se les enseña a ser sumisas, dependientes y orientadas hacia el hogar, mientras que los niños son preparados para mostrar agresividad, independencia y se les orienta hacia papeles ocupacionales y de responsabilidad pública. No es de esperar que en estas sociedades muchas niñas o mujeres manifestaran el susto a consecuencia de su incapacidad para cumplir con responsabilidades del sexo masculino. Y tampoco se esperaría que un joven sufriese malos efectos de su incapacidad al desempeñar en forma satisfactoria las tareas que por lo general se asignan a las mujeres.

Corolario B. Como estas tres sociedades atribuyen mayor importancia a la realización satisfactoria de algunas tareas que a la de otras, cuanto más importancia atribuyen los socializadores a una tarea particular, mayor será la probabilidad de que ocurra el susto, en relación con no desempeñarla de manera satisfactoria. De

allí se sigue que, aunque mujeres y hombres se arriesgan a la enfermedad a consecuencia de no cumplir en forma adecuada tareas específicas de su sexo y su edad, no todas esas tareas son igualmente peligrosas.

4. Aunque en estas sociedades todas las personas creen en el concepto de que esencias vitales abandonan el cuerpo y que un malestar acompaña a tal suceso, no todos en realidad caerán víctimas de este tipo de problema. La hipótesis es que las personalidades individuales actúan como variable de contingencia. Es decir, si dos miembros de una sociedad, de idéntica edad y sexo, no responden de manera adecuada a lo que la sociedad espera de su papel, una podrá responder a su autopercebida inadecuación, quedando asustada, mientras que la otra podrá adaptarse mediante una expresión de ira generalizada o por desplazamiento de hostilidad. Además, entre quienes sí quedan asustados, la gravedad, cronicidad y frecuencia de los episodios variará en forma sistemática con respecto a sus variables sociales y de personalidad.

Uzzell examinó con minuciosidad algunas de las primeras obras sobre el susto y llegó a una explicación distinta. Sugiere que la víctima de susto adopta un papel de "enferma" básicamente para imponer su propia definición a las situaciones, controlando así las interacciones. "Esto implica una insatisfacción con las definiciones existentes pero no necesariamente implica un 'estrés de papel' o inadecuación percibida para satisfacer las demandas de un papel". En cambio, concluye Uzzell, "los asustados 'piden tiempo', y durante un tiempo se liberan de algunas de las tareas más onerosas que se ven obligados a desempeñar". Se volverá al persuasivo argumento de Uzzell después de presentar los descubrimientos de este estudio.⁶⁶

Puesto que no es la intención hacer juicios *a priori* sobre la naturaleza del susto (aunque en inicio no se esperaba que estuviese asociado a dificultades orgánicas o psiquiátricas), para el presente trabajo fue necesario inventar modos de medir las dimensiones del papel social, la enfermedad orgánica y el deterioro psiquiátrico, cada uno independiente de los demás.⁶⁰ Para hacerlo se crearon tres medidas originales, una de ellas para evaluar el nivel del estrés del papel social, y las otras para medir la severidad y la gravedad del mal. Además, se adaptó a las necesidades la ya estandarizada prueba de 22 puntos para daño psiquiátrico (*22 item screening score for psychiatric impairment*).

Aunque las víctimas del susto se remiten, en el tiempo, a uno o varios acontecimientos traumáticos para explicar su estado, es probable que el susto refleje los efectos acumulativos de un debilitamiento a plazo bastante largo, resultante de problemas sociales que las víctimas no habían logrado resolver (p. ej., problemas en sus relaciones con su cónyuge o con provisiones para su familia), que también exigían energía de las dimensiones emocional y biológica. La suposición que se deriva del sistema de modelo abierto

es que una respuesta requerida por una de tales dimensiones puede poner a prueba los recursos de una de las otras.^{58,67,68}

Aunque hubiera sido posible llevar adelante esta investigación en una sola comunidad, las conclusiones se habrían limitado a ese único medio cultural, de manera que requeriría su repetición en otros grupos. Las etnografías que se han citado demuestran la presencia del susto en diferentes marcos culturales latinos, lo cual ofrece la oportunidad de edificar sobre estudios anteriores y determinar así si los atributos sociales de una persona covarían con su susceptibilidad al susto, sea cual fuere su marco cultural. ¿Hasta qué punto las circunstancias que conducen a quedar asustado se so-

breponen a las diferencias culturales? Esta pregunta guió la presente investigación. Los esfuerzos por encontrarle respuesta han sido relativamente insólitos en antropología, en gran medida por la tradición de que los antropólogos trabajan en una sola comunidad, en lugar de comparar varias. Si, en realidad, el padecer susto varía con regularidad con las características de la víctima en diferentes marcos culturales y sociales, parecería ser una respuesta compartida a similares estresantes sociales dentro de una gama particular de marcos socioculturales.

En suma, éste es un esfuerzo por descubrir el significado de un padecimiento "exótico" y muestra cómo quienes se quejan de susto difieren de aquellos que no se quejan.

Preguntas de repaso

1. ¿Cuál es la diferencia entre enfermedad y padecimiento?
2. ¿A qué se le llama *enfermedad popular*?
3. ¿Qué se entiende por "*psicologización*" de la *enfermedad*?
4. Realice una breve entrevista a una persona de su comunidad acerca del susto. Entregue el reporte escrito.
5. Escriba una reflexión acerca de la siguiente frase, referida en el texto anterior: "no podríamos comprender la enfermedad a través de las culturas sobre la base de premisas producidas por la nuestra propia". Intercambie su respuesta con sus compañeros.

Citas adicionales

- I En muchas otras regiones de la República Mexicana esta enfermedad es llamada "espanto", y en otras pocas, "suicidio".
- II Se hace referencia distintamente a mal, enfermedad y padecimiento. Por *mal* se refiere a los procesos patológicos; por

enfermedad, a la percepción y descripción del malestar por el paciente, y por *padecimiento* al reconocimiento de su dificultad y a la respuesta del grupo social.

Bibliografía

Referencias

1. Pellegrino ED (1963). "Medicine, history and the idea of man". En: Clausen JA, Straus R (comp.). *Medicine and society*. Annals of the American Academy of Political Science, vol. 346:9-20.
2. Kleinman A (1980). *Major conceptual and research issues for cultural (anthropological) psychiatry*. Culture, Medicine and Psychiatry, 4(1):378.
3. Rubel AJ (1964). *The epidemiology of a folk illness: susto in Hispanic America*. Ethnology, 3:268.
4. Bahr DM et al. (1974). *Piman shamanism and staying sickness*. Tucson: University of Arizona Press.
5. Fabrega H, Silver D (1973). *Illness and shamanistic curing in Zinacantan*. Stanford: University of Stanford.
6. Frake C (1961). *The diagnosis of disease among de subanun of Mindanao*. American Anthropologist, 63:113-132.
7. Kleinman A (1973). *Medicine's symbolic reality*. Inquiry, 16:206-213.
8. Lewis G (1975). *Knowledge of illness in a sepik society*. Londres: Athlone Press.
9. Metzger D, Williams G (1963). *Tenejapa medicine I: the curer*. Southwestern Journal of Anthropology, 19:216-234.
10. Bartlett P, Low S (1980). *Nervios in rural Costa Rica*. Medical Anthropology, 4(4):554.
11. Morsy S (1978). *Sex roles, power and illness in an egyptian village*. American Ethnologist, 5:137-150.
12. Vogt EZ (1969). *Zinacantan*. Cambridge: The Belknap Press, 371-374.
13. Marwick M (1965). *Sorcery in its social setting*. Manchester: Manchester University Press.
14. Comaroff J (1978). *Medicine and culture: some anthropological perspectives*. Social Science and Medicine, 12B:247-254.
15. Turner V (1967). *The forest of symbols*. Ithaca, NY: Cornell University Press:361-362.

16. Lévi Strauss C (1963). *Structural anthropology*. Nueva York: Basic Books, 172-175.
17. Kiev A (1968). *Curanderismo*. Nueva York: Free Press.
18. Klein J (1978). *Susto: the anthropological study of disease of adaptation*. *Social Science and Medicine*, 12:26.
19. Donabedian A (1966). *Evaluating the quality of medical care*. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44:166-206.
20. Finkler K (1980). *Non-medical treatments and their outcomes*. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 4:221-310.
21. Lawrence JS (1966). "Epidemiology of rheumatoid arthritis". En: Lilienfeld AM, Gifford AJ (comp.). *Chronic diseases and public health*. Baltimore: Johns Hopkins Press, 755-756.
22. Edwards MH (1966). "The relationship of the arthritic patient to the community". En: Lilienfeld AM, Gifford AJ (comp.). *Chronic diseases and public health*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 747.
23. Elder R, Acheson RM (1970). *New Haven survey of joint diseases XIV. Social class and behavior in response to symptoms of osteoarthritis*. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. XLVIII, núm 4, parte I:449-502.
24. Koos EL (1954). *The health of Regionville*. Nueva York: Columbia University Press.
25. Zola IK (1966). *Culture and symptoms: an analysis of patient's presenting complaints*. *American Sociological Review*, 31: 615-630.
26. Zborowski M (1952). *Cultural components in response to pain*. *Journal of Social Issues*, 8:16-30.
27. Eisenberg L (1977). *Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness*. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 1:9-23.
28. Engel G (1979). *The biomedical model: a procrustean bed?* *Man and Medicine*, 4(4):257.
29. Kennedy JG (1973). "Cultural psychiatry". En: Homgmann JJ (comp.). *Handbook of social and cultural anthropology*. Chicago: Rand McNally and Co, 1152.
30. Sal y Rosas F (1958). *El mito del Jano o susto de la medicina indígena del Perú*. *Revista de La Sanidad de Policía*, 18:167-210.
31. Gillin J (1947). *Magical fright*. *Psychiatry*, 11:387-400.
32. Logan MH (1979). *Variations regarding susto causality among the cakchiquel of Guatemala*. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 3:153-166.
33. Tousignant M (1979). *Espanto: a dialogue with the gods*. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 3:153.
34. Clark M (1959). *Health in the mexican-american culture*. Berkeley y Los Ángeles: University of California, 155-158.
35. Mull JD, Mull DS (1981). *Residents' awareness of folk medicine belief of their Mexican patients*. *Journal of Medical Education*, 56:520-522.
36. Martínez C, Martin HW (1966). *Folk diseases among urban mexican-americans: etiology, symptoms, and treatment*. *Journal of the American Medical Association*, 196:147-150.
37. Rubel AJ (1960). *Concepts of disease in Mexican-american culture*. *American Anthropologist*, 62:795-814.
38. Saunders L (1954). *Cultural differences and medical care*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
39. Chiappe Costa M (1979). "Nosografía curanderil". En: Seguin CA (comp.). *Psiquiatría folklórica: shamanes y curanderos*. Lima: Ediciones Ermar, 76-91.
40. Bolton R (1981). *Susto, hostility, and hypoglycemia*. *Ethnology*, XX(4):261-276.
41. Palma NH (1967). *Estudio antropológico de la medicina popular de la puna argentina*. Buenos Aires: Ed Cabargón.
42. Palma NH, Torres Vildoza G (1974). *Propuesta de criterio antropológico para una sistematización de las componentes "teóricas" de la medicina popular, a propósito de la enfermedad del susto*. *Relaciones de la Sociedad Argentina de Antropología*, VIII:164, 171.
43. León C (1963). *El "espanto": sus implicaciones psiquiátricas*. *Acta Psiquiatría y Psicología de América Latina*, 9:207-215.
44. Seijas H (1972). *El susto como categoría etiológica*. *Científica Venezolana*, 23, supl 3:176-178.
45. Seijas H (1973). *An approach to the study of the medical aspects of culture*. *Current Anthropology*, 14:544-545.
46. Adams RN, Rubel AJ (1967). "Sickness and social relations". En: Nash N (comp.). *Handbook of middle American Indians*. Austin: University of Texas (Social Anthropology, vol. 6).
47. O'Neil CW, Selby H (1968). *Sex differences in the incidence of susto in two zapotec pueblos: an analysis of the relationship between sex role expectation and a folk illness*. *Ethnology*, 7:95-105.
48. Hart DV (1969). *Bisayan filipino and Malayan humoral pathologies: folk medicine and ethnohistory in southeast Asia*. Southeast Asia Data Paper 76. Ithaca, NY: Cornell University Press.
49. O'Neil CW (1970). *Respuesta a Seijas*. *Medical Anthropology Newsletter*, 2:1-2.
50. Rubel AJ (1970). *Respuesta a Seijas*. *Medical Anthropology Newsletter*, 2:2-3.
51. Simons R (1980). *The resolutions of the Latah paradox*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168(4):195-206.
52. O'Neil CW (1975). *An investigation of reported "fright" as a factor in the etiology of susto, "magical fright"*. *Ethos*, 3:41-63.
53. Blonde L, Riddick F (1976). *Hypoglycemia: the "undisease"*. *Southern Medical Journal*, 69(10):1261-1265.
54. Permutt MA et al. (1976). "Evaluation of diagnostic tests for reactive hypoglycemia". En: Andreani D et al (comp.). *Current views of hypoglycemia and glucagon*. Nueva York: Academy Press, 269-282. (Proceedings of the Serono Symposium, vol. 30).
55. Pages Larraya F (1967). *La esquizofrenia en tierras aymaras y quechuas*. Buenos Aires: Ed Drusa, 18, 23, 71.
56. Billig O, Gillin J, Davidson W (1948). *Aspects of personality and culture in a Guatemalan community: ethnological and Rorschach approaches*. *Journal of Personality*, 16: 153-187, 326-368.
57. White K (1972). *Health care arrangements in the United States: AD 1972*. EUA: Milbank Memorial Fund Quarterly, 18.
58. Cassel J, Patrick R, Jenkins D (1960). *Epidemiological analysis of the health implications of culture change*. *Annals of the New York Academy of Science*, 84:940.
59. Howard A, Scott A (1965). A proposed frame work for the analysis of stress in the human organism. *Behavioral Science*, 10:141-160.
60. Mason JW (1975). *A historical view of the stress field*. *Journal of Stress Research*, jun. 1975:29.
61. Seyle H (1956). *The stress of life*. Nueva York: McGraw-Hill Book Company, Inc.
62. Scott R, Howard A (1970). "Models of stress". En: Levine S, Scotch NA (comp.). *Social stress*. Chicago: Aldine Publishing Company, 259-278.

63. Dohrenwend BS, Dohrenwend BP (comp.) (1974). *Stressful life events: their nature and effects*. Nueva York: John Wiley & Sons.
64. Levine S, Scotch NA (comp.) (1970). *Social stress*. Chicago: Aldine Publishing Co, 259-278.
65. O'Neill CW (1969). *Human development in a Zapotec community with emphasis on aggression control and its study in dreams*. Tesis de doctorado. Universidad de Chicago.
66. Uzzell D (1974). *Susto revisited: illness as strategic role*. *American Ethnologist*, 1:369-378.
67. Howard A, Scott KD (1962). *Mechanic, students under stress*. EUA: The Free Press, Glencoe, ILL, 4-5.
68. Seyle H (1975). *Confusion and controversy in the stress field*. *Journal of Human Stress*, jun. 1975, 39, 41.

Lecturas recomendadas

- Lara RM et al. (1994). *Medicina y cultura*. México: Plaza y Valdés.
- Mechanic D (1962). *Students under stress*. EUA: The Free Press, Glencoe, Ill.
- Menéndez E (1994). *La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?* *Alteridades*, 7(4):71-83.
- Peretti L (2010). *Las "enfermedades culturales", la etnopsiquiatría y los terapeutas tradicionales de Guatemala*. *Scripta Ethnologica*, núm XXXII. Buenos Aires: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, 17-28.
- Rubel AJ (1966). *Across the tracks: Mexican-american in a Texas city*. Austin y Londres: University of Texas.

El empacho: una enfermedad popular latinoamericana

Roberto Campos-Navarro

CAPÍTULO

38

Conceptos clave

Sistema médico tradicional • Enfermedades populares
• Síndromes culturalmente delimitados • Empacho

Introducción

De acuerdo a estudios antropológicos sobre la medicina popular tradicional de América Latina, resalta la presencia de enfermedades o síndromes culturalmente delimitados como el mal de ojo, el empacho, el susto, los aires y otras entidades nosológicas. La más relevante a nivel de aparato digestivo es el empacho. En este capítulo se hace una presentación general de esta enfermedad considerando su definición, las causas que la provocan, los procesos que conducen a sus manifestaciones clínicas, las formas de construir el diagnóstico, la diversidad de tratamientos y las medidas encaminadas a prevenirla. La finalidad de esta presentación es proporcionar a los estudiantes de las ciencias de la salud los elementos suficientes para entender, comprender y manejar —con un enfoque intercultural— ésta y otras patologías surgidas del saber médico popular.

Definición

De acuerdo al diccionario elaborado por la Real Academia Española, el empacho es definido como una “indigestión de la comida”, y a su vez, el término indigestión es considerado como un “trastorno que por esta causa padece el organismo”, cuando existe un alimento o alguna sustancia “que no se digiere o se digiere con dificultad”.¹

Desde el punto de vista médico interesa destacar, por su uso clínico, la palabra dispepsia, que el mismo *Diccionario de la lengua española* define como una “enfermedad crónica caracterizada por la digestión laboriosa e imperfecta” y coincide con la definición técnica ofrecida por el *Diccionario terminológico de ciencias médicas* que relata el origen griego a partir de las partículas *dys*, mal, y *pepten*, cocer, es decir, nuevamente una “digestión difícil y laboriosa de carácter crónico”.² Es posible concluir que existe una sinonimia terminológica entre empacho y dispepsia, y que otras palabras equivalentes o asociadas son ahito, repleción gástrica, crudeza estomacal, hartazgo y embarazo gástrico.³ Desde un punto de vista histórico vale la pena mencionar que la palabra empacho proviene del latín *impedicāre*, y

luego del francés antiguo *empechier*, que se traduce como estorbar o embarazar/ahitar, causar indigestión.⁴

Si bien se reporta que la palabra empacho es poco usada en España,⁵ la utilización por mestizos y criollos de toda América Latina es generalizada y cotidiana; no obstante, existen palabras amerindias que son propias y similares, por ejemplo, fray Alonso de Molina, en su vocabulario de lengua castellana y mexicana, reporta *moxouitiqui* para el que está ahitado, y *temamatiliztli* o *tepinauiliztli* a la enfermedad del empacho.⁶

En Bolivia se reconoce al empacho como una entidad morbosa, pero es considerada como una forma parcial de obstrucción intestinal que se traduce en problemas de estreñimiento.

En el noreste de Argentina, los pueblos guaraníes consideran que es una enfermedad “natural” o “de Dios”, pues “se origina de una mala digestión o bien por el estado físico de la persona”.⁷

En la historia médica latinoamericana existen reportes sobre el empacho desde el siglo XVI y su continuidad en términos teóricos y prácticos hasta la actualidad, por ello su inclusión en este texto simplemente refleja la importancia, trascendencia y vigencia de una enfermedad de predominio infantil que se ha mantenido en los compartimientos de la medicina popular, y que requiere de una nueva revisión y valoración por las ciencias médicas.⁸

Causalidad

Son múltiples las causas que pueden provocar un cuadro de indigestión o empacho. Según Zolla y colaboradores,⁹ se pueden reconocer cuatro agrupaciones de causas:

1. Calidad de la ingesta:
 - a) Ingestión de sustancias no alimenticias: tierra, chicle, papel, basura.
 - b) Ingestión de frutos no maduros.
 - c) Ingestión de alimentos de difícil digestión: cáscaras de frutas, cuero de cerdo, tortillas crudas, y en el caso de los lactantes, frijol.
 - d) Alimentos en descomposición: arroz agrio.
 - e) Alimentos fríos (el caso reportado con mayor frecuencia es el enfriamiento de la madre al lavar o bañarse, fenómeno que repercute en la calidad de la leche materna al lactar).

- f) Ingestión de alimentos calientes: fruta caliente.
 - g) Ingerir la saliva ("baba") durante el periodo de la dentición.
2. Ingesta excesiva: comer en exceso cualquier tipo de alimentos.
 3. Oportunidad de la ingesta:
 - a) Comer a deshoras, generalmente después de los horarios habituales; esta ingesta ansiosa también provoca que se coma en exceso.
 - b) Comer inmediatamente antes de dormir.
 4. Condiciones o comportamientos ante la ingesta:
 - a) Comer inmediatamente después de haber "hecho un coraje", padecido un "susto" o haber "hecho bilis".
 - b) Comer rápido, con precipitación, en forma desordenada.

Con respecto al primer grupo, los médicos mexicanos del siglo XIX diferenciaban *grosso modo* entre alimentos alíbiles (es decir, digeribles por el organismo) y no alíbiles, que son parcial o totalmente imposibles de ser degradados por las enzimas contenidas en el tracto gastrointestinal. Entre estos últimos estarían los cabellos, el chicle y los hollejos de diversas frutas y legumbres como jitomate, manzana, pera, frijol, uva, maíz palomero, etcétera.

De igual forma se considerarían aquellos elementos alimenticios insuficientemente cocidos como la masa de panes y pasteles, las pastas de sopas sin cocer, las tortillas de maíz que se encuentran todavía crudas e incluso las frutas que no están "a sazón", es decir, que aún están sin madurar.

Existe el supuesto que la ingesta de los alimentos debe ser armónica y equilibrada en relación con las características intrínsecas frías y calientes de los elementos que se consumen. Es por ello que frutas consideradas "frías", como la naranja y la sandía, no deben ser consumidas por las mujeres embarazadas, cuya naturaleza en ese momento es "caliente". En este mismo sentido, la ingestión de alimentos "fríos" o "calientes" por la madre que amamanta puede provocar que la leche "se corte" y dañe al lactante, del mismo modo que si se expone al sol en exceso o sufre un "enfriamiento" cuando lava o se toma un baño. Consecuencia de lo anterior es el llamado "enlechamiento", variedad de empacho que se genera cuando el niño ingiere la leche materna en las condiciones antes anotadas, o bien, la mamá ofrece su leche de manera muy frecuente, en exceso, a "deshoras" o después de sufrir un evento sorpresivo (susto) o un fuerte coraje ("muina"). En todos los casos, la leche se encuentra en grumos, "cortada" o "cruda".¹⁰

En cuanto a los infantes lactantes es importante mencionar que la excesiva producción de saliva durante la aparición de la dentición se ve acompañada de trastornos gastrointestinales, y esas modificaciones son atribuidas al empacho. También es causa de empacho el consumo de la leche que se dejó en biberón durante varias horas y luego se ingiere.

En relación con el segundo grupo, se reconocen en forma universal los daños que corresponden al consumo excesivo de uno o varios alimentos, y ésta es la forma más conocida de empacho por hartazgo.

En el tercer grupo aparecen causas relacionadas con la irregularidad en el consumo de los alimentos, lo que conduce a situaciones contrastantes como la escasa ingesta o, al contrario, comer en exceso. También es causa de empacho dormir inmediatamente después de comer, e incluso, siglos atrás otros médicos establecieron como causal la realización del acto sexual sin que medie un prudente y aconsejable periodo de reposo pospandrial.

Por último, en la cuarta agrupación aparecen causas provocadas por otras enfermedades dependientes de la cultura frecuentes en América Latina, es decir los empachos que se producen a consecuencia de sustos y corajes (antes mencionados para las mujeres que lactan) y los "derrames de bilis" desencadenados por fuertes e intensas experiencias emotivas relacionadas con coraje, "muina" e incluso, penas y tristezas.

En Venezuela, la gente cree que esta enfermedad puede ser "puesta" por alguna hechicería.¹¹ En México sólo se tiene un reporte aislado procedente de la sierra de Sinaloa, donde se le atribuye la causalidad a "una bruja o al Diablo".

Patogenia

En la Península Ibérica, desde el siglo XVIII el *Diccionario de Autoridades* relata que ahitarse es sufrir "embarazo en el estómago con el exceso grande de la comida, o de viandas no fáciles de digerir", y más adelante señala que "la vianda se pega al estómago, y está allí fija".¹² E incluso en Castilla La Mancha se habla de que algún alimento se ha "asentado" y por tanto la persona padece de un "asiento" gastrointestinal.

Del mismo modo, en América Latina, de acuerdo con el saber popular, aquello que causa el empacho queda detenido en el tracto gastrointestinal (se dice que se ha "pegado" a las paredes, y así en Costa Rica al empacho también se le conoce con el nombre de "pega"), y esto podría interpretarse como un cuadro oclusivo parcial (suboclusión), y en casos extremos, oclusivo completo.

Estos cuadros de oclusión parcial o total, así como las complicaciones secundarias, explicarían los signos y síntomas que sufre el paciente. En Cuba, el descubrimiento de una tumoración abdominal (una "pelota" o "pelotica") se constituye en el signo clínico por excelencia.

Epidemiología

Se trata de una enfermedad que afecta a todas las personas, sin importar su edad, género o grupo social. Se ha constituido como una entidad patológica dependiente de la cultura propia de la población latina de América.

Es mucho más frecuente en la edad infantil, sobre todo de uno a cinco años. La morbilidad es mayor durante los

meses de abundancia de frutas, y en el hemisferio norte coincide con la época de lluvias correspondiente al verano.

En la costa del Pacífico, en Guatemala se presenta por igual en adultos que en niños,¹³ mientras que en el Chaco argentino es más frecuente entre los niños porque se considera que ellos tienen su "estómago más débil".⁷

Su mortalidad es desconocida, pero en estudios estadísticos de fallecimientos en una parroquia del valle de México durante el periodo de 1834 a 1867 se encontró que ocupaba el noveno lugar de la mortalidad general, diferenciándose de enfermedades digestivas como diarreas, disenterías y cólera.¹⁴

Signos y síntomas

Desde el punto de vista clínico es importante la distinción popular que se hace entre empacho "seco" y empacho "húmedo". En el primero, los datos se agregan alrededor de un cuadro de estreñimiento o constipación, mientras que en el segundo la diarrea es el signo fundamental. Por ello se invalida la catalogación simplista del empacho como una gastroenteritis caracterizada por la disminución de la consistencia y aumento en la frecuencia de las evacuaciones digestivas.

Existe otra diferenciación clínica entre empachos recientes y antiguos, donde los primeros se manifiestan en forma aguda y abierta, mientras que los segundos se encontrarían ocultos, enmascarados y aparecerían como un hallazgo cuando se efectúa alguna eventual manipulación terapéutica.

Si se entiende al empacho como un síndrome con una variada causalidad, también es posible comprender su diversa configuración clínica. Puede variar desde un sencillo y pasajero dolor abdominal hasta múltiples alteraciones orgánicas que ponen en riesgo la vida del paciente.

Un hartazgo digestivo por lo regular se suele acompañar de signos y síntomas gastrointestinales: dolor de estómago, mareos, náuseas, vómitos y agruras. Si no se resuelve pueden añadirse alteraciones diversas como dolor de cabeza, malestar general, pérdida del apetito, fiebre, en algunas ocasiones estreñimiento y en otras, diarrea.

Una investigación realizada en Guatemala señaló que en 26 casos de empacho, los síntomas más frecuentes fueron diarrea (12), ausencia de apetito (9), cefalea (7), vómitos (5), dolor de estómago (5), distensión abdominal (3), fiebre (2), náusea (2) y otros.¹³

En el noreste de Argentina se considera que un empacho puede complicarse si no es atendido en forma oportuna por los curadores populares (no por el doctor, quien desconoce el tratamiento específico que requiere la enfermedad). De tal modo que el empacho "se queda adentro, no sale y se va subiendo hasta la cabeza, y ahí ya es peligroso, puede dar hasta meningitis", amenazando la vida del paciente.

En este sentido, cabe mencionar que los médicos mexicanos del siglo XIX reconocieron cuatro grupos clínicos en

el empacho. En el primero sólo existen alteraciones debidas a la excitabilidad gastrointestinal, en el segundo se presentan datos de obstrucción intestinal, en el tercero hay datos neurológicos y en el cuarto, otras manifestaciones o "accidentes extraños que pueden desfigurar la expresión de la enfermedad".¹⁵

Diagnóstico

Si se toman como punto de partida los elementos clínicos de la medicina académica (o biomedicina) para construir un diagnóstico basado en el interrogatorio y la exploración (que abarcan la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación), con el empacho es posible utilizar esas mismas herramientas de auxilio. De hecho, el interrogatorio es uno de los principales instrumentos para la elaboración diagnóstica, pues se pregunta a la madre sobre los antecedentes en la ingesta de alimentos, lo que permite conocer la frecuencia, la regularidad, los excesos, sus propiedades frías o calientes (de acuerdo a la clasificación popular), la frescura y madurez de frutas y verduras, el grado de crudeza y cocimiento, la presencia o ausencia de hollejos (cáscaras), su condición de digeribilidad, enfermedades asociadas como susto o haber "hecho bilis". De igual modo se podrá saber si hubo la ingesta de elementos no ingeribles como papel, textiles, cabellos, goma de mascar, tierra u otros.

En la inspección se encuentra a un paciente inquieto, llorón, con facies dolorosa, palidez de piel y tegumentos, con datos compatibles con deshidratación (piel húmeda y fría, hundimiento ocular, fontanela deprimida, etc.). En algunos casos se puede observar el abdomen distendido y en ocasiones una deformidad abdominal por presencia de tumoración.

A la palpación puede corroborarse la presencia de taquicardia y diaforesis debidas a una hipertermia, y en algunas ocasiones, la palpación de una tumoración abdominal en alguna sección del tubo digestivo. Los médicos mexicanos del siglo XIX señalaban, en orden decreciente: íleon, ciego, colon transversal, intestino delgado y por último, el estómago.¹⁶ En Cuba la mayoría de la gente basa el diagnóstico en la presencia de una "bola" o "pelota" en el abdomen.¹⁶ En Honduras se refiere que: "Aparecen ciertas masas redondeadas como del tamaño de un nance, en grupos de tres o más [...], eran detectadas en todo el cuerpo pero fundamentalmente en los brazos".¹⁷

Durante la percusión se escuchará un sonido de matidez o submatidez, en el lugar donde se ha detectado o palpado la tumoración digestiva. En la auscultación se escuchará un aumento en la frecuencia de los ruidos intestinales cuando se trate de un empacho "húmedo" que se relaciona con evacuaciones diarreicas, o bien, su disminución en caso de empacho "seco". Si existiera un problema de oclusión o suboclusión intestinal, la auscultación corresponderá a presencia de los ruidos antes del sitio afectado, y su ausencia (íleo paralítico) en secciones posteriores.

Fuera del paradigma biomédico, en Argentina se construye el diagnóstico de empacho mediante la "medida de la cinta", que se transcribe a continuación:⁷

Se utiliza una cinta de tela (no elástica) de unos 2 cm de ancho y una longitud tres veces la medida del antebrazo del que cura, desde el codo hasta los dedos [...]. El paciente toma un extremo de la cinta y lo coloca sobre el epigastrio o "boca del estómago", el curandero toma el otro extremo, se santigua, y lo pone bajo su codo derecho, estirando este brazo hasta coger la cinta con la mano del mismo brazo. El punto de la cinta donde ha llegado la mano es colocado nuevamente bajo el codo y se repite la acción tres veces en total. A la tercera vez, si no está empachado la mano quedará en el epigastrio del consultante, pero si es un empacho la cinta "se acortará mágicamente" y la mano queda en el pecho, cuello o cabeza del enfermo. Cuanto más alta quede la mano más grave o avanzado será el empacho. Tres veces se repite la medida completa de la cinta haciendo tres cruces en el punto de llegada al paciente. El curandero, durante toda la operación, susurra ininteligiblemente una oración, que es la que tiene el verdadero poder de curación, mientras que la cinta posee el del diagnóstico.

En México, la "tronada o quebrada del empacho" (que se describe en detalle más adelante) constituye diagnóstico diferencial: si se escucha el chasquido o "tronada" se confirma que se trata de un empacho (y con esta maniobra hecha por el curandero o la madre de familia, se curará). Si no se escucha no es empacho y entonces la recomendación es "mejor llévatelo con el doctor". Por ello se requiere establecer una discriminación diferencial con respecto a otras patologías gastrointestinales como las parasitosis, disenterías, colitis amebiana, gastritis y gastroenteritis de origen infeccioso.

Tratamiento

Los tratamientos relativos al empacho suelen ser realizados por las madres de familia, y en casos más complicados o graves por los curanderos. En Argentina existen especialistas denominados "medidores o quebradores de empacho".

En toda América existe una enorme gama de recursos terapéuticos y sus combinaciones para curar el empacho, no obstante, su objetivo es el mismo: desalojar y limpiar el tubo digestivo en cualquiera de sus secciones. Por ello aparecen remedios vegetales y sintéticos de carácter calmante y evacuante como los vomitivos, purgantes y laxantes, digestivos y carminativos e incluso enemas. Los cuadros 38-1 a 38-11 refieren a las plantas medicinales utilizadas en México, Cuba Bolivia y Chile, así como los purgantes y medicamentos empleados en varios países de América Latina para el tratamiento del empacho.

A propósito de tratamientos con elementos farmacológicos de patente, es creencia popular generalizada que se

Cuadro 38-1. Plantas medicinales más utilizadas para el tratamiento del empacho en México durante el siglo xx.¹⁸

1	Hierbabuena
2	Rosa de Castilla
3	Manzanilla
4	Canela
5	Aguacate (hueso)
6	Plátano
7	Arroz
8	Cempasúchil
9	Epazote
10	Maíz

Cuadro 38-2. Algunas plantas medicinales utilizadas para el tratamiento del empacho en Cuba.¹⁶

1	Cayaya
2	Anón
3	Mejorana
4	Hierbabuena
5	Piñón de purga
6	Algodón
7	Pendejera
8	Ajo
9	Chamico
10	Manzanilla de la tierra
11	Manzanilla
12	Manzanilla de costa
13	Semilla de mamey

Cuadro 38-3. Algunas plantas medicinales utilizadas para el tratamiento del empacho en Bolivia.¹⁹

1	Caaré (epazote)
2	Coca (hojas de)
3	Ñianka (cuatro caminos)
4	Naranja
5	Hierbabuena
6	Andai (jocc)

Cuadro 38-4. Algunas plantas medicinales utilizadas para el tratamiento del empacho en Chile.²⁰

1	Manzanilla
2	Poleo
3	Culén (palo de)
4	Paico (hojas)
5	Wilwe
6	Papa rallada
7	Lirio blanco (papa de)
8	Durazno (corteza)
9	Ciruelo (corteza)
10	Toronjil
11	Menta
12	Hinojo

Cuadro 38-5. Purgantes usados en el tratamiento del empacho en México.¹⁸

1	Aceite de comer, de cocina o comestible
2	Aceite de oliva
3	Manteca de puerco
4	Tequezquite
5	Aceite de ricino
6	Sal
7	Carbonato
8	Cenizas
9	Aceite rosado
10	Polvos de bismuto

Cuadro 38-6. Purgantes usados en el tratamiento del empacho en Cuba.¹⁶

1	Agua con sal
2	Aceite comestible
3	Vino seco + agua con ceniza de leña
4	Aceite de mesa
5	Mercurio con agua tibia
6	Piñón de purga
7	Excremento blanco de perro
8	Flor de la ceniza
9	Ceniza de la fruta que provocó el empacho
10	Aceite comestible + sal + ajo
11	Cuero de suela de zapato
12	Agua de mar
13	Caldo de molleja de gallo/gallina + aceite comestible + sal
14	Cuero de chivo de un taburete viejo
15	Resina de guaguasi

Cuadro 38-7. Purgantes usados en el tratamiento del empacho en Perú.²¹

1	Aceite de ricino
2	Sulfato de soda "sal de Inglaterra"

Cuadro 38-8. Purgantes usados en el tratamiento del empacho en Nicaragua.²²

1	Aceite de oliva
2	Aceite de almendras
3	Aceite de castor
4	Leche de magnesia

Cuadro 38-9. Purgantes usados en el tratamiento del empacho en Panamá.²³

1	Frailecillo + sen + malva
2	Jalapa + malva + sen
3	Orina de niño con té de sauco
4	Tamarindo, granada y orina de niño
5	Sen, pulpa de tamarindo y cremor

Cuadro 38-10. Purgantes usados en el tratamiento del empacho en Chile.²⁰

1	Paico + aceite
2	Papa rallada + aceite
3	Aceite comestible + jugo de limón + jugo de papa
4	Poleo + menta + hinojo + manzanilla
5	Aceite de ricino + agua de hierbas + dieta

Cuadro 38-11. Medicamentos más usados en el tratamiento del empacho en México.¹⁸

1	Magnesia (sola), anisada o calcinada
2	Estomaquil®*
3	Alka Seltzer®**
4	Acromicina®***
5	Eritromicina

* Subsalicilato de bismuto + hidróxido de magnesio + carbonato de calcio.

** Acetil salicílico + ácido cítrico + bicarbonato de sodio.

*** Clorhidrato de tetraciclina.

deben evitar medicamentos que reduzcan la movilidad intestinal como los antidiarreicos de tipo astringente (p. ej., caolín y pectina) y los derivados de la butilioscina.

Además de la limpieza digestiva, se realiza un masaje o "sobada" en la superficie abdominal. Las manos del curador se recubren de manteca de cerdo, aceite comestible, sebo de variados animales (gallina, pollo, carnero, cabrito, toro, entre otros), "pan puerco" (pomada grasosa que se hace en México, y que puede contener entre otros elementos la raíz de jalapa). En Honduras se usa también la brillantina. En Cuba, la orina humana y el cocimiento de hojas de chamico, y en Venezuela, mantequilla, aceite de almendras, manteca de cacao mezclados con infusiones de flor de rosa y hojas de col. En algunos casos se suele dejar un emplasto; al respecto, el más famoso en la época colonial era la hoja del tabaco, que ha sido sustituida por la hoja de col o el papel de estraza.

Quizá la manipulación terapéutica más espectacular y específica del empacho corresponde a la "tronada" o quebradura de empacho, que también se conoce como "tirar del cuerito", de cuya utilización hay reportes en México, Cuba, Argentina y Chile. Para realizarla, la persona afectada se acuesta, se le masajea (con la técnica particular de cada curador), y luego se le pone en decúbito ventral, se le soba la espalda, y se le jala la piel ubicada en la región paralumbar, a fin de escuchar un tronido o chasquido, es decir, un sonido seco e intenso, que es específico de la curación del empacho.

Esta técnica provoca aumento del peristaltismo gastrointestinal por estimulación de las raíces nerviosas correspondientes al plexo solar, y obliga al paciente a evacuar en forma inmediata. Otra explicación, desde el modelo de la acupuntura tradicional china, es que la zona donde se "tira del cuerito" corresponde a canales y meridianos que

controlan órganos internos con función digestiva, por lo que aumenta su actividad.

Sean las plantas medicinales, las sales minerales, los medicamentos de patente, las purgas o las técnicas manuales, se busca el incremento de la actividad gastrointestinal, la salida de aquello que provoca el empacho, y la máxima prueba demostrativa es visualizarlo en las heces fecales o —en otros casos— encontrarse con evacuaciones extraordinariamente fétidas.

A pesar de la infinita cantidad de remedios con cierta eficacia, es aconsejable prohibir el uso de algunas sustancias relacionadas con el plomo y el mercurio, como la greda, el albayalde y el azarcón, que aún se suele utilizar en algunas partes del continente americano.²⁴⁻²⁸

Por otro lado, es interesante constatar que en algunos países aún se ofrecen rituales religiosos para la cura del empacho. Por ejemplo, en Cuba, en los primeros años posteriores a la Revolución, en las zonas rurales de Camagüey se continuaban los rezos, oraciones, masajes con la señal de la cruz en la superficie abdominal y el uso asociado de purgantes. Una campesina relata:¹⁶

Lo malo que tiene el empacho es la pelota que se forma, que hasta que uno no la hace bajar se está empachado. El remedio que conozco es que otra persona se embarra una mano en aceite y se la va pasando al empachado por la barriga para localizar la pelota. Cuando la tiene localizada, la otra persona dice la oración: "Padre, Hijo y Espíritu Santo. Amén", y hace una cruz en la pelota. Esto lo hace y lo dice tres veces. Después, con las dos manos empuja la pelota hacia abajo, para hacerla bajar para el intestino y dice la oración: "Igual que Pilatos a Jesús empujó, este empacho maldito lo empujo yo".

Entonces se le da al enfermo una taza de agua con sal y una cucharada de aceite de comer.

Procedente de Uruguay es la siguiente receta:³⁰

Se fricciona el estómago en cruz y se repite tres veces: "¿Qué corto? Ríos de agua o agua o comida encharcada. Eso mismo corto yo. En el nombre de Dios y de la Virgen María". (Se repite tres veces).

En México, muchas madres de familia inician los tratamientos populares, e incluso con medicamentos de patente, con la fórmula: "En el nombre sea de Dios". Como se mencionó, en Argentina (pero también en Cuba), el empleo de la cinta de medir —ritual originario de las comunidades valencianas de España— se considera como una forma diagnóstica que al mismo tiempo tiene efectos curativos. La percepción colectiva generalizada es que la ceremonia posee una elevada eficacia.³⁰

Prevención

De acuerdo a la mencionada multicausalidad del empacho, la prevención es particular y específica. La mayoría de las medidas preventivas son transmitidas en el ámbito doméstico por la vía del género, es decir, a partir de la cadena femenina compuesta por la abuela-madre-hija embarazada.

Las observaciones realizadas sobre la transmisión de saberes y prácticas médicas populares señalan el periodo de embarazo como la etapa inicial donde las mujeres son aleccionadas, por otras de mayor experiencia, sobre lo que deben y no deben hacer durante el embarazo, el parto, el puerperio y los cuidados del recién nacido. Son precisamente sus madres, suegras, abuelas, tías y vecinas las encargadas de brindar de manera espontánea los conocimientos basados en sus propias experiencias.

Por ejemplo, en la alimentación de los lactantes con ablactación se suele recomendar —entre otros elementos— el uso del frijol, pero siempre indicándose quitar el hollejo que envuelve a las semillas. No siempre se explican las razones de tal práctica, pero sabemos que corresponde a una medida para evitar el sufrimiento de empacho. Siguiendo este mismo razonamiento, se debe evitar la ingestión de sustancias no alimenticias como papel, tierra, hebras textiles, cabellos, chicles, entre otros. De igual forma, no permitir la ingestión de frutas sin madurar o que tengan cáscara; los alimentos insuficientemente cocidos (sopas de pasta, la masa con que se preparan galletas, panes y pasteles); alimentos en proceso de descomposición; aquellos que en el ámbito local son reconocidos como demasiado fríos o calientes para el estado corporal de los niños que los consumen, y que los bebés con reciente dentición no ingieran la saliva que ya salió de su boca (la cual se conoce en México como "baba").

Por supuesto, no comer en forma excesiva, precipitada y en desorden, sino hacerlo en forma regular con horarios cotidianos, y no dormir inmediatamente después de cenar, ni tampoco comer de manera inmediata después de haber sufrido un coraje o un susto.

Epílogo

Para finalizar, unos versos de las coplas gauchas de Marcelino M. Román:³¹

Para atacar los empachos
y ayudar bien a la cura
la yerba del pollo es buena,
y el paico y la escobadura.

Preguntas de repaso

1. ¿Por qué el estudiante de ciencias de la salud en América Latina debe tener conocimiento de los síndromes culturalmente delimitados, es decir, de las enfermedades construidas popularmente?
2. ¿Desde cuándo se puede detectar la presencia del empacho como un problema gastrointestinal en la documentación histórica mexicana?
3. ¿Cuáles son las principales plantas medicinales empleadas para curar el empacho en México y en la región andina?
4. ¿En qué consiste el procedimiento llamado "tirar el cuerito" o "quebrar" el empacho?
5. ¿En cuáles países de América Latina se utiliza una cinta para diagnosticar y curar el empacho?

Bibliografía

Referencias

1. Real Academia Española (1992). *Diccionario de la lengua española*, 21a. ed. Madrid: Espasa.
2. Diccionario terminológico de ciencias médicas (1983). México: Salvat Mexicana de Ediciones.
3. Sainz de Robles F (1969). *Ensayo de un diccionario español de sinónimos y antónimos*. Madrid: Aguilar.
4. Diccionario enciclopédico UTEHA (1951).
5. Moliner M (1979). *Diccionario de uso del español*. Madrid: Gredos, Biblioteca Románica Hispana:1080.
6. De Molina A (1970). *Vocabulario en lengua castellana y mexicana y mexicana y castellana*. México: Porrúa.
7. Pérez Samaniego C (1988). "El empacho en el nordeste argentino". En: Kroeger y Ruiz-Cano (comp.). *Conceptos y tratamientos populares de algunas enfermedades en Latinoamérica*. Cuzco: Centro de Medicina Andina.
8. Campos-Navarro R (comp.) (2000). *El empacho en la medicina mexicana*. Antología (siglos XVI-XX). México: Instituto Nacional Indigenista.
9. Zolla C, del Bosque S, Tascón A, Mellado V (1988). *Medicina tradicional y enfermedad*. México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social; 76.
10. Zolla C (1994). *Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana*. México: Instituto Nacional Indigenista.
11. Pollak Eltz A (2001). *La medicina tradicional venezolana*. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.
12. Real Academia Española (1976). *Diccionario de Autoridades*. Edición facsímil. Madrid: Biblioteca Románica Hispánica, Editorial Gredos, 1726.
13. Weller S, Ruebush T, Klein R (1992). *An epidemiology description of a folk illness: a study of empacho in Guatemala*. Anthropological Approaches to the Study of Ethnomedicine. Gordon and Breach Science Publishers.
14. Campos-Navarro R, Vargas A (2002). *La mortalidad por empacho en el suroeste del Valle de México*. Bol Hosp Inf Mex; 59:345-355.
15. Vargas G (2000). "¿Existe el empacho en los niños? Los insignes doctores mexicanos Miguel F. Jiménez, Eduardo Liceaga y Juan María Rodríguez se preguntan y responden sobre dicha interrogante". En: Campos-Navarro R (comp.). *El empacho en la medicina mexicana*. Antología (siglos XVI-XX). México: Instituto Nacional Indigenista.
16. Seoane J (1988). *El folclore médico de Cuba*. Provincia de Camagüey. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales, 313-328.
17. Maldonado C (1992) *Estudio sobre la medicina popular en el Valle de Comayagua, Honduras*. Medicina Tradicional México: 11(8):28-36.
18. Tascón A (2000) "Plantas utilizadas en el tratamiento del empacho en México (siglos XVI al XX)". En: Campos-Navarro R (comp.). *El empacho en la medicina mexicana*. Antología (siglos XVI-XX). México: Instituto Nacional Indigenista, 293-300.
19. De Lucca M, Zalles J (1996). *Ñana mya Ñandarëta Rupigua (plantas medicinales de nuestro territorio)*. Tomo I Enfermedades más importantes del Chaco. La Paz, Bolivia, 46-47.
20. Citarella L et al. (1995). *Medicinas y culturas en la Araucanía*. Santiago de Chile: Ed Sudamericana, 338-339, 365.
21. Valdizán H, Maldonado A (1985). *La medicina popular peruana. Contribución al folclore médico del Perú*. Lima, 1922.
22. Mancheno M (1988). "La concepción popular de la enfermedad diarrea en la región 'Las Segovias', Nicaragua". En: Kroeger, Ruiz Cano (comp.). *Conceptos y tratamientos populares de algunas enfermedades en Latinoamérica*. Cuzco: Centro de Medicina Andina, 156.
23. Pérez de Zárate D (1995). *Acerca de la medicina folklórica panameña*. Panamá: Editorial Universitaria, 1995:60.
24. Geffner M, Sandler A (1980). *A folk medicine remedy for gastroenteritis*. Clinical Pediatrics;19(6):435-437.
25. Montoya MA, López G, Hernández A, Rubio S (1984). *Asarcón: una causa más de intoxicación por plomo*. Revista Médica del IMSS, 22:271-274.
26. Trotter R (1985). *Greta and azarcon: a survey of episodic lead poisoning from a folk remedy*. Human Organization, 44(1):64-72.
27. Baer R, Ackerman A (1988). *Toxic Mexican folk remedies for the treatment of empacho: the case of azarcon, greta and al-bayalde*. Journal of Ethnopharmacology, 24:31-39.
28. Baer R, García de Alba J, Cueto LM et al. (1989). *Lead based remedies for empacho: patterns and consequences*. Social Science and Medicine;29(12):1373-1379.
29. Pereda I (1968). *Magos y curanderos*. Medicina popular y folclore mágico. Montevideo.
30. Campos-Navarro R (comp.) (2011). *De cómo curar el empacho (y otras yerbas)*. Textos botánicos, antropológicos, testimoniales y poéticos sobre el empacho en la Argentina. Buenos Aires: Ediciones Continente/Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.
31. Gudiño L (1942). *Médicos, magos y curanderos*. Buenos Aires: Emecé.

Lecturas recomendadas

Campos-Navarro R (comp.) (2006). *Textos peruanos sobre el empacho* (1612-2006). Lima: UNAM/AMARES.

Campos-Navarro R (2009). *Medir con la cinta y tirar del cuerito. Textos médicos sobre el empacho en la Argentina*. Buenos Aires: Ediciones Continente/Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Campos-Navarro R, Aguilar A (2000). "Prácticas y saberes populares sobre alimentación y medicina tradicional". En: Escobar, Espinoza, Moreira (eds.). *El niño sano*. México: Manual Moderno/JGH Editores.

Herbolaria. Tratamientos populares y el personal de salud

Abigail Aguilar • María Edith López • Santiago Xolalpa

CAPÍTULO

39

Conceptos clave

Herbolaria • Plantas medicinales • Biodiversidad

Introducción

México es poseedor de una gran riqueza florística que le permite ocupar el cuarto lugar a nivel mundial, y además es pluricultural, dado que lo conforman más de 62 culturas indígenas. Esta circunstancia permite observar la estrecha relación entre la población indígena y las plantas, el gran conocimiento que de ellas tiene y la apropiación que hace de su entorno vegetal para diversos fines, uno de ellos es la salud.

En el campo de la salud, la herbolaria o el conjunto de plantas utilizadas como medicamento, representa el principal recurso terapéutico de la medicina indígena, que por lo general es menospreciada por los profesionales de la medicina alópata. Al desconocer los padecimientos, los tratamientos terapéuticos y el recurso herbolario de la medicina tradicional popular, difícilmente podrá el personal de salud comprender a los pacientes de las comunidades indígenas del país. Por esta razón es necesario familiarizar a los trabajadores del sector salud con el tema de la herbolaria, desde cuál ha sido su historia y hacia dónde se dirige, hasta proporcionarles las herramientas necesarias para conocerla y que puedan dialogar con sus pacientes y pares de la medicina indígena, para ir abriendo un camino en la salud intercultural.

Crónica histórica de la herbolaria mexicana

El estudio moderno de las plantas medicinales se ha diversificado de manera abrumadora en los últimos 20 años. Análisis moleculares, identificación química de principios activos y desarrollo biotecnológico de fitofármacos son sólo algunos de los campos actuales del conocimiento científico sobre plantas medicinales. Pero la alta tecnología involucrada en todos estos trabajos podría también deslumbrar y hacer perder de vista el fundamento de todo este desarrollo. Por supuesto, muchos de ellos empiezan por dejar de lado y hacer desaparecer al actor social, es decir, a los curanderos, las parteras y los hueseros, entre otros, que han conformado este conocimiento y lo han preservado a lo largo del tiempo.

Los sanadores, curanderos o médicos tradicionales siempre han sido menospreciados y relegados a una condición casi clandestina en el ejercicio de su quehacer médico, y no fue sino hasta el decenio de 1990-1999 cuando se inició un movimiento de reconocimiento y valoración de los recursos humanos de la medicina tradicional mexicana.

El conocimiento que los herbolarios y la población mexicana han desarrollado de su flora con aplicación médica es vasto y se ha ido desarrollando a lo largo de por lo menos cinco siglos, y se observa que la herbolaria mexicana amalgama el conocimiento nativo y aquel introducido con posterioridad a la Conquista, lo que ha generado un mestizaje del conocimiento médico basado en la botánica que en la actualidad continúa en un proceso dinámico de cambio.

La presencia de la herbolaria a lo largo del territorio nacional mexicano es un hecho evidente, y su utilización en muchas ocasiones representa las acciones primarias de atención a la salud, así como el recurso terapéutico más frecuente que atiende los padecimientos propios de cada grupo humano.

La historia da cuenta del conocimiento herbolario que tenían los antiguos mexicanos, prueba de ello es lo escrito por Hernán Cortés en su segunda *Carta de relación a Carlos V* (siglo XVI), donde apunta:

[...] hay calles de herbolarios, donde hay raíces y hierbas medicinales que en la tierra se hallan. Hay casas como de boticarios donde se venden medicinas, como ungüentos y emplastos.

Debido a lo anterior, se observa que el saber sobre la flora medicinal estaba extendido entre los médicos *titiciltl* y la población en general. Los *titiciltl* (hoy llamados médicos tradicionales indígenas) y la herbolaria han sido desde siempre parte de nuestra cultura médica, como se ve representado en los códices prehispánicos y en el mural de Tepantitla, en Teotihuacan.

Los conocimientos ancestrales sobre la herbolaria fueron registrados después de la Conquista española en varias obras como el *Libellus de medicinalibus indorum herbis* del médico curandero Martín de la Cruz, manuscrito traducido al latín por otro curandero llamado Juan Badiano en 1552; la *Historia general de las cosas de la Nueva España*, escrita en 1548 por fray Bernardino de Sahagún, y la monumental obra que Francisco Hernández escribiera entre 1570 y 1577,

por orden real de Felipe II, y que se titularía *Historia natural de Nueva España*.¹

A finales del siglo XVIII, en plena Ilustración, se organizó, por orden de Carlos III, la Real Expedición Botánica de la Nueva España, cuyo objetivo era conocer la flora de esta colonia y enviar los especímenes a la metrópoli española, así como formar un jardín botánico e impartir la cátedra de botánica en ese territorio.²

La expedición, dirigida por el médico y botánico Martín Sessé, contó con la participación de notables figuras de las ciencias, como el farmacéutico y botánico Vicente Cervantes, el primer profesor en impartir el Real Estudio Botánico conforme las ideas de clasificación del médico y botánico sueco Carlos Linneo. Entre los discípulos de Cervantes apareció la figura de José Mariano Mociño, joven médico oriundo de Temascaltepec, Estado de México, quien destacó por su clara inteligencia y por su capacidad para describir y clasificar las plantas, y que formaría parte del equipo de la Real Expedición Botánica de la Nueva España.³

En esa época, finales del siglo XVIII y principio del XIX, se clasificaron desde un punto de vista científico, por primera vez en la historia de la botánica médica mexicana, las plantas medicinales de México, y se llevaron a cabo los primeros estudios experimentales y clínicos utilizando la herbolaria. En 1801, Mociño sugirió la formación de una materia médica mexicana y proponía ciertas plantas para su estudio y uso, ordenándolas por categorías según sus propiedades terapéuticas, de las cuales se mencionan las siguientes:

- Astringentes: ulli (*Castilloa elastica*).
- Estimulantes: yoloxochitl (*Talauma mexicana*).
- Corrosivos: chilli (*Capsicum annum*).
- Picantes suaves: yerba santa (*Piper sanctum*).
- Narcóticos: yerba toloache (*Datura stramonium*), tabaco (*Nicotiana tabacum*).
- Refrigerantes: timbiriche (*Bromelia karatas*).
- Demulcentes: yerba dulce (*Lippia dulcis*).
- Febrífugos, tónicos y antisépticos: prodigiosa (*Briellia spp.*).
- Antiespasmódicos: raíz del gato (*Valeriana spp.*).

Como es evidente, el estudio de las plantas medicinales hace dos siglos marcó el inicio de la investigación científica de las plantas medicinales, según los cánones de la época, pero no se menciona o reconoce quién fue el herbolario o curandero que aportó la experiencia y tuvo el conocimiento.

Avances durante los siglos XIX y XX

Consolidada la Independencia de México, en 1888 se fundó por decreto presidencial el Instituto Médico Nacional, que se constituyó como el primer centro científico de corte multidisciplinario. Su objetivo de trabajo era el estudio de la flora médica del país, y cabe destacar que su programa inicial abarcó el estudio de doce especies, entre ellas el *yoloxó-*

chitl, nopalillo, *zoapatli*, yerba de Puebla, colorín, añil, yerba del burro, llorasangre y matarique.

Las investigaciones de las plantas medicinales se daban a conocer en las publicaciones periódicas del Instituto Médico Nacional, como la revista *El Estudio* (1889-1893) y los *Anales del IMN* (1894-1914). Otras obras publicadas por el Instituto en el transcurso de los años 1894-1898-1900 fueron *Datos para la materia médica mexicana*, *Materia médica mexicana* y *Monografías mexicanas de materia médica*; en 1902 se editó *Curso de historia de drogas*, de Juan Manuel Noriega, y en 1913 se publicó la obra *Farmacológica nacional*.⁴

En esa época, finales del siglo XIX, se presentaron en la Facultad de Medicina 106 tesis sobre el estudio de plantas medicinales, las cuales eran un requisito para optar a las licenciaturas de médico cirujano y obstetra, médico sanitaria militar y farmacéutico.⁵ Tras un cuarto de siglo de funcionamiento, el Instituto Médico Nacional desapareció el 6 de septiembre de 1915 por orden del presidente Venustiano Carranza.⁶

En 1933, Maximino Martínez, botánico autodidacta, decidió tomar en cuenta el saber popular enviando una encuesta a todos los maestros rurales del país con el objetivo de que registraran en sus comunidades los usos medicinales de las plantas y trataran de recolectarlas; con esa información se publicó el libro *Las plantas medicinales de México*, que es ya un clásico de la literatura sobre el tema.

En 1950 apareció la magnífica obra de Francisco Guerra *Bibliografía de la materia médica mexicana*, y en 1952 se publicó la *Nueva farmacopea mexicana* de la Sociedad Farmacéutica Mexicana.

Los avances significativos en el estudio de la herbolaria durante el siglo XX se dieron a partir de la década de 1970-1979, primero con la fundación, en 1975, del Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales (IMEPLAM), cuyo esquema de trabajo era interdisciplinario y su objetivo principal de estudio fue conocer y convalidar en forma experimental el uso popular medicinal de las plantas mexicanas.⁷

Durante su corta vida (apenas cinco años), esta institución presentó avances y logros sorprendentes dentro de la botánica médica, primero al tomar en cuenta el trabajo etnobotánico para conocer con más detalle el uso, la forma de recolección y la biología de una planta medicinal a partir del acercamiento con aquellos que tenían la experiencia y el conocimiento sobre las plantas medicinales, es decir, con los viejos *ticitl* o médicos tradicionales, entrevistándolos y procediendo a la recolección de las plantas. En segundo lugar, la formación del primer herbario especializado en flora medicinal del país, y en tercer lugar, tomar en cuenta la información de campo recopilada por los etnobotánicos para formular los modelos experimentales en farmacología y fotoquímica, y así convalidar de manera experimental ese uso popular de las plantas medicinales mexicanas. Sin embargo, el aspecto fundamental fue tomar en cuenta y reconocer por primera vez a los poseedores del conocimiento.

A partir de estos estudios etnobotánicos médicos fue posible conocer nuevos usos medicinales de plantas para enfermedades de la época como la diabetes mellitus, observando que diversas especies de *Opuntia* y la raíz de *Crataegus pubescens* Steud se utilizan popularmente para regular los niveles de glucosa.^{3,8}

El IMEPLAM fue integrado posteriormente al Instituto Mexicano del Seguro Social (década de 1980-1989) y, por primera vez en la historia de una institución de salud pública, se implementó un programa piloto sobre medicamentos herbolarios, administrando a los pacientes hojas de *Psidium guajava* L. para el tratamiento de trastornos del aparato digestivo, y flores de *Gnaphalium* para el tratamiento de afecciones del aparato respiratorio, todo esto a partir del análisis de la información etnobotánica del herbario Instituto Mexicano del Seguro Social.⁹

Por otro lado, en el decenio de 1980-1989 se conformaron asociaciones civiles que trabajaban los aspectos de la salud y nutrición en las comunidades. Dichas asociaciones promovieron el Movimiento de Salud Popular, con la formación de los llamados "promotores de la salud", quienes conocían o comenzaron a estudiar el arte de curar con hierbas medicinales; por lo general, este personal mostró interés en trabajar en pos de la salud de su comunidad, llámense curanderos, hierberos, parteras o jóvenes que se iniciaban en el conocimiento de las plantas medicinales. Fue aquí donde la investigación académica fue rebasada por la acción; la gente estaba urgida de propuestas "herbolarias" para sanar algunas afecciones; también se iniciaron las llamadas "caminatas botánicas" con los promotores de salud para conocer la flora medicinal de una región determinada y propiciar el intercambio de experiencias y conocimientos entre los habitantes del lugar y el investigador. De esta manera se fomentó la elaboración de los "miniherbarios" de plantas medicinales, que desde entonces rescatan y representan la memoria médica botánica de las comunidades.

En el decenio de 1990-1999 las instituciones gubernamentales y de salud empezaron a reconocer en forma más abierta el quehacer de los herbolarios o médicos tradicionales, y se formaron las asociaciones de médicos tradicionales indígenas, que continúan hasta estos días. Esto es de suma relevancia para el país y para la medicina mexicana. En lo referente al recurso herbolario, se dio un paso importante con la elaboración y venta de medicamentos con plantas medicinales nativas, que contaban con el aval de herbario exigido por la Secretaría de Salud para la comercialización de estos productos.

Por otro lado, gracias al primer herbario de plantas medicinales del país (el actual Herbario Medicinal del Instituto Mexicano del Seguro Social), se propusieron los primeros cuadros básicos de flora medicinal, tomando en cuenta la sabiduría y experiencia de los curanderos y curanderas de México. Asimismo, se evidenció la existencia de plantas que se usan para el mismo padecimiento en el norte, sur, este y oeste del territorio nacional.¹⁰ A su vez, se realizaron los

cuadros básicos por aparatos y sistemas del cuerpo humano¹¹ y por enfermedades (cuadro 39.1).¹²

Avances en el siglo XXI

En el siglo XXI continúa la creación de hospitales "mixtos", que brindan de manera conjunta los servicios de la medicina alópata y la medicina tradicional herbolaria, donde atienden médicos académicos y curanderos, dejando al paciente la decisión de elegir el tipo de medicina con la cual desea ser atendido. Estos hospitales mixtos dependen de la Secretaría de Salud, a nivel federal y estatal, además del Instituto Mexicano del Seguro Social. En este último nivel se imparte un Curso Monográfico de Medicina Tradicional y Herbolaria a los médicos del Instituto, avalado por las Coordinaciones de Investigación y Enseñanza Médica de dicha institución; por su parte, la Secretaría de Salud comienza a impartir un curso similar a sus médicos.

La aparición de la *Farmacopea herbolaria de los Estados Unidos Mexicanos*¹³ enfatiza la importancia de las plan-

Cuadro 39-1. Cuadro básico de recursos herbolarios de México.

Grupo 1. Recursos herbolarios para el tratamiento de padecimientos gastrointestinales		
	Nombre científico	Nombre común
Desparasitantes	<i>Chenopodium ambrosioides</i>	Epazote
	<i>Artemisa ludoviciana</i> spp. mexicana	Estafiate
	<i>Cucurbita pepo</i>	Calabaza
	<i>Ficus</i> spp.	Higuera
	<i>Castela texana</i>	Chaparro amargoso
	Digestivos	<i>Matricaria recutita</i>
<i>Mentha spicata</i>		Hierbabuena
<i>Chrysanthemum parthenium</i>		Santa María
<i>Cinnamomum zeylanicum</i>		Canela
<i>Tagetes lucida</i>		Pericón
<i>Marrubium vulgare</i>		Marrubio
Laxantes	<i>Foeniculum vulgare</i>	Hinojo
	<i>Ricinus communis</i>	Higuerilla
	<i>Tamarindus indica</i>	Tamarindo
	<i>Cassia fistula</i>	Cañafístula
	<i>Prunus domestica</i>	Ciruela
	<i>Perezia hebeclada</i>	Pipitahuac
Antidiarreicos	<i>Psidium guajava</i>	Guayaba
	<i>Calea zacatechichi</i>	Prodigiosa
	<i>Plantago mayor</i>	Llantén
Coleréticos	<i>Taraxacum officinale</i>	Diente de león
	<i>Peumus boldus</i>	Boldo

(continúa)

Cuadro 39-1. Cuadro básico de recursos herbolarios de México (continuación).

Grupo 2. Recursos herbolarios para el tratamiento de padecimientos respiratorios		
	Nombre científico	Nombre común
Antitusígenos	<i>Sambucus mexicana</i>	Sauco
	<i>Gnaphalium semiamplexicaule</i>	Gordolobo
	<i>Bougainvillea glabra</i>	Bugambilia
	<i>Allium cepa</i>	Cebolla
Broncodilatadores y antimicrobianos	<i>Eucalyptus globulus</i>	Eucalipto
	<i>Thymus vulgaris</i>	Tomillo
	<i>Rosmarinus officinalis</i>	Romero
	<i>Crescentia alata</i>	Cuatecomate
	<i>Origanum vulgare</i>	Orégano

Grupo 3. Recursos herbolarios para el tratamiento de afecciones de la piel y traumatismo		
	Nombre científico	Nombre común
Agentes antimicrobianos	<i>Solanum hispidum</i>	Sosa
	<i>Verbena carolina</i>	Verbena
	<i>Euphorbia prostrata</i>	Hierba de la golondrina
Antiinflamatorios	<i>Aloe barbadensis</i>	Sábila
	<i>Heterotheca inuloides</i>	Árnica
Cicatrizantes	<i>Cuphea aequipetala</i>	Hierba del cáncer
	<i>Amphipterygium adstringens</i>	Cuachalalate
	<i>Agave mexicana</i>	Magüey
	<i>Jatropha curcas</i>	Sosa

Grupo 4. Recursos herbolarios para el tratamiento de padecimientos cardiovasculares		
	Nombre científico	Nombre común
Hipotensores	<i>Casimiroa edulis</i>	Zapote blanco
	<i>Sechium edule</i>	Chayote
Cardiotónicos	<i>Talauma mexicana</i>	Yoloxóchitl
	<i>Chirantodendron pentadactylon</i>	Flor de manita
	<i>Digitalis purpurea</i>	Dedalera

Grupo 5. Recursos herbolarios para el tratamiento de los síntomas de diabetes y trastornos metabólicos		
	Nombre científico	Nombre común
Hipoglucemiantes	<i>Opuntia</i> sp.	Nopal
	<i>Tecoma stans</i>	Tronadora
Hipocolestere-miantes	<i>Eryngium carlinae</i>	Hierba del sapo

(continúa)

Cuadro 39-1. Cuadro básico de recursos herbolarios de México (continuación).

Grupo 6. Recursos herbolarios para el tratamiento de padecimientos urinarios		
	Nombre científico	Nombre común
Diuréticos	<i>Zea mays</i>	Pelos de elote
	<i>Equisetum hyemale</i>	Cola de caballo
Cálculos renales	<i>Larrea tridentata</i>	Gobernadora
	<i>Guatteria gaumeri</i>	Yumel

Grupo 7. Recursos herbolarios para el tratamiento del aparato reproductor femenino		
	Nombre científico	Nombre común
Oxitócicos	<i>Montanoa tomentosa</i>	Zoapatle
Periodo menstrual	<i>Ruta chalepensis</i>	Ruda
	<i>Lippia dulcis</i>	Hierba dulce
Antimicrobiano	<i>Piper</i> spp.	Acuyo

tas medicinales en este inicio de siglo, específicamente para su utilización industrial. Por otro lado, hay que resaltar su *Extrafarmacopea*, en la que algunas plantas mexicanas son monografiadas y se mencionan numerosos ejemplos de plantas de amplio uso popular que sólo cuentan, por el momento, con el respaldo del trabajo etnobotánico.

El Programa México País Multicultural de la Universidad Nacional Autónoma de México, ahora denominado Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad (UNAM) y la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, publica en formato digital la obra *Biblioteca de la medicina tradicional mexicana*, con diferentes enlaces sobre el tema,¹⁴ mientras que la Comisión Nacional de la Biodiversidad publica diversos tomos sobre el Capital Natural de México, dando a conocer la situación actual de la flora medicinal de México.¹⁵

Respecto a los programas llevados a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social, como investigación clínica directamente con pacientes a los que se ha administrado el producto natural, se tiene en los últimos años el uso de *Cecropia obtusifolia* Bertol (guarumbo) para bajar los niveles de azúcar de los diabéticos;¹⁶ *Hibiscus sabdariffa* L. (jamaica) en el caso de pacientes con colesterol elevado e hipertensos;¹⁷ *Solanum chrysothrichum* (Sosa) para eliminar la *Tinea pedis*,¹⁸ y para eliminar *Candida* en afecciones vaginales.¹⁹ Las investigaciones clínicas han tenido mucha aceptación por parte de la población derechohabiente.

La Secretaría de Salud, a través de su Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, propuso el fortalecimiento de los servicios de salud con la medicina tradicional, incluyendo la herbolaria, principal recurso terapéutico de esta medicina, en el marco legal de una política nacional de Medicina Tradicional, inscrita en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 con el Programa de acción de Medicina Tradicional y Sistemas Complementarios; así

formó los Hospitales Integrales con Medicina Tradicional. En estos nosocomios se incluye el parto vertical como antaño se practicaba en algunas partes del país, y las farmacias verdes donde se encuentran preparados galénicos y las propias plantas medicinales.²⁰

La Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud (CIFRHS), de la Secretaría de Salud, a partir de 2008 está trabajando en las políticas educativas para el establecimiento de la maestría o especialidad médica sobre Medicina Tradicional y Herbolaria.

A su vez, el gobierno de la Ciudad de México, impulsó en 2009 la incorporación de la herbolaria, acupuntura y homeopatía en sus diversos hospitales y clínicas del territorio capitalino, que abarcan una población de millones de habitantes que pueden recurrir a este tipo de medicinas. De esta manera, otorga reconocimiento a la sabiduría médica herbolaria ancestral, y al mismo tiempo valora lo que ésta representa para darla a conocer y potenciar su aplicación en sus servicios de salud.

Reflexiones en contexto

En la actualidad, no es posible tocar el tema del estudio de las plantas medicinales en México sin abordar la discusión global que hoy se desarrolla en relación con el uso de la biodiversidad y su conservación en el planeta.

A partir de la declaratoria de la Convención para la Biodiversidad en 1992, donde se estableció la necesidad de preservar el recurso biológico del planeta y el derecho soberano que tienen los pueblos sobre el uso y usufructo de esta riqueza, se plantearon diversas interrogantes con respecto a los mecanismos más adecuados para la conservación tanto del recurso biológico, como del conocimiento que sobre el mismo han desarrollado los diferentes grupos humanos que hacen uso de la biodiversidad.

En oposición con la percepción de la naturaleza que sustentan diversos grupos humanos, para los cuales es impensable agregar un valor económico a un entorno que forma parte de su existencia y satisface múltiples necesidades, incluidas, por supuesto, las simbólicas, una de las alternativas que se ha propuesto como viable para la conservación de la biodiversidad es la asignación de un valor económico tanto por los servicios ambientales que brinda, como por la riqueza que se genera a partir de su utilización en diferentes ámbitos industriales, en particular el farmacéutico.

De acuerdo con los actuales marcos comerciales establecidos por la Organización Mundial del Comercio (OMC), y el tratado de protección de derechos de propiedad intelectual vigente (acuerdo TRIPS: *Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights*), la biodiversidad necesita adquirir valor económico para poder ser valorada, y los productos que se deriven de ella puedan brindar beneficios a los poseedores del conocimiento sobre el recurso.²¹ No obstante, diversas organizaciones indígenas y no gubernamentales han planteado la inviabilidad de esta asignación de valor econó-

mico a la biodiversidad, así como la improcedencia de la "privatización" de un saber socializado. De la misma manera, se han pronunciado por la necesidad de establecer un nuevo tratado sobre propiedad intelectual específico para proteger tanto al conocimiento tradicional sobre la biodiversidad, como a sus poseedores.^{22,23}

En forma paralela al surgimiento de la Convención para la Biodiversidad, a principios de la década de 1990-1999, se manifestaron los llamados estudios bioprospectivos que implican, a partir del conocimiento generado por las distintas culturas humanas sobre sus recursos biológicos, la identificación de nuevas sustancias o procesos tecnológicos susceptibles de aplicación industrial.²⁴

Es tentador mirar al pasado y reconocer como bioprospección numerosos trabajos botánicos, etnobotánicos y antropológicos, pero los estudios bioprospectivos tienen una íntima relación con el desarrollo de la biotecnología, por lo cual no podrían haber sido realizados con anterioridad, dado que no existían los elementos tecnológicos requeridos para su ejecución. Aun así, es posible reconocer en las investigaciones de botánica económica los incipientes trabajos de bioprospección.

Asimismo, los trabajos bioprospectivos surgen con dos condicionantes que tienden a enmarcarlos como necesarios para la conservación de la biodiversidad. En primer lugar, los generadores del conocimiento sobre el recurso de interés deben ser copartícipes de los beneficios que se generen a partir de los descubrimientos que se realicen, y en segundo lugar, es preciso trabajar en la conservación del recurso en su hábitat de origen. Sin embargo, los recursos económicos que se generen serán necesariamente condicionantes de un equilibrado reparto de beneficios y de una conservación del recurso; esto último debido a que al agregar valor económico se puede generar sobre el recurso una presión que ocasione una pérdida de biodiversidad.²⁴

Se ha planteado como un requisito indispensable, tanto para la realización de este tipo de proyectos como para el registro de nuevas patentes a partir del recurso biológico, contar con un registro nacional de los recursos de que dispone cada país y el consentimiento informado de los poseedores del conocimiento y el recurso para la recolección de información y material biológico, así como el establecimiento de un contrato multilateral donde se especifiquen con toda claridad los beneficios que la comunidad, región o país recibirán durante la realización del proyecto, y los beneficios que se generen a partir del desarrollo biotecnológico de nuevos productos.^{25,26}

Sin embargo, todos estos elementos no garantizan una protección absoluta contra los fenómenos de biosaqueo que se presentaron en años anteriores, donde a partir del conocimiento tradicional, se identifican nuevas sustancias o procedimientos tecnológicos desarrollados sobre la base de la tecnología tradicional y que son patentados por particulares o empresas multinacionales, sin repercutir los beneficios en los verdaderos generadores del conocimiento.

Para finalizar, ante los recientes acontecimientos documentados a través de la prensa nacional sobre los fraudes realizados por los grandes consorcios farmacéuticos y biotecnológicos, surge la duda sobre la confiabilidad de estas empresas en cuanto al cumplimiento de los contratos que suscriban para el teórico "aprovechamiento mutuo y redituable" de la biodiversidad.

Conclusiones

El uso de las plantas medicinales en México ha conformado, a lo largo de cientos de años, un conocimiento médico

socializado que durante mucho tiempo ha sido objeto del interés de investigadores y fuente de opciones terapéuticas alternativas para la medicina occidental. En la actualidad, el conocimiento popular de los recursos biológicos, en particular los de uso médico, se ha enfocado en la búsqueda de nuevas aplicaciones industriales de las plantas medicinales, lo cual ha propiciado numerosas controversias respecto de la propiedad intelectual de este conocimiento y la distribución equitativa de los beneficios que se deriven de su explotación comercial.

Preguntas de repaso

1. ¿Qué es la herbolaria?
2. ¿Qué es un hospital mixto?
3. ¿Qué es la bioprospección?

Bibliografía

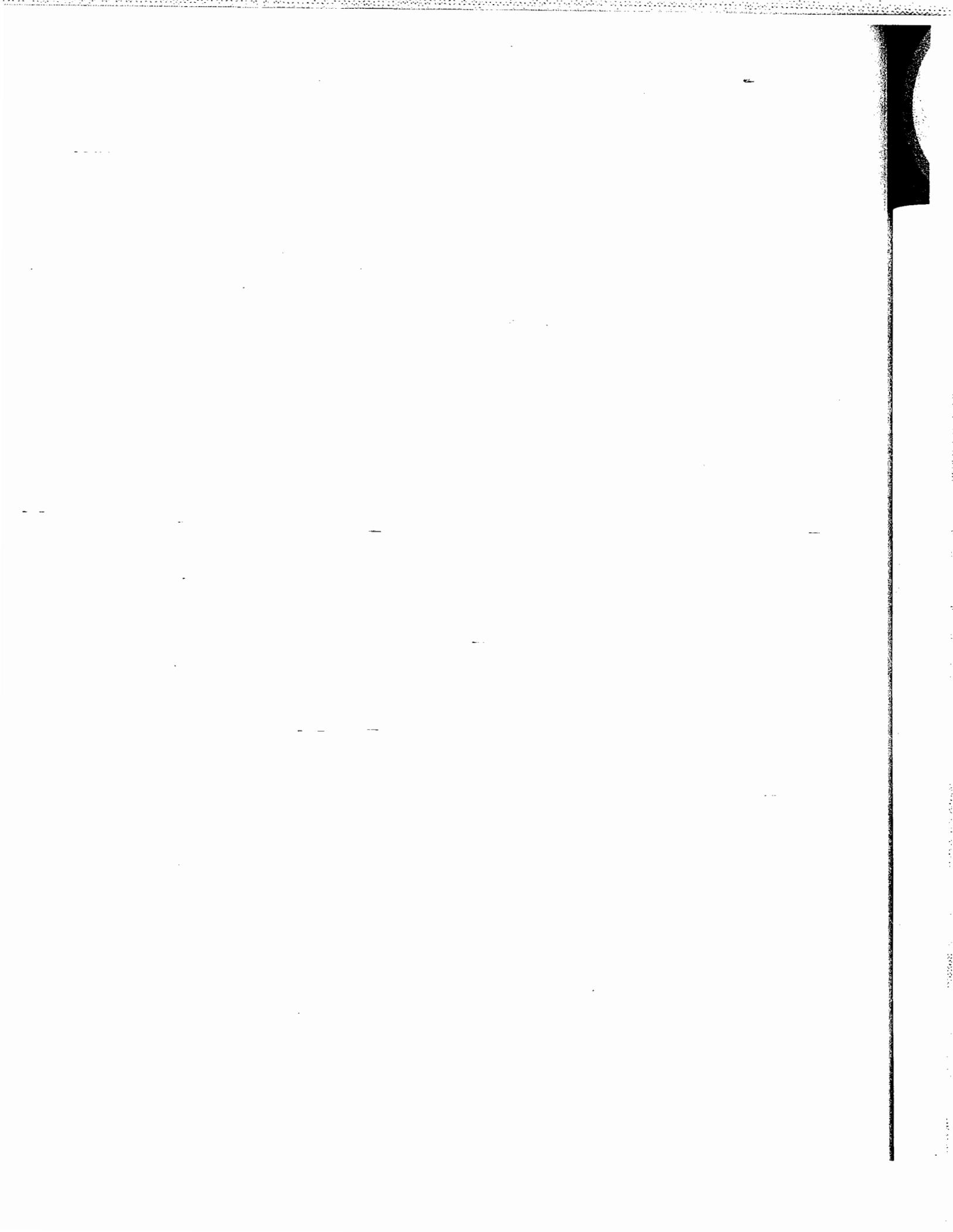
Referencias

1. Viesca C (1976). "La herbolaria en el México prehispánico". En: Lozoya X. *Estudio actual del conocimiento en plantas medicinales mexicanas*. México: IMEPLAM.
2. Martínez MA (1976). "Historia de las exploraciones etnobotánicas en plantas medicinales". En: Lozoya X (ed.). *Estudio actual del conocimiento de plantas medicinales mexicanas*. México: IMEPLAM, Secretaría de Salud.
3. Aguilar A (1995). "Botánica médica (logros y perspectivas)". En: Guevara S, Moreno-Casasola P, Rzedowski J (comp.) *Logros y perspectivas del conocimiento de los recursos vegetales de México en vísperas del siglo XXI*. México: Instituto de Ecología y Sociedad Mexicana de Botánica.
4. Fernández del Castillo F (1961). *Historia del Instituto Médico Nacional de México (1888-1915)*. México: UNAM.
5. Somolinos J (1989). *Las plantas medicinales y su uso en el siglo XIX*. Revista Médica del IMSS, 27(1):10.
6. Terrés J (1917). *Reseña histórica del Instituto Médico Nacional de México*. Gaceta Médica de México, 11:132-138.
7. Lozoya X (1976). El Instituto para el Estudio de las Plantas Medicinales AC. En: Viesca C (ed.). *Estudios sobre etnobotánica y antropología médica*. México: IMEPLAM.
8. Aguilar A, Xolalpa S (2002). *La herbolaria mexicana en el tratamiento de la diabetes*. Ciencia, 53(3):24-35.
9. Aguilar A (1991). "El estudio etnobotánico de las plantas medicinales en México". En: Ríos M, Borgtoff H (ed.). *Las plantas y el hombre*. Quito: Abya-Yala.
10. Aguilar A, Camacho JR (1984). "La herbolaria como recurso básico. Estadísticas nacionales". En: *Medicina tradicional y herbolaria. Materiales para su estudio*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
11. Aguilar A, Camacho JR (1985). *Uso popular de las plantas medicinales y su distribución por aparatos y sistemas*. Archivos de Investigación Médica, 6 (suplemento).
12. Aguilar A et al. (1994). *Plantas medicinales del Herbario IMSS. Cuadros básicos por aparatos y sistemas del cuerpo humano*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
13. Martínez MA (2001). *Farmacopea herbolaria de los Estados Unidos Mexicanos*. México: Comisión Permanente de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos, SSA.
14. Zolla C, Argueta A, Mata S (2009). *Biblioteca digital de la medicina tradicional mexicana*. México: Programa Universitario México País Multicultural. Edición de la Universidad Nacional Autónoma de México y la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Consultar en: www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx
15. Balvanera P, Cotler H, Aburto O, Aguilar A, et al. (2009). "Estado y tendencias de los servicios ecosistémicos". En: Dirzo R, González R, March I (ed.). *Capital natural y bienestar social: segundo estudio de país*. Segunda Parte. México: Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad; Brasil: Gobierno de la República Federativa.
16. Herrera Arellano A, Aguilar Santamaría L, García Hernández B, Nicasio Torres P, Tortoriello J (2004). *Clinical trial of Cecropia obtusifolia and Marrubium vulgare leaf extracts on blood glucose and serum lipids in type 2 diabetics*. Phytomedicine: international journal of phytotherapy and phytopharmacology, 11(7-8):561-566.
17. Herrera Arellano A, Flores Romero S, Chávez Soto MA, Tortoriello J (2004). *Phytomedicine: international journal of phytotherapy and phytopharmacology*. 11(5):375-382. Disponible en: www.biomedexperts.com/Abstract.bme/15330492/Effectiveness_and_tolerability_of_a_standardized_extract_from_Hibiscus_sabdariffa_in_patients_with_mild_to_mode_rate
18. Herrera Arellano A, Jiménez Ferrer E, Zamilpa A, Martínez Rivera MA et al. (2009). *Planta Medica*, 75(5):466-471. Dispo-

- nible en: www.biomedexperts.com/Abstract.bme/19189246/Exploratory_study_on_the_clinical_and_mycological_effectiveness_of_a_herbal_medicinal_product_from_Solanum_chrysoctrichum
19. Herrera Arellano A, Aguilar Santamaría L, García Hernández B, Nicasio Torres P, Tortoriello J (2003). *Planta Medica*, 69(5):390-395. Disponible en: www.biomedexperts.com/Abstract.bme/12802717/Effectiveness_and_tolerability_of_a_standardized_phytodrug_derived_from_Solanum_chrysoctrichum_on_Tinea_pedis_control
 20. Almaguer A, García JH, Vargas V, Lugo N (2009). *Farmacias verdes: una estrategia posible y necesaria en México*. Rev Ciencia, Conocimiento, Tecnología, 89:40-45.
 21. WHO (2001). *Report of the Inter-Regional Workshop on Intellectual Property Rights in the Context of Traditional Medicine*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
 22. Jacanamijoy A (2001). *Regulación y protección para los conocimientos tradicionales*. Diálogo sobre comercio, propiedad intelectual y recursos biológicos y genéticos en América Latina. Cusco, Perú, 22 al 24 de febrero.
 23. Anónimo (2002). Declaración de Cherán. *En defensa de la medicina tradicional*. Encuentro Regional de Médicos Tradicionales. Cherán, Michoacán, 19 al 21 de abril.
 24. Shyamsundar P, Lanier G (1994). *Biodiversity prospecting: an effective conservation tool*. Tropical Biodiversity, 2(3):441-446.
 25. Balvanera P, Cotler H, Aburto O, Aguilar A, et al. (2002). "Recursos genéticos y derechos de propiedad intelectual". En: *Recursos genéticos y derechos de propiedad intelectual*. Reunión ministerial de países con megadiversidad. Cancún, México, 16 al 18 de febrero.
 26. Caillaux J, Ruiz M (2002). *Experiencias legislativas sobre acceso a recursos genéticos y opciones para los países megadiversos*. Reunión ministerial de países con megadiversidad. Cancún, México, 16 al 18 de febrero. Sociedad Peruana de Derecho Ambiental.
 27. Lozoya X, Velázquez G, Flores Á (1988). *La medicina tradicional de México*. Experiencias del programa IMSS-COPLAMAR 1982-1987. México: IMSS.

Lecturas recomendadas

- Aguilar A et al. (1988). *Plantas medicinales del Herbario IMSS. Cuadros básicos por enfermedades*. México: OPS-IMSS-Roche.
- López Villafranco ME, Aguilar Contreras A (2010). "Etnobotánica médica de los tepehuas de Hidalgo, México". En: Moreno Fuentes A, Pulido Silva MT, Mariaca Méndez R et al (ed.). *Sistemas biocognitivos tradicionales, paradigmas en la conservación biológica y el fortalecimiento cultural*. México: Asociación Etnobiológica Mexicana; Global Diversity Foundation; Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; El Colegio de la Frontera Sur; Sociedad Latinoamericana de Etnobiología, 284-291.
- Remorini C, Crivos M, Martínez MR, Aguilar-Contreras A (2012), "El 'susto': 'síndrome culturalmente específico' en contextos pluriculturales, algunas consideraciones sobre su etiología y terapéutica en México y Argentina". En: Pochettino ME, Ladio A, Arenas P (ed.). *Tradiciones y transformaciones en Etnobotánica*. Programa Iberoamericano Ciencia y Tecnología para el Desarrollo-RISAPRET;1:523-530.
- Vázquez Medina B, Martínez Corona B, Aliphat Fernández MM, Aguilar Contreras A (2011). *Uso y conocimiento de plantas medicinales por hombres y mujeres en dos localidades indígenas en Coyomeapan, Puebla, México*. Interciencia, 36(7):493-499.



SECCIÓN VIII

Antropología médica aplicada

Empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México*

Roberto Campos-Navarro • Fabiola García Vargas
• Uzziel Barrón • Mariana Salazar • Javier Cabral Soto

CAPÍTULO

40

Conceptos clave

Calidad de la atención médica • Antropología médica aplicada • Hospitales • Hamacas hospitalarias

Introducción

En las últimas décadas, la pertinencia o adecuación de los servicios de salud a las características culturales de la población usuaria ha sido una de las directrices constantes de los organismos internacionales de salud y del trabajo (OMS, OPS, OIT). En este caso, por primera vez en la historia médica en México se logró la introducción planificada en un hospital del sector público (Hospital Rural de Hecelchakán, Campeche) del empleo de hamacas en una sección de mujeres, predominantemente de origen maya. Las hamacas en la Península de Yucatán forman parte cotidiana del mobiliario de las viviendas rurales e incluso en espacios urbanos. Los resultados obtenidos fueron excelentes, pues la totalidad de las enfermas encuestadas estuvo de acuerdo con el cambio. Como contraparte, existió resistencia de las autoridades institucionales ubicadas en la Ciudad de México, no así de aquellas residentes en el estado de Campeche ni del personal del propio hospital. Esta investigación sirvió de base para la implementación del modelo en los centros hospitalarios de otros países latinoamericanos como la República Bolivariana de Venezuela. El propósito de este trabajo es demostrar que los cambios de paradigmas son posibles cuando existe voluntad política de las autoridades para realizarlos, cuando el personal de salud involucrado (médicos, enfermeras y resto de empleados del hos-

pital) está convencido de los beneficios que se brindan a los enfermos, y los propios pacientes (y sus familiares) son tomados en consideración en los proyectos de adecuación sociocultural.

Uno de los objetivos centrales de la atención médica moderna es brindar cuidados hospitalarios con una máxima calidad. Según los expertos, la calidad depende de varios factores estrechamente vinculados: el óptimo grado de competencia profesional, la eficiencia en el empleo de los recursos disponibles, el riesgo mínimo para los pacientes, el efecto favorable en su salud, y su plena satisfacción.¹

En general se ha cumplido con los cuatro primeros indicadores, pero se ha descuidado la percepción del paciente/usuario. Al respecto se dice que:

El conflicto entre los derechos y necesidades del paciente y algunos otros valores sociales no siempre es percibido en su justa dimensión, y se observa una cierta falta de conciencia en el personal de salud sobre cuál es el punto de vista del paciente.²

En este mismo sentido, un equipo de investigadores mexicanos especialistas en salud pública hace hincapié en la doble dimensión de la calidad: por una parte, como el necesario componente técnico donde debe existir una mejor estrategia de atención médica científica, y por otra, como la relación interpersonal cuyo objetivo es lograr la mayor satisfacción posible del usuario, respetando su autonomía y preferencias. Para estos investigadores la calidad "supone tanto la aplicación de una óptima estrategia científica, como la satisfacción del usuario".³

La experiencia antropológica muestra que no basta que el enfermo tenga acceso y disponibilidad de servicios médicos, sino que ello se debe complementar con la existencia de un personal técnico bien capacitado y sensibilizado que conduzca a una percepción positiva y satisfactoria del servi-

* Tomado con permiso de la Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 35(4):265-272, 1997.

cio otorgado. El médico y antropólogo mexicano Gonzalo Aguirre Beltrán afirmaba:

[...] el éxito de un programa (de salud) no se mide por la perfección ideal que puedan tener sus servicios, sino por el ajuste que logre al ambiente sociocultural, medido por la aceptación que le otorgue la comunidad en donde opere.⁴

Lo anterior debe ser entrelazado con las estrategias y políticas nacionales e internacionales que recomiendan e indican el aprovechamiento de los recursos materiales y humanos propios de las comunidades rurales y urbanas. En especial, destacan los derechos indígenas firmados y ratificados por el gobierno mexicano en el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que en el ramo de Salud y Seguridad Social indica:

1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados.
2. Los servicios de salud deberán, en la medida posible, organizarse a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.⁵

El Programa IMSS-Solidaridad, con su *Modelo de atención integral de la salud*, se comprometió a brindar:

[...] atención de buena calidad en la cual intervienen grupos profesionales, técnicos, auxiliares y miembros de la comunidad, de acuerdo con las circunstancias, los niveles de responsabilidad del personal y las características propias de cada comunidad urbana o rural.⁶

En este contexto teórico e ideológico se ideó la introducción y empleo de hamacas en un hospital rural ubicado en el sureste de la República Mexicana.

Las hamacas son muebles domésticos de origen arahuaco, grupo social —al parecer originario del norte de Sudamérica— que extendió su cultura hasta las islas antillanas. Cuando llegaron los europeos encontraron el uso cotidiano de las hamacas, adoptaron el término lingüístico, las utilizaron y las describieron con detalle en textos ya clásicos del siglo XVI como los de Fernández de Oviedo y fray Bartolomé de las Casas.^{7,8}

La generalización de las hamacas en Yucatán se realizaría durante la época colonial, y se consolidó en el siglo XIX. Prácticamente todos los viajeros y exploradores extranjeros que estuvieron en la península relataron la existencia de este mueble, e incluso señalaron sus experiencias.

En la actualidad, los habitantes rurales y urbanos de la Península de Yucatán, del Istmo de Tehuantepec, de las costas del Golfo de México y del Pacífico utilizan las hamacas para descansar y pernoctar. Pueblos indígenas como los mayas, zapotecos, mixes, huaves, mazatecos, chinantecos y

otros, las emplean en forma significativa. Pese a esta costumbre tan extendida, ningún nosocomio público ha usado hamacas para los pacientes hospitalizados debido a que sus modelos son europeos y estadounidenses, y no se contemplan adecuaciones locales o regionales.

En julio de 1995, el Programa IMSS-Solidaridad autorizó un proyecto piloto de antropología médica aplicada cuya finalidad era la introducción parcial y planificada de hamacas en un hospital rural ubicado en el estado de Campeche. El objetivo principal era, y sigue siendo, brindar comodidad al paciente hospitalizado, y con ello elevar la calidad y productividad de la atención médica.

Material y métodos

La presente investigación experimental se realizó durante 1995 y 1996 en el Hospital Rural de Hecelchakán, ciudad ubicada en el kilómetro 72 de la carretera que une a Campeche con Mérida, Yucatán. La población mayoritaria que el hospital atiende pertenece a la etnia maya. Cuenta con los servicios básicos de medicina familiar, ginecoobstetricia, medicina interna, cirugía y un consultorio de medicina tradicional maya. Existen 38 camas, cuatro de las cuales fueron sustituidas por hamacas en la sección de mujeres.

Cabe mencionar que las principales causas de ingreso hospitalario corresponden a múltiples procesos centrados en las mujeres: puerperio fisiológico (45%), salpingoclasia (25%), puerperio poscesárea (15%), legrado intrauterino (5%), hernioplastia (3%) y otras causas de internamiento menos frecuentes.

El estudio incluyó a 200 pacientes hospitalizadas. La mitad de ellas fue encuestada antes de la introducción de las hamacas (de agosto a noviembre de 1995); la otra mitad fueron pacientes usuarias de las hamacas (de enero a septiembre de 1996). Además, se encuestó al personal del hospital antes y después de llevar a cabo el experimento.

De acuerdo con las normas éticas emitidas por la Secretaría de Salud y las contenidas en la *Declaración de Helsinki*, en ningún caso se puso en riesgo la evolución de la enfermedad o la vida de las pacientes, y ocuparon las hamacas aquellas que aceptaron en forma voluntaria.

Los criterios explícitos de inclusión fueron:

1. Enfermas hospitalizadas que seleccionaron el uso de hamacas.
2. Pacientes con puerperio fisiológico que estuviesen en fase prequirúrgica, con un preoperatorio no inmediato, que fueron sometidas a una cirugía menor, o bien, que padecieran una cardiopatía estable.

Los criterios de exclusión fueron:

1. Enfermas que se rehusaron a emplear la hamaca hospitalaria.
2. Pacientes con pérdida del conocimiento, con procedimientos de terapia intensiva o semiintensiva, en fase posquirúrgica inmediata, con traumatismo dorsolum-

bar o de extremidades, con quemaduras extensas o con alguna infección grave.

Aparte de las encuestas, en forma aleatoria se efectuaron entrevistas domiciliarias posteriores al egreso a 10% de las pacientes hospitalizadas que utilizaron las hamacas.

Antes de la introducción de las hamacas, el personal del hospital fue sensibilizado y capacitado acerca del sentido y los propósitos de la investigación, sobre todo aquellos que tuvieran un contacto directo con la sección de hamacas. Además se realizó observación participante en dicha sección, y en un diario de campo se registraron las vivencias cotidianas de las usuarias y del personal asignado en el área.

En el proyecto original se consideraban hospitales de Campeche y Yucatán, sin embargo, en este último estado fue imposible completar la investigación y lo único que se logró obtener fue la encuesta preliminar a las pacientes hospitalizadas y al personal del Hospital Rural de Oxkutzcab. De tal forma, sin que así se haya propuesto, se creó un grupo control que sirvió para el análisis comparativo ulterior.

Se efectuaron cambios mínimos en las paredes de la sala para colocar los hamaqueros metálicos (figura 40-1).

Se adquirieron ocho hamacas de la mejor calidad: hilo de artisela, tamaño matrimonial y urdimbre cerrada. El costo total de los materiales utilizados no excedió de 4 000 pesos (menos de ~ 240 dólares).

Resultados

Encuestas en la fase preliminar

En Oxkutzcab, Yucatán, 99% de los 100 pacientes adultos hospitalizados emplea las hamacas en su hogar de manera

cotidiana, en tanto que en Hecelchakán, Campeche, alcanza 96%. También un elevado porcentaje del personal institucional que labora en esos hospitales utiliza las hamacas en su domicilio (92 y 84%, respectivamente).

Al interrogar a los internados acerca de si les gustaría que hubiera hamacas al interior del hospital bajo determinadas circunstancias, 95% de los yucatecos aceptó, mientras que existió un notable descenso para el caso campechano (64%).

Manifestaron un completo rechazo a la introducción de las hamacas 52 y 41% de los trabajadores de los hospitales de Yucatán y Campeche, respectivamente; 14 y 17% manifestaron ambivalencia, y 34 y 42% la aceptaron plenamente.

Encuestas en la fase experimental

En Hecelchakán, 100% de las pacientes que utilizaron las hamacas estuvo de acuerdo con la innovación, 96% manifestaron mayor comodidad, y 99% señaló que mejoraba el servicio de hospitalización (figura 40-2).

En cuanto al personal, 95% se mostró de acuerdo con la sustitución parcial de las camas por hamacas, y 58% refirió mejoría con la imagen pública que proyecta el nosocomio.

Entrevistas

De las cien mujeres encuestadas, 10 fueron entrevistadas en sus domicilios algunas semanas o meses después de haber egresado del nosocomio, y todas confirmaron la plena aceptación del servicio de hamacas hospitalarias.

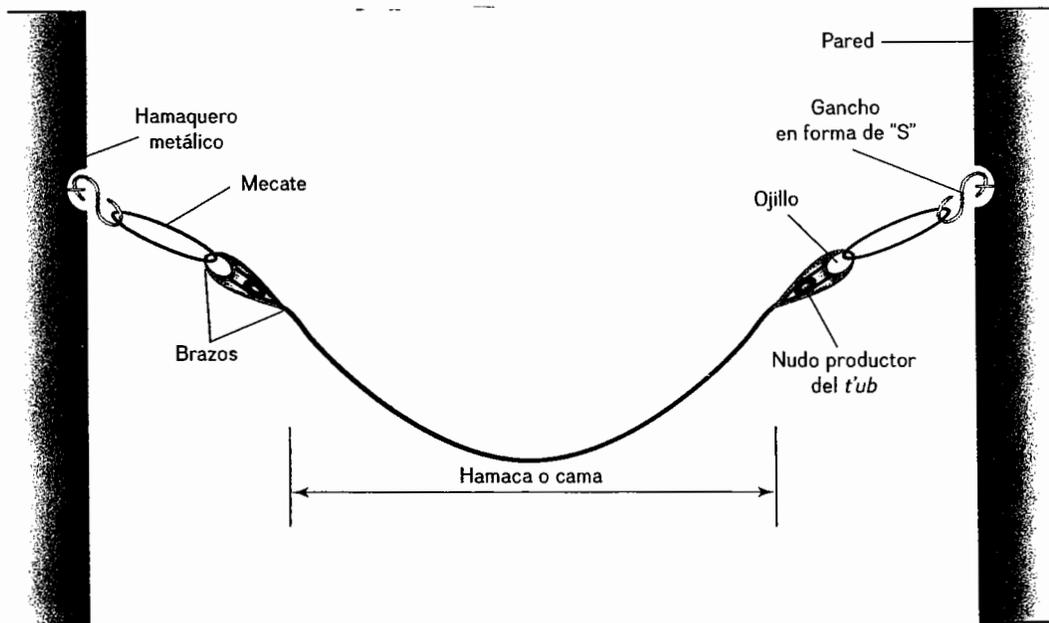


Figura 40-1. Elementos de una hamaca hospitalaria. Fuente: Diario de campo. Información etnográfica. Hospital Rural de Hecelchakán, Campeche.



Figura 40-2. Las hamacas en hospitales no impiden el paso cotidiano de visita de médicos y enfermeras.

A continuación se reproducen cuatro comentarios significativos de pacientes que utilizaron hamaca en algún momento de su hospitalización:

[...] por acá no existen camas, todo el tiempo dormimos en hamacas y al venir aquí al hospital, si nos enfermamos, pues nos cansan las camas y yo quisiera ir (mejor) a mi casa para estar en mi hamaca.

[...] no me sentía muy bien acostada [en la cama del hospital] se cansa uno porque estamos acostumbrados en la hamaca [...]. Es más cómodo estar en la hamaca que en la cama.

[...] yo nunca he utilizado cama, así que cuando me tocó estar internada pues me cayó un dolor de espalda, ¡que toda la noche no pude dormir!, ¡y no aguantaba!, ¡y no aguantaba!, y gracias a ellos (al personal del hospital) me atendieron bien y me ofrecieron la hamaca. Me fui allá y estuve rebién [...], pues como estoy acostumbrada, me sentí rebién allá en la hamaca.

[...] se ve bonito cuando va uno en el cuarto donde están [las hamacas del hospital] se ve bonito cómo cuelgan [...]. Que no nos las quiten, que siga funcionando como está ahorita.

Observación participante

Las enfermeras que estuvieron asignadas al servicio de hamacas pudieron observar las siguientes situaciones:

- Las madres púerperas durmieron y descansaron mejor que aquellas que estaban en las camas ordinarias.
- Los neonatos durmieron más, lloraron menos y estuvieron menos inquietos cuando pernoctaron con su madre. Por otra parte, se encontraron más seguros y en mayor contacto con su madre, pues la hamaca es dividida en dos compartimientos completamente indepen-

dientes mediante un nudo que se hace en los brazos de la hamaca (figura 40-3). En la lengua maya a la hamaca se le llama *k'aan* y "el lado hondo que deja la hamaca cuando se divide se le denomina *t'ub*, y cuando se coloca al bebé en ese espacio se le dice *t'ubki nah*"⁹.

- Con la hamaca sólo se emplea la bata hospitalaria sin la necesidad de usar sábanas, colchas y almohadas.
- En caso de contaminación de la hamaca con secreciones seropurulentas, se pudo sustituir de inmediato con otra. El lavado de la misma es sencillo y el secado se realiza directo con los rayos solares.
- Desde la implantación de las hamacas en la sección de mujeres no se ha presentado ninguna infección intrahospitalaria.
- No se dificulta la aplicación y permanencia de las venoclisis.
- La posición corporal en la hamaca favorece el retorno venoso, lo cual previene accidentes vasculares.
- El cambio continuo de posición corporal que efectúa el propio paciente en la hamaca evita la formación de escaras.
- Los familiares se encontraban contentos por la comodidad y satisfacción de la paciente.

El personal de intendencia reportó la facilidad para realizar el aseo, ya que las hamacas se pueden descolgar o guindar de un extremo para posibilitar la limpieza completa de la habitación. Sólo un camillero se quejó de que tenía dificultades para llevar pacientes a las hamacas colocadas al fondo de la habitación. Ningún médico se quejó de las ha-



Figura 40-3. Fotografía que muestra la división de la hamaca (*t'ub*) para acostar al bebé en forma independiente.

macas, excepto los residentes recién llegados que no entendían la finalidad del proyecto de investigación, pero cuando se les explicaron los objetivos cambiaron gradualmente su actitud.

Discusión

Al comparar los resultados de las encuestas preliminares aplicadas en Yucatán y Campeche, es evidente que existían mejores condiciones para iniciar el proyecto experimental en el Hospital Rural de Oxkutzcab, pues en el primero de dichos estados es mayor el empleo cotidiano de la hamaca debido a que en el sur de Campeche hay colonos de otras partes del país que no están acostumbrados a usarla como mueble para dormir. Sin embargo, el proyecto sólo se aplicó en Campeche por dos razones básicas:

1. La sistemática oposición al proyecto de instalar hamacas hospitalarias en Yucatán, lo que impidió el desarrollo del experimento en el Hospital Rural de Oxkutzcab a pesar de que las pacientes y las autoridades del nosocomio estaban de acuerdo con el estudio.
2. El entusiasmo de los funcionarios delegacionales de Campeche y del cuerpo de gobierno del Hospital Rural de Hecelchakán (director, jefa de enfermeras, administradora y jefe de conservación), quienes empatizaron con el proyecto, lo hicieron suyo y ayudaron a convencer al personal institucional de los posibles beneficios para los enfermos hospitalizados.

En esta investigación operativa fue fundamental la aceptación absoluta de hamacas hospitalarias por parte de las mujeres, en su mayoría puérperas. En las encuestas mostraron satisfacción por su uso, a veces inmediato. Lo anterior se tradujo en una percepción positiva del servicio ginecológico en particular, y del hospital en general. Las madres estaban contentas pues descansaban y dormían más, se balanceaban con amplitud, cadencia y completa relajación, y como las hamacas eran suficientemente grandes, reposaban junto con sus hijos con total seguridad (figura 40-4), a diferencia de las estrechas camas de hospital, que carecen de barandales y generan mucho calor por el plástico con que se forra el colchón, insoportable en las regiones con clima caluroso, donde las salas hospitalarias por lo general no cuentan con aire acondicionado (figura 40-5).

Un interesante y afortunado hallazgo etnográfico fue que en el sureste de México es costumbre hacer un nudo en los brazos de la hamaca para dividirla en dos secciones independientes, lo que permite un amplio margen de maniobrabilidad para que la madre pueda dejar a su hijo con seguridad, independencia y con la posibilidad de arrullarlo para dormir mientras ella realiza otras actividades.

Es del conocimiento popular que una técnica generalizada para dormir a los niños pequeños es arrullarlo o hamaquearlo. En el hospital se pudo corroborar esta práctica y observar que los neonatos durmieron por periodos más lar-



Figura 40-4. Las madres reposan con sus hijos con total seguridad.

gos, se mostraban menos inquietos y lloraban menos que aquellos que estaban en cuneros o encamados con la madre.

La relación de las hamacas con el sueño, el reposo, el comportamiento infantil y la pronta recuperación de las pacientes hospitalizadas debe ser valorada con mayor detenimiento y profundidad en futuras investigaciones.

De igual forma, la ausencia de infecciones intrahospitalarias en las usuarias de las hamacas abre otra línea de investigación inédita. Un reporte de la dirección del hospital (fechado en agosto de 1997) señaló que por la sala de hamacas habían pasado alrededor de 800 pacientes y no se habían presentado infecciones nosocomiales, a diferencia del resto



Figura 40-5. La estrecha e insegura dimensión de las camas hospitalarias limita la movilidad de las mujeres.

de las salas, donde se observaron cinco casos en los últimos tres años previos al reporte. Lo anterior pudiera atribuirse al hecho de que la hamaca es lavada inmediatamente después del egreso de una paciente, en tanto que de las camas sólo se lavan sábanas, colchas y fundas, y sólo en ocasiones se limpian los colchones y la estructura metálica.

Con la finalidad de que no surgieran dudas sobre los resultados de las encuestas a las usuarias, fueron seleccionadas al azar 10 de ellas para entrevistarlas en su domicilio. Todas expresaron su agradecimiento a la institución y opinaron que el servicio de hamacas debía continuar en forma permanente.

Con respecto al personal del hospital, fue posible observar un notable cambio de actitud. Del rechazo y la incertidumbre iniciales manifestados por casi 60% de los participantes en la encuesta preliminar, en la encuesta posterior se pasó a 95% de aceptación debido a las charlas de sensibilización y capacitación específica sobre los objetivos del experimento, pero sobre todo a la observación de la comodidad y satisfacción expresadas por las pacientes.

Desde el punto de vista médico, las hamacas no interfirieron con las actividades rutinarias de exploración, diagnóstico y tratamiento. Las pacientes eran trasladadas a la sala de curaciones cuando requerían un procedimiento especial o alguna curación. En general, los médicos no reportaron inconvenientes e incluso expresaron ventajas técnicas como la elevación de los miembros inferiores con respecto al resto del cuerpo en las pacientes posoperadas, lo que previene de accidentes vasculares, así como la constante movilidad de los enfermos que evita las úlceras y escaras por decúbito.

Las enfermeras y camilleros también manifestaron un mínimo de inconvenientes. Los trabajadores de conservación no tuvieron problema para colocar los hamaqueros, y dado que no afectaron la estructura del edificio, no se requirió de un permiso especial de las autoridades superiores.

Desde una perspectiva antropológica este experimento sociocultural significó la interacción de diversos factores sociales y la aparición de variadas reacciones al proceso de cambio cultural. Como se sabe, todo cambio implica respuestas de aceptación, adaptación, resistencia e incluso abierto rechazo. En este trabajo fue posible experimentar la siguiente gama de respuestas:

- *Aceptación* por parte de las pacientes usuarias de las hamacas, quienes expresaron asombro y sorpresa por encontrarse en el hospital con un elemento doméstico que disfrutaban en su vida diaria.
- *Adaptación* del personal que labora en el hospital de Hecelchakán, quien se ajustó al proyecto y después lo hizo suyo a tal grado que lo defendió de órdenes de

suspensión provenientes de funcionarios menores del nivel central en la Ciudad de México.

- *Resistencia* por parte de los médicos funcionarios del nivel central, quienes se opusieron al proyecto porque semejante experimento nunca se había realizado, porque consideraban los hospitales como territorios de su absoluta propiedad, porque no los querían ver transformados en centros vacacionales, por razones estéticas o simplemente porque les parecía una locura. En descargo, debe señalarse que algunos se fueron convenciendo de las bondades del proyecto y aceptaron públicamente su pertinencia.
- *Negativa* para instalar hamacas hospitalarias en la citada unidad médica de Oxkutzcab, Yucatán.

Se concluye que la introducción parcial y planificada de hamacas en un hospital del sureste mexicano fue ampliamente aceptada por las usuarias, quienes expresaron su satisfacción por el cambio realizado. El éxito de un experimento como el que se efectuó en el Hospital Rural de Hecelchakán radica en la combinación e interacción de varios agrupamientos sociales favorables al cambio, como: un grupo innovador que sea apoyado por las autoridades, un grupo administrativo que facilite los trámites, un grupo operativo convencido de las ventajas que se ofrecen y un grupo de pacientes que aprueben la propuesta o, incluso, que la generen.

A nivel institucional, se recomienda la transformación del proyecto en un servicio permanente para los usuarios, que se amplíe el servicio de hamacas a otras salas del hospital, que se introduzca en los hospitales de Oxkutzcab, Acankeh, Izamal y Maxcanú, en el estado de Yucatán, y en los hospitales de la costa de Oaxaca. A nivel de la Secretaría de Salud debería considerarse la factibilidad del empleo de hamacas en los hospitales ubicados en Yucatán, Campeche, Quintana Roo, Tabasco, Chiapas y Oaxaca. Bajo un estricto análisis cualicuantitativo, el costo es insignificante y el beneficio social, elevado. En última instancia, debe recordarse que se trata de tecnología apropiada a las condiciones sociales, culturales y económicas locales, y que no se trata de economizar, sino de brindar un mejor servicio a los enfermos hospitalizados.

Agradecimientos

A las pacientes que estuvieron hospitalizadas en Hecelchakán, quienes mostraron que su voz también es válida para mejorar los servicios de salud. A los compañeros institucionales y enfermos internados del Hospital Rural de Oxkutzcab, Yucatán, que aceptaron el proyecto, pero los funcionarios estatales lo obstaculizaron.

Preguntas de repaso

1. ¿Cuáles son los principales factores a considerar en la calidad de los servicios médicos?
2. ¿Por qué incluir la satisfacción del enfermo como un elemento de la calidad de la atención médica?
3. ¿Cuáles son los fundamentos jurídicos, antropológicos e institucionales para realizar mejoras en los servicios médicos?
4. ¿Qué importancia tienen las hamacas en las regiones tropicales de América Latina? ¿Para qué sirven? ¿Cuáles son sus significados históricos y culturales?
5. ¿Cuáles fueron los pasos metodológicos que se siguieron en este trabajo?
6. ¿Qué actores sociales relevantes formaron parte de esta investigación?
7. ¿Qué relevancia tiene que *todas* las mujeres hospitalizadas hayan aceptado el cambio de una cama a una hamaca?
8. ¿Qué importancia tiene la oposición al proceso de cambio de algunos actores sociales? Reflexione sobre las posibles razones de dicha resistencia.
9. ¿Qué consideraciones éticas se pueden encontrar en esta investigación experimental?
10. ¿Qué otros ejemplos se pueden dar sobre cambios socioculturales en hospitales rurales, y aun urbanos, en América Latina? Considere el uso de la lengua indígena, la alimentación, los diseños arquitectónicos, los colores, la señalética, los horarios, incorporación de médicos indígenas, huertos medicinales, etcétera.

Bibliografía

Referencias

1. Racoueanu NT, Staehr K (1995). *Tecnología para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención sanitaria*. Foro Mundial de Salud, 16(2):159.
2. Lifshitz A (1997). *La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica*, 1a. ed. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto Mexicano del Seguro Social:104.
3. Frenk J (1994). *Economía y salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México*. Informe final, 1a. ed. México: Fundación Mexicana para la Salud, 80.
4. Aguirre Beltrán G (1980). *Programas de salud en la situación intercultural*. 1a. ed. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 29.
5. Gómez M (1995). *Derechos indígenas*. Lectura comentada del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, 1a. ed. México: Instituto Nacional Indigenista:106.
6. IMSS-Solidaridad (1984). *Modelo de atención integral a la salud*. 1a. ed. México: Instituto Mexicano del Seguro Social:14.
7. Fernández de Oviedo G (1959). *Historia general y natural de las Indias*. 1a. ed. Madrid: Atlas (Biblioteca de Autores Españoles):117-118.
8. De las Casas B (1951). *Historia de las Indias*. 1a. ed. México: Fondo de Cultura Económica:214.
9. Bastarrachea JR, Brito S (1995). *Diccionario maya. Maya-español/español-maya*. 3a. ed. México: Editorial Porrúa, 375, 843.

Lecturas recomendadas

- Comelles JM, Martínez Hernández Á (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad*. Madrid: Eudema.
- Foster G (1974). *Antropología aplicada*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Helman C (2001). *Culture, health and illness*. Londres: Arnold.
- Martínez Hernández Á (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos Editorial.

Educación popular y nutrición infantil

Alfredo Paulo Maya • Luz Arenas Monreal

CAPÍTULO

41

Conceptos clave

Promoción de la salud • Participación de la población
• Método de educación popular • Nutrición • Sobrevivencia infantil

Introducción

Los planteamientos actuales de promoción de la salud hacen necesario desarrollar e impulsar formas que involucren a la población en la búsqueda de solución a sus diversos problemas. Para que la población mejore su salud y tenga control sobre la misma, es necesaria la utilización de metodologías que promuevan el involucramiento y la participación de la población en el diseño, la planeación, la ejecución y la evaluación de las acciones. El presente capítulo presenta los resultados de una intervención comunitaria que tiene como eje central la estrategia de promoción de la salud, la cual se ha hecho operacional a través de la metodología de la educación popular, cuya finalidad fue generar procesos organizativos y de participación social que se vieron reflejados en la nutrición y sobrevivencia infantil.

En 1986, en Ottawa, Canadá, al término de la primera Conferencia Internacional sobre promoción de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó a la promoción de la salud como la estrategia global de apoyo a la meta de salud para todos en el año 2000. Para tal fin se elaboró la *Carta de Ottawa*, cuya finalidad fue unificar conceptos y criterios sobre promoción de la salud. El documento plantea que la promoción de la salud "consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma",¹ y hace énfasis en la necesidad de alcanzar la equidad sanitaria y en la responsabilidad social de las instituciones para proporcionar los medios que la población requiere para desarrollarse plenamente, además de que tenga acceso a información y a la adquisición de aptitudes que le brinden la posibilidad de elegir las opciones más saludables.

La promoción de la salud, antes reducida a una acción en el nivel de prevención primaria de enfermedades, ahora puede ser considerada desde una perspectiva más amplia, en la cual la educación para la salud tiende a cumplir un papel instrumental pero con la necesidad de desarrollar nuevos derroteros teórico-metodológicos y prácticos. Los

planteamientos actuales de promoción de la salud hacen necesario desarrollar e impulsar formas que involucren a la población en la búsqueda y solución a sus diversos problemas. Para concretar las pretensiones de promoción de la salud en el sentido de que la población mejore su salud y tenga un control sobre la misma, es necesaria la utilización de metodologías que promuevan el involucramiento y la participación de la población en el diseño, la planeación, la ejecución y la evaluación de las acciones.

El presente capítulo expone los resultados de una intervención comunitaria que tiene como eje central la estrategia de promoción de la salud, la cual se ha hecho operacional a través de la metodología de la educación popular. Lo anterior ha propiciado la integración y consolidación de un grupo de promotoras que se han apropiado de la propuesta de trabajo e impulsan la organización de las mujeres de la localidad para enfrentar la desnutrición infantil, aspecto que ha sido identificado por ellas mismas como un problema que es necesario abordar.

La educación para la salud se ha enfocado hacia la educación en nutrición. En esta área existen dos tendencias: en una se visualiza al proceso educativo en relación con la nutrición, como la manera de modificar hábitos y costumbres para disminuir los problemas nutricionales, y cuyo eje de acción responsabiliza en su totalidad al individuo, dejando de lado los factores socioeconómicos que se encuentran vinculados con la producción, abasto y consumo de alimentos por la población.²⁻⁵ La otra consiste en ubicar los problemas de la nutrición dentro del contexto que genera la pobreza y abordar la educación nutricional como un instrumento que promueva e impulse, entre los diferentes sectores de la población, su participación directa en decisiones políticas y económicas fundamentales para su desarrollo humano.^{3,6-9}

Esta última propuesta de educación en nutrición se vincula con la estrategia de promoción de la salud, en el sentido de que ambas se enfocan en la construcción de espacios para el empoderamiento de la población; es decir, esto se reflejará en una mayor participación en la toma de decisiones, sobre todo en aquellos aspectos que determinan su salud.

En este sentido, se planteó realizar una intervención comunitaria cuyo objetivo ha sido, bajo la estrategia de promoción de la salud, desarrollar un programa de educación

para la salud con mujeres, a través de la metodología de educación popular, con la finalidad de generar procesos organizativos y de participación social que mejoren la nutrición y sobrevivencia infantil.

Es posible conceptualizar la metodología de la educación popular aplicada a la educación para la salud como un proceso de formación y capacitación que se vincula a la acción organizada de la población con el objetivo de construir una sociedad de acuerdo a sus intereses.¹⁰

La literatura acerca de la metodología de educación popular aplicada a la educación en salud está relacionada con experiencias desarrolladas en su mayoría por organizaciones no gubernamentales, dentro del contexto de los movimientos sociales en América Latina. Sus reportes señalan que con esta propuesta se promueve la participación genuina de los individuos, así como el impulso y el fortalecimiento de sus organizaciones, para que transformen su entorno y obtengan cada vez mayor control sobre su vida y su salud.¹¹⁻¹³

A manera de antecedente, es preciso señalar que la desnutrición infantil en México se ha manifestado en términos de una polarización alimentaria y nutricional, caracterizada por la incapacidad que amplios sectores de la población muestran para tener acceso de una dieta suficiente (en cuanto a calidad y cantidad).¹⁴⁻¹⁶ Por ende, al hacer referencia de la precaria situación nutricional de la población infantil en comunidades campesinas e indígenas, obliga a reflexionar sobre los factores socioeconómicos que la determinan.¹⁷

Esta intervención se desarrolló en el estado de Morelos, México, región donde, si bien el proceso de industrialización y urbanización se ha incrementado en las últimas tres décadas, éste se ha concentrado en la zona aledaña a la ciudad de Cuernavaca; razón por la cual en la región oriente (zona donde se ubica la localidad del estudio), la base del desarrollo económico ha dependido de actividades relacionadas con el sector primario.

En la década de 1970-1979 la agricultura representaba la base de la economía estatal, para ser desplazada en el decenio de 1980-1989 por el sector de los servicios e industria; sólo 25% de la población económicamente activa se encontraba relacionada con actividades agrícolas, en tanto que en el decenio de 1990-1999 este porcentaje llegó hasta 20.3 por ciento.¹⁸

En las últimas décadas el estado de Morelos ha dejado de ser un productor autosuficiente de granos básicos. Entre las causas que generaron la crisis agrícola destacan el hecho de que en las décadas de 1970-1979 a 1980-1989 las tierras que eran destinadas a la siembra de maíz y frijol fueron utilizadas para cultivos con un alto valor comercial (p. ej., flores, sorgo). A ello se agregaron los embates de la crisis económica que en la década de 1980-1989 provocaron la disminución de los apoyos y subsidios otorgados a la producción agrícola. Esto se reflejó en la disminución de la superficie sembrada y la paralización de la producción de granos básicos a los niveles de las décadas de 1950-1959 y 1960-1969.¹⁹

Los efectos del desplazamiento de los cultivos básicos y el estancamiento de los precios de garantía, han provocado que la población campesina del estado de Morelos, en los intentos por mejorar sus ingresos, se haya visto en la necesidad de sobreexplotar su fuerza de trabajo (incluyendo la de sus familiares) e invertido mayor capital en fertilizantes y tecnología. El costo ha representado la contracción de los niveles de bienestar, la distribución diferencial de la riqueza, así como la paulatina erosión de las tierras cultivables.^{15,20}

A niveles nacional y estatal, los mayores índices de pobreza (reflejados en menores de cinco años con algún déficit nutricional y mortalidad infantil) se concentran en las comunidades identificadas como rurales, es decir, aquellas donde la agricultura es la base de la economía. Bajo este panorama, se planteó desarrollar una intervención comunitaria en una de las localidades que presenta los más altos índices de pobreza del estado de Morelos.

La importancia de esta investigación radica en que la metodología utilizada para abordar la educación en nutrición propició la participación y el involucramiento de las mujeres en la búsqueda de soluciones de una problemática comunitaria.

Método

La antropología proporciona aportes significativos, ya sea tanto en acciones asistenciales, como preventivas o educativas. Esta disciplina da cuenta de las distintas maneras de entender e interpretar el mundo, de cómo cada cultura y grupo social da cuenta del proceso salud-enfermedad-atención. Para incorporar estos aportes fue preciso considerar que todas las acciones cotidianas están permeadas por pautas culturales, y las acciones relacionadas con el proceso salud-enfermedad-atención no son la excepción.

El punto de vista de los "otros" y la promoción de la salud

El trabajo en promoción de la salud pone en juego las creencias, nociones, conocimientos, prácticas y la manera como los conjuntos sociales interpretan y entienden el fenómeno de la salud-enfermedad, así como todas aquellas acciones que realizan para conservar y potenciar la salud.

Es fundamental reconocer que en el momento en que se da un acercamiento, ya sea entre trabajadores de la salud de instituciones oficiales o asesores de organismos civiles y la población, se presenta un fenómeno peculiar: por un lado, los trabajadores de la salud/asesores son depositarios de un bagaje cultural que, en general, es diferente del que poseen los conjuntos sociales con quienes se interrelacionan.

Esta relación puede convertirse en un desencuentro en la medida en que los asesores —por la situación de poder en que se encuentran— impongan su manera de entender e

interpretar la salud-enfermedad sobre la visión específica de la población.¹⁵

Posterior a estas experiencias, los resultados suelen ser desalentadores y podría decirse que tanto los trabajadores de la salud/asesores, como la población, pierden la posibilidad de entablar una relación que los enriquezca mutuamente.

En ese sentido, quienes realizan la promoción de la salud no pueden desconocer la influencia que la cultura ejerce en la vida de las personas y la población en su conjunto, entendiendo a la cultura como el conjunto de elementos de la vida cotidiana de la gente que está constituido por pautas, creencias, códigos, prácticas y conocimientos que se aprenden y se comparten, que son supuestos y, al mismo tiempo, poderosos.³

La cotidianidad, en su totalidad, está matizada por la cultura. De manera específica en salud, es posible encontrar que la concepción-embarazo, parto y puerperio, la crianza de los niños y las distintas entidades nosológicas, incluyendo los síndromes de filiación cultural, tienen un sello peculiar que la cultura de los grupos sociales le imprime.^{4,6}

Es así que la antropología proporciona elementos que permiten entender el punto de vista de los "otros", lo cual puede apuntar a un trabajo más fructífero y a evitar enfrentamientos inútiles.

Inclusión de la cultura en promoción de la salud: experiencia personal

Tomando como referencia a Hueyapan, comunidad indígena del estado de Morelos, en un inicio se reconoció que la gran mayoría de instancias gubernamentales y civiles, a pesar de implementar acciones de prevención y atención de la salud, no habían logrado establecer un vínculo estrecho con los diferentes sectores de la población. De esa forma, resultaba evidente el desconocimiento de la dinámica interna y los valores culturales de la población, por lo que los resultados obtenidos eran limitados.

Lo anterior obligó a reflexionar sobre las formas de concebir e implementar las acciones de educación para la salud. Desde la manera de ver de los autores del presente capítulo, el problema de los programas de salud radicaba en que éstos basaban su estrategia de educación en la entrega de recursos para la salud, y descuidaban las formas como éstos son puestos a disposición de los diferentes sectores de la población.

Así, en el desarrollo del programa de salud referido, enmarcado dentro de la estrategia de la promoción de la salud y la metodología de la educación popular en salud, los siguientes elementos fueron fundamentales para el entendimiento con los grupos.

Respeto

El respeto tiene varias dimensiones. Se refleja en un reconocimiento y entendimiento continuo hacia la manera de

interpretar el mundo y, en forma específica, la salud-enfermedad. El respeto se da vinculado con el diálogo, de modo que se propicie un intercambio continuo de saberes entre ambas partes. Otro aspecto es el reconocimiento hacia las formas de organización, sitios y horarios para la realización de actividades, de tal manera que se evite la imposición y verticalidad.

El trabajo en promoción de la salud puede conducir (e idealmente es lo que se pretende) a propuestas de acción que vayan dirigidas a modificar las condiciones adversas de vida que afectan a la población. Cuando esto ocurre es preciso, como asesores, mantener una postura de respeto irrestricto hacia la manera como la gente plantea que estas acciones, que pueden ser incluso proyectos grupales o comunitarios, se definen, se diseñan y se concretan. Es necesario entender el significado que las personas le otorgan a su barrio, colonia o pueblo; el sentimiento de arraigo que poseen hacia su entorno es distinto del de los asesores, y en ese sentido, por lo general la población plantea que los proyectos o acciones se realicen en su propio espacio, aunque no se limita el intercambio con vecinos de otros asentamientos cercanos. Para las personas siempre es muy importante tener dentro de su espacio lo que ellas mismas han generado.

Diálogo

Al ser un proceso educativo el que se encuentra en la base del trabajo de promoción de la salud, el diálogo con características de horizontalidad, que permita el intercambio genuino entre ambas partes, es una pieza fundamental. Así, a través del diálogo se posibilita el entendimiento mutuo y la construcción colectiva del conocimiento, se discuten y reflexionan nociones, conocimientos, creencias y diversas prácticas en salud.

Valoración de su cultura

El proceso educativo se fundamenta de manera central en la propuesta de educación popular en salud. Así, se inicia con recuperar los conocimientos que la gente posee y las diversas prácticas que a lo largo de su vida ha utilizado para enfrentar la salud-enfermedad. Este primer momento posibilita un acercamiento para entender el punto de vista y la manera de interpretar el mundo, además de apreciar y valorar los aspectos propios de su cultura que han constituido aciertos en el enfrentamiento ante las dolencias, y también para potenciar su salud. En relación con el último aspecto, considérese la importancia de la lactancia materna y el apoyo de la pareja durante el parto, los cuales en forma reciente han sido revalorados desde los sistemas oficiales de salud.

Más adelante, durante el proceso educativo se analiza y reflexiona diferentes contenidos que posibiliten la construcción paulatina de nuevos conocimientos y la adquisi-

ción de habilidades que permitan reconocer los distintos aspectos que intervienen en la salud-enfermedad.

En la medida que se avanza en el proceso educativo, los grupos con quienes se trabaja proponen a su vez acciones concretas para modificar las condiciones de vida en que se encuentran, y la necesidad de organizarse o fortalecer sus propias organizaciones es un aspecto que toma un lugar fundamental. Nuevamente debe reiterarse que en todos los momentos, el diálogo, el respeto y la consideración de su cultura son elementos medulares en el trabajo de promoción de la salud.¹⁰

Intervención comunitaria

Esta intervención comunitaria tiene como antecedente la realización de un diagnóstico situacional de la región, que incluyó dos vertientes simultáneas:

1. Un diagnóstico comunitario con dos componentes:
 - a) Aspectos comunitarios de infraestructura, composición social y servicios.
 - b) Estado de nutrición de los niños menores de cinco años.

Para la realización de este estudio se eligió de manera aleatoria una muestra representativa de familias en dos barrios de Hueyapan, a quienes se aplicó una encuesta comunitaria y familiar; además, se realizaron entrevistas a informantes clave y se efectuó antropometría a menores de cinco años.

2. Un estudio antropológico cuyo objetivo fue reconocer la percepción del proceso salud-enfermedad y el tipo de estrategias empleadas por la población para dar solución a sus problemas de salud, en particular con los que respectan a los padecimientos presentados por los niños menores de cinco años. Posterior al diagnóstico se efectuó una convocatoria entre las autoridades locales, líderes comunitarios y población en general, con el fin de explicar los resultados del diagnóstico, analizar la problemática y definir en forma colectiva las acciones que se desarrollarían.

A esta convocatoria acudieron sobre todo mujeres (ya en otros estudios,² se menciona que en este tipo de trabajos, principalmente acuden mujeres) con quienes después de analizar los resultados se decidió en grupo iniciar un proceso para formar promotoras de salud que enfocarían sus actividades sobre la nutrición infantil, problemática que ellas mismas identificaron como importante. De las mujeres asistentes a esa reunión, 13 se autonombraron para formarse como promotoras de salud. El requisito de selección fue que representarían a su barrio y se comprometieron a desarrollar, en un futuro, acciones comunitarias.

Dicha intervención comunitaria tuvo dos fases: la primera, constituida por un programa de capacitación para pro-

motoras de salud, y en la segunda las promotoras realizaron trabajo comunitario para formar grupos de mujeres en los barrios que conforman la localidad.

Primera fase

El programa de capacitación para la formación de las 13 promotoras de salud se realizó de acuerdo a la metodología de la educación popular, definiéndose tres momentos:

- a) Iniciar con un triple autodiagnóstico constituido por los conceptos y las prácticas que los individuos participantes en ese grupo o capacitación tienen acerca de la temática que se abordará y el contexto (cultural, político, económico, social) donde se desarrolla su quehacer. Se realiza una confrontación sobre las contradicciones que se presentan entre lo que se piensa, lo que se hace y las condiciones en donde esto se realiza.

Este primer momento se considera muy importante porque toma en consideración la práctica que han tenido las personas y proporciona la pauta para el diseño de los elementos teóricos que se analizarán más adelante.

De manera específica, el programa de capacitación de las promotoras de salud inició con el triple autodiagnóstico, que integró aspectos del estudio antropológico del diagnóstico inicial; aquí se revisaron los conceptos que las mujeres tenían sobre la desnutrición. En esta etapa se abordaron aspectos culturales relacionados con su visión particular de percibir la salud y enfermedad; se analizó asimismo la manera como las mujeres de esa región perciben y se expresan en lengua náhuatl acerca de un "niño desnutrido", además de la manera como la enfrentaban y el contexto en que se presentaba dicha problemática. Este primer momento fue el punto de partida, conformado por la práctica que las mujeres realizaban en su cotidianidad.

- b) Este segundo momento está constituido por la teoría. En este momento la finalidad es analizar en forma colectiva las causas profundas y estructurales que ocasionan determinado problema; para tal fin se revisan contenidos que aporten elementos de análisis y que de acuerdo al nivel del grupo, faciliten la comprensión. Se trata de propiciar que cada individuo dentro de la colectividad, vaya descubriendo y construyendo el conocimiento. En esta etapa se analizó con las mujeres la inversión (tanto en recursos económicos como en fuerza física) que las familias (incluidas las mujeres) de la zona realizaban para el cultivo de sus productos (básicamente frutas, hortalizas y flores), y el precio que el intermediario paga por sus productos. Este ejercicio posibilitó que el grupo constatará de manera colectiva que la riqueza generada por su trabajo no es percibida por ellos mismos, sino que se queda en otras manos, sobre todo con los intermediarios y grandes comerciantes.

c) Después de la reflexión y análisis realizado en el momento teórico, se regresa a la práctica, pero con nuevos elementos, de modo que este accionar es diferente, de mejor calidad, ya que se han integrado nuevos conocimientos, lo que permite realizar transformaciones del entorno y observar una forma diferente de relacionarse con el mundo.

Después de la teorización, en el proceso formativo seguido con las promotoras, éstas plantearon propuestas y acciones a corto plazo, para enfrentar de manera más efectiva la desnutrición, definiéndose además acciones a largo plazo. Este momento constituyó un regreso a una práctica cualitativamente diferente. La formación de las promotoras ha sido un proceso cíclico y permanente entre su práctica y la teoría, es decir, analizando y reflexionando conceptos y conocimientos que enriquezcan y aporten elementos para ampliar su análisis.

El programa de capacitación incluyó los siguientes contenidos:

- Reflexión sobre los aspectos socioeconómicos que provocan desigualdad social y que dan origen a la desnutrición.
- Reconocimiento y reflexión de aspectos culturales vinculados con la alimentación y el cuidado de los niños.
- Identificación del peso y talla como indicadores que se encuentran directamente vinculados con el crecimiento y desarrollo de los niños.
- Reconocimiento de los instrumentos de medición, así como registro periódico del peso y talla de los niños.
- Identificación de los diferentes grados de desnutrición y registro de los datos dentro de la cartilla (curva de crecimiento).
- Enfermedades infecciosas que se vinculan con la desnutrición, como las diarreas y las infecciones respiratorias agudas.
- Aspectos organizativos generales del trabajo grupal.

La integración de los elementos culturales de la población ha sido fundamental. Es así que para facilitar la participación directa de las promotoras fue importante el reconocimiento e inclusión de sus patrones culturales tanto en el análisis de la desnutrición y la salud-enfermedad, como en las estrategias para proporcionar atención a los niños desnutridos.

Segunda fase

Después de ocho meses de capacitación se inició con la segunda fase de esta intervención. En este periodo las promotoras de salud iniciaron actividades de promoción y organización en los barrios a los que pertenecen para agrupar a mujeres y madres de niños menores de cinco años, con la finalidad de impulsar un programa de vigilancia epidemiológica en nutrición infantil que repercutiera, en primera instancia, en los niveles de nutrición de los menores, y a largo

plazo, en el mejoramiento de las condiciones de salud de las familias.

Las promotoras convocaron a asamblea a las madres de los niños menores de cinco años de los barrios, se definieron los objetivos del grupo e iniciaron con la misma propuesta metodológica un proceso educativo con las mujeres, reproduciendo los contenidos revisados anteriormente con ellas.

Durante este periodo se establecieron vínculos con el Instituto Nacional Indigenista (INI), y las promotoras de salud plantearon a los grupos de mujeres la opción que tenían de solicitar apoyo al INI para el programa de nutrición infantil.

Al interior de los grupos de mujeres se discutieron los mecanismos por los cuales se conseguirían despensas y papilla proteica a través del programa de ayuda alimenticia del INI y el tipo de vinculación que se establecería con esa institución.

En tres barrios se conformaron comités de nutrición y en forma colectiva se fijó el precio que se pagaría por las despensas, ya que los fondos recabados por la venta de éstas serían manejados por el propio grupo, en tanto que los comités serían responsables de su resguardo hasta que el grupo decidiese el destino que se le daría. Otra de las responsabilidades del comité fue el monitoreo periódico del crecimiento y desarrollo de los niños.

El trabajo en comunidad implicó adaptarse a sus formas de organización, es decir, la capacitación y asambleas se realizaron dentro de sus horarios y sobre todo dentro de los espacios (barrios) que las mujeres indicaron como comunes.

Resultados

El diagnóstico situacional previo a la intervención comunitaria mostró que los grupos etarios de cero a cuatro y de cinco a nueve años eran predominantes en la pirámide de población, con 11.7%, respectivamente, y se encontraron diferentes grados de desnutrición en los niños menores de cinco años con el indicador peso/edad. El mayor número de niños pertenecientes a la muestra de este diagnóstico situacional correspondió al grupo de uno a cinco años de edad; en ese mismo grupo los grados de desnutrición fueron más acentuados y con un mayor porcentaje de niños afectados (cuadros 41-1 y 41-2).

Las características más relevantes de las viviendas de las familias encuestadas mostraron que 70% posee piso de tierra y 65% realiza fecalismo al aire libre; lo anterior es reflejo del bajo nivel socioeconómico al que pertenecen las familias, lo que propicia malas condiciones de vida.

El estudio antropológico mostró que el mayor número de síndromes de filiación cultural se concentró en 41% en los menores de 15 años; de estas entidades nosológicas sobresale el "aire" y el "calor". En esta comunidad de origen náhuatl el "aire" se manifiesta con diversos síntomas, entre los cuales se encuentran los relacionados con enfermedades respirato-

Cuadro 41-1. Estado de nutrición con el indicador peso/edad en niños de 0 a 11 meses. Hueyapan, Morelos (1992).

Barrio	Normal		Leve		Moderado		Total
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	
San Andrés	10	55	7	39	1	6	18
San Bartolo	4	67	2	33	0	0	6

Cuadro 41-2. Estado de nutrición con el indicador peso/edad en niños de 12 a 59 meses. Hueyapan, Morelos (1992).

Barrio	Normal		Leve		Moderado		Grave		Total
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	
San Andrés	11	25	32	50	11	25	0	0	54
San Bartolo	17	57	13	43	0	0	0	0	30

rias y gastrointestinales. Estos datos indicaron la existencia de entidades que dadas sus características (rinorrea, tos y cianosis) pueden relacionarse con infecciones respiratorias, padecimiento que ocupa uno de los primeros lugares en mortalidad infantil en el municipio de Tetela del Volcán.²¹ Sin embargo, es preciso aclarar que las infecciones respiratorias no son necesariamente equivalentes de "aire".

Se conformaron cuatro grupos de mujeres: el de promotoras de salud que impulsan el trabajo comunitario y tres grupos en tres de los barrios, los cuales agruparon en total a 120 mujeres.

La metodología de educación popular aplicada a la educación para la salud ha propiciado procesos organizativos entre las mujeres y el involucramiento de ellas mismas en acciones que contribuyen en cierta medida a la resolución de la problemática de salud familiar y nutrición infantil. Dichas acciones son consecuencia de una práctica y una manera de enfrentar los problemas de forma diferente, lo cual se posibilita con la metodología educativa empleada.

Las promotoras y los grupos de mujeres han emprendido acciones con repercusión directa o indirecta sobre la nutrición infantil, tales como: elaboración de productos a base de amaranto, cooperativas de consumo de artículos de la canasta básica, mejoramiento de las viviendas, abastecimiento de leche y despensa básica, construcción de hornos comunitarios para la elaboración de pan integral, acondicionamiento de un camino de acceso a uno de los barrios. Este tipo de actividades ha generado procesos organizativos entre las mujeres, ya que son ellas mismas quienes han tramitado y gestionado los diversos apoyos que se han requerido para efectuar cada una de las acciones mencionadas, además de que han administrado los recursos económicos que han conseguido. Los logros obtenidos, aunque mínimos, han contribuido a mejorar la autoconfianza y autoestima de las mujeres, principio básico para el empoderamiento; asimismo se ha despertado interés y respeto por parte de los hombres de la localidad.

El trabajo comunitario de las promotoras de salud, las mujeres y el equipo asesor no estuvo exento de dificultades. Se presentaron conflictos en distintos momentos entre las mujeres líderes (quienes no en todos los grupos fueron las promotoras de salud) y el resto del grupo. El manejo del poder, la comunicación intragrupal e intergrupala y el tipo de liderazgo se encontraron entre los principales problemas que se enfrentaron. La contribución de las promotoras de salud para el manejo y resolución de los conflictos en algunas ocasiones fue decisiva.

La integración en el proceso educativo de los elementos culturales de la población evitó enfrentamientos y rupturas entre las distintas formas de conceptualizar la salud-enfermedad por parte de los asesores y los grupos de mujeres, permitiendo por el contrario, el reconocimiento de problemas de salud percibidos por la población que no tienen equivalente dentro de la nosología médica, pero que repercuten en la salud de la población. Además, fue posible realizar acciones para enfrentar la desnutrición infantil con alternativas culturalmente aceptadas en la localidad, como lo es la integración en la dieta familiar del amaranto, cultivo de la zona no ajeno a sus patrones de consumo.

En el monitoreo periódico de 108 niños menores de cinco años se encontró un 64% de desnutrición leve y moderada con el indicador peso/edad de acuerdo a las tablas del *National Center for Health Statistics*.

En el periodo de septiembre 1994 a febrero de 1995 hubo un descenso mínimo en el porcentaje de desnutrición que fue de 64% en septiembre de 1994 a 62% en febrero de 1995 en los 108 niños, con quienes se inició la intervención.

Discusión

Los porcentajes de desnutrición encontrados en los niños incluidos en el programa de vigilancia epidemiológica coinciden con el análisis de los resultados de la encuesta nacional de alimentación en el medio rural en 1989, que señalan para

la región sur (zona a la que corresponde el estado de Morelos) porcentajes de desnutrición con el indicador peso/edad por arriba de 50% y un creciente deterioro nutricional en las zonas con presencia de población indígena, como es el caso de Hueyapan.²²

De acuerdo con los registros de mortalidad de la Secretaría de Salud, en Tetela del Volcán,²¹ municipio al que pertenece esta localidad, durante el periodo comprendido entre 1989 y 1992 los problemas de las deficiencias de la nutrición y la anemia se ubicaron dentro de las principales causas de muerte infantil y preescolar, alternando con las enfermedades infecciosas intestinales e infecciones respiratorias agudas.

La estrategia de promoción de la salud a través de la metodología de la educación popular propició la participación activa de las mujeres en el programa de vigilancia epidemiológica en nutrición infantil.

Otros estudios reportan la participación comunitaria vinculada con la educación en nutrición con metodologías participativas,^{23,24} sin embargo, estos reportes no señalan que la población se apropie del programa nutricional y en esta intervención el impulso de la participación y la apropiación del programa por parte de las mujeres fue central, en el sentido de que han continuado, a pesar de que los asesores se han retirado parcialmente.

El reconocimiento de los rasgos culturales de la población permitió ampliar el rango de la problemática de salud, abarcando entidades nosológicas que salen del ámbito de la epidemiología convencional, pero que ocurren con frecuencia para ser motivo de trastornos físicos y emocionales, y con clara influencia en la salud infantil y comunitaria. Ya en otros reportes se señala la necesidad de incluir a los "síndromes de filiación cultural" dentro del análisis de salud de la población con la finalidad de tener un panorama más real de la situación que viven sus habitantes.²⁵

La conformación de grupos, así como la promoción de procesos autogestivos, necesariamente lleva implícito el control sobre la toma de decisiones en diferentes niveles sociales, pero dicha búsqueda y manejo del poder en la mayoría de las ocasiones se expresa a través del conflicto. No obstante, habrá de aclararse que en los contextos microsociales (grupos de mujeres) este hecho no se refirió a una contradicción antagónica, sino a un proceso que involucró desde la confrontación de las partes contendientes, hasta el restablecimiento de nuevas relaciones al interior de los grupos.²⁶

A pesar de que aún no se han observado cambios sustanciales en el nivel nutricional de los niños, la apropiación del programa de vigilancia epidemiológica en nutrición infantil, por parte de los grupos de mujeres y los procesos organizativos que ellas han originado para enfrentar los problemas de salud infantil, constituyen un avance fundamental para enfrentar la problemática nutricional en la zona.

Conclusiones

En las últimas décadas la participación de la población ha sido un elemento que ha estado presente desde los planteamientos de la estrategia de atención primaria de la salud, posteriormente en la propuesta de los sistemas locales de salud, y en años más recientes en la estrategia de promoción de la salud. La metodología de la educación popular en salud proporciona pautas para propiciar el involucramiento y la participación efectiva de la población en la transformación de su entorno y solución de sus problemas.

Para esta intervención comunitaria, la propuesta metodológica utilizada fue decisiva para lograr la participación de las mujeres en procesos organizativos impulsados por ellas mismas y la apropiación del programa de vigilancia epidemiológica en nutrición infantil.

La presencia del conflicto al interior de los grupos es una consecuencia inherente al trabajo grupal y comunitario. En este trabajo el reconocimiento, la reflexión y la discusión colectiva entre las promotoras-mujeres-asesores fue de primordial importancia y permitió identificar el nudo que generaba el problema y buscar soluciones conjuntas para resolverlo. Por un lado, se generó aprendizaje de todos los integrantes para el manejo del conflicto y, por otro, permitió crecer y madurar a los grupos en términos de las dinámicas grupales que se seguirán a futuro.

La pretensión de promoción de la salud de que la población tenga control sobre su vida y su salud involucra necesariamente la organización política de los individuos para mejorar sus condiciones de vida; ello ubica a la metodología de la educación popular como un instrumento necesario para alcanzar dicho objetivo, lo cual, sin embargo, no es suficiente.

En ese sentido, esta metodología propició la participación y organización de las promotoras de salud y las mujeres, quienes han comenzado a transitar una ruta que en forma obligada requerirá que se vinculen con las instancias organizativas locales y regionales para encontrar alternativas de solución a los problemas de salud.

Actividades de evaluación

1. Para concretar las pretensiones de promoción de la salud, en el sentido de que la población mejore su salud y

tenga un control sobre la misma, es necesaria la utilización de metodologías que promuevan:

- a) El involucramiento y la participación de la población en el diseño, la planeación, la ejecución y la evaluación de las acciones de salud.
 - b) Mayores políticas y programas de salud institucionales.
 - c) Que la población acepte los programas de salud gubernamentales.
 - d) La modificación de hábitos y costumbres de la población.
2. La metodología de la educación popular, aplicada a la educación para la salud, es concebida como un proceso de formación y capacitación que aspira a:
- a) La acción organizada de la población con el objetivo de construir una sociedad de acuerdo a sus intereses.
 - b) Incrementar el nivel de conocimientos de la población, sobre temas de salud.
 - c) La modificación de hábitos y costumbres de la población.
 - d) Que las instituciones de salud dicten las acciones de salud.
3. La promoción de la salud y la educación para la salud:
- a) No puede desconocer la influencia que la cultura ejerce en la vida de las personas y la población en su conjunto.
 - b) Debe diseñarse bajo parámetros estadísticos y objetivos.
 - c) Debe diseñarse en forma independiente de los sujetos y poblaciones bajo intervención.
 - d) Es un asunto exclusivo de las instituciones y programas de salud.
4. En los programas de promoción de la salud, la antropología puede favorecer:
- a) La comprensión del punto de vista de los "otros", lo cual puede apuntar a un trabajo más fructífero y a evitar enfrentamientos inútiles.
 - b) La intermediación cultural entre el personal de salud y la población.
 - c) La aceptación incondicional de las estrategias del programa.
 - d) Obtener información cualitativa de los sujetos y poblaciones.

Bibliografía

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la Salud*. Ottawa: OMS.
2. Cerqueira MT et al. (1982). *Unidades normativas para la educación en nutrición*. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia: 19-23.
3. Contento I (1980). *Thinking about nutrition education: what to teach, how to teach it and what to measure*. Teachers College Record; 81:421-447.
4. Edema JMP (1981). *Social phenomena and the planning of a nutrition education program*. Soc Sci Med; 15A:713-719.
5. Plascencia D et al. (1989). *Educación nutricional en un área rural: experiencias de trabajo*. Rev Cubana Hig Epidemiol; 27: 97-103.
6. Eide VB (1980). *Rethinking food and nutrition education under changing socioeconomic conditions*. Food Nutr Bull; 2(2):23-38.
7. Lappe FM et al. (1978). *El hambre en el mundo: 10 mitos*. México: Comité Promotor de Investigación para el Desarrollo (COPIDER).
8. Rusness BA (1993). *Striving for empowerment through nutrition education*. J Am Diet Ass; 93:78-79.
9. Wallerstein N et al. (1988). *Empowerment education: Freire ideas adapted to health education*. Health Educ Q; 15:379-394.
10. Núñez HC (1986). *Educación para transformar, transformar para educar*. Guadalajara, México: IMDEC.
11. García Ramírez H (1990). *Salud, conciencia y organización: método de formación de promotores de salud*. México: Fomento Cultural y Educativo, AC/CRT.
12. Marshall MT (1992). *V Curso de educación a distancia: salud comunitaria y promoción del desarrollo*. Lima: Centro Latinoamericano de Trabajo Social (CELATS). Módulo IV: Educación popular en salud.
13. Werner D (1984). *Aprendiendo a promover la salud*. México: CEE/PAX.
14. Isunza Ogazón A (1985). *Polarización alimentaria y nutricional de México: un ejemplo de desigualdad social*. Nueva Antropol; 7(8):29-49.
15. Chávez A et al. (1994). La transición epidemiológica nacional en alimentación y nutrición. En: *Sociedad, economía y cultura alimentaria*. México: CIESAS/CIAD.
16. Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" (1990). *Encuesta nacional de alimentación en el medio rural 1989*. México: INNSZ.
17. Organización Panamericana de la Salud/FAO (1992). *Conferencia Internacional sobre Nutrición: síntesis ejecutiva del diagnóstico de situación alimentaria y nutricional en México*. Washington, DC: OPS/FAO.
18. Oswald U (1991). "Desarrollo, crisis y alimentación en el estado de Morelos". En: *Primeras Jornadas de Investigación en el Estado de Morelos, 1991*. Cuernavaca, Morelos: CRIM/UNAM:223-254.
19. Oswald U (1992). "Transformaciones socioproductivas en el estado de Morelos". En: *Mitos y realidades del Morelos actual*. México. CRIM/UNAM: 65-141.
20. Warman A (1980). *Y venimos a contradecir*. México: Ediciones de la Casa Chata.

21. Secretaría de Salud (1990). Dirección General de Epidemiología y Estadística. Base de datos de mortalidad de la República Mexicana. México: SSA.
22. Ávila Curiel A *et al.* (1993). *La desnutrición infantil en el medio rural mexicano: análisis de las encuestas nacionales de alimentación*. Salud Pública Mex;35:658-666.
23. Isunza Ogazón A *et al.* (1993). *Programa de investigación-comunitaria en migración y nutrición*. Salud Pública Mex;35:569-575.
24. Martínez Salgado H *et al.* (1993). *Experiencias en participación comunitaria para promover la educación en nutrición*. Salud Pública Mex;35:673-681.
25. González-Chávez L, Hersch-Martínez P (1993). *Aportes para la construcción del perfil epidemiológico sociocultural de una comunidad rural*. Salud Pública Mex;35:393-402.
26. Turner VW (1974). *Dramas field and metaphors*. Ithaca: Cornell University Press.

Lecturas recomendadas

- Castro Pérez R *et al.* (1993). *Opiniones de los diversos actores sobre la participación comunitaria en salud y planificación familiar*. Salud Pública Mex;35:376-392.

Guerra González MR (2008). *Iguales y diferentes: derechos humanos y diversidad*. México, D.F.: Ed. Torres Asociados.

Paulo Maya A, Arenas Monreal LM (1999). *Educación popular y nutrición infantil: una experiencia de trabajo con mujeres en Hueyapan*. Revista Saude Publica (Brasil);2(33):113-121.

Paulo Maya A, Arenas Monreal LM (2000). "Implicaciones de un programa de salud comunitaria sobre la calidad de vida de las mujeres en una comunidad indígena del estado de Morelos". En: Daltabuit M, Álvarez RL (coord.). *Calidad de vida, salud y ambiente*. México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM.

Paulo Maya A, Arenas Monreal LM (2001). "Apuntes sobre cultura y promoción de la salud". En: *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, 2a. época; vol. 4, núm. 1. México: Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina.

Ruiz Llanos A (2007). "La interculturalidad y el derecho a la protección de la salud: una propuesta transdisciplinaria". En: *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, 2a. época; vol. 10, núm. 1. México: Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina.

Universidades indígenas interculturales y salud

Aurelio de Alba Ceballos

CAPÍTULO

42

Conceptos clave

Interculturalidad • Educación intercultural • Universidades interculturales • Salud intercultural • Desarrollo comunitario

Introducción

En este capítulo se parte de una definición de la interculturalidad donde está presente el componente de dominación (y colonialismo) de unos grupos humanos sobre otros. Se considera que las nuevas generaciones de jóvenes pertenecientes a pueblos originarios están teniendo acceso a la educación superior, y de allí la emergencia de instituciones universitarias en México (y América Latina) que presentan un perfil más idóneo cuando nacen en las propias regiones de encuentro intercultural. Sus objetivos y compromisos se construyen con la participación de los propios pueblos originarios. En el campo de la medicina, son varias las universidades interculturales en México que han desarrollado la licenciatura en Salud Intercultural, una de las cuales se ubica en el Estado de México y otras en Michoacán, Tabasco, Quintana Roo (denominada "salud comunitaria") y en Chiapas (como "medicina con enfoque intercultural"). En la primera se desarrolla una enseñanza basada en la medicina tradicional, así como en algunos aspectos de la medicina convencional y de las llamadas medicinas alternativas o complementarias. Las funciones de la licenciatura no se concretan a la difusión, docencia e investigación, sino que se apuesta a una fuerte e íntima vinculación con las comunidades pertenecientes a pueblos originarios y sus zonas de influencia a nivel urbano.

Se puede decir que el término *interculturalidad* lucha por encontrar un espacio de interpretación digna y común en el mundo de la intelectualidad y la academia, que se ocupa de intentar entender las problemáticas sociales.

Es difícil su definición dado que algunos términos relacionados son los de multiculturalidad, transculturalidad o aculturación, los cuales han sido usados con mayor o menor fortuna por diversos intelectuales en la multiplicidad de intentos de explicar y dar sentido a lo que ha sucedido y aún sucede cuando esas conformaciones humanas que se denominan "culturas" entran en contacto (sin embargo, estos términos dan cuenta de segmentos de adopción de elementos culturales sin que tiendan a modificar la estructura de dominio).

El universo conceptual del que se pretende extraer significados y significantes que puedan dar cuenta de este tipo de procesos, aun con las mejores intenciones, difícilmente puede dejar de estar fuertemente influido por la formación ideológica que el observador haya construido en sí mismo, para desde ahí tener un punto de abordaje a la problemática de las relaciones entre culturas.

Si se utiliza como plataforma, aun dentro de sus limitaciones, concepciones antropológicas clásicas, puede observarse que atrás de la alta calidad de los trabajos se encuentra un término que le resulta muy molesto a muchos intelectuales actuales: "dominación".

Al dar un rápido vistazo al asunto de las relaciones entre culturas a través de la historia, es difícil encontrar alguno de estos contactos que esté libre de violencia y del establecimiento de dominación dentro de las varias formas que pueden existir en las que un grupo humano saca provecho de otro, desde las más burdas y primitivas, como es la aplicación de la fuerza bruta, hasta abrir su repertorio en una multiplicidad de elementos coercitivos que abarcan prácticamente todos los aspectos humanos, pues ha existido dominación ideológica, económica, religiosa, académica, racial, de género, generacional, de clase social, etc., que se ramifican de manera perniciosa.

Al apoderarse de la extracción incluso de las necesidades más esenciales como es la alimentación, la vivienda y la seguridad, entre otras, cuando establecen un dominio colonizador, los grupos de culturas dominantes se autojustifican mencionando el "enriquecimiento" de las culturas dominadas con nuevas tecnologías o aportaciones impuestas que ellos creen y saben necesarias para la permanencia de su dominio. Es entonces entendible que intelectuales sociales pertenecientes a grupos dominantes sientan desagrado en la utilización de términos que reflejan una realidad que los hace verse en el espejo de la dominación colonial, por más que se intente suavizar ese antecedente ante realidades actuales en las que grupos descendientes de los pueblos originarios, siguiendo un tortuoso camino, se acercan a situaciones de mayor equidad, escenario en el que emerge el concepto de interculturalidad.

Dicho concepto supone una relación entre culturas en condiciones de igualdad, entendiendo de esta manera que unas culturas rompen sus límites por la perspectiva de otras, y de esta manera mejoran su sentido; también se hace

referencia a las tensiones generadas por la globalización que pretende una sociedad monocultural, y la realidad intercultural que propone la universalidad de la diversidad y el reconocimiento de los saberes ancestrales, aliviando así, en hechos concretos, las desigualdades y la marginación de que fueron objeto las culturas originarias en América Latina y, por ende, en el territorio de México.¹

Si bien en la actualidad hay condiciones en algunos medios para ensamblar el concepto de interculturalidad con acciones de realidad social concreta y operativa, principalmente en medios académicos y de enseñanza, este concepto, con su ingrediente ineludible de igualdad, tiene antecedentes para el país que es importante mencionar, por ejemplo, orientadores: al finalizar la Segunda Guerra Mundial y al calor de la creación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se reflexionó que hubo más de 30 millones de muertos en un conflicto que tuvo entre sus componentes principales un fuerte elemento racial. Así se formó una comisión de sabios, entre quienes estuvo el antropólogo mexicano Juan Comas, que realizaron trabajos en todos los continentes y llegaron a la conclusión de que no existe ningún motivo científico que pueda afirmar la superioridad en coeficiente intelectual o genética de ninguna raza o grupo humano sobre cualquier otro.² De manera similar, al tratar el problema del racismo, el filósofo y matemático alemán Bertrand Russell afirmó que "la forma para eliminar el racismo es en la cama, y en esto la nación que tiene más avance es México".³

Hacia la educación intercultural

En la actualidad existen grupos importantes de jóvenes de regiones donde aún habitan los descendientes de pueblos originarios, que han alcanzado el nivel medio de enseñanza superior.

En estas condiciones surgieron propuestas para la creación de universidades interculturales enclavadas en las regiones de los pueblos originarios de México. Como parte de las discusiones previas a la implantación de dichas propuestas se encuentran reflexiones en las que se habla de filosofía y educación intercultural a partir de cuestionamientos sobre la educación y cómo ha sido llevada actualmente en la región:

Desde la propuesta de la filosofía intercultural creo que habría que pluralizar la educación y cancelar los programas de las famosas educaciones nacionales en América Latina, es decir, la educación como instrumento de un Estado nacional, como reproductora de la memoria nacional escrita en función de una nación más o menos homogénea, de tal modo que una pedagogía intercultural tendría que empezar por ampliar la manera como nos vemos a nosotros mismos. Dejar un poco la mentalidad victimista que cree, por ejemplo, que los españoles o los estadounidenses son el origen de todos los males, etc. Empezar, por tanto, por revisar las políticas educativas y

asumir que la responsabilidad de las políticas educativas no es de los españoles ni de los estadounidenses. Es necesario hacernos responsables del daño que ha significado el estado nacional con su manera homogénea de educar para una vida uniforme que ignora la diversidad de las memorias históricas de este continente. La llamada educación nacional no da cuenta de la diversidad latinoamericana [...]. En este sentido, creo que los educadores latinoamericanos trabajamos más como funcionarios de la colonización que como sujetos realmente abiertos a una innovación.¹

Universidad e interculturalidad

Los procesos sociales en los que se cristalizaron los ideales de la interculturalidad en el medio académico en México, dieron como resultado la creación de la Coordinación General de Educación Intercultural Bilingüe (CGEIB), perteneciente a la Secretaría de Educación Pública (SEP), de la cual emanaron las universidades interculturales ahora existentes: Universidad Intercultural del Estado de México, Universidad Intercultural del Estado de Tabasco, Universidad Intercultural del Estado de San Luis Potosí, Universidad Indígena de México (Sinaloa), Universidad Intercultural de Veracruz, Universidad Intercultural Indígena de Michoacán, Universidad Intercultural del Estado de Puebla, Universidad Intercultural de Guerrero, Universidad Intercultural Maya de Quintana Roo. En consecuencia, se hicieron necesarios planteamientos que direccionaran el proceso; de esta manera se entendió que:

La misión de la universidad intercultural es promover la formación de profesionales comprometidos con el desarrollo económico, social y cultural, en particular de los pueblos indígenas del país; revalorar los saberes de los pueblos indígenas y propiciar un proceso de síntesis con los avances del conocimiento científico; fomentar la difusión de los valores propios de las comunidades, así como abrir los espacios para promover la revitalización, el desarrollo y la consolidación de lenguas y culturas originarias para estimular una comunicación pertinente de las tareas universitarias con las comunidades del entorno. Esta nueva institución, a través del desarrollo de sus funciones de docencia, investigación, difusión y preservación de la cultura, extensión de los servicios y vinculación con la comunidad, busca favorecer un diálogo permanente de las comunidades con el desarrollo científico y cultural contemporáneo.⁴

Vinculación comunitaria para el desarrollo regional

Derivado de la cita anterior queda formalmente entendido que las universidades interculturales, además de las tres funciones básicas que tienen todas las universidades (docencia, investigación, difusión), tienen una cuarta función: la de "vinculación comunitaria para el desarrollo regional".

De las muchas definiciones que existen de *desarrollo*, en el presente capítulo se ha adoptado la que define que es contribuir a la solución o satisfacción de las necesidades esenciales en la región de influencia de cada universidad intercultural. Se listan a continuación estas necesidades en orden de urgencia biológica:

- Alimentación.
- Salud.
- Vivienda.
- Educación.
- Trabajo.
- Seguridad.

La acción de vinculación comunitaria para el desarrollo regional debe ser realizada durante la formación del profesionista intercultural, y de manera preferente mediante una brigada que tenga entre sus miembros a uno originario de la comunidad en la que se implantará, además de que las acciones en ella deberán permanecer durante toda la formación.

Propuesta de salud intercultural

En el caso que nos ocupa se decidió realizar los trabajos relativos a la necesidad esencial de salud, para lo cual se diseñó y puso en marcha la licenciatura en Salud Intercultural, la cual se describe a continuación mencionando sus antecedentes históricos, la fundamentación de sus necesidades y los componentes que hoy día la constituyen y estructuran, sabiendo que ya está en función en las universidades interculturales de los estados de México y Tabasco.

Breves antecedentes históricos

De los muchos padecimientos que tiene la humanidad en materia de salud y de las múltiples posibilidades de solucionarlos, hemos encontrado, organizado y activado una de éstas. Es una historia que tiene varios elementos y varios tiempos, así como situaciones y contribuciones que la han hecho posible.

En el aspecto de los tiempos en que se han desarrollado los fundamentos de una de sus ramas principales, sabemos que ésta empieza a conformarse en la lucha por la supervivencia de los primeros habitantes de Mesoamérica en una antigüedad de entre 30 000 años, determinados por los primeros campamentos, y los 11 000 años de las primeras aldeas, horizonte histórico en el que se fueron formando sus primeras raíces, de tal manera que entre los 11 000 años anteriores y los 500 años considerados desde el arribo de los europeos a este continente, está plenamente conformada la llamada medicina mesoamericana o mexicana, que tiene entre sus pilares más importantes la herbolaria; el manejo de la energía biológica o medicina energética, incluyendo la chamánica y ritual; la hidroterapia, incluyendo el

temazcal; los masajes y un tipo de estimulación de puntos energéticos corporales, incluida la efectuada con espinas vegetales o de pescado, de tal manera que todo el conjunto conforma una ciencia de eficiencia comprobada en la época de la llamada "conquista", la cual a pesar de la violencia con la que se destruyó el llamado "imperio azteca" mostró ser tan eficaz que Hernán Cortés, coordinador de ese movimiento militar, en su segunda carta de relación, le pidió a su emperador el favor de no mandar médicos de Europa, porque los de aquí eran mejores.

Una vez tomado el control de Mesoamérica, en las primeras épocas algunos europeos, reconociendo el valor de este tipo de conocimientos, instauraron el Colegio de Santa Cruz de Tlatelolco que tuvo entre sus integrantes a personajes como fray Bernardino de Sahagún, y en estos espacios de cierta manera "protegidos" algunos sabios de las etnias aliadas de los españoles lograron recopilar el primer compendio de herbolaria mesoamericana en lenguas latinas, como fue el *Códice De la Cruz-Badiano*. Sin embargo, con un mayor empoderamiento de los españoles y la instauración de instrumentos de sometimiento tales como la llamada Santa Inquisición, se establecieron periodos de oscurantismo donde se pretendió extinguir todo vestigio de las culturas prehispánicas, incluso traicionando a las mismas etnias aliadas.

Los conocimientos y las prácticas de salud mesoamericanas también fueron sometidos a persecución, sin embargo, sin ningún otro apoyo que su eficacia para todos y la veneración protectora en el corazón de los pueblos originarios, la medicina tradicional logró traspasar y sobrevivir esas épocas de oscurantismo para enfrentarse en fecha reciente con ataques provenientes de los grandes capitales, encarnados en poderosos laboratorios privados que se han apoderado no sólo del mercado farmacéutico, sino también de la formación de los profesionales médicos contemporáneos, continuándose una vez más no sólo la sobrevivencia de las prácticas de salud de la medicina tradicional sino incluso enriqueciéndose mutuamente con el contacto de medicina y herbolaria de otras latitudes.

Lo expuesto sobre medicina tradicional es una de las tres grandes fuentes de conocimiento con las que fue construida esta propuesta que, además, tiene como piso y cimiento una permanente acción de vinculación comunitaria.

Fuentes de conocimiento de la propuesta actual

El sistema intercultural que se propone en el presente capítulo es aquel que realiza las adecuaciones culturales necesarias para lograr una mayor penetración en la solución de la problemática en salud de los pueblos originarios rurales, urbanos y suburbanos que no ha logrado cubrir el sistema convencional de salud.

Las adecuaciones culturales van desde la concepción de la infraestructura, hasta la formación de un nuevo tipo de profesional de la salud, el cual surge de la misma comunidad, lo que asegura tanto el entendimiento de la misma como canales adecuados de comunicación. Estas adecuaciones serán acordes a tres tipos de formas culturales de atender la salud:

- a) Medicina tradicional mesoamericana, con su bagaje de plantas medicinales, temazcal, masajes y rituales.
- b) Lo más funcional en las comunidades del sistema de salud convencional (urgencias básicas y protección civil).
- c) Las técnicas complementarias y alternativas de salud que han demostrado su eficiencia ante la población, como acupuntura y otras.

Fundamentación de necesidades actuales

Si bien es correcto reconocer los grandes esfuerzos que en materia de salud han hecho los aparatos de gobierno posteriores a la Revolución Mexicana, mismos que se reflejan en el incremento de la esperanza de vida de la población en general, también es notable que las soluciones aún son insuficientes, tanto en cobertura como en adecuaciones culturales en sectores vulnerables. Al respecto, la estructuración de la propuesta de la licenciatura en Salud Intercultural nace de la existencia de un vacío en soluciones a la problemática de salud en las regiones propias de los pueblos originarios y sus manifestaciones interculturales en las regiones tanto rurales, como marginal y popular urbanas hacia las que está derivando su existencia.

La conformación de los elementos que constituyen la propuesta de la licenciatura en Salud Intercultural se fundamenta en que pretende contribuir de una forma apropiada a llenar el vacío mencionado:

La proyección de nuevas instituciones en el nivel de enseñanza superior cercanas a los pueblos originarios, tanto en ubicación geográfica como en identidad, podrá contri-

buir a abrir los espacios académicos a los futuros agentes del desarrollo de las comunidades indígenas.⁴

La propuesta presentada no es entendible sin la auténtica participación comunitaria que parte de la acción de los estudiantes en su misma comunidad de origen, y que activa su capital social con familia, parientes, vecinos y comunidad en general, de donde surgirá la red de atención preventiva comunitaria en salud y, en su caso, las denominadas "casas de salud" y sus consecuentes "clínicas comunitarias" que interactuarán con la Clínica Universitaria del Campus, constituyendo en conjunto el "Sistema de Salud Preventiva Comunitaria".

Los cuatro escenarios mencionados inician su funcionamiento desde las casas de la salud que se ubican en las comunidades pequeñas de donde son originarios los estudiantes de la licenciatura de Salud Intercultural y se vuelven el cimiento funcional del sistema de salud regional participativo comunidad-universidad intercultural, proveyendo en forma coordinada, de acuerdo a las necesidades de los pacientes, a las clínicas intermedias y éstas, a su vez, a la clínica universitaria; es importante mencionar que la concepción del sistema tiene como eje nodal el mantenimiento de la salud y la prevención de padecimientos y enfermedades, siendo los actores principales las casas de la salud. En consecuencia, la visión es fundamentar la creación de la licenciatura como la formación de profesionales que contribuirán a mejorar las condiciones de salud, con un sentido de desarrollo social.

Los estudiantes y egresados serán capaces de disminuir el déficit en atención de salud en regiones indígenas rurales y populares urbanas en las que opere el "Sistema de Salud Intercultural Integrativo con Participación de la Comunidad", sin propiciar la creación de nuevos vacíos en atención de la salud. De igual manera se debe contar con las instalaciones para la implantación de productos de investigación y creatividad, con el fin de que, en comunidad, se asegure el desarrollo de nuevas generaciones, en un entorno de salud integral de acuerdo al planteamiento de la Organización Mundial de la Salud, esto es, la salud biopsicosocial.

Preguntas de repaso

1. ¿Qué se entiende por interculturalidad y cuál es su relación con las políticas de dominación o hegemonía?
2. ¿Por qué y desde dónde surgió la educación intercultural en México?
3. ¿Qué importancia tiene el nacimiento de las universidades indígenas interculturales en América Latina?
4. ¿Cuál es la fundamentación técnica para la apertura de licenciaturas en salud intercultural en las universidades indígenas?
5. ¿Cuáles serían las funciones sustantivas de una licenciatura en Salud Intercultural?

Bibliografía

Referencias

1. Fonet Betancourt R (2004). *Reflexiones de Raúl Fonet-Betancourt sobre el concepto de interculturalidad*. México: Consorcio Intercultural.
2. Comas J (2004). *Unidad y variedad de la especie humana*. México: UNAM.
3. Russell B (2003). *Ensayos filosóficos*. Madrid: Alianza Editorial.
4. Casillas Muñoz ML, Santini Villar L (2006). *Universidad intercultural como modelo educativo*. México: SEP-CGEIB.

Lecturas recomendadas

Aguilar Nery J (2004). *Hacia una memoria argumental sobre la educación intercultural en México. Una narrativa desde la fron-*

tera norte. Revista Mexicana de Investigación Educativa;9 (20):39-59.

Cunningham M (2002). *Etnia, cultura y salud: la experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las regiones Autónomas de Nicaragua*. Washington, DC: Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano.

Gómez JT, Hernández JG (2010). *Relaciones interculturales, interculturalidad y multiculturalismo; teorías, conceptos, actores y referencias*. Cuicuilco, Revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia;17(48):11-34.

Saavedra JL (comp.) (2007). *Educación superior, interculturalidad y descolonización*. La Paz, Bolivia: Fundación PIEB.

La práctica de la interculturalidad en salud: el caso de Chile

Margarita Sáez Salgado

CAPÍTULO

43

Conceptos clave

Interculturalidad en salud • Políticas públicas • Pueblos indígenas • Formación de recursos humanos

Introducción

El presente capítulo ofrece una breve síntesis sobre el trabajo realizado en los últimos 20 años en Chile, donde se ha vivido un proceso de cambio cultural en el sector salud en su relación con los pueblos indígenas bajo el concepto de "interculturalidad". Aporta algunas reflexiones para quienes están involucrados en este espacio social donde confluyen el Estado y los pueblos indígenas, y mostrar una visión particular de los procesos y lecciones aprendidas, en especial sobre lo que estaba fuera de la agenda pública en esos años.

Las reflexiones elaboradas en este documento pretenden dar cuenta de los principales aprendizajes, encuentros y desencuentros entre el sector salud y los pueblos indígenas. En el proceso han convergido diversos elementos: la estrategia regional de OPS/OMS "Programa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas", el desarrollo de un marco jurídico de derechos de los pueblos indígenas a nivel internacional expresados en el Convenio 169 de la OIT y la Declaración de las Naciones Unidas sobre Derechos de los Pueblos Indígenas, además de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y otras iniciativas de agenda global. Asimismo, en el marco del Organismo Andino de Salud bajo el Convenio Hipólito Unanue (ORAS/CONHU), con la creación de la Comisión Andina de Salud Intercultural se han compartido diversas experiencias vividas en los países de la subregión al incorporar el enfoque de salud en interculturalidad, y en fecha reciente se ha formulado la Política Andina de Salud Intercultural, aprobada en reunión de ministras y ministros.¹

En el caso de Chile, los avances se expresan sobre todo en el desarrollo de políticas, normas, programas, planes, estrategias, líneas técnicas y experiencias en materia de salud y pueblos indígenas impulsado desde el Ministerio de Salud, en un proceso de trabajo participativo de dos décadas que se traduce hasta hoy en el Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas establecido por los servicios de salud a nivel territorial. Se trata de mostrar cómo se construye un nuevo

quehacer en salud cuyo motor principal son las personas, situación que ha sido la marca de una forma de trabajo con efecto directo tanto en los logros alcanzados como en las dificultades, y desde luego, en el actual estado del arte de la materia.

Desde la política pública, la construcción de modelos en salud con enfoque intercultural constituye hasta ahora un enorme desafío en todos los países donde se ha intentado poner en práctica la "interculturalidad en salud". Este proceso requiere nuevas habilidades en los equipos técnicos del sector, así como el diseño de modelos de financiamiento acordes con las necesidades de los procesos, recursos humanos capacitados y definición de protocolos para los centros de salud interculturales. Estos son algunos de los nudos ciegos sin resolver hasta ahora y que se deben revisar en su contexto.

El análisis de los procesos, con las limitaciones de la subjetividad, abordará las diversas dimensiones en juego, donde aparecen involucrados múltiples actores, conceptos de salud-enfermedad-atención, visiones, sistemas de salud, uso de los servicios de salud por la población indígena, derechos de los pueblos, autonomía, prioridades en salud, el peso de los 500 años, la recuperación de la identidad, la relación desde las identidades, los ámbitos de conflictos, etc. Todo lo anterior, en pos de la "interculturalidad en salud" en Chile.

Elementos de contexto

Desde la década de 1990-1999, en Chile, al igual que en otros países latinoamericanos, se han desarrollado numerosas estrategias para avanzar en la pertinencia de las políticas públicas hacia los pueblos indígenas en un contexto de movimientos indígenas con diversas demandas por sus derechos sustentados sólidamente en convenios internacionales.

El enfoque de derechos de pueblos indígenas transforma a los integrantes de los pueblos en sujetos de derechos, quienes pasan de ser meros receptores de acciones protectoras o sujetos de recursos antidiscriminatorios de carácter individual, a titulares de derechos colectivos como pueblos, mismos que se transforman de forma progresiva en garantías exigibles. Los derechos colectivos de los pueblos indígenas son indispensables para su existencia, bienestar y

desarrollo integral como pueblos.¹ Al respecto, las normas internacionales han establecido, entre otros derechos, los siguientes:

- A la libre determinación y autonomía.
- A la igualdad y no discriminación.
- A la integridad cultural (idioma, derecho, religión, salud, educación, conocimientos).
- Propiedad, uso, control y acceso a las tierras, territorios y recursos naturales.
- Al desarrollo y bienestar social.
- De participación política.
- Consentimiento libre, previo e informado.

Varios años han transcurrido en el sector salud hasta la institucionalización de estos procesos, convertidos en políticas, planes y programas que se aplican hoy a nivel nacional. En este escenario, a partir del año 2000 inició en Chile, desde el Ministerio de Salud, un proceso participativo para formular la Política en Salud y Pueblos Indígenas, que concluyó con un documento oficial en el año 2006 que establece un marco de principios y objetivos estratégicos donde se reconocen la diversidad cultural, el derecho a la participación y los derechos políticos de los pueblos indígenas.¹¹

El reconocimiento de que “ningún sistema médico es capaz de satisfacer, por sí solo, todas las demandas de salud que presenta una población; lo que implica dejar de concebir el modelo occidental como el único deseable y válido” es el fundamento más aludido en la mayoría de los documentos de políticas y programas que refieren a la salud intercultural en estos últimos 20 años en diversos países.¹² La primera vez que eso se señaló en Chile fue en el marco del Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas, “Hacia una política nacional intercultural en salud”, realizado en Saavedra en 1996. En ese tiempo todo era voluntad y decisión de abrir caminos desde la institucionalidad del sector. Entonces la interculturalidad en salud sólo tenía eco en un pequeño grupo de profesionales, muchos de ellos antropólogos o médicos pro-antropología médica, reunidos con sus mejores intenciones con los pueblos indígenas, intentando hacer visible la diversidad escondida en las mayorías. Por su parte, en los años noventa se ejercía en Chile desde la dirigencia indígena una gran presión hacia los gobiernos por el reconocimiento de la deuda histórica con los pueblos originarios. Varios de esos líderes fueron partícipes, y algunos aún lo son, de los cambios logrados.

Concordantes con los acuerdos internacionales desde el Ministerio de Salud, las declaraciones políticas nacionales han destacado la importancia de la participación de los pueblos indígenas. Así, en la Política de Salud y Pueblos Indígenas se señaló que la participación indígena es un requisito indispensable para el desarrollo de programas y planes locales y regionales en salud; sin limitarla sólo a las etapas de diagnóstico y evaluación de necesidades. En este marco, la apuesta ha sido contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos originarios a través del desarrollo

progresivo de un modelo de salud con enfoque intercultural que involucre su activa participación en la construcción, ejecución, control y evaluación del proceso.¹³ Esta definición se basó en el marco de principios establecido en Winnipeg, Canadá (1993), incorporado por OPS/OMS en su Resolución V y que en el caso de Chile constituye un eje actual de la política de salud y pueblos indígenas.^{14,15}

Del mismo modo, el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha jugado un rol fundamental en las modificaciones normativas, políticas y programáticas en los países americanos, por su carácter de instrumento jurídico vinculante para los Estados.¹⁶ Este convenio, ratificado por Chile en octubre del 2008, reconoce los derechos colectivos de los pueblos indígenas, que a su vez contienen derechos de cada uno de los individuos que componen tales comunidades, pero son propios del grupo o colectivo, en este caso de los pueblos que los detentan.¹⁷

Considerando las diversas políticas en salud hacia pueblos indígenas en desarrollo en la región de las Américas, desde la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) se identificaron dos tendencias en la formulación y ejecución de programas “interculturales” en salud. Por un lado los “programas especialmente diseñados”, centrados en el ejercicio de la “medicina tradicional” y “formación de recursos humanos”, y por otro lado los “programas regulares”, insertos en las líneas estratégicas o áreas programáticas de los sistemas de salud (como “atención primaria”, “salud sexual y reproductiva”, “enfermedades infecciosas”, “saneamiento básico”) pero que, no obstante, contemplan una “adecuación cultural de los servicios” (CEPAL, 2007: 14-22).²

Visto así, ¿dónde se insertarían los procesos desarrollados en Chile? Después de tantos años, se ha pasado por diferentes etapas con variados énfasis definidos por cada servicio de salud donde el Programa de Salud y Pueblos Indígenas se instala y desarrolla, con su lectura particular de las orientaciones ministeriales, las negociaciones entre los participantes y el peso de las autoridades institucionales “ausentes” o “presentes” en la formulación de planes anuales. Lo anterior dio forma a un programa especial a nivel nacional con ejecución descentralizada en los territorios, donde se aplican las orientaciones técnicas con distinto énfasis y con diferentes grados de desarrollo y también se aplican experiencias de modelos de atención intercultural que responden a las características socioculturales locales.

Al inicio de los procesos en los servicios de salud, las interrogantes fueron continuas y comenzó el análisis de los factores participantes a la hora de tomar decisiones sobre qué hacer, cómo y entre quiénes. Desde una dimensión intercultural, se conciben al menos dos sistemas de salud: uno oficial y otro indígena, donde también se distinguen prácticas del modelo “popular”. “Para los pueblos indígenas, los conceptos de salud-enfermedad, los agentes de salud y sus prácticas están determinados por el mundo simbólico que tiene relación con la concepción del cuerpo, de la persona, de la relación entre el mundo natural y el mundo

sobrenatural. Desde el Estado, ¿qué nos corresponde entonces?"³ Esta pregunta realizada por los técnicos en el trabajo con los pueblos es la que, reconociendo la diversidad, ha permitido a los involucrados desarrollar iniciativas innovadoras que acerquen a ambos sistemas médicos, en un intento por hacer operativa la interculturalidad, al menos en algunas de sus formas.

En el Encuentro de Saavedra, al tratar de definir cómo se entendería la interculturalidad en salud en Chile, se identificaron dos grandes áreas de trabajo: de un lado, "las orientadas a producir un efecto en el modelo de atención desarrollando estrategias para la pertinencia cultural en la organización y provisión de servicios de salud", y de otro, la orientada a "intentar una complementariedad de sistemas médicos en pos de una salud más integral". Ambas han adquirido diversas expresiones y grados de avance, con un eje principal: "lograr la participación y el compromiso de los pueblos originarios en procesos donde el sector público de salud intenta ejercer un liderazgo".^{3, VIII} Lo que no se consideró al comienzo, a pesar de las buenas intenciones, fue que el liderazgo también se ejercía desde los propios pueblos indígenas, por lo que las experiencias de autogestión indígena se inician como un proceso paralelo al desarrollado por los servicios de salud, en un trabajo realizado por organizaciones indígenas con profunda convicción y persistencia, cuyos líderes demoraron muchos años en encontrar voluntad política y apoyo financiero en el conjunto de autoridades y referentes institucionales para alcanzar sus objetivos. Nada ha sido fácil.

También en el ejercicio de la participación se ha constatado una compleja relación entre los involucrados. Por una parte están los equipos de salud y por otra los representantes "de" y los "representados" (las comunidades indígenas). La pregunta sobre quiénes deben participar es materia frecuente de un debate cuya respuesta no alcanza muchas veces el anhelado consenso y claridad.

En este escenario, también se han iniciado diversas experiencias en salud denominadas "interculturales", que también están en desarrollo en otros países.^{IX, X} "Esto ha sido posible gracias a la decisión y compromiso tanto de indígenas y no indígenas, que cuentan con equipos muy interesados que están dando muestras de un incipiente cambio cultural en los modelos de salud imperantes, procesos que no han estado ausentes de dificultades y de aparentes o reales contradicciones."³

Así, en los últimos años el sistema de salud oficial se ha propuesto grandes desafíos. Uno de éstos es la definición y aplicación de las experiencias nacionales que declaran tener "enfoque intercultural". Una de las miradas analíticas urgentes es ver lo que ha ocurrido con tales procesos, como un ejercicio de antropología aplicada en materia de salud donde se unen las políticas, la libre determinación y otros factores presentes en el territorio, además de sus liderazgos.

A fin de entender cómo se desarrollan esos procesos, tan llenos de contradicciones, desencuentros y encuentros

que permiten hasta hoy su existencia, se revisará parte de su historia.

Inicios institucionales

A partir de 1996, desde el Departamento de Atención Primaria del Ministerio de Salud se inició una línea de trabajo en materia de salud y pueblos indígenas cuyo propósito era promover un trabajo coordinado a niveles nacional, regional y local entre las instituciones de salud, las organizaciones indígenas, otros sectores y centros académicos. Lo anterior dio origen a los primeros esfuerzos nacionales por realizar un trabajo en los servicios de salud, que (con excepción de la Región de la Araucanía) no reconocían la importancia del enfoque intercultural. Sólo hasta el año 2000 se formalizó el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas, con recursos asociados y bajo fundamentos que señalaban que "las comunidades indígenas tienen sus propios conceptos de salud y enfermedad, que se sustentan en una visión global e integral del hombre y la naturaleza, y poseen conocimientos y destrezas en medicina indígena que siguen cumpliendo un papel en la salud y en su vida comunitaria" y que "algunas comunidades se encuentran en lugares alejados de los servicios públicos, lo que dificulta el acceso; pero además existe una inaccesibilidad cultural. El desconocimiento de los integrantes de los equipos de salud respecto de la cultura, lenguaje y sistema médico de la población indígena ha condicionado también una menor accesibilidad a los servicios de salud".⁴ En la actualidad se constata una mayor extensión del programa a nivel nacional, que opera en 13 de las 15 regiones y en 26 de los 29 servicios de salud.

Desde antes del decenio de 1990-1999, en Chile se ha vivido un proceso gradual de cambio por años, lento y desprovisto de recursos financieros, pero con una característica especial: mucho compromiso y construcción de los actores involucrados, que desde distintos roles y puntos del país intentan abrir puertas al reconocimiento a la diversidad. "En ese tiempo, para la mayoría de los equipos técnicos de los servicios de salud, los indígenas *ya no existían*".^{XI} Entonces, la aceptación de esta línea de trabajo fue "voluntaria": por motivación, imitación de otras experiencias o por invitación del nivel central. Así, desde la institucionalidad surgieron liderazgos que permitieron innovar desde pequeños espacios en los servicios de salud. Ese peculiar "indigenismo" provino de técnicos e indígenas que se fueron incorporando a este trabajo. Aquel comienzo fue observado con desconfianza por las autoridades y sólo la Región de la Araucanía tuvo una decisiva voluntad política y técnica para abrir por primera vez el "Programa de Salud con Población Mapuche" dentro de un servicio de salud en 1992.^{XII}

Así, "la década de los 90 y el recuerdo de los 500 años desde la Conquista evidencian a nivel internacional las demandas de los pueblos indígenas en el mundo y convierten a éstos progresivamente en sujetos de derechos, en un proceso que tiene su correlato en Chile, donde surgió un movi-

miento indígena con fuerte conciencia sobre sus derechos, lo que se ha traducido en abogacía y exigibilidad en un camino sostenido de construcción de dichos derechos”.¹

En este escenario, el Encuentro de Saavedra fue el hito más importante a nivel nacional.^{xiii} Allí se sentaron las bases para definir cómo se entendería la interculturalidad en salud en Chile y se establecieron redes de trabajo para impulsar un proceso nacional en todas las regiones donde se concentran de forma mayoritaria los pueblos indígenas. Dicho encuentro se realizó entre el 4 y 8 de noviembre de 1996 en la Comuna de Saavedra, Región de la Araucanía, y su sistematización fue apoyada y difundida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).^{xiv} El texto generado sigue teniendo importancia para la formación de recursos humanos en la materia y “también tiene hasta ahora un gran significado, porque marcó el comienzo de una relación no ausente de conflictos y desencuentros entre indígenas y no indígenas, lo que quedó graficado en el *punte roto de la interculturalidad* que caracteriza este quehacer hasta nuestros días”.⁵ De este modo, con el aporte de organizaciones indígenas, profesionales y funcionarios de salud de ascendencia indígena y no indígena, académicos y agentes de medicina indígenas, los servicios de salud, la OPS y otros organismos internacionales, se empezó a hacer camino al andar.

El segundo hito fue la construcción colectiva de una política sectorial con y desde la visión colectiva. En diversos encuentros, jornadas y talleres se impulsó un proceso de sensibilización y construcción de referentes conceptuales y de estrategias operativas y de vigilancia para el trabajo en salud con los pueblos indígenas. Con estas actividades se fue formando una pequeña masa crítica en el sector salud, de directivos y funcionarios dispuestos a producir cambios culturales y organizacionales en un contexto en que dichos funcionarios se relacionaron de forma directa con los pueblos indígenas. Esto, a diferencia de lo que sucede en otros países que han tenido organismos no gubernamentales como mediadores entre el Estado y los indígenas. Lo mencionado tuvo efectos insospechados al comienzo, pues ninguno de los protagonistas de este encuentro (equipos de salud y representantes de pueblos indígenas) tenía las competencias para trabajar en situaciones de conflicto, por lo que se valoró el aporte de la antropología y otras ciencias sociales como mediadoras. En especial, destacaron los antropólogos que ofrecieron apoyo en esos procesos, pues la mayoría se encontraba trabajando del lado de la institucionalidad.

Para los equipos de salud el comienzo de este proceso fue muy difícil. Los primeros encuentros con las organizaciones indígenas estuvieron cargados de discursos desconfiados y reivindicativos, así como de errores por desconocimiento de la cultura de los pueblos indígenas desde la parte institucional. Esto ha cambiado con los años, pero las desconfianzas permanecen. El trabajo sigue siendo muy frágil y hasta ahora es muy difícil para el sector salud ser “una parte distinta” del Estado, en especial cuando muchas de las

instituciones estatales no cambian y a veces empeoran en su relación con los pueblos indígenas.

Lo singular en la relación establecida en Chile es que el sector salud trabaja de manera directa con los pueblos indígenas. No se contratan consultoras u organismos no gubernamentales para abrir el diálogo y la responsabilidad es compartida en el encuentro o desencuentro.

Otra singularidad de este proceso está marcada por la deseada horizontalidad en los saberes. Para la salud oficial reconocer que existen otros actores, los agentes de salud indígena, que también saben, ha sido uno de los procesos con más resistencia entre el personal de salud no sensibilizado. Así, “el proceso de cambio cultural ha sido gradual y heterogéneo, pasando por *negaciones, aceptaciones* y en algunos casos reconociendo *otros liderazgos* en salud”.³

El desafío era (y todavía es) ganar la confianza, pues por más esfuerzos que se hagan los pueblos siempre constituyen “alteridades” que bajo un marco de interculturalidad pretenden encontrarse para trabajar juntos, buscando mantener relaciones horizontales. Lo anterior es, sin duda, lo más complejo, puesto que significa dejar los viejos paradigmas monoculturales y jerárquicos en el olvido, desde un sector caracterizado por una fuerte hegemonía. Esto ha significado un despliegue de voluntades, habilidades y aprendizajes tanto para el mundo indígena como para el sector salud.

“Lo oficial” y “lo indígena” bajo el concepto de “interculturalidad en salud”

Según Cavieres, “la interculturalidad implica una forma de relación entre el Estado, sus funcionarios y las personas, representantes y dirigentes de los pueblos originarios, sobre bases de igualdad que reconocen a su vez la diferencia cultural dada por el origen étnico de los interlocutores. Un proceso que debe ejercitar el diálogo cultural reconociendo también la desigualdad real en que se encuentran los pueblos originarios y que presenta un gran desafío tanto para la política pública como para las prácticas institucionales”.⁶ Bajo este marco se encuentran y también se desencuentran los protagonistas de este caso.

El Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (más conocido como PESPI) basa sus objetivos en la política sectorial definida como “la construcción de un modelo de atención acorde con las necesidades y características culturales de la población indígena en Chile, que se enmarca en el cambio del modelo de atención, en el que se reconocen distintas etapas, desde el enfoque biomédico a uno biopsicosocial y finalmente a uno más integral que incluya aspectos culturales, espirituales, religiosos y ambientales”.⁷ Esta definición fue uno de los puntos de partida institucionales. Los procesos han mostrado que otras dimensiones quedan fuera de su alcance, pues no todo se puede encasillar en el modelo de atención.

En síntesis, lo común es lo diverso. Cada territorio ha ido construyendo su forma de desarrollar el Programa de Salud y Pueblos Indígenas, lo que ha permitido la constitución de diversos modelos de atención intercultural. La Política de Salud y Pueblos Indígenas manda que este proceso se haga con participación, por lo que debe ser el conjunto de actores institucionales e indígenas el que decida cómo avanzar. Algunos actores permanecen en los márgenes de lo permitido desde los servicios de salud en el marco del quehacer en salud; otros se posicionan desde la autodeterminación y apuestan por la autogestión indígena para administrar centros de salud que se amparan en la salud intercultural; pero no todos responden a las definiciones iniciales. Sin embargo, coexisten todas las experiencias bajo una gran pregunta: ¿cómo se sostienen estos procesos?, sobre todo cuando dichas experiencias tienden a ampliarse y multiplicarse cada vez más.

De este modo, llevamos décadas de trabajo de relaciones "interculturales", donde también convergen distintas experiencias de modelos de salud indígena y/o intercultural con el Estado y entre ellas mismas.

Las grandes experiencias de salud intercultural aplicadas en la Región de la Araucanía (Makewe, Boroa Filulawen y Nueva Imperial) sufren cada año la incertidumbre de no tener resueltos los problemas de continuidad financiera.^{XV} Ello por no tener un modelo de financiamiento que permita que los recursos que provienen del Estado y que hoy se entregan bajo convenios con el servicio de salud respectivo sean de carácter permanente. Como señalaba antes, nadie previó que se alcanzaran estas dimensiones de inversión, que en términos financieros significan más de 60% del uso del presupuesto anual del Programa Nacional de Pueblos Indígenas.

Las experiencias de salud indígena más conocidas fuera del país son una apuesta a la construcción de modelos autogestionados, donde se han dado un proceso de fortalecimiento de sus sistemas propios de salud y la creación de modelos propios de salud intercultural. Sobre ello señala Millalen: "en lo relativo al funcionamiento de los modelos de salud intercultural administrados por organizaciones indígenas, existe una gran complejidad en la relación de éstos con la institucionalidad chilena del Estado. Esto pasa principalmente por la ausencia de un reconocimiento formal de la existencia de esos modelos o experiencias, lo que a su vez se debe a la falta de reconocimiento formal de la existencia de los sistemas de salud de los pueblos indígenas en general. Hasta ahora, el surgimiento y el funcionamiento de esos modelos descansa en la voluntad política de las administraciones de turno, y en tales circunstancias mantener en pie dichos modelos implica un desgaste permanente de las organizaciones que las lideran."^{XVI} Sin duda esta realidad constituye un duro golpe a tanto trabajo desde las partes. Tomar conciencia es sin duda un primer paso.

Desde la lección aprendida es posible afirmar que la decisión política de desarrollar la interculturalidad desde el

Estado requiere mucho más que voluntad de incentivar procesos de interculturalidad en salud. Necesita recursos específicos, definiciones de condiciones acordes con los procesos territoriales, y un modelo financiero y administrativo para hacer sostenible y sustentable la interculturalidad. Cabe señalar que en estos años, en la mayoría de los servicios de salud los encargados del Programa Especial no han estado en condiciones de acompañar por completo estos procesos, ya sea por falta de profesionales especializados, voluntades políticas variantes, recursos económicos insuficientes o escasas horas de dedicación.^{XVII} Lo anterior, además de demoras en el traspaso de recursos anuales, regulaciones contradictorias, personal no capacitado en los establecimientos y otras variables. Esta realidad se repite de algún modo con los encargados regionales de Salud y Pueblos Indígenas que están en las secretarías regionales ministeriales de Salud, donde sólo en los últimos años varias regiones han designado profesionales responsables de esta materia. No obstante, ninguno de los actores tiene sensación de derrota, pues permanecen a pesar de las dificultades. Se asume que se pierden batallas, pero no la guerra. Destacan su resiliencia y compromiso.

El proceso de cambio cultural es de largo plazo; sólo que al inicio no se sabía que iba a costar años instalar las políticas ni se conocían los caminos que se iban a recorrer.

Desde otro ángulo, la incorporación de profesionales de las ciencias sociales al Programa de Salud y Pueblos Indígenas ha tenido tanto logros como dificultades que es necesario atender. Desde siempre los antropólogos han sido los llamados a ser el "puente de entendimiento" entre el mundo indígena y no indígena; pero no todos esos profesionales han tenido perspectiva de la complejidad del sector salud. La cultura organizacional del sector salud constituye también una barrera no fácilmente saltable, donde un gran vacío consiste en no haberse planteado de manera profunda cómo se lograría el proceso de cambio cultural institucional, como tampoco se asumió la necesidad de que dichos profesionales tuvieran al menos algunas competencias específicas en salud pública.

"El sector salud también tiene protocolos, símbolos, héroes, villanos y códigos que entender".⁸ De este modo, conquistar el corazón de esta institución para cambiar su cultura y ganar su confianza ha sido tan complejo para los profesionales de las ciencias sociales incursionando en salud, como para los técnicos de salud el intentar ganarse la confianza de los pueblos indígenas para trabajar juntos.

Sin embargo, las ciencias sociales han abierto un campo teórico y práctico al alero de estas políticas y programas. Los profesionales han debido desenvolverse de manera interdisciplinaria y transdisciplinaria. En este sentido los profesionales en salud intercultural, encargados de la materia tanto en los servicios de salud como en las secretarías regionales ministeriales de Salud, han tenido que desarrollar estas habilidades, ya que además la mayoría no tiene un equipo de trabajo, sino sólo muchas responsabilidades.

En materia de recursos humanos en salud intercultural, es relevante señalar que a lo largo de los años se ha incrementado el número de profesionales y asesores indígenas, como también la incorporación de profesionales de las ciencias sociales y de salud con mucho compromiso. Lo anterior abre tanto oportunidades de encuentro, como también refleja tensiones que se expresan en la relación entre las culturas y que se precisan al intentar construir una relación desde las "identidades". Vale decir que es una tensión entre "ser" funcionario del Estado y "ser" indígena. El problema surge cuando las identidades entran en contradicción en la misma persona: "¿De qué lado estoy? ¿Soy indígena o funcionario público?" Esta crisis se vuelve compleja cuando hay tres posiciones que se traslapan: las del indígena, el(la) antropólogo(a) y el funcionario público en un contexto de conflictos políticos.

Entonces diríamos que estamos en presencia de "relaciones perturbadas en nombre de la interculturalidad" —acciones que han estado cargadas de buenas intenciones— y al respecto quedan definiciones abiertas con base en estas experiencias que deberían ser discutidas para establecer reglas claras.^{xviii} Todo ello puede abrirse a impensadas apuestas desde el enfoque de los propios pueblos indígenas, lo cual podría ser una oportunidad de profundizar en temas hasta ahora no tratados de forma suficiente.

Especialmente crítico y necesario de analizar es el caso de los facilitadores interculturales, a quienes se les pide "ser conocedores de su gente".^{xix} Entonces, ser "facilitadores de la comunicación" los pone en entredicho, en la medida en que, por un lado, se les pide que se comporten como "indígenas" a fin de adecuar o facilitar las tareas de promoción y prevención, y por otro lado se les condiciona "a comportarse en calidad de delegados del Estado desde una lógica de intervención pautada de antemano".^{xix} En este análisis no podemos olvidar que estamos hablando de relaciones entre culturas en un contexto de relaciones de poder asimétricas, que se manifiestan en los encuentros y desencuentros y cuyos "efectos se producen sobre las subjetividades de los colectivos sociales que intervienen en tal proceso".^{xix} Numerosos argumentos pueden aparecer si se abren estas materias a una reflexión seria.

No obstante, en el caso descrito los facilitadores interculturales fueron y siguen siendo fundamentales en los territorios, para desarrollar el cambio al interior de los establecimientos y mantener lazos con sus comunidades. Cumplen complejas funciones de articulación interna y de derivación al sistema médico indígena, entre otras actividades que tienen que ver con la pertinencia cultural de la atención en salud. Se insertan en un sistema de salud que los reconoce y a veces desconoce en otras situaciones. Profundizar en ello amerita un nuevo capítulo.

Objetivos estratégicos en la balanza

La Política de Salud y Pueblos Indígenas en Chile aclaró que no se trataba sólo de reconocer limitaciones en el modelo

biomédico, sino también aceptar que hay otros agentes y poblaciones que tienen conceptos de salud-enfermedad diferentes y que "hay especialistas para enfermedades que no están incluidas en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE),¹⁰ que el sistema de salud oficial no puede tratar, pues carece de los códigos para entender su etiología, rehabilitación y prevención, y en relación a las cuales, los indígenas nunca intentan resolver por esa vía".³ Este sigue siendo uno de los nudos no resueltos, pues si bien se constatan algunos avances en materia jurídica y de investigación socio-cultural, aún queda mucho por hacer. En Chile, pocos estudios han abordado hasta ahora los conceptos de salud y enfermedad desde una visión *émica* de los pueblos indígenas. Hay algunos autores que se refieren a enfermedades propias de la cultura o "síndrome de filiación cultural"; sin embargo, en los trabajos realizados lo más descrito son los itinerarios terapéuticos o el "recorrido del enfermo", donde se describe el tránsito del paciente para resolver un determinado problema de salud, pasando por diferentes sistemas médicos.

La definición de líneas de trabajo para organizar el quehacer ha tenido grandes variaciones a lo largo de los años. Las prioridades han cambiado en la medida en que se avanza en algunos desafíos y a la vez se abren otros. Una de las líneas técnicas iniciales que ha tenido especial prioridad desde el 2003 es el contar con sistemas de información e investigación epidemiológica y sociocultural, en especial cuando el propósito de este quehacer es contribuir a la disminución de las inequidades en salud.

En este marco se generó una línea de investigación epidemiológica de análisis comparado entre población indígena y no indígena, donde el Ministerio de Salud ha relevado la realización de manera progresiva de estudios de situación de salud en las áreas de cobertura de los servicios de salud donde funciona el programa. Para ello se diseñó una metodología para construir bases de datos especiales con información oficial que no permite un análisis directo al no registrar la variable. Según datos provenientes de los estudios realizados por las consultoras Ana María Oyarce y Malva Pedrero, los problemas de salud de los pueblos indígenas muestran una tendencia de desigualdad.^{xx} En otras palabras, los perfiles han demostrado que los pueblos indígenas localizados en ciertas áreas geográficas y en condiciones similares al resto de la población tienen perfiles de morbilidad y mortalidad diferentes a la población no indígena; es decir, han evidenciado graves inequidades. Los resultados aportados para el conocimiento y análisis territorial se han acogido con valoración en algunos servicios, y en otros con la desconfianza de algunos técnicos.^{xxi}

Si bien los perfiles epidemiológicos han sido un insumo fundamental para identificar problemas de salud prioritarios, es urgente transversalizar el enfoque intercultural en las acciones y programas de salud que evidencian estas brechas de inequidad en población indígena. Esta línea de trabajo de transversalización ha consistido en identificar, en conjunto con los encargados de programas, los ámbitos

susceptibles de intervención, con la intención de adecuarlos, adaptarlos o modificarlos con pertinencia cultural. Lo anterior sólo se logra a través de procesos participativos sostenidos con los pueblos indígenas, para analizar sus causas, conceptos, formas de tratar los problemas y cómo se pueden prevenir, conocer los factores protectores, entre otros.

Así, la incorporación del enfoque intercultural en los programas de salud se orienta a los aspectos normativos, programáticos y de gestión donde se valoren los conocimientos colectivos. Destacan avances en el Programa de Salud Mental, donde se desarrollan estrategias que permiten abordar los altos índices de suicidio de la población indígena, visualizados en los perfiles epidemiológicos antes señalados. Cabe mencionar que a nivel central y regional, con algunos servicios de salud se están desarrollando importantes actividades en ambos programas, donde se han definido áreas de trabajo transversal. En la actualidad se trabaja en lineamientos técnicos para los equipos de salud mental con enfoque intercultural. Por otra parte, en materia del Programa de Tuberculosis, se trabaja en la pertinencia de las acciones de prevención y control y se ha avanzado en la formulación de un Plan de Comunicaciones para la triple frontera aymara entre Bolivia, Chile y Perú (Proyecto de la Comisión Andina de Salud Intercultural en el marco del ORAS/CONHU). En fecha más reciente, en regiones del sur del país se ha trabajado con facilitadores interculturales, quienes han priorizado acciones al corroborar la presencia de una enfermedad que se creía ya controlada por los macroindicadores nacionales.

Otro avance que ha tenido enormes dificultades para instalarse institucionalmente es la práctica de partos con adecuación cultural para los pueblos aymara y mapuche, en el marco del Programa de la Mujer o el de Salud Sexual y Reproductiva. Pese a ello hay avances importantes en algunos hospitales de la red de servicios, aunque son procesos no carentes de conflictos y resistencias.

La mayor debilidad en materia de estudios consiste en que no siempre existe un correlato de investigación cualitativa, desde la antropología médica, que aporte desde la visión indígena los conceptos, prácticas, conocimientos y factores protectores de la cultura o que vulneren su salud (determinantes sociales de la salud); todo lo cual es información relevante para trabajar de modo participativo en las posibles soluciones en materia de pertinencia cultural de los programas.

Si bien este es un objetivo estratégico necesario para producir resultados más directos en la salud, sigue siendo una apuesta institucional, más de nivel central que territorial, donde tampoco ha sido fácil el involucramiento de los pueblos indígenas, excepto cuando se trata de problemas de salud reconocidos por ellos.

Queda planteada la duda sobre cuánto de lo avanzado en transversalización de los programas convencionales podría esconder la otra cara de la institucionalización: la oportunidad de acceso con pertinencia cultural con fuertes

procesos de asimilación. Sobre ello la polémica se ha planteado desde hace años, pues "la interculturalidad es un tema que le interesa más bien al Estado, sobre cómo hacer que los pueblos originarios se comporten como el Estado quiere."^{XXII} Visto desde el sector salud sería que la pertinencia cultural utiliza la cultura como modo de "capturar" y atraer a la población indígena para que se alcancen las metas institucionales. Si bien esta es una tensión no resuelta, es de interés como materia de futuros estudios contrastar estas conclusiones con las definiciones y las prácticas que el Programa de Salud y Pueblos Indígenas tiene sobre equidad, participación y enfoque de derechos, que no sería justo calificar *a priori*.^{XXIII}

Otro de los objetivos estratégicos compartidos con los países andinos es la formación de recursos humanos en salud intercultural. En Chile esta línea estratégica ha tenido múltiples expresiones desde los inicios del programa, donde han jugado un papel muy importante la sensibilización y capacitación al personal de salud con participación de formadores indígenas (se refiere a la participación de docentes indígenas que no tienen título profesional o técnico). Destaca en esta área la incorporación del enfoque intercultural en la formación universitaria de profesionales en salud. Un avance notable se ha logrado a partir de la estrategia desarrollada por el Organismo Andino de Salud, bajo el Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), donde la Comisión Andina de Salud Intercultural encargó el estudio "Enfoque intercultural en la formación universitaria de recursos humanos para la salud en la Región Andina. Avances en la Región Andina."^{XXIV} En dicho trabajo se muestra que Chile emerge como uno de los países donde la "inclusión del enfoque intercultural" en la formación de profesionales de salud de pregrado ha tenido un aumento importante, "sobre todo en la última década".¹²

La misión de abogar para que los centros de formación técnica y universitaria de recursos humanos en salud incluyan o fortalezcan la incorporación del enfoque de salud intercultural como un componente de sus planes de estudio de pregrado y posgrado se ha enfrentado de distintas formas en Chile; sin embargo, la realización de seminarios que han convocado al conjunto de universidades del país es la estrategia de mayor trascendencia. Sobre el desarrollo de competencias en la materia, se constata un interés creciente de parte de los académicos por participar y compartir sus experiencias de formación, sus aciertos y debilidades.

Tras lo relatado hasta ahora, el trabajo realizado en pos de la interculturalidad, si bien se basa en relaciones horizontales y la búsqueda de una nueva relación entre el Estado y los pueblos indígenas, tiene aún aristas difíciles de limar. "En esta relación no se debe eludir la conflictividad de las relaciones interétnicas, en específico en lo relativo a los contenidos políticos y económicos. La interculturalidad desde esta perspectiva no viene desde uno hacia otro: se construye en la fusión de horizontes culturales en un contexto político y epistémico verdaderamente democrático".⁶

No es posible hablar de interculturalidad sin aludir a los sistemas de salud indígenas. En materia de recuperación y fortalecimiento de la medicina indígena, se ha aportado a este objetivo desde distintas formas. En los años que el sector fue parte del Programa Orígenes, se efectuaron asesorías y se financiaron proyectos de las comunidades y organizaciones indígenas orientados a validar y fortalecer el rol de los especialistas de la medicina indígena, salvaguardar los conocimientos en salud, intercambio de saberes y experiencias entre comunidades, además de recuperación, uso y mantenimiento de los ecosistemas, análisis y reflexión sobre el reconocimiento legal de los sistemas de salud indígenas y sus implicaciones.^{XXV}

En los últimos años esta línea de trabajo ha tenido como principal avance una propuesta de ley de "Reconocimiento y Salvaguarda de los Sistemas Culturales de Salud de los Pueblos Indígenas", que inicia desde la Red de Salud Mapuche en regiones del sur y que hoy aparece como una apuesta de todos los pueblos indígenas del territorio chileno. No se profundizará aquí sobre el tema; sin embargo, cabe señalar que la forma en que se viven estos procesos ha sido compleja y ha oscilado entre el apuro inminente y el letargo del silencio desde la dirigencia indígena hacia la institucionalidad en salud para relevar esta propuesta.

La tarea definida por los pueblos indígenas es enorme: "Queremos que en el mediano plazo el Estado tenga en su ordenamiento jurídico una ley que reconozca y resguarde los sistemas culturales de salud de los pueblos indígenas". Sin lugar a duda, estamos hablando de procesos de largo plazo, por lo que lograr el reconocimiento de los sistemas de salud indígenas requiere muchas voluntades. Varios intentos de trabajo inconclusos en torno a este objetivo han surgido en estos años. El aprendizaje es que el Estado sólo puede apoyar, pues el liderazgo en la materia lo deben tener siempre los pueblos indígenas. Sin embargo, al modo chileno, se avanza y eso significa muchas veces esperar que existan condiciones desde ambos lados para mejorar en materias jurídicas. Este compromiso se une al gran vacío de reconocimiento constitucional de los pueblos indígenas en Chile, que varios gobiernos han prometido.

Por último, compartimos que desde 2012 el "reconocimiento legal y protección de los conocimientos tradicionales de los pueblos indígenas en materia de salud" tiene un reconocimiento básico en la Ley 20.584, que "regula los de-

rechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud". Esta ley podría ser una oportunidad para retomar la propuesta indígena de salvaguarda de sus sistemas culturales de salud.

Dicha ley se encuentra vigente en Chile desde mayo del 2012 y señala en su artículo 7o.: "En aquellos territorios con alta concentración de población indígena, los prestadores institucionales públicos deberán asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, lo cual se expresará en la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas, el cual deberá contener, a lo menos, el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas de los sistemas de sanación de los pueblos originarios, la existencia de facilitadores interculturales y señalización en idioma español y del pueblo originario que corresponda al territorio, y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura".

De esta manera el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas de los sistemas de sanación de los pueblos indígenas quedan unidos a la existencia y aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas. Dicho artículo deberá ser reglamentado en un proceso que se desarrolla mediante consultas y que cuenta con la participación efectiva de los pueblos originarios.^{XXVI} Esto ocurre en un escenario de contradicción sobre los procedimientos que debe seguir una consulta indígena en Chile, pues existen oposiciones manifiestas desde los pueblos indígenas por la existencia de un reglamento vigente (decreto No. 66 del 2013) que regula dichos procesos; documento que recibe el rechazo manifiesto de los pueblos originarios. De nuevo surge la encrucijada de cómo hacerlo entonces. Al existir una gran experiencia acumulada en procesos participativos, la opción escogida por el sector es realizar un proceso amplio de participación y consulta a los pueblos indígenas sobre el reglamento que garantiza el derecho a las personas pertenecientes a dichas comunidades a recibir una atención con pertinencia cultural.^{XXVII} De algo sí estamos seguros: el desafío de realizar lo que establezca el documento final en consulta se podrá asumir sólo si se trabaja con responsabilidad compartida; lo que dará ocasión para un nuevo proceso entre el sector salud y los pueblos indígenas donde el Estado tenga obligaciones por Ley.

Preguntas de repaso

1. Acerca de las relaciones que se establecen en nombre de la interculturalidad, y en el marco de un enfoque de derechos, ¿puede el sistema oficial de salud articularse con el sistema de salud de los pueblos indígenas, considerando sus conceptos de salud-enfermedad, prácticas y modelos de sanación? Fundamente su respuesta empleando un análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas) a partir de la experiencia de su país. Desarrolle sus conclusiones en forma sintética.
2. A partir de los procesos en salud intercultural del caso de Chile, ¿qué aprendizajes resaltaría si tuviera que orientar como consultor externo un proceso que está por comenzar? Formule una propuesta con consideraciones y pasos a seguir.

Citas adicionales

- I REMSAA XXXIV/490, firmado por ministras y ministros de Salud de los países miembros del Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue (ORAS/CONHU) el 27 de marzo de 2014.
- II Resolución Exenta No. 91, Santiago, Chile, 2006.
- III Se define la salud intercultural en la Política de Salud y Pueblos Indígenas como "un proceso social interactivo, de reconocimiento, respeto, horizontalidad y colaboración entre dos o más culturas, en un espacio determinado. Interculturalidad significa entonces, la promoción de relaciones de confianza, reconocimiento mutuo, comunicación efectiva, cooperación y convivencia; y derecho a la diferencia" (pág. 21).
- IV Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud, realizada en Winnipeg, Canadá, 1993.
- V A través de dicha resolución se creó la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, OPS/OMS.
- VI Tratado Internacional ratificado por los siguientes países: Argentina (2000), Estado Plurinacional de Bolivia (1991), Brasil (2002), Chile (2008), Colombia (1991), Costa Rica (1993), Dinamarca (1996), Dominica (2002), Ecuador (1998), España (2007), Fiji (1998), Guatemala (1996), Honduras (1995), México (1990), Nepal (2007), Nicaragua (2010), Países Bajos (1998), Paraguay (1993), Perú (1994) y República Bolivariana de Venezuela (2002). Información tomada de: <http://www.politicaspUBLICAS.net/panel/mapa-para-tificaciones-cl169.html>
- VII Decreto No. 236 del Ministerio de Relaciones Exteriores.
- VIII Encuentro donde se discutió qué se entendería por interculturalidad en salud en Chile. Se realizó en 1996 y reunió a 200 personas indígenas y no indígenas de todo el país.
- IX Las experiencias en salud intercultural establecen modalidades innovadoras de trabajo en salud con pueblos originarios, con enfoque en derechos colectivos, que intentan una nueva forma de entender las relaciones que concurren en el proceso de salud-enfermedad-atención y que reconocen la diversidad como un aporte y base de un modelo de salud integral.
- X Bolivia, México y Ecuador tienen políticas públicas en salud intercultural y desarrollan procesos desde establecimientos de salud pública.
- XI En mi experiencia sobre los intentos por lograr interés desde los Servicios de Salud a esta línea de trabajo, encontré resistencias cargadas de supuestos sobre que los indígenas se habían convertido en campesinos y no preservaban su cultura, con expresiones de "ya no existen".
- XII El doctor Fernando Muñoz Porras, director del Servicio de Salud Araucanía, y el liderazgo del doctor Jaime Ibacache Burgos y colaboradores fueron cruciales para iniciar este profundo cambio en el sistema de salud.
- XIII Organizado en conjunto con el Programa de Salud con Población Mapuche del Servicio de Salud de la Araucanía y el Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud.
- XIV Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas, "Hacia una política nacional intercultural en salud", OPS/OMS, Minsal, Chile, 1997.
- XV La definición de "experiencia" desde el análisis de las organizaciones mapuche enfatiza procesos de autogestión. Se trata de diversos modelos de salud donde organizaciones indígenas se hacen cargo de la administración de servicios de salud en sus territorios, o prestan servicios de salud con medicina indígena. La participación de estos pueblos considera sus propios sistemas de salud, métodos y procedimientos, en una organización de tipo comunitaria y empleando a miembros de esas comunidades, de conformidad con lo señalado en el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Se trata de una definición construida en el marco del proceso de elaboración participativa de una Ley de Reconocimiento y Salvaguarda de los Sistemas de Salud de los Pueblos Indígenas.
- XVI Entrevista a José Millalen Paillal, coordinador de la Comisión de Salud de los Pueblos Naciones Indígenas de Chile.
- XVII Ha existido mucha movilidad de profesionales en el programa: retiros voluntarios, despidos o términos de contrato, cambios de regiones, entre otros.
- XVIII Por ejemplo, definiciones participativas de perfiles y cargos en salud intercultural que definen los problemas de estas temáticas.
- XIX El (la) facilitador(a) intercultural se define como la persona indígena que mantiene un vínculo contractual con el sistema de salud público y se desempeña en los establecimientos de la red asistencial. Su función es orientar a las personas y sus familias, ser mediador con el equipo de salud y/o agentes de salud indígena, y establecer coordinación con los diferentes servicios del establecimiento en atención ambulatoria y hospitalización. Asimismo es el (la) responsable de realizar la referencia y contrarreferencia al sistema médico indígena y acompañar a quienes accedan a dicho sistema. Es hablante de la lengua originaria, conocedor de la cultura de su pueblo y mantiene vínculos con su comunidad.
- XX Las consultoras fueron contratadas por el Ministerio de Salud a partir del año 2003, para diseñar los estudios e iniciar un proceso por territorio en el área de cobertura de los servicios de salud y para realizar estudios de situación de salud de los pueblos indígenas de Chile. Se han realizado 11 perfiles epidemiológicos que están publicados en una serie.
- XXI Para realizar estos perfiles comparados, en Chile se debió diseñar una metodología especial que permitiera obtener información de fuentes confiables que no desagregaran la variable indígena, lo que constituye un gran aporte desde ambas ramas profesionales en esta línea.
- XXII Según Bolaños (2010):¹⁰ "La gestión o administración de la diferencia que realizaría el Estado multicultural y neoliberal en Chile, en tanto nuevo arte de gobierno, se configuraría en una racionalidad gubernamental que, dirigida a los pueblos indígenas, se constituiría (como señala Boccara) en una forma de (*etno*)gubernamentalidad (Boccara, 2007).¹¹ Ésta se caracterizaría por operar vía etnización de las demandas indígenas, en este caso en relación a la salud atacameña, a través de procesos de subjetivación y espacialización que tenderían a la producción de ciudadanos étnicos y clientes exóticos del sistema capitalista".

- XXIII En este contexto, "capturar" es un término antiguo usado aún por personal de salud para referirse a la forma de contrarrestar la escasa adhesión de algunos "pacientes" a los programas.
- XXIV Estudio realizado por un académico de la UNAM, de reconocida trayectoria en el campo de la interculturalidad: el doctor Roberto Campos-Navarro.
- XXV Programa de Desarrollo Integral de Comunidades Indígenas (Programa Orígenes). El Ministerio de Salud participó como coejecutor del programa intersectorial. En dicho programa, Salud tuvo el objetivo de potenciar las acciones que el ministerio estaba desarrollando en temas de salud intercultural y salud de los pueblos indígenas. Los subcomponentes fueron: 1) desarrollo y validación participativa de modelos interculturales de atención y gestión; 2) mejoramiento de la calidad, sensibilidad y pertinencia cultural de los servicios de salud en territorio indígena; 3) recuperación, fortalecimiento y desarrollo de la medicina indígena, y 4) mejoramiento del acceso y capacidad resolutoria de la red de servicios culturalmente pertinente.
- XXVI En enero del 2013 el Ministerio de Salud chileno constituyó por resolución un grupo de trabajo que propusiera la forma participativa en que el sector salud realizaría por primera vez una consulta en el marco del Convenio 169 de la OIT.
- XXVII Para mayor información sobre el proceso, ver el banner en la página web del Ministerio de Salud de Chile: www.minsal.cl.

Bibliografía

Referencias

- Cavieres Y (2011). *Un marco jurídico nacional e internacional propicio para avanzar sobre el derecho a la salud de los pueblos indígenas*. Informe de la Consultoría, Comisión Andina de Salud Intercultural, ORAS/CONHU. Documento en edición.
- Comisión Económica para América Latina (CEPAL) (2007). *Políticas y Programas de Salud de Pueblos Indígenas en América Latina*. Panorama Social de América Latina 2007 de la Cepal. Consultado en: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/5/30305/PSE2007_Cap5_AgendaSocial.pdf
- Sáez M (2008). *Protección en salud a pueblos indígenas e interculturalidad. Interculturalidad y extensión de la cobertura de protección social en salud para trabajadores agrícolas y pueblos indígenas*. OISS, Eurosocial, pp. 8-10.
- Ministerio de Salud de Chile, OPS/OMS (2000). *Encuentro internacional "Salud y pueblos indígenas. Logros y desafíos en la región de las Américas"*. Puerto Varas, Región de Los Lagos, Chile; 13, 14 y 15 de noviembre de 2000, p. 3
- Sáez M (2012). "Políticas y programas en salud y pueblos indígenas en Chile: una historia de cooperación". En: *Retrospectiva de salud y pueblos indígenas en Chile*. Desarrollo de políticas, programas y normas en el contexto de la cooperación entre OPS/OMS y Ministerio de Salud. Documento en edición, p. 22.
- Cavieres Y (2006). *La experiencia internacional en materia de reconocimiento de la medicina tradicional indígena*. Estudio de derecho comparado en cinco países de América. Ministerio de Salud, Chile, pp. 9, 15.
- Ministerio de Salud (Minsal) de Chile (2006). *Política de salud y pueblos indígenas*. Minsal, Fonasa, Programa de Salud y Pueblos Indígenas. Resolución Exenta No. 91, Santiago, Chile, 2006, p. 24.
- Sáez M (2004). Interculturalidad en salud: paradigmas y aprendizajes de un proceso en construcción. Simposio "Salud, cultura y pueblos originarios". En: *Actas del V Congreso Chileno de Antropología*. San Felipe, 8 y 12 de noviembre, 2004.
- Lorenzetti M (2011). La construcción de la salud intercultural como campo de investigación. Argentina, 2011. www.iigg.fsoc.uba.ar/saludypoblacion, pp. 11, 12.
- Bolaños P (2010). *Neoliberalismo multicultural en el Chile democrático: gubernamentalizando la salud atacameña a través de la participación y el etnodesarrollo*. Memoria para optar al grado de doctor en antropología. Universidad Católica del Norte-Universidad de Tarapacá, Vicerrectoría Académica.
- Boccarra G (2007). *Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile*. Chungará, Chile: Revista de Antropología Chilena, 2, 185-207.
- Campos-Navarro R (2011). *Enfoque intercultural en la formación universitaria de recursos humanos para la salud en la Región Andina*. Avances en la Región Andina. Informe de la Consultoría de la Comisión Andina de Salud Intercultural, ORAS/CONHU. Documento en edición.

Lecturas recomendadas

- Citarella L et al. (2000). *Medicinas y culturas en la Araucanía*. 2a. ed. Chile: Editorial Sudamericana.
- Fernández G (2004). *Salud e interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas*. Quito, Ecuador: Ediciones Abya Yala.
- Fernández G (2006). *Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito, Ecuador: Ediciones Abya Yala.
- Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública (2006). *Perfil epidemiológico básico de la población aymara del Servicio de Salud Arica*. No. 1. Serie Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile.
- Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública (2006). *Elementos conceptuales para un diagnóstico epidemiológico con enfoque intercultural*. Guía básica para equipos de salud. No. 2. Serie Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile.
- Organización Panamericana de la Salud, Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano (2001). *Equidad en salud desde la perspectiva de la etnicidad*. Washington, D.C.

Políticas de salud chilenas y el pueblo mapuche

Andrés Cuyul Soto

CAPÍTULO

44

Conceptos clave

Salud intercultural • Pueblos indígenas • Multiculturalismo
• Autonomía indígena

Introducción

Ta yemay tami mülen tatu re motro, motrowi we petu cho-yifulu chi lawen kullingyeke katrukuntu-negi chi lawen tachi pu wingka, kiñe che mütem kutrankelay tati kom püle mulekey ta kütran, ngenole tachi lawen, ¿chemümu ham ta mongealeu ta che? Gnechen eyimi kimimi chem ta inche ta petu inkañepiñ tüfachi lawen tati, fey mü petu wingkantukümeke tufachi dungü, tañi inkañepial lawen.

Así es como estás, todas tus hojas cortadas, recién quieres crecer remedio (hierba medicinal), pero los wingka (chilenos) te cortan, y actúan como animales, no sólo se enferma una persona; en este mundo todos nos enfermamos, si no estás remedio ¿con qué nos mejoraremos nosotros las personas? Dios de las personas, tú bien sabes que yo estoy cuidando y protegiendo estos remedios que están todos quebrados, pero también tuve que llevar esta lucha donde otros wingkas (la justicia chilena) porque tengo la obligación de cuidarte remedio.*

En el Chile actual, el desarrollo de una política de salud dirigida a los pueblos indígenas ha promovido la denominada “salud intercultural”, mediante el despliegue de una oferta de atención biomédica con “pertinencia cultural” a través de señaléticas y traducción de materiales en lenguas indígenas, promoviendo la atención de terapeutas tradicionales en centros de salud y generando inéditos procesos de multiculturalismo en salud. Este capítulo evidencia fenómenos político-sanitarios resultantes de la relación histórica entre el Estado chileno y el pueblo mapuche a través de las políticas de salud, que permita analizar los efectos que el desarrollo de la política de salud intercultural actual genera en los ejercicios de autonomía en salud mapuche, en las organizaciones mapuche en salud del sur de Chile y en los recursos, capacidades y prácticas propias para promover la salud y abordar la enfermedad.

* Rogativa de mañi Francisca Linconao en contexto de juicio contra un latifundista por daños causados a un bosque nativo de uso medicinal. La justicia chilena falló a su favor invocando el Convenio 169 de la OIT (2009). Actualmente presa política mapuche acusada de terrorismo por el Estado chileno.

Es preciso hacer este análisis crítico desde el punto de vista de la salud colectiva, que junto con una perspectiva política mapuche contribuya al ejercicio reflexivo de la autonomía en salud en tanto opción contra-hegemónica a la salud pública tradicional, consecuente con el enfoque de salud colectiva que se identifica con la crítica a reformas neoliberales en las políticas de salud vigentes, asumiéndose como un “conjunto de prácticas y saberes que pone en marcha una sociedad para conocer su salud y transformarla, y no se reduce por tanto, a sus expresiones institucionales, ni peor aún a los servicios asistenciales de la administración pública”,¹ sino que “incorpora los sentidos y significados que las sociedades y colectivos otorgan al proceso de salud y sus instituciones”,² lo que tiende a superar el supuesto positivista de la enfermedad y muerte como punto de partida para el abordaje colectivo del proceso salud/enfermedad/atención.

Por tanto, el enfoque implica un abordaje estratégico en el campo de la salud con atención a la determinación social de procesos sociohistóricos y culturales que inciden en la vida y salud de los colectivos, en particular del pueblo mapuche; entendiendo entonces la salud-enfermedad como un proceso social, es decir que está articulado con otros procesos sociales y no aislado de ellos.³ El uso de la noción de “determinación” en salud como superación de la noción de causalidad refiere a dicha naturaleza social e histórica del proceso salud-enfermedad y de su complejidad en tanto carácter histórico. La determinación refiere a procesos o modos de devenir por medio de los cuales los objetos adquieren sus propiedades e inciden en las condiciones de vida y salud.⁴ Esta idea de devenir fue acuñada por Gramsci para revelar el hecho de que la voluntad humana y la objetividad del mundo exterior serían cualidades inseparables, pues una constituye e influye sobre la otra todo el tiempo; es decir, “el hombre deviene, se transforma continuamente con las transformaciones de las relaciones sociales”.

Este capítulo finaliza con un análisis y proyección de procesos sanitario-culturales particulares del pueblo mapuche asumiendo (como se señaló) la inserción del campo de la salud en tanto práctica social articulada a las demás prácticas (económica, política, ideológicas y culturales) y que en cuanto tal participa en procesos de transformación social que apuntan a la desalienación de los sujetos y a la emancipación de los seres humanos.⁶

El pueblo mapuche y la salud

El pueblo mapuche constituye el grupo originario más numeroso de Chile. En la actualidad se distribuye en las regiones del sur de Chile y también en el sur de Argentina. La autoidentificación actual en tanto pueblo mapuche remite al autorreconocimiento: a la continuidad social y cultural entre pasado, presente y futuro basada en la memoria vivida y reinventada en el territorio histórico al sur del río Bio Bio y en la relación con el Estado chileno, la sociedad chilena y el trauma de la colonización que establece una identidad diferenciada que sólo es posible entender en clave relacional e histórica. Este complejo de continuidad/tensión evidencia una cultura parida y transformada en el territorio histórico reivindicado, que en su conjunto configura dicha formación social vinculada a un sistema de parentesco e identidad compartida, encarnada y referenciada en el Wallmapuche o territorio mapuche, por lo que dicha identidad está presente también en el fenómeno de diáspora que hoy en día reconoce “múltiples identidades” actuales y está en constante movimiento que abarca la localización territorial desde la zona central de Chile hasta Tierra del Fuego.⁷

La concepción de salud está arraigada a la categorización del mundo y por tanto entendiendo las nociones de bienestar (*küme felen*) y enfermedad (*kutran*) como dualidad, es decir, opuestos complementarios en la cual se define la vida y como parte integral de un buen vivir (*küme mongen*) más amplio.⁸ La salud desde esta perspectiva posee manifestaciones en las dimensiones socioespirituales y psicobiológicas cuyo principal fundamento es la forma de entender el mundo, la cosmovisión, en tanto producto del conocimiento emanado de la interacción con el territorio y las normas sociales, reproducido en las dimensiones individual y colectiva en distintos contextos (urbano y rural).¹¹ Dichos conocimientos, al ser situacionales, mutan según el contexto socio-territorial y los niveles y tipos de intercambios con la sociedad chilena, por lo que se expresan en sus prácticas. De hecho, la forma de entender el proceso salud-enfermedad con base en las prácticas refiere a las constantes transacciones en los conocimientos locales y colectivos en salud que se manifiestan en fenómenos de reapropiación y rearticulación.¹¹ En definitiva, la salud está integrada a todos los fenómenos de la vida misma y atiende determinaciones económicas, políticas, ambientales, espirituales, culturales e históricas que, a su vez, son dimensiones que pueden sintetizarse en el concepto de *küme mongen*.

Sobre todo en los espacios rurales, el pueblo mapuche reproduce en estos momentos prácticas en salud propias basadas en la autoatención en sus dimensiones familiares y colectivas,¹¹ una continuidad histórica de ejercicio sanitario vehiculado mediante conocimientos y prácticas que son propios, devenidos de la interacción histórica con el territorio, así como de otros conocimientos populares, igualmente subalternos, transmitidos de manera tradicional/oral y también invisibilizados por el sistema de salud oficial

como lo son los conocimientos llamados “populares”.¹⁴ Asimismo, de manera no homogénea las familias activan experiencias de sanación mediante los *machi* (chamanes mapuche) y otros sanadores tradicionales y populares, además de ser usuarios regulares de los sistemas oficiales de salud en todos sus niveles.¹⁵

El despojo en la determinación de la salud mapuche

Entre los años 1861 y 1883 el ejército chileno avanzó en el territorio histórico mapuche en lo que se llamó la “pacificación de la Araucanía”. Ese proceso redujo el territorio y gatilló el cambio de la reproducción socio-cultural por medio de la transformación económica determinada por las impuestas “reducciones” por medio de “títulos de merced”, entregando el resto de las tierras a colonos extranjeros o nacionales. De hecho, entre 1883 y 1929 se establecieron 3161 reducciones indígenas en un total de 500 000 hectáreas de un territorio original estimado en 10 000 000 de hectáreas.¹³ Dichas reducciones consistieron en la deslocalización y relocalización de las familias mapuche en pequeños espacios de tierra (no más de cinco hectáreas por familia), iniciando un proceso de campesinización forzada, reduciendo hasta el día de hoy sus patrones de reproducción social (economía de subsistencia), poniendo fin a la historia de independencia política y dando inicio a la denominada “historia contemporánea mapuche”.¹⁴

Luego de esta invasión se fueron documentando graves epidemias de cólera (1867), viruela (1904-1906 y 1922) y tífus (1892), fenómeno mórbido colectivo explicado en su determinación material, es decir en la vulneración generada, entre otras causas, por la reducción del territorio y el despojo de los medios económicos de las familias vulneradas en sus condiciones de vida. Esas epidemias identificadas por Virchow ya en el siglo XIX como “artificiales” indican defectos producidos por la organización política y social que afectan sobre todo a las clases que no participan en las ventajas de dicha cultura.¹⁵

La ausencia de memoria inmunológica y el despojo de material colectivo se agregan a la documentada sobre susceptibilidad hacia esas enfermedades introducidas,⁸ generando cambios en las condiciones y estilos de vida, en lo que Robert Jaulin denominó un *etnocidio*, fenómeno motorizado por el discurso del “progreso social” que tiende a modificar los cimientos de las culturas indígenas, sus usos y costumbres por medio de la introducción de cambios en los modos de producción y uso de la tierra, así como de la incorporación de dispositivos políticos ideológicos estatales propios de la colonización como la escuela, la Iglesia católica y oficinas de tierras, aludiendo al “bien común”.¹⁶

A partir de entonces (primera mitad del siglo XX), los cuerpos mapuche se redimensionaron, disminuidos en su productividad y enajenados socioterritorialmente, mientras

que sus conocimientos en salud experimentaron un proceso de aculturación biomédica que se mantiene hasta la actualidad e incluye diversos tipos de "hibridación de las tradiciones médicas".⁸ En cuanto a lo político, el Estado reafirma su negación al indígena en el proyecto nacional, ya que reconocerlo (como señala Díaz Polanco) sería aceptar desde dicho momento la vida autónoma de las comunidades y su base de sustentación desde ya codiciada por dichas élites, principalmente las tierras.¹⁷

Más tarde, durante todo el siglo xx se reproducirán estas relaciones neocoloniales basadas en políticas de asistencialismo y campesinización, que invisibilizarán al mapuche en tanto colectivo durante toda la primera mitad del siglo xx y hasta la Reforma Agraria (1964-1973), cuando se permitió cierta participación política demandada para el proceso de Reforma; proceso que se interrumpió con el golpe militar al gobierno de la Unidad Popular y el inicio de la dictadura cívico-militar (1973-1990). Durante esa dictadura se promovió la industria forestal en las tierras expropiadas en la "contra-reforma agraria" y ahora traspasadas a grandes empresas forestales como parte del actual modelo monoextractivista adoptado por el nuevo Estado de carácter neoliberal.¹⁶

En la actualidad, estudios en salud que han considerado la "variable étnica" refieren que la población mapuche viviendo en la Araucanía muestra sobremorbilidad y sobremortalidad respecto del resto de la población chilena. Según un estudio reciente de CEPAL realizado en la comuna de Ercilla (donde existe una de las mayores concentraciones de plantaciones forestales), la población mapuche tiene 90% más de probabilidad de morir por cáncer que la población no mapuche; lo mismo ocurre respecto a causas del sistema respiratorio (110% mayor) y muerte por traumatismos (50% más alto).¹³ Otro estudio del Ministerio de Salud chileno identificó que en la población mapuche de la provincia de Arauco (provincia "forestal"), para los trienios 2001-2003 y 2004-2006 el riesgo de morir antes del primer año de vida fue dos veces mayor para los mapuche que para la población no indígena.¹⁸

El mismo estudio de la CEPAL pone en relieve el fenómeno de escasez de agua en dichas comunidades y su relación con las masivas plantaciones de pino y eucalipto desarrolladas en las otrora tierras mapuche y que flanquean dichas comunidades.¹⁸ A ello se suma la proliferación de vertederos y plantas de aguas servidas en territorios mapuche.^{19,17} Estos fenómenos actuales se condicen con lo que el epidemiólogo ecuatoriano Jaime Breilh conceptualiza como "procesos agresores" de la salud, es decir modos de devenir que adquieren propiedades destructivas/deteriorantes para el bienestar y la salud de los colectivos.²⁰ Estas situaciones ilustran en parte la subordinación política y explotación económica encarnadas en situaciones de la inequidad en salud antes señalada y en la representación social de los mapuche en el sur de Chile como "ciudadanos de segunda categoría".

La persistencia de estas relaciones neocoloniales desde la organización social capitalista del Estado chileno y sus políticas neoliberales legitima y naturaliza el despojo histórico y la inequidad; por tanto, dichas relaciones se constituyen y expresan en la determinación social de la vida y la salud de las comunidades mapuche en tanto lógica cultural del colonialismo, es decir "herencias coloniales que persisten y se multiplican en la etapa poscolonial".²¹

Burocratización de la salud en el Wallmapuche

Se puede señalar que una importante intervención del sistema de salud oficial en la reproducción socio-histórica del pueblo mapuche fue el inicio del control de la natalidad en los sesenta; después de la intensificación de acciones biomédicas y el aumento de la cobertura de las mismas por medio del Servicio Nacional de Salud (SNS).^{viii,ix} La instalación de esas tecnologías permitió la uniformación y disciplinamiento en salud mediante controles y diferentes estrategias biopolíticas, como la regulación de la natalidad, acciones que tuvieron fines reguladores y correctivos y que se han mantenido en la actualidad.²²

Luego del golpe militar de 1973 se iniciaron en el sector salud sucesivas reformas neoliberales que eliminaron el SNS y crearon un sistema de salud público-privado centralizado en el Ministerio de Salud, instituyendo además el Fondo Nacional de Salud (FONASA) en 1979. Esta reforma de motivaciones económicas se basó principalmente en la incorporación de privados en la salud e inició el acelerado proceso de mercantilización sanitaria, de la mano de la preocupación por la privatización de la vida,²³ donde la población mapuche (principalmente rural) pasó a ser parte del último eslabón de clasificación social que impone esta reforma sanitaria en tanto "indigente".^x

En este contexto de privatización y de cambio en la racionalidad de provisión de servicios de salud es que a fines del decenio de 1990-1999, tres organizaciones sanitarias mapuche inician un trabajo destinado a mejorar el acceso de las familias mapuche rurales a la atención de salud biomédica-oficial, promoviendo desde sus bases la gestión propia de centros de salud por medio del diseño de propuestas al Ministerio de Salud chileno sobre administración, gestión y atención a la salud, con base en la aplicación de programas de salud oficiales y la complementación de éstos con la promoción de acciones de salud propias del sistema médico mapuche. La Asociación Mapuche *Newentuleaiñ* (Hospital de Nueva Imperial), Asociación Mapuche para la Salud *Makewe Pelale* (Hospital Makewe) y la Coordinadora de Salud *Boroa-Filulawen* (Centro de Salud Intercultural *Boroa Filulawen*) se encuentran a la fecha gestionando respectivos centros de salud en directa relación con el Servicio de Salud Araucanía Sur, toda vez que actúan como prestatarios de atención de salud biomédica/oficial:

una especie de tercerización en salud.^{XI} Estas iniciativas son concebidas como “modelos de salud intercultural”, noción que hace referencia a ejercicios recientes de autonomía indígena en salud en América Latina, donde organizaciones de pueblos indígenas generan (con más o menos independencia de los gobiernos) respuesta social en salud de manera organizada, y por tanto gestionan y ejecutan acciones de salud; además, en diversa medida disputan espacios en la política de salud de los Estados. Estos modelos coexisten en relaciones de hegemonía/subordinación con el sistema de salud oficial y en general en conflicto con el modelo biomédico de atención a la salud.

Multiculturalismo y la salud en Chile

En la región de la Araucanía opera desde 1992 el Programa de Salud con Población Mapuche (PROMAP), que se encarga de “transversalizar el enfoque intercultural” en la atención de salud a esa comunidad. En sus inicios, ese programa especial acompañó el proceso de recuperación de tierras por parte de la comunidad mapuche en Quinquén, en la región de la Araucanía, y realizó los primeros “estudios-diagnóstico” en comunas con presencia mapuche. A inicios de 2000 ese programa fue co-ejecutor del proyecto “Orígenes”, financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y que buscó entre otras cosas “fortalecer experiencias de salud intercultural” refiriendo a las jóvenes organizaciones mapuche que estaban iniciando su gestión autónoma en salud. Dicho programa del BID operacionalizado por el PROMAP desplegó inéditos “proyectos en salud intercultural” que, según la evaluación encargada por el mismo programa, “fracasaron en desarrollar considerablemente el tema de salud intercultural”.^{XII}

Esta interculturalidad en salud en Chile aborda la “transversalización del enfoque intercultural” a través de acciones como “alimentación tradicional”, “armonización de modelos médicos” (que incluye incorporación de sanadores tradicionales mapuche en centros de salud), “diseños arquitectónicos con pertinencia cultural” o la promoción de “huertos medicinales” en las comunidades mapuche (Orígenes-BID); todo parte del nuevo dispositivo llamado “salud intercultural”, es decir, combinaciones variadas de recursos que alteran el funcionamiento organizacional, pero que finalmente no forman parte de la estructura de las organizaciones de salud.²⁴

Dicha política de salud desplegada en comunidades mapuche no interviene sobre la atención de salud precarizada y de estrato “indigente”, en la escasez de tierras, la contaminación letal de los territorios por la industria extractiva, ni en la pobreza y exclusión determinados por el despojo territorial que se señaló en el apartado anterior. Todas estas cuestiones son dimensiones integrantes de un *küme mongen* (“buen vivir”) que son invisibilizadas por la política de salud porque no son problematizadas en tanto integralidad de relaciones que inciden en la salud. Como señala Boccara, “la gente no concibe la salud como esfera aparte del conjunto

de la vida social, sino como un espacio conectado, determinado y determinante de los otros ámbitos de la vida (economía, religiosidad, política, educación, memoria histórica, etcétera)”.²⁵

Por el contrario, muchas acciones de esos “programas especiales” se han concentrado en “resolver” necesidades puntuales que precisamente son producto de las brechas estructurales y socio-históricas, tales como entrega de anteojos y prótesis dentales, compra de medicamentos, financiamiento de exámenes médicos, compra de servicios a empresas para pruebas de laboratorio, y realización de operativos asistenciales.²⁶ Este enfoque paternalista desconoce el ejercicio de autonomía y el derecho a la autodeterminación mapuche, que desde las experiencias autónomas de salud se pueden traducir en intervenciones sanitarias colaborativas y que no reproduzcan el tutelaje sanitario que han salvaguardado los programas de salud especiales para indígenas.

La pertinencia y el protagonismo indígenas en acciones sanitarias están consagrados en el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y son demandados por el movimiento mapuche que hace dos décadas viene planteando, en tanto actor político, su exigencia de autonomía al Estado chileno, en una forma de organización que permita su participación política real en asuntos de interés en la vida nacional; así como el ejercicio del autogobierno dentro del territorio histórico y en convivencia con el pueblo chileno, en un espacio de respeto y garantía de derechos particulares en tanto pueblo pre-existente al Estado-nación.^{XIII} Por el contrario, la respuesta a la demanda por autonomía mapuche son los programas interculturales en salud. Al respecto de la llamada “salud intercultural”, desde el Ministerio de Salud se señala: “Es una estrategia transversal que considera, utiliza y potencia conocimientos y prácticas en torno al proceso salud-enfermedad-atención, tanto de la medicina oficial como de las medicinas indígenas”, entendiendo la interculturalidad como “relación de comunicación y aprendizaje entre culturas en condiciones de legitimidad mutua e igualdad”.²⁷

De esta manera, la interculturalidad se concibe de manera superficial, como si se tratara de relevar la salud de las comunidades (determinada histórica y socialmente) a promover relaciones armónicas *per se* entre sistemas médicos y culturas que en la realidad se encuentran en permanentes dinámicas de hegemonía/subalternidad. Como señala E. Menéndez,²⁸ las relaciones culturales han funcionado en contextos de dominación, de explotación, de hegemonía/subalternidad, y esto se dio y se sigue dando. Por tal motivo el mismo autor señala que señalar la interculturalidad planteada en términos de respeto, tolerancia y cooperación mutua entre grupos parece interesante como deseo, pero se vuelve una visión reduccionista de la realidad,²⁸ como ocurre en el caso pueblo mapuche-Estado chileno.

Para la política de salud intercultural chilena, la tolerancia del otro (un cambio en el nivel de las actitudes) se considera suficiente para permitir que la sociedad nacional

(y monocultural) funcione sin mayor conflicto, problema o resistencia; es decir, de manera intercultural. Pero, como señala Catherine Walsh, "además de obviar la dimensión relacional, esta atención a la tolerancia como eje del problema multicultural oculta la permanencia de las desigualdades e inequidades sociales que no permiten a todos los grupos relacionarse equitativamente y participar activamente en la sociedad, dejando así intactas las estructuras e instituciones que privilegian a unos sobre otros".²⁹ Por el contrario, la noción de salud intercultural fomentada por este tipo de políticas de salud responde a una visión funcionalista y cosificante de cultura, despojándola de dinámicas relacionales entre colectividades y de su determinación material respecto del territorio y las relaciones políticas que determinan la vida y la salud.

Con esto quiero señalar que no existe *per se* una interculturalidad en salud. Más bien existen acciones desde el Estado y sus políticas que promueven "encuentros", "diálogos" entre modelos médicos mediante seminarios, o la promoción de "armonización" de sistemas médicos que denominan "salud intercultural", que más bien tienen fines integracionistas de carácter neocolonial que alimentan ideológicamente una nueva y vigorosa "etnocracia".³⁰ Lo que existe son situaciones interculturales donde el sector salud se inserta; situaciones caracterizadas por la tensión entre condiciones de vida y salud, inequidades y relaciones de hegemonía/subalternidad entre modelos médicos y colectivos que se necesita analizar y abordar desde una perspectiva que considere la determinación sociohistórica del proceso salud-enfermedad.

La *machi* esterilizada

El multiculturalismo en salud en Chile ha promovido la incorporación de algunos sanadores tradicionales mapuche al interior de servicios de salud, donde el caso de la/el *machi* (chamán mapuche) es ejemplificador. Las y los *machi* cumplen un rol importante para la sociedad mapuche. Se trata de autoridades espirituales con vinculación material y espiritual con el territorio y sus fuerzas como fundamento de la cultura y el ser mapuche. Su visita a las familias y la reproducción de relaciones sociales vitales entre ellas y la comunidad dinamizan la vida comunitaria y la cosmovisión.³¹ Por tanto, posibilitan y promueven un equilibrio socio-espiritual y cultural, teniendo así una función trascendental en la salud mapuche. La *machi* basa su abordaje terapéutico en las vinculaciones socio-espiritual y territorial del enfermo y su familia, cercana al desarrollo de la enfermedad en la persona, a su familia y el medio, y lejos de la observación clínica (basada en la identificación del signo y síntoma).

La incorporación esporádica o permanente de chamanes indígenas a un centro de salud, que se ha experimentado con mayor frecuencia a partir del año 2000, viene a descontextualizar su acción socio-terapéutica: se le recluye en un cubículo propio del método y espacio clínico (observa-

ción sistemática y control de variables); es decir, se desnaturaliza su rol comunitario interrumpiendo la cosmovisión y práctica en el contexto territorial, disponiendo al terapeuta indígena en un espacio aislado que facilita su domesticación tecnocrática. En el caso de la/el *machi* mapuche, el espacio clínico esteriliza no sólo al terapeuta, sino también a la dolencia a ser tratada, ya no como una entidad socio-culturalmente construida y determinada, sino como una enfermedad posible de auscultar clínicamente, objetivable, racionalizable y controlada de variables "externas" (sociales, culturales, espirituales) y, por tanto, limitada a ese espacio clínico. Dicho mecanismo de clinalización tiende a domesticar tanto el diagnóstico como el abordaje de la *machi*, otrora determinados por el contexto socio-territorial. La *machi* pasa así a ser una empleada del sistema de salud, presa de la alienación sanitaria propia del trabajo clínico; de la atención reglada y casi independiente de la gravedad y de las necesidades específicas de los enfermos.³² A ello se suman consecuencias que acarrea la transgresión al *ngén puljü* o "dueño del espíritu" propios de la/el *machi*, lo que generalmente trae consecuencias en su salud, según las lógicas socioculturales propias que rigen a esas autoridades espirituales mapuche.

Estas nuevas formas de organización sanitario-cultural promueven una atención de salud escindida del territorio. A causa de lo anterior, tienden a debilitar las redes sociales y prácticas cotidianas de cuidado y prevención de la salud reproducidas en un territorio concreto y, por tanto, debilitar el potencial mapuche de "salutogénesis".³³ Corresponde a un nuevo tipo de separación y despojo de atributos y cualidades en la relación persona-territorio que es funcional a la cosificación y mercantilización de la tierra, que debilita inclusive la demanda de reivindicación de tierras mapuche al restar progresivamente al territorio de sus propiedades, agentes, recursos y diálogo intersubjetivo con la persona y comunidad.

Vistas así, las iniciativas multiculturales se vuelven procesos etnofágicos; es decir, parte de un proceso global donde los Estados nacionales contemporáneos exaltan superficialmente la diversidad y el multiculturalismo, pero cuyas acciones y programas tienen un propósito de domesticación, integración e invisibilización de las identidades.³⁴ Este proceso etnofágico opera en términos terapéuticos y también en la patrimonialización de conocimientos y prácticas médicas.³⁵ De hecho, desde el año 2006 el Ministerio de Salud solicita a las organizaciones mapuche en salud que reporten mensualmente las "prestaciones" de salud que ejecutan los sanadores tradicionales, contra la entrega de fondos para que los centros de salud mapuche puedan operar dando atención biomédica y de salud mapuche; condicionando así el financiamiento a dicha "notificación obligatoria". Ese condicionamiento de la política reproduce relaciones neocoloniales con las organizaciones mapuche en salud, imponiendo además estudios inconsultos sobre las inéditas organizaciones políticas y sanitarias mapuche, como la lla-

mada “sistematización de experiencias en salud intercultural”³⁶

Este proceso de apropiación de las prácticas de sanación y cooptación de sanadores mapuche por parte del sistema de salud se propone identificar (parafraseando a Díaz Polanco) la noción de “salutofagia”; es decir, la asimilación de identidades y prácticas de salud indígenas por parte del Estado y sus políticas multiculturales por medio de dispositivos de la “interculturalidad en salud”. Este fenómeno de la salutofagia puede graficarse en cinco fenómenos vigentes:

1. Incorporación de sanadores tradicionales y chamanes indígenas a centros de salud.
2. Estandarización y valorización de las prácticas culturales en salud mapuche.
3. Notificación al Ministerio de Salud de las acciones de salud indígena ejecutadas.
4. Ampliación de la oferta del Estado con “acciones de salud intercultural”.
5. Domesticación y pérdida de patrimonio cultural en salud.

Mediante estos procesos etnofágicos en salud, el Estado y el Sistema de Salud en particular se apropian de la cultura (subalternizada) a través de la patrimonialización de las prácticas de salud mapuche, enriqueciendo el modelo médico hegemónico y haciendo uso de su propiedad acumulativa, que le permite y garantiza legitimidad.³⁷ Este fenómeno está mediado por la medicalización como etapa propia del Modelo Médico Hegemónico (MMH) que tiende a la expansión del modelo biomédico hacia otras áreas problemáticas del proceso salud/enfermedad, como lo es la terapéutica indígena; con la finalidad de ser normatizadas para el control social e ideológico de dichos procesos sociales de los subalternos.

En términos políticos y de seguridad este “dispositivo intercultural” se vuelve una “protección inmunitaria”, precisamente para asimilar y neutralizar al diferente respecto de alguna amenaza a la integridad estatal, como lo es, en el caso mapuche, la demanda por autonomía.^{XV} Roberto Espósito, refiriendo a *inmunitas*, señala que la lucha contra la amenaza del diferente no se realiza mediante la contraposición formal, sino mediante el rodeo y la neutralización,³⁸ que en este caso se realiza a través de la política de salud multicultural. Tal como la práctica médica de la vacunación en relación con el cuerpo del individuo, la inmunización del cuerpo político funciona introduciendo dentro de él una mínima cantidad de la misma sustancia patógena de la cual se le quiere proteger, y así se bloquea y contradice el desarrollo natural del “problema”.³⁹

Pensar una política de salud desde lo mapuche

Este nuevo escenario de políticas multiculturales en salud plantea desafíos a las organizaciones mapuche en salud y a

la política mapuche, que requieren un proceso de reflexión y análisis que fije las líneas de una política de salud propia: una carta de navegación que establezca las orientaciones y prioridades en salud con base en un análisis colectivo que permita perfilar además una conducción sanitaria autónoma acorde a los distintos territorios, en diálogo con el Estado y la política de salud oficial. Un análisis desde organizaciones mapuche en salud debe incluir como ejes: 1) situación de salud actual; 2) procesos protectores y agresores de la salud en los territorios; 3) recursos locales en salud; 4) modelo de gestión, atención y financiamiento en salud en la actualidad; 5) relación operativa con servicios de salud oficiales y relación estratégico-política con la política de salud; 6) programas de salud en ejecución en el territorio: propios y desde la política oficial; 7) niveles de autonomía/dependencia para la ejecución de programas de salud, y 8) desarrollo de acciones de salud autónomas desde las organizaciones indígenas.

Lo anterior permitiría pensar un proyecto político en salud basado en un análisis colectivo que se inscriba en un escenario de progresiva autonomía política mapuche; una política situada bajo un propio paradigma y concepción de lo social y con una clara definición del rol del Estado y sus obligaciones en tanto garante del derecho a la salud. Una política de salud propia devendrá de un análisis de las correlaciones de fuerza con los distintos actores del campo de la salud; considerará las orientaciones y programas sanitarios definidos como prioritarios al interior de los límites epistemológicos, políticos, económicos, territoriales, conceptuales y de situación de salud. Ello como resultante de complejas mediaciones entre el Estado y el pueblo mapuche organizado, en diálogo con su contexto mayor (incluyendo la política oficial de seguridad social) que permita generar programas de largo y mediano plazos para abordar la situación de salud de manera organizada y reflexiva, para la promoción y prevención en salud, además de la atención a la enfermedad desde las perspectivas y modelos teóricos y técnicos consensuados.

La reflexión en salud desde la organización indígena determinará, entre otros, si las políticas de salud intercultural actuales y sus posibles efectos en la capacidad de autonomía en salud mapuche corresponden a un estadio de maduración hacia una política de salud autónoma, o bien son un dispositivo que continuará transformando y despojando de la práctica y la capacidad propia de generar salud mediante inéditas formas de domesticación del poder mapuche en salud. Pensar en salud definirá además si desde el pueblo mapuche se continuará administrando la atención oficial de los padecimientos desde la óptica del mercado y la jerga neoliberal (p. ej.: “prestaciones de salud”, “valorización de prestaciones”, “percapitalización”, etc.), por medio de las probadas tecnologías biomédicas del sistema de salud que promueven la alienación y mantienen los equipos de salud patológicamente burocratizados.⁴⁰ O bien, se optará, entre otros, por un abordaje estratégico en salud situado en la diversidad de conocimientos y prácticas afincados actualmente en el territorio, que implique que las organizaciones

mapuche en salud se constituyan como "actores colectivos" portadores de recursos de poder en salud y de principios intrínsecos de reciprocidad y solidaridad, capaces de insertarse colaborativamente en el campo de la salud pública.^{xvi}

Pensar en autonomía en salud implica problematizar modelos de gestión, atención y financiamiento a la salud que excedan la mera administración de servicios médicos por delegación, lo cual es funcional a la lógica neoliberal de reducción del Estado y la precarización del sistema público de salud encarnado en una "enfermología pública" o salud pública convencional⁴² en permanente crisis, dado el agotamiento del modelo biologicista de atención, en su ineficacia e incompreensión para dar respuesta a numerosos problemas de salud de las poblaciones.^{43,44} Esta enfermología pública se basa en el supuesto filosófico de la enfermedad y muerte como punto de partida de la explicación en salud, en el método positivista centrado en la medición del riesgo de enfermar, así como en el reconocimiento del poder del Estado como privilegiado para prevenir la enfermedad.⁴²

Cualquier propuesta debe tender a la defensa de la salud y la vida, atendiendo su determinación socio-histórica y cultural; centrada en promover la salud por medio de la práctica reflexiva y estratégica que genere una gestión democrática o co-gestión en salud más allá de la administración de la cura; es decir, sobre un modelo que visibilice y fortalezca los "procesos protectores" que han posibilitado la reproducción social mapuche hasta la actualidad, aun en contextos de agresión socioterritorial y vigencia de prácticas y políticas neocoloniales en tanto determinación social en salud mapuche.

Salud colectiva y autonomía indígena en salud

Desde la salud colectiva es imperativo promover el libre ejercicio de derechos colectivos en salud de los pueblos originarios y el análisis de sus determinaciones sanitarias, de tal forma que se constituyan y fortalezcan en tanto actores de la política; es decir, construyendo un proyecto de política de salud propia que evite el tutelaje que promueve la interculturalidad *light* sin el reconocimiento de derechos políticos ni espacios para la emancipación en salud. La salud colectiva, al incorporar en su campo "aquellas prácticas emancipadoras y desafiantes a las lógicas dominantes de orden capitalista"² se inscribe en el apoyo militante a proce-

dos autónomos para el desarrollo de propuestas sanitarias innovadoras, de cara a la efectivización del derecho a la autonomía indígena en salud y aquellos consagrados en instrumentos internacionales como la Declaración de Derechos de los Pueblos Indígenas y el Convenio 169 de la OIT.

Es deber del pensamiento crítico en salud denunciar la patrimonialización estatal de bienes culturales en salud mediante prácticas salutofágicas como la notificación de acciones de salud indígena, en tanto dispositivos de asimilación de la diferencia cultural a través del discurso de la interculturalidad. Se requiere asimismo la incorporación de la noción de "interculturalidad crítica" frente a los procesos asimilacionistas de los colectivos indígenas, entendida como una herramienta pedagógica que cuestiona de forma continua la racialización, subalternización e inferiorización y sus patrones de poder.²⁹ Todo lo anterior, con un profundo sentido transformador de la realidad social, de sus estructuras de determinación que inciden en la vida y la salud, apostando a la refundación de los Estados latinoamericanos. Es decir, que reconozca jurídica y políticamente la multiplicidad de pueblos y nacionalidades que lo conforman en el ejercicio pleno de sus derechos, tales como el derecho a la salud propia; así como el reconocer la pluralidad de conocimientos, modelos explicativos e iniciativas indígenas para abordar el proceso salud/enfermedad/atención de manera autónoma.

La promoción de procesos autonómicos en salud basados en los principios de reciprocidad y solidaridad que son parte de la raigambre contra-hegemónica latinoamericana se ha propuesto ser una alternativa a la vieja salud pública convencional cooptada por las políticas de salud de corte neoliberal, hoy enriquecidas con discurso intercultural. Ello implica promover la integración de diversos actores y poderes al campo de la salud colectiva, más allá del Estado: a "movimientos sociales que promueven la salud, controlan socialmente el cumplimiento de los deberes encomendados al Estado, luchan por su democratización y entran en acuerdos-desacuerdos con los poderes supra e infranacionales."⁴²

Es necesario renovar preguntas de cara a estos vigorosos procesos de multiculturalismo en salud. ¿Cómo no deslindarnos del análisis de los procesos político-sanitarios y exotizar lo que hoy se presenta como evidente o como una acción afirmativa en salud? ¿De qué manera se analizan con sentido crítico los procesos que modelan servicios, ideas y prácticas en todos los espacios donde se reproduce salud, se generan enfermedades y, por de pronto, donde se rehabilitan y curan padecimientos entendidos en toda su amplitud?

Citas adicionales

I La noción de "determinación" difiere además del concepto de "determinantes" utilizado por la Comisión de Determinantes de la Salud (CDSS-OMS). Entre las principales críticas desde la salud colectiva está el hecho de que utilizan evidencia basada en "factores de riesgo", no problematizan-

do el orden social que reproduce relaciones injustas que repercuten en la salud.⁵

II Ibacache y Leighon utilizan las dimensiones socioespirituales y psicobiológicas para conceptualizar *per se* la salud. No obstante, se identifican en tanto componentes de la ex-

- perencia de la salud y la enfermedad que se manifiestan en esas dimensiones.⁹ Como señalan Krieger y colaboradores, se encarnan y toman forma en dichas dimensiones.¹⁰
- III Respecto de la categorización de niveles de atención en salud propios del sistema de salud oficial, estas prácticas constituirían el verdadero "primer nivel de atención".
 - IV Existen enfermedades de conocimiento popular, como el susto, *orejeadura*, enfriamiento, *sobrepardo* y *embrujo*, que no son reconocidas por el saber biomédico, pero sí por los otros sistemas.¹²
 - V La utilización de machi dependerá, entre otros aspectos, del grado de socialización con religiones como la protestante, que "prohíben" a sus seguidores la consulta al chamán y demonizan las prácticas de tal personaje.
 - VI Las empresas son propiedad de las familias más ricas del país: Grupo Angelini controla la mayor inversión forestal a través de Forestal Arauco y Celulosa Arauco; Grupo Matte maneja Forestal Mininco y Celulosa CMPC.
 - VII Se ha denunciado que 70% de los vertederos de la región de la Araucanía se localizan cerca de comunidades mapuche.¹⁹
 - VIII Por "sistema de salud oficial" se entenderá la respuesta social organizada en salud emanada desde el Estado y cuyas acciones de salud, sobre todo de carácter biomédico, se manejan por servicios de salud formales dependientes de la administración pública o privada.
 - IX Tiempo en que la tuberculosis era endémica en el sur del río Bio Bio, territorio ancestral mapuche.
 - X FONASA, como opción pública de atención, creó una estratificación según ingreso familiar con el propósito de calcular el aporte que cada familia haría para financiar el sistema. Se crearon los grupos A, B, C y D, donde el primero corresponde a la categoría de "indigente", pues son personas sin ingresos suficientes para cotizar en el nuevo sistema.
 - XI Esta tercerización se habilita por el *decreto con fuerza de ley* (DFL) Núm. 36, emanado de la última dictadura, que promueve la privatización de servicios de salud (DFL 36 de 1980). Reglamentado por ley 18417, señala en su artículo 2o.: "Los convenios regidos por este decreto serán aquellos en cuya virtud un organismo, entidad o persona distinta del Servicio de Salud sustituye a éste en la ejecución de una o más acciones de fomento, protección y recuperación de la salud o de rehabilitación de enfermos, sea por delegación, mandato u otra forma que les permita actuar y administrar por cuenta del Servicio para atender a cualquiera de los beneficiarios de éste." Disponible en: Biblioteca del Congreso Nacional, consultado 29/08/13: <http://www.leychile.cl/Na vegar?idNorma=29826>
 - XII Consultado 29/08/13.: http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/171/
 - XIII El régimen de autonomía contendría las líneas maestras de los vínculos entre pueblos indígenas y Estado; es decir, los fundamentos para cambiar la médula de la política, la economía y la cultura en una escala global, nacional y como parte de un vasto programa democrático.¹⁷
 - XIV El autor plantea, entre otros, una superación al enfoque patogénico en salud centrado no en la enfermedad, sino en las condiciones y posibilidades de los individuos y grupos de promover su salud.³³
 - XV Esto explica en parte las formas que toman la represión y criminalización de la protesta social mapuche frente a la movilización social por demandas estructurales al Estado chileno, como la tierra y la autonomía. Más información en: <http://www.mapuexpress.net/> Última consulta: 30/08/13.
 - XVI La noción de "actor" hace referencia a sujetos individuales o colectivos que, en una situación determinada, controlan recursos de poder suficientes como para influir de forma significativa en los acontecimientos que conforman esa situación.⁴¹

Bibliografía

Referencias

1. Breilh J (1994). *Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología*. Quito, Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud. P. 19.
2. Zaldúa G (2013). *El campo de la salud colectiva: deudas, deseos y demandas*. Buenos Aires: Revista Topía, XXIII, 10, 68.
3. Laurell AC (1982). *La salud-enfermedad como proceso social*. Cuadernos Médico Sociales, 19, 1-11.
4. Breilh J (2008). "Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud". En: *Taller Latinoamericano de Medicina Social*. México, 29 de septiembre al 3 de octubre, 2008, p. 5.
5. López O, Escudero JC, Carmona LD (2008). *Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de ALAMES*. Medicina Social 2008, 3(4), 323-335.
6. Silva Paim J (2006). *Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI*. Buenos Aires: Lugar.
7. Antileo E (2012). "Migración mapuche y continuidad colonial". En: *Historia, colonialismo y resistencia en el país mapuche*. Temuco: Ediciones Comunidad de Historia Mapuche.
8. Citarella L (comp.) (2000). *Medicinas y culturas en la Araucanía*. Santiago: Sudamericana, pp. 52, 110.
9. Ibacache J, Leighon A (2006). Estrategias comunitarias y autonomía multicultural. Un aporte desde la salud colectiva. Disponible en: <http://goo.gl/1hlfpj>. Última consulta: 29/08/13.
10. Krieger N et al. (2010). *Who, and what, causes health inequities? Reflections on emerging debates from an exploratory Latin American/North American workshop*. Journal of Epidemiology Community Health, 1-3.
11. Menéndez E (1990). *Morir de alcohol*. México: Alianza.
12. Ramírez S (2009). *La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí*. Salud Colectiva, 5 (1), 63-85.

13. Comisión Económica para América Latina y el Caribe; Centro Latinoamericano de Demografía (CEPAL/CELADE) (2012). *Desigualdades territoriales y exclusión social del pueblo mapuche en Chile: situación en la comuna de Ercilla desde un enfoque de derechos*. Santiago: Celade/Cepal, p. 30
14. Mariman P (1996). *Elementos de historia mapuche*. Centro de Documentación Mapuche Ñuke Mapu. Disponible en: <http://tinyurl.com/ctoap5k> Última consulta: 29/11/12.
15. Rosen G (1986). "¿Qué es la medicina social?" En: *De la política médica a la medicina social*. México: Siglo XXI Editores, p. 83.
16. Jaulin R (1973). *La paz blanca, Introducción al etnocidio*. Buenos Aires: Tiempo contemporáneo.
17. Díaz-Polanco H (2003). *La rebelión zapatista y la autonomía*. México: Fondo de Cultura Económica, pp. 17, 27.
18. Ministerio de Salud (Minsal); Centro Latinoamericano de Demografía (Celade/Cepal) (2010). *Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la provincia de Arauco*. Santiago: Minsal, p. 70.
19. Seguel A (2003). *Basurales en comunidades mapuche: un conflicto latente en la región de la Araucanía*. Santiago, Chile. Observatorio Latinoamericano de Conflictos Ambientales (OLCA).
20. Breilh J (2003). *Epidemiología crítica, Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar.
21. Quijano A (2000). *Colonialidad del poder y clasificación social*. Journal of World System Research, VI (2), 342-386. Disponible en: <http://tinyurl.com/cswebfrx> Última consulta: 29/08/13, p. 343.
22. Foucault M (1995). *Derecho de muerte y poder sobre la vida. Historia de la sexualidad*. T.1: La voluntad de saber. México, D.F.: Siglo XXI, p. 104.
23. Tetelboin C (2003). *La transformación neoliberal del sistema de salud*. Chile: 1973-1990. Reformas de primera generación. México: UAM-X, p. 41.
24. Campos GW de S (1998). *Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado: un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud*. Disponible en <http://www.alames.org/documentos/equipos.pdf> Última consulta: 29/08/13.
25. Boccara G (2004). *Del buen gobierno en territorio mapuche: notas acerca de una experiencia en salud complementaria*. Cuad. Antropología Social 2004, 20, 113-129.
26. Sáez M (2007). *Salud y pueblos indígenas: políticas, programas y planes en un proceso de negociación y acuerdos*. Presentación en el seminario-taller "Pueblos Indígenas de América Latina: políticas y programas de salud. ¿Cuánto y cómo se ha avanzado?" CEPAL. Santiago de Chile, 25 y 26 de junio de 2007. Disponible en: <http://tinyurl.com/c2p5lxs> Última consulta: 29/08/13.
27. Sáez M (2008). *Interculturalidad y extensión de la cobertura de la protección social en salud a trabajadores agrícolas y pueblos indígenas*. Protección en salud a pueblos indígenas e interculturalidad. P. 6. Disponible en: <http://biblioteca.programaueuro.social.eu/PDF/Salud/Modulo9.pdf> Última consulta: 29/08/13.
28. Menéndez E (2006). "Interculturalidad, diferencias y antropología 'at home'. Algunas cuestiones metodológicas". En: Fernández G (ed.). *Salud e interculturalidad en América Latina, antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Abya Yala, p. 52.
29. Walsh C (2000). *Interculturalidad, reformas constitucionales y pluralismo jurídico, derechos colectivos y administración de justicia indígena*. P. 92. Universidad Abierta Simón Bolívar. Disponible en: <http://tinyurl.com/o8bwms3>. Última consulta: 19/01/14.
30. Boccara G, Bolaños P (2008). *¿Dominar a través de la participación? El neoindigenismo en el Chile de la posdictadura*. Memoria americana. Cuadernos de Etnohistoria 16.2, 167-196. En línea: http://www.seccionetnohistoria.com.ar/memoram/Memoria_Americana_16.pdf Última consulta: 30/08/13.
31. Huaiquimil L, Quidel J (1998). *Conocimientos y vivencias de dos familias wenteche sobre medicina mapuche*. Temuco, Chile. Centro de Estudios Socioculturales de la Universidad Católica de Temuco.
32. Campos GWdeS (2001). *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar, p. 78.
33. Antonovsky A (1996). *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*. Health Promot Int. 1996, 11, 11-18.
34. Díaz-Polanco H (1991). *Autonomía regional: la autodeterminación de los pueblos indios*. México, D.F.: Siglo XXI.
35. Cuyul A (2012). *Salud intercultural y patrimonialización de la salud mapuche en Chile*. En: *Historia, colonialismo y resistencia en el país mapuche*. Temuco: Ediciones Comunidad de Historia Mapuche.
36. Ministerio de Salud de Chile (Minsal); Servicio de Salud Araucanía Sur (2012). *Mapuche tañu itrofil kimün*. Temuco: Minsal. Revista de Salud Intercultural, 11 (4, 18).
37. Menéndez E (1988). *Modelo médico hegemónico y atención primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, 451-464.
38. Espósito R (2005). *Immunitas: protección y negación de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
39. Espósito R (2006). *Bios, biopolítica y filosofía*. Buenos Aires: Amorrortu, p. 75.
40. Testa M (1995). *Pensamiento estratégico y lógica de programación (el caso de la salud)*. Buenos Aires: Lugar, p. 70.
41. Rovere M (1993). *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Washington: Paltex/OPS.
42. Granda E (2004). *¿A qué llamamos salud colectiva hoy?* Revista Cubana de Salud Pública [internet], 30 (2). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_2_04/spu09204.htm. Última consulta: 29/08/13.
43. Menéndez E (2003) *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. Ciencia y Saúde Colectiva, 8 (1), 185-207.
44. Silva Paim J, Almeida Filho N (2000) *A crise da saúde pública e a Utopia da saúde coletiva*. Salvador de Bahía: Casa da Saúde.

Sitios web

- Gobierno de Chile. Instituto Nacional de Estadísticas (INE): <http://www.ine.cl/>
- Comunicación Mapuche Mapuexpress: <http://www.mapuexpress.net/>
- Observatorio de Derechos Ciudadanos: <http://observatorio.cl/>
- Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Servicio de Salud Araucanía Sur: <https://www.araucaniasur.cl/>

Médico y *yatiri* en pareja: la interculturalidad en Bolivia*

Gerardo Fernández Juárez

CAPÍTULO

45

Conceptos clave

Interculturalidad • *Yatiri*

Introducción

Este capítulo presenta una reflexión más general sobre medicina e interculturalidad, incluyendo una serie de sugerencias y recomendaciones específicas para mejorar este aspecto en la práctica de la medicina en Bolivia y América Latina.

Medicina e interculturalidad

Las poblaciones indígenas de América del Sur han desarrollado diferentes respuestas frente a las dolencias, aflicciones y enfermedades comunes de su entorno. Por un lado, padecen determinados síndromes patológicos de marcado carácter cultural que surgen en el seno de un grupo étnico concreto, ante el cual desarrollan las pautas preventivas y terapéuticas más convenientes para la correcta resolución de dicho conjunto de síntomas culturalmente establecidos. Estas dolencias surgen en el entramado de aspectos que constituyen la cultura y responden a una naturaleza y etiología que habitualmente involucran otros parámetros esenciales en las características culturales del grupo. Las tácticas y estrategias curativas que surgen en atención a este tipo de síntomas responden a la conceptualización que el grupo establece sobre la enfermedad y su naturaleza, y encuentran sentido y eficacia en la propia trama cultural que el grupo sostiene y no fuera de ella. Estas enfermedades son las habitualmente vedadas para los servicios de salud formales, que pretenden tratar el problema de una forma "convencional" en las poblaciones indígenas de América.

Otras dolencias son las definidas como ajenas al grupo que las padece y su resolución depende de la actuación de las postas y centros sanitarios de salud. Los médicos adquieren reconocimiento y competencia en el tratamiento de este tipo de afecciones.

El problema surge respecto a las dolencias que dentro del grupo se identifican con causas concretas de marcado

carácter cultural, mientras los equipos médicos establecen una orientación diferente, impulsando una competencia de agentes diferenciados y provocando cierta confusión respecto al tratamiento a seguir. Lo anterior genera con frecuencia serias dudas y desconfianza sobre las "garantías" de las medidas propuestas por los equipos de salud. Sin duda cualquier alteración y enfrentamiento entre escuelas médicas y actores sociales de la medicina incrementan la incertidumbre y angustia de los pacientes.

La implicación de la salud, la medicina y las formas de conceptualización de la enfermedad con respecto a las diferentes modalidades culturales que adquiere entre los grupos indígenas americanos ha despertado temprano el interés de antropólogos y etnógrafos, por las consideraciones autóctonas sobre la enfermedad y su tratamiento, lo que constituye un apartado obligatorio en las monografías clásicas.

La antropología médica, escindida recientemente de la antropología social y cultural, tiene como objeto de estudio y análisis todos los aspectos implicados en la conceptualización cultural de la enfermedad y su resolución terapéutica.¹ Constituye una perspectiva analítica particularmente oportuna en ciertos Estados de América Latina de marcado talante pluricultural y multilingüe, donde las aplicaciones médicas adoptan multitud de formatos divergentes, y las prácticas y categorías cognitivas diferenciadas entran en conflicto frecuente con las aspiraciones de la medicina formal o convencional asumida por los Estados y delegada con frecuencia en Organizaciones No Gubernamentales (ONG) dedicadas al desarrollo.

El ejercicio médico convencional en países de marcado carácter pluricultural, como es el caso de Bolivia, supone un esfuerzo constante de negociación intercultural. Las altas tasas de mortalidad infantil se aproximan, según la OMS (1995), a 250 por 1 000 entre el primero y el quinto años de edad, aunque este porcentaje es mayor en algunas de las regiones más deprimidas. Esto obliga a tomar indudablemente en serio las directrices y orientaciones que las políticas sanitarias internacionales demandan del Estado boliviano. La delegación de esta responsabilidad en las ONG nacionales o internacionales y la formación universitaria de licenciados en medicina y profesionales sanitarios, sin ninguna área formativa o simplemente informativa en su perfil académico sobre la diversidad cultural y las peculiaridades del entorno social donde van a ejercer su profesión, acrecienta

* Publicado originalmente en *Médicos y yatiris. Salud e interculturalidad en el Altiplano Aymara*. Ministerio de Salud y Previsión Social/CIPCA/OPS-OMS, La Paz, Bolivia, 1999, pp. 191-204.

una zanja crítica de separación entre las formas de la medicina étnica y las manifestaciones habitualmente prepotentes de los equipos sanitarios convencionales. Por otro lado, las relaciones de poder que se establecen entre los equipos médicos y sus pacientes indígenas dificultan la resolución favorable de los conflictos que se producen al hablar sobre las medidas terapéuticas a seguir. La autoridad y competencia médicas, las formas de terapia, la relación entre médico y paciente, la implicación familiar y social de la enfermedad, el gravamen económico y el sentido de eficacia de las prácticas terapéuticas constituyen aspectos clave que resultan sustancialmente diferentes entre los modos y formas que tienen en los equipos convencionales y los modos y formas que adoptan en el seno de las diferentes culturas indígenas americanas.

El ejemplo de la medicina aymara, su forma peculiar de concebir la salud y la enfermedad, las medidas terapéuticas pertinentes en ese triple registro configurado por concepciones de origen popular hispánico (elaboraciones rituales relacionadas con una tecnología y eficacia simbólicas que aparecen reflejadas de forma temprana en las crónicas coloniales andinas) y un extenso conocimiento de farmacopea popular reflejan el sentido de una medicina inserta en las claves culturales soportadas por los médicos aymaras y relacionadas con su propio medio de existencia.²⁻⁴

Los prejuicios y las displicencias habituales en quienes ejercen la acción médica convencional respecto a las medicinas étnicas nada tienen que ver en el análisis objetivo de una disciplina como la medicina, que se muestra próxima a las ciencias humanas y sociales puesto que son seres humanos, implicados en densas redes de comportamiento social, su materia habitual de trabajo y análisis. La medicina constituye un eslabón de importancia en la trama que sobre las sociedades humanas tejen sus respectivas culturas. El profundo sentimiento humanista que aparece inmerso en las prácticas médicas aymaras (como en otros diferentes grupos indígenas americanos), su dedicación y lógica explicativa, y su acuciosa observación en el conocimiento de ciertos principios farmacológicos aislados en las especies vegetales de su entorno debieran hacernos reflexionar sobre la humanización de la medicina occidental;⁹⁻¹¹ sobre nuestros pacientes igualmente sometidos a construcciones culturales complejas relativas a las enfermedades y sus propuestas curativas, en relación con las posibilidades de una mejor satisfacción de servicios sanitarios en nuestras propias instituciones hospitalarias, para identificar las necesidades y carencias contrastadas por los usuarios.

Las medicinas étnicas, como es el caso de la practicada por los indígenas aymaras, no pueden dejarse en manos de desaprensivos y exotistas iluminados que sostienen principios de carácter transcultural en aplicaciones curativas que responden a demandas concretas surgidas en contextos culturales precisos, bien delimitados y que satisfacen a necesidades y construcciones culturales propias donde resultan eficaces. Otra cosa significa el estudio de los prin-

cipios farmacológicos contenidos en las especies naturales empleadas y sus dosis pertinentes.

Por otra parte, desde la antropología resulta gratificante contrastar la diversidad de opciones planteadas por los diferentes grupos étnicos americanos en relación con el tratamiento de la enfermedad. Es gratificante en el sentido de resistencia y freno a las pretensiones de globalización cultural que imperan en estos tiempos; pero preocupante, por otro lado, por la política y el ejercicio de la autoridad por las diversas herramientas de los estados pluriculturales latinoamericanos y sus flecos desarrollistas, más o menos implicados en los planteamientos gubernamentales desde ciertas subsecretarías y hasta las propias ONG de desarrollo, cuando tienen que hacer frente a situaciones críticas de salud en contextos habituales de marginación como los que soportan los grupos indígenas contemporáneos.

Las penosas estadísticas referidas al parámetro de mortalidad infantil en buena parte de las zonas ocupadas por los grupos indígenas plantean serios problemas éticos en el ejercicio de la antropología y la medicina convencionales. La dificultad por crear espacios de diálogo intercultural extrema la distancia y los enfrentamientos entre los curanderos tradicionales indígenas y los servicios formales de salud. Las peculiaridades culturales no son consideradas o lo son de una forma displicente por los equipos sanitarios formales, forzados a cumplir con ciertos registros estadísticos para asegurar su propio presupuesto.

Así las cosas, la importancia del conocimiento de la lengua indígena y de las conceptualizaciones nativas en torno a la enfermedad, por parte de los equipos de salud que trabajan en los espacios rurales, nunca será suficientemente remarcada. La integración paulatina y sin violencia de este personal en la esfera social y su acomodo en las actividades habituales de las comunidades indias posibilitarán un espacio de diálogo donde la medicina y la enfermedad sean objetos de reflexión en perspectivas dispares. La multiculturalidad obliga a la búsqueda de soluciones diferenciadas en el tratamiento de la enfermedad.

El marco global

El lector atento habrá podido apreciar que la totalidad de los datos reflejados en el texto pertenecen a la interpretación aymara sobre la salud y sus criterios sobre lo que deben hacer o no los equipos médicos convencionales. En una reflexión sobre la práctica médica intercultural, nada se puede concluir sin el parecer de la otra parte, es decir, de la medicina convencional. De otra manera, la propuesta *chachawarmi*, de relación en pareja entre la medicina aymara y la medicina convencional, resultaría un mero fraude. Por otra parte, resulta difícil encontrar a médicos formados "a la occidental" dispuestos a aceptar equivalencias, simetrías de poder y respeto sobre el quehacer de *yatiris* y médicos nativos. Siguen siendo excepciones de enorme valor testimonial, pero excepciones al fin y al cabo, los dispuestos a

entablar conversación en niveles de equivalencia con los médicos tradicionales aymaras. De aquí mi predisposición a encauzar el debate a partir del mundo aymara hacia los dominios de la medicina convencional. Por el otro lado, el debate aparece viciado cuando no cancelado con la solícita sonrisa de menosprecio de quien se siente poseedor de la verdad absoluta.

Los médicos convencionales se escudan en el positivismo científico de su razón. A partir de allí y teniendo en cuenta lo que consideran verdadera "ciencia", no plantean alternativas de diálogo y contacto intercultural que no sean de carácter asimétrico; es decir, de parte de quien sabe (por supuesto, el médico) hacia quien tiene que aprender (el *yatiri* o el paciente).

En el mejor de los casos he tropezado con médicos que estarían dispuestos a tener a un *yatiri* como asistente en la posta. Esto ya establece medidas de distorsión en el ejercicio del poder, pues tal sugerencia procura ante todo que el *yatiri* se dé cuenta, en el contacto diario con el médico, de cuáles son las enfermedades graves, cuáles los síntomas para llevar con urgencia al enfermo a la posta, cuáles los indicios que justifican la gravedad de la dolencia y el traslado a la institución hospitalaria más próxima. Esta posibilidad, que en sí misma parece buena y tremendamente meritosa, sin embargo se "descafeína" cuando lo que produce es una relación de sometimiento, donde el *yatiri* es considerado de forma paternalista un ignorante y a quien se inculcan ciertos conocimientos básicos de primeros auxilios. El planteamiento resultaría muy diferente si se establecieran relaciones de poder más equitativas. Ejemplos puntuales existen tanto en el área boliviana como en los Andes peruanos.¹

El año de provincias de los médicos, cuando ultiman su formación, es considerado por algunos como un tiempo muy benéfico porque van a aprender, experimentar y progresar en gran medida en su profesión. Es decir, mientras los médicos van al año de provincias entusiasmados porque van a "aprender", sus pacientes los van a "sufrir" en dicho proceso. Una vez más nos encontramos con las formas del desequilibrio de responsabilidades en el servicio de atención sanitaria. Los médicos bolivianos deben salir al año de provincias con una solvente experiencia práctica; es de suponer que así lo hayan efectuado en el internado rotatorio.

De todas formas sería una injusticia menospreciar los esfuerzos y progresos efectuados en atención maternoinfantil, los servicios de atención de parto y posparto subvencionados, la aparente gratuidad de algunos productos (vacunación rural) y el precio asequible de los servicios de consulta rurales (a pesar de las tentaciones), que es un hecho, no siempre se recaudan.

Tampoco se pueden desconsiderar las condiciones en que los equipos médicos realizan su labor, más allá del éxito en su mentalidad y su afinidad con los campesinos. Sin duda son muchos los factores que justifican de sobra el argumento de la "sobrexplotación" que sufren los equipos sani-

tarios rurales y que hacen de su ingente labor un milagro cotidiano. Existen mil carencias técnicas y de formación, aunadas a la presión de las estadísticas de las que depende la ayuda externa (vacunados, servicios odontológicos, número de traslados a La Paz, número de campañas preventivas, etc.), más la imposibilidad real de acceder a todos los lugares necesitados, puesto que cada equipo ambulante ejerce su labor sobre un amplio sector. Piense, por ejemplo, en la población estimada que cubre el ESA (Equipo de Salud del Altiplano) en la treintena de subcentrales y más de 100 sindicatos agrarios de Jesús y San Andrés de Machaca, con una población muy superior a las 20 000 personas (en 1995, informe ESA). El equipo no puede demorar más de un día por localidad y debe intensificar la campaña preventiva, la consulta general, la atención odontológica y las vacunaciones, para volver a reproducir el programa en otra localidad en veinticuatro horas. Al mismo tiempo atienden las urgencias detectadas, accidentes y partos complejos, trasladando al paciente (cuando se precisa) a La Paz. Sin duda las condiciones de saturación profesional, lejos de un ambiente laboral y social cálido, afín y de reconocimiento, merman la eficacia sanitaria del equipo y a veces incitan al surgimiento de conflictos en su propio engranaje técnico y administrativo.

Los médicos critican la tozudez e intolerancia de algunos pacientes. Critican cómo los *yatiris* delegan en ellos cuando ya nada se puede hacer; critican el escaso valor cuantitativo de la medicina natural, al curar en porcentajes inapreciables y a un costo temporal exagerado. Como ejemplo, un responsable popular de salud (RPS) dice: "¡He curado una osteomielitis con medicina natural, al costo de seis años de asistencia!" Eso no sirve para los cauces evaluativos de la medicina occidental, que considera los índices de eficacia en otros parámetros temporales, mucho más cortos y de regularizada eficacia en el tratamiento. Los médicos desconfían de las dosis que emplean los curanderos locales, en especial en el tratamiento de partos. Las infusiones usadas para facilitar los alumbramientos pueden, según el comentario de algunos médicos, provocar malformaciones en el feto y dificultades en todo el proceso.

Los fracasos médicos se producen tanto en la medicina occidental como en la medicina aymara. Sara, una maestra rural de Oruro, me comentó, vivamente impresionada, el dramático hecho protagonizado por una criatura agonizante en la comunidad donde ella impartía clase. La *wawa* tratada por el *yatiri* a base de violentos masajes con ortigas pretendía hacer regresar su *ajayu* a tiempo. La pequeña *wawa* murió en una terrible agonía. Pero ejemplos de fracasos flagrantes existen también en la medicina convencional. Recuerdo el caso de aquella mujer que ingresó hace un par de años en una institución hospitalaria de La Paz para hacerse una operación de cirugía estética y murió. Los casos recogidos por la prensa sobre malas administraciones de anestesia con resultados de muerte, defunciones en los partos, etc., son relativamente frecuentes, no solamente en Bolivia sino en

diferentes Estados "modernos". La medicina no siempre cura, a pesar de que tanto el médico como el *yatiri* buscan soluciones: el médico, tal vez con una respuesta individualizada, frente a la cultural y socialmente sancionada del *yatiri*.¹¹

No podemos pecar de ingenuos y descontextualizar el problema de la salud del marco general de referencia. Ningún programa intercultural puede llevarse a cabo en cuanto a salud si no se consideran los problemas estructurales en las políticas de este ámbito, es decir, los planteamientos políticos de las instituciones de salud, las prerrogativas gubernamentales de sus cuadros ministeriales y la esfera internacional. Difícilmente puede demandarse o aplicarse una política intercultural en salud si no está contemplada en los programas del Ministerio de Salud; tampoco si la academia médica no está dispuesta a ceder parcelas de poder en la resolución de la enfermedad y considerar planteamientos diferentes a los convencionales. Es preciso situar el problema de salud boliviano en el marco político, económico y de relaciones de poder que le corresponde; aspecto que debiera considerar un especialista, puesto que no se puede tocar como yo lo he hecho, tangencialmente. No se puede desarrollar una práctica médica intercultural si no existen programas de dicho cariz en las instituciones ministeriales de salud, si no se contempla en los planes de estudio de las facultades de medicina. Si no se forma a los médicos ni a los *yatiris* para el ejercicio de una medicina intercultural, ¿qué cabe esperar, entonces?: la actuación del "plomero"; es decir, un remiendo aquí, otra chapuza allá; pero el problema sigue resultando estructural a lo largo de toda la carrera.

El problema de la salud exige un análisis integral. Mientras las condiciones de vida no mejoren de forma estructural, difícilmente posibilitaremos otras respuestas sanitarias. Me preocupa el desmedido interés por hacer entender a los grupos étnicos, a toda costa y a cualquier precio, el interés de las vacunas y su incidencia en la vida; me preocupa traer hijos que no van a ser atendidos de modo adecuado, pero son de temer los planteamientos de control de natalidad impulsados por el Estado (como en el ejemplo peruano) sin una formación previa. Eso no es "interculturalidad", más bien califica como violación de los derechos humanos.

Cabe pensar que mientras no se ofrezcan respuestas estructurales que afecten las condiciones económicas y políticas favorables a una aplicación médica intercultural, la mortalidad infantil continuará disparada como estrategia política en los pueblos marginados. La vida no admite juego. La supervivencia del grupo está por encima de la de los más débiles, los niños, impulsados a superar por ellos mismos cualquier afección o dolencia, y los ancianos.^{11,14} Tal vez la eficaz aplicación de la reforma educativa y sus actuales programas de implantación intercultural bilingüe ha sido posible, entre otras razones, por la existencia de miles de profesores aymaras que impulsan "desde dentro"

el proceso, con sus contradicciones y las ambigüedades propias de la heterogeneidad de posturas que es posible encontrar entre el magisterio rural. La escasa proporción de médicos rurales aymaras puede dificultar de manera seria la introducción de semejantes propuestas en la "academia" médica boliviana, ajena a las manifestaciones culturales propias de los lugareños y a sus apreciaciones positivistas científicas.

Otra deuda pendiente por parte del Estado boliviano se refiere a la necesidad urgente de dignificar el papel del médico rural. En este aspecto nada puede hacerse sin contar con los programas ministeriales y su deseable implicación en los proyectos. Los médicos no pueden perpetuar una situación de servicio permanente que el Estado es incapaz de asumir e incentivar. Muy importante me parece la postura de un estudiante que comentaba que los alicientes médicos en el tiempo son muy limitados de cara a una formación profesionalizada. Es decir, poner vacunas y colocar gasas o atender partos son las misiones habituales en el tratamiento de la salud; pero son aspectos que hacen difícil cumplir con el aliciente de la formación médica. Por tanto, para conseguir otros retos en la formación sanitaria, el médico se ve obligado a abandonar el campo, puesto que más no se puede hacer en una posta rural, por carencia de medios y objetivos. Por otro lado, resulta razonable que el médico desee especializarse, dedicarse de forma más competente y reglada a su profesión, y que pueda estabilizarse en el aspecto profesional, montar su clínica, etcétera.

Es el Estado quien debe premiar el servicio de salud rural y ofrecer los mejores servicios disponibles. Comparto, en este sentido, la opinión de un médico del ESA que defendía la posibilidad de ofrecer una mejor medicina y atención en el campo, lo cual implica acrecentar los recursos económicos disponibles y mejorar en la atención clínica del paciente; esto, frente a los derroteros ministeriales, que al parecer pretenden potenciar la atención sanitaria en los hospitales de La Paz. Trasladar a los pacientes a la Paz implica un costo por tiempo que tiene que cobrarse de la propia consulta médica, a la vez que se acrecientan los miedos y recelos de los pacientes alejados de su entorno familiar.

El médico rural no deja de ser una víctima más en todo este proceso, junto con sus pacientes. No es el culpable de que el Estado no le provea de otras fuentes de formación y financiamiento, ni dignifique la figura del médico rural, ni le capacite para puestos de mayor relieve e interés profesional. No podemos clavar las tintas sólo sobre sus espaldas. Qué duda cabe de que cuando el equipo médico llega al campo ¡ya no hay nada que hacer! Sólo esperar que tenga, a título personal, la suficiente sensibilidad, vocación de servicio y tolerancia para hacer su trabajo con la mejor empatía posible hacia sus pacientes. No podemos exigir que el médico, además de buen profesional, en una situación generalmente no deseada, sea además antropólogo ¡o sacerdote! Es responsabilidad del Estado otorgar a los equipos médicos la formación intercultural en salud que les otorgue indicadores y

criterios para efectuar finalmente su labor en situación de prestigio, dignidad, reconocimiento social y laboral por su dedicación y perseverancia.

Posibles sugerencias

Resulta complicado hacer sugerencias, sobre todo cuando el tema es tan complejo como el tratamiento pluricultural de la enfermedad. En cualquier caso considere un pequeño muestrario de recomendaciones, espero útiles, para los equipos de salud que trabajan en comunidades indígenas. Lógicamente, el trasfondo de estas pequeñas recomendaciones tan sólo tiene como fin la probable inversión en vidas humanas; de otra forma no me atrevería a efectuar recomendaciones de ningún tipo, en un contexto laboral y de servicio tan peculiar como el que se produce no sólo en el altiplano aymara, sino en otras situaciones de contacto intercultural tan habituales en Bolivia. Espero que, desde esa óptica, sin ningún tipo de pretensión conjetural, se entiendan estas simples sugerencias.

Conocimiento de la lengua local

En tanto el médico comprenda y se haga entender en la lengua local, obtendrá gradualmente mayores ventajas en el tratamiento asistencial a la vez que crea redes de empatía e integración en el área. El esfuerzo, a pesar de las dificultades, resulta gratificante y reconocido por los pacientes. Impulsa las relaciones de afinidad indispensables para crear confianzas mutuas entre el equipo médico, curanderos locales y pacientes. Por otra parte, constituye un aspecto básico de cualquier planteamiento intercultural en salud, a semejanza de lo ocurrido en el área educativa (intercultural bilingüe).

Conocimiento de antropología social en general y antropología médica en particular

Su inclusión en los planes de estudio de la carrera de medicina aliviaría el "choque cultural" que los egresados sufren ante realidades culturales tan distintas de las de su origen. Permite al equipo de salud reconocer unos principios no universales y, por tanto, cargados de cierto relativismo en la conceptualización y tratamiento de la enfermedad. Puede reducir las actitudes paternalistas y prepotentes comunes en el uso asimétrico del poder sanitario. Obliga tanto al médico como al resto del personal sanitario a conocer el dominio cultural donde va a efectuar su labor; por tanto, no se sorprenderá de las interpretaciones correspondientes sobre salud y enfermedad y podrá establecer una relación más equilibrada con sus pacientes. El respeto imprescindible a las formas nativas de enfermedad y curación, así como su conocimiento, permitirán en no pocas ocasiones establecer

fórmulas de complementación estratégica entre las técnicas tradicionales y las formas de curación clínicas que beneficiarán a los pacientes. El conocimiento del medio y las peculiaridades culturales de su jurisdicción evitará la torpeza de juicios de valor injustificados sobre aspectos como la higiene, el pudor y ciertas "bromas" cuyo efecto sólo genera merma de confianza por parte de los enfermos. Por otro lado, ayudará a una mejor planificación de los servicios de salud, sus programas y objetivos.^v

Compartir con los curanderos nativos y con los pacientes

La idea es no establecer una pugna de competitividad o mercado con ellos; además de potenciar los encuentros de aproximación y diálogo con los médicos nativos y con los pacientes. El intercambio con los médicos locales debe ser lo más horizontal y simétrico posible, en un contexto donde priven el respeto mutuo y la consideración de estar ante personas de prestigio y reconocimiento social.

El contacto con los pacientes y sus familiares debe ser muy escrupuloso y realizarse con fluidez básica en la lengua local, sin ahorrar tiempo en todo lujo de explicaciones. Es preciso explicar con la profusión que resulte razonable el uso de los fármacos y recursos clínicos que sean oportunos. Informar el sentido de los análisis, el porqué de su empleo y razonar con suficiente densidad, previo diagnóstico, el tipo de dolencia o enfermedad que el paciente padezca. Es preciso hablar con el detalle que el paciente demande dentro de las posibilidades que el equipo médico posea en cada situación. Atender con prisas y sin una eficaz asimilación de conceptos produce mucha angustia e inquietud en el consultante. Es necesario respetar el pudor que puedan mostrar los pacientes (sobre todo las mujeres) ante los requerimientos analíticos, y en ningún caso ha de violentarse esa condición con prepotencia. Nunca hacer al paciente responsable de su precaria situación de salud. El médico debe poseer suficientes conocimientos de la cultura local a fin de comprender las características de la vida cotidiana lugareña y no mostrarse ajeno a los hábitos higiénicos, modales, culinarios o laborales de los pacientes, que puedan incidir en hacer más o menos incompatible cualquier sugerencia de control periódico en la posta. ¡Ojo con la farragosa jerga médica!^{vi}

Por otro lado, es preciso eliminar cualquier resquicio de prepotencia impositiva en los planteamientos de los programas a desarrollar. Esta recomendación parece trivial, pero así como decimos "se le salió el indio" cuando la gente bebe y se comporta de forma irracional o violenta, quizá debieran decirnos "ya se le salió el blanco" en cuanto nos vemos con una pequeña parcela de poder, como representantes de la autoridad estatal o en el ejercicio de la palabra en plena asamblea comunal, donde con frecuencia se reclaman "sí o sí" acciones de parte de la comunidad con escaso margen de maniobra para los "beneficiarios".^{vii}

Estabilidad del personal sanitario, por un periodo no menor a tres años

Es indispensable evitar la excesiva movilidad, tan común. Los pacientes demandan calidad en los equipos médicos y continuidad. No resulta sencillo habituarse a rostros nuevos y caracteres distintos cada año. En este sentido, flaco favor hace el "año de provincias" para conseguir el título "en provisión nacional". Plantear la atención sanitaria en términos semejantes a un "exilio forzoso" no parece la fórmula más adecuada para cumplir satisfactoriamente un servicio como el sanitario. En el modelo de reforma educativa ya existe un antecedente en este sentido, con contratos de permanencia de al menos tres años (Xavier Albó, comunicación personal).

Para asegurar la estabilidad, resulta indispensable desarrollar los necesarios estímulos económicos y de servicios básicos. No podemos tampoco exigir de los equipos médicos una vocación de servicio y sacrificio, no reconocido, de por vida. El interés y el aliciente médico en el dominio rural aymara, para un profesional de la medicina que posea el lógico deseo de especializarse y continuar formándose, resultan más bien escasos. Poner vacunas, poner puntos de sutura y recomponer brazos terminan por saturar y aburrir al médico más servicial y entregado. Por otra parte, tendrá que ser el Estado, una vez más, quien dignifique la figura del médico rural y potencie sus actividades con los medios económicos adecuados para un feliz desempeño de sus competencias.

Buscar el apoyo constante en auxiliares nativos del lugar

Su trabajo va a resultar esencial para la paulatina integración de la posta en el seno comunitario. Suelen constituir el punto de enganche entre la medicina tradicional y la asistencia clínica de los pacientes y fortalecen con el tiempo el clima de confianza y afinidad pertinente entre ambos círculos.

Obtener información periódica en la asamblea comunitaria sobre programas, planes estratégicos y campañas de vacunación o prevención

Plantear con claridad los objetivos y los medios empleados en cada caso. Tomar las decisiones de forma consensuada con el parecer unánime de la colectividad. Las sugerencias tienen que ser coparticipativas, pues poco sentido tiene que la aplicación de los supuestos programas interculturales en salud estén pensados desde el gabinete ministerial y sean aplicados por sus representantes si, en definitiva, no se contempló previamente el parecer de la comunidad y a través

de sus autoridades representativas no se recolectaron sus sugerencias y peticiones en los ampliados cantonales, provinciales y departamentales, para poder diagnosticar un Plan Estratégico Nacional de Medicina y Salud Intercultural, recabando toda la información posible sobre quejas, conflictos con los equipos formales de salud, carencias sanitarias, prioridades y sugerencias, etc., por parte de las comunidades implicadas.

Así, en primer lugar es necesario saber qué es lo que las comunidades demandan en salud del Estado, cuáles son sus criterios puntuales en asistencia sanitaria, sus principales exigencias y necesidades. De otra forma estaríamos volviendo a "pinchar el plato ajeno" sin pedir permiso ni consultar en primer lugar al propio interesado. De esta forma se evitaría la habitual marginación de los afectados en los programas ministeriales, su apatía, desinterés y la "sospecha" en los ambiciosos proyectos que emanan del Estado. La política sanitaria intercultural y sus caracteres de aplicación deben estar ligados a los deseos formulados previamente por los representantes de las naciones originarias de Bolivia, como paso previo al diseño de cualquier plan estratégico.

Adoptar un enfoque intercultural bilingüe

La experiencia de los profesores rurales en educación intercultural bilingüe y otros posibles mediadores culturales disponibles en cada contexto local podría ser también considerada en los planteamientos de los programas sobre medicina e interculturalidad. La presencia de los profesores en las comunidades rurales y su relevancia en las asambleas comunitarias pueden resultar oportunas para recabar los pareceres de la asamblea e introducir cauces de diálogo y negociación en el dominio intercultural de la salud. Del mismo modo, su actividad laboral permitiría incluir las propuestas relativas a las campañas de salud preventiva, previo consenso con los padres de familia y autoridades comunitarias, en las actividades escolares correspondientes.

Comprender la dimensión social de toda enfermedad

Es preciso tener presente, en cualquier caso, los enfoques sociales que la enfermedad puede adoptar y los criterios de decisión consensuados, no sólo con el paciente, sino con la familia, e incluso el propio entorno social comunitario. La decisión sobre la salud de los comunarios adquiere un sentido social que es preciso respetar. Las decisiones sobre la vida y la muerte son de entidad social, no dependen sólo del afectado, ni mucho menos del equipo de salud, a pesar de las lamentaciones de los equipos convencionales, quienes desearían poder actuar con suma urgencia y trasladar a los pacientes de gravedad para su inmediata intervención en los hospitales de la capital. Las decisiones de esta enverga-

dura suelen ser sopesadas con calma y cautela por el paciente, en su entorno familiar, por los soportes médicos locales y, en su caso, por la propia autoridad comunitaria. Merece la pena considerar las pautas de "calidad" de vida que son esgrimidas en el seno comunitario, frente a las soluciones, en extremo organicistas y tecnológicas, de los equipos sanitarios.

Crear la figura institucionalizada del médico rural

Sustitución del servicio de "milicia" encubierto en el actual "año de provincias", por un cuerpo específico de médicos rurales especializados en la atención sanitaria intercultural. No podemos pensar o exigir que toda la academia médica boliviana sepa lenguas indígenas y aplique nociones de antropología e interculturalidad en el servicio de salud. Tal vez no resultaría extraño que un cuerpo médico rural especializado en programas de medicina intercultural, dignificado en su labor por el Estado, con la formación pertinente y el reconocimiento social preciso, fuera la punta de lanza de un nuevo acuerdo en atención sanitaria entre los representantes de las naciones originarias de Bolivia. El resto del cuerpo médico no tendría que pasar de mala gana, por fuerza, el exilio del año de provincias ni los comuneros soportarían en carne propia su periodo de "aprendizaje", prepotencia, etcétera.

Una opción es acoger en las facultades de medicina a mayor número de representantes indígenas en la carrera, así como considerar un área académica específica de medicina intercultural, con el reconocimiento y la excelencia correspondientes. A los ministerios de salud y educación les corresponde un esfuerzo considerable, reconociendo el área de medicina intercultural y promoviendo becas para estudiantes que deseen ejercer dicha especialidad en el área rural. En este sentido, becar a los mejores estudiantes, bachilleres de las áreas rurales que deseen de iniciar la carrera de medicina no puedan hacerlo por falta de recursos, resultaría muy pertinente. Es necesario considerar que es muy probable que la presencia de más efectivos locales en las postas sanitarias rurales facilitaría, como en el caso de la educación intercultural bilingüe en relación con los profesores, cualquier política intercultural en el dominio de la salud.

Es indudable que la aplicación de este epígrafe precisa de las decisiones políticas, económicas y sociales correspondientes. El peligro de toda especialización médico rural consiste en el desprestigio que pudiera presentar dicha categoría frente al resto de la academia médica; es decir, trasladar al ámbito de la salud el problema ya constatado en el dominio educativo con profesores de primera (urbanos) y profesores de segunda (rurales). Si no queremos configurar igualmente médicos de prestigio (urbanos) y otros desprestigiados (rurales), es preciso por un lado dignificar y prestigiar con los correspondientes méritos al médico rural (sueldo y bonos de campo) pero, por otro lado, efectuar los esfuerzos

políticos, económicos y académicos pertinentes para impulsar la especialidad de medicina intercultural en las facultades de medicina del país. Identificar interculturalidad en salud con el dominio rural constituye un error garrafal, como es evidente al contrastar el testimonio de Pedro en la ciudad de La Paz. La presencia de inmigrantes en las ciudades bolivianas, procedentes de espacios culturales dispares, obliga a considerar y aplicar los planteamientos interculturales en medicina en los propios ambulatorios, centros de salud y hospitales urbanos.

Difusión de estos preceptos a todos los ámbitos de la acción estatal

La *wiphala* política, social y cultural, representativa de la pluralidad boliviana, ha de reconocer igualmente la diversidad aplicada al dominio de la salud, proporcionando los espacios de encuentro y debate oportunos entre pacientes, familiares, curanderos, auxiliares y médicos, con el refrendo pluricultural y multilingüe del Estado. Todo ello debería quedar suficientemente consignado en las correspondientes campañas informativas.

Tal vez estas acotaciones justifican su existencia de una forma mucho más transparente y menos conjetural, sólo con que el lector recapacite sobre el tipo de atención médica que le gustaría recibir como persona en situación de crisis sanitaria y no como "indio de mierda". Es preciso hacer el esfuerzo y apreciar las dificultades y problemas que implica aceptar la presencia de "extranjeros" o personas alejadas de nuestro círculo habitual, que desconocen nuestro idioma, que no saben comportarse según nuestras normas, que nos piden a los hijos para clavarles agujas y que son incapaces de apreciar el verdadero sentido de nuestras enfermedades. Estoy convencido de que yo sería uno de los primeros en salir corriendo de su influencia, o tal vez en lanzarles alguna piedra en caso de que se aproximaran demasiado.

Las formas diferenciadas que adquiere la medicina aymara reflejan su propia deontología en el marco estricto de la cultura. Una medicina acorde con normas éticas y morales que sanciona la relación de reciprocidad con el entorno altiplánico, con los seres que nos protegen, con la familia, con la costumbre y las demandas sociales; una medicina preocupada por la subsistencia y desgarradoramente realista en relación con los límites que no debe traspasar en la lucha por la vida; partidaria de vivir y morir en casa, rodeado de los seres queridos. Una medicina a escala humana, preocupada por el paciente, no por el afiliado a la seguridad social, por su "plata" o por el órgano fisiológicamente indispuerto. La recomendación de Petrona, auxiliar clínica aymara, "¡que vaya pues *chachawarmi!*", simplifica en grado extremo los conflictos, tensiones y rivalidades que el ejercicio del poder sobre la curación y la salud suponen en el altiplano aymara.

Citas adicionales

- I En Bolivia, uno de los casos más representativos en el dominio rural fue el del Centro de Comunicación y Desarrollo Andino (CENDA) en Raqaypampa (Cochabamba, Bolivia), donde se establecieron importantes vínculos entre médicos y *jampiris*.^{5,6} Desde 1992 el CENDA dejó el dominio de la salud, al parecer por complicaciones relacionadas con la política del equipo médico de una ONG, Médicos sin Fronteras, que se hizo cargo de la posta. Según me indica Pablo Regalsky, el "control" del equipo médico convencional fue posible gracias a la existencia de una autoridad comunal nativa con poderes e influencia sobre el propio equipo médico; circunstancia excepcional en el resto de postas rurales bolivianas, donde la actuación del médico no se ve mediada por nadie. Por otra parte, es interesante resaltar una apreciación de Pablo Regalsky: parece ser que los médicos que trabajaron en el proyecto CENDA de articulación intercultural en la posta de Raqaypampa estaban poco menos que vetados por la academia médica boliviana y sus "colegas", precisamente por haberse prestado a colaborar en dicha experiencia.
- II Esta variable social de la enfermedad desespera en no pocas ocasiones a los equipos de salud que trabajan en el altiplano. La enfermedad es vivida de forma colectiva, en el seno de la familia y la comunidad, y es en sus dominios donde se efectúa la toma de decisiones. Varias veces escuché en el seno del ESA relatos sobre procedimientos médicos detenidos por la familia o la comunidad del enfermo pese a su urgencia. En un caso era preciso trasladar con rapidez a un paciente para operarlo. La familia decidió no acceder al traslado a La Paz, con los inconvenientes conocidos que ello implica, y permanecer junto al enfermo hasta su previsible fallecimiento.
- III Una mujer en el altiplano aymara del Perú insistía en no llevar a la posta a su hijo, a pesar de los llantos del muchacho y de las recomendaciones de un maestro rural. La mujer defendía su postura, porque su hijo tenía que ser "bien macho y fuerte". "Si no, ¿de qué le valía tener una *wawa* enferma y débil?" El pequeño tenía que superar por sí mismo la enfermedad soportando el dolor y la fiebre. Es frecuente observar cómo los niños y niñas enfermos en el altiplano se apartan de las actividades cotidianas para reposar y "pasar" su enfermedad en silencio y soledad estrictos. Respecto a las soluciones integrales, los capitanes guaraníes de Chuquisaca y del Oriente boliviano confiaron a un alto enviado de la ONU que no estaban dispuestos a dejar vacunar a sus hijos para cumplir los promedios estadísticos demandados por las ONG y los programas del gobierno, mientras no se les concediera una solución estructural. De nada servía vacunar a los niños pequeños contra la fiebre amarilla, si a los pocos años la mortandad iba a continuar cebándose con ellos por el dengue. Se requieren medidas sistémicas, no parches puntuales.
- IV La actitud aymara ante la muerte, que he documentado con Raulito, puede complementarse en los casos de enfermos crónicos y ancianos para quienes la muerte no sólo se espera, sino se "exige" con urgencia. Xavier Albó documenta esto con ejemplos donde la comunidad ya llora, como a finados, antes de que efectivamente mueran, a los ancianos que habiendo completado su círculo vital, están muy enfermos o lesionados y no cabe dedicarles los muy limitados recursos. Según el testimonio de Albó, "a veces me ha llegado gente pidiendo una bendición por algún enfermo crónico que 'no podía morirse', para que Dios se apiadara de él y se lo llevara". Las exequias tampoco se acompañan del drama que supone en el mundo occidental judeo-católico: al muerto se le despidе jugando y se sabe que volverá a visitar a los familiares para la fiesta de Todos Santos, continuando la relación, y semanas atrás del mes de más responsabilidad con respecto a los vivos.^{7,8}
- V El licenciado Willy C. Chacón aporta el caso de una campaña de vacunación fracasada precisamente por desconocimiento de los usos culturales en la comunidad de Pampallaqta (Pisac, Perú): "Programó la enfermera una campaña de vacunación en la comunidad campesina de Pampallaqta. Para tal efecto se coordinó con el presidente de la comunidad para que las madres de familia, junto con sus niños, la esperaran un día domingo. Llegado el día, la enfermera fue a la comunidad. Encontró a pocas madres de familia con sus niños, hecho que en opinión de la enfermera constituía una gran irresponsabilidad de parte de las madres de familia. Era evidente que tal campaña de vacunación había fracasado porque la enfermera desconocía la dinámica comunal de la zona. Los domingos los campesinos asisten a la feria intercomunal a vender e intercambiar sus mercancías, con el fin de proveerse de productos faltantes y otros artículos esenciales en la vida cotidiana de esas familias."
- VI La profesora Flora Losada, de la Universidad Nacional de Jujuy, me comentó al respecto una anécdota sobre los problemas que crea la jerga médica. El representante de salud recomendó a una mujer "norteña", que se presentó en los Consultorios Externos de Pediatría con una *wawa* afectada de diarrea, que le diera al muchacho "comida blanda". A los pocos días volvió de nuevo la madre con el niño en peor estado. A la pregunta del médico, de si efectivamente le había dado a la *wawa* "comida blanda", la mujer contestó que sí: "locro, guisos y fideos con salsa". Es decir, nada de lo que en el argot médico significa "dieta blanda", aunque eso sí, se trataba de alimentos indiscutiblemente suaves para la masticación.
- VII Willy C. Chávez, profesional peruano relacionado con instituciones de salud mental en la zona de Pisac (Perú), me refirió una situación ilustrativa de la arrogancia y prepotencia con que no deben, en ningún caso, llevarse a cabo los programas estatales en salud. Resulta que a la comunidad de Kuyo Grande llegaron unas representantes de salud que se identificaron como "enfermeras" sin tener el título en posesión, como fue luego sabido entre los comuneros. Transcribo la información del propio profesional: "Lo sorprendente de su participación fue cuando empezaron a decir que cómo era posible que los comuneros no asistieran al centro de salud habiendo tantos enfermos y, además, muchos tenían citas para consulta. A los pocos minutos, para sorpresa de todos, las auxiliares empezaron a leer públicamente los nombres de los pacientes que estaban recibiendo tratamien-

to. Los campesinos y campesinas aludidos se incomodaron comentando entre ellos lo impropio de que leyeran sus nombres delante de todos, si esto es algo personal. Continuando con su 'discurso', las auxiliares tildaron a los campesinos de 'desagradecidos' porque no valoraban sus esfuerzos para ayudarlos y su sacrificio por permanecer en la comunidad sin comodidad alguna. Ellas también manifestaron que algunas veces, cuando visitaban las casas, nadie las atendía, e incluso algunas personas 'les tiraron la puerta'. Más adelante, en términos de orden expresa, dijeron que el Ministe-

rio de Salud, con sede en Lima, por intermedio de la administración de la Región, imponía que hubiera 'voluntarios', tanto varones como mujeres, para ser sometidos a operaciones de vasectomía y ligadura de trompas, como parte del programa de Planificación Familiar. Según las auxiliares, eso era lo mejor para los campesinos, dado que tenían demasiados hijos, 'como conejos', a los que no podían alimentar y los hacían morir. Además, calificaron a los comuneros como 'unos pobres ignorantes' que no sabían nada y que ellas eran las que sabían y tenían la verdad". Sobran los comentarios.

Bibliografía

Referencias

1. Comelles JM, Martínez Á (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad*. Madrid: EUDEMA.
2. Kessel J (1993). "Tecnología aymara: un enfoque cultural". En: Van den Berg H, Schiffers N (comps.). *La cosmovisión aymara*. HISBOL, UCB, 187-219.
3. Lévi-Strauss C (1987). *Antropología estructural*. Buenos Aires: Paidós.
4. García-CJC (1994). *Ofensas a Dios. Pleitos e injurias. Causas de idolatrías y hechicerías. Cajatambo, siglos XVII-XIX*. Cusco: Centro de Estudios Regionales Andinos Bartolomé de Las Casas.
5. Alba JJ et al. (1993). *Los jampiris de Rakaypampa*. Cochabamba. Cenda.
6. Alba JJ (1989). *Jampiris y médico en Rakaypampa. La reestructuración de sus prácticas curativas: una experiencia con el Centro de Comunicación y Desarrollo Andino (Cenda)*. Ponencia presentada en el Congreso de Medicina Tradicional, Cochabamba, Bolivia.
7. Fernández Juárez G (1995). *El banquete aymara. Mesas y yatiris*. La Paz: HISBOL.
8. Fernández Juárez G (1998). *Todos santos, todos almas*. Cusco: Revista Andina, 31, 139-159.
9. Aguirre Beltrán G (1992). *Medicina y magia*. Universidad Veracruzana, Instituto Nacional Indigenista. Gobierno del Estado de Veracruz y Fondo de Cultura Económica, México.
10. Amodio E, Juncosa J (1991). *Los espíritus aliados*. Ed. Abya Yala, Quito.
11. Pitarch P (1996). *Chulel: una etnografía de las almas tzeltales*. Fondo de Cultura Económica, México.

El conocimiento médico: enfermedad, padecimiento, clínica y cosmovisión

José Luis Díaz

CAPÍTULO

46

Conceptos clave

Epistemología clínica • Cosmovisión • Métodos en primera persona • Métodos en segunda persona • Métodos en tercera persona • Práctica clínica

Introducción

En la enfermedad humana y su tratamiento intervienen cuatro grandes factores que se enlazan y traslapan de manera indisoluble: el biológico, el psicológico, el clínico y el sociocultural. En correspondencia directa con estos ingredientes o facetas de la enfermedad, desde el punto de vista del conocimiento médico es posible distinguir cuatro enfoques: 1) la patología, cuya naturaleza es biológica (hay enfermedades); 2) el padecimiento, de fundamento psicológico (hay enfermos); 3) la relación clínica en el ámbito de la comunicación cara a cara (hay vínculos terapéuticos), y 4) el trastorno de la salud en el marco social y cultural (hay paradigmas médicos).¹

Si concebimos al ser humano como *ser biológico* sujeto a leyes naturales, la medicina formula patologías, daños o lesiones corporales, analiza sus manifestaciones celulares y funcionales, establece sus causas y su curso natural probable, sus expresiones manifiestas y formas de curación. La investigación médica ha abordado estos elementos utilizando el método científico en boga con un considerable y creciente éxito teórico y empírico. Este abordaje ocurre mediante una perspectiva epistemológica en tercera persona, afín a la biología y demás ciencias naturales. Ahora bien, en tanto *ser psicológico*, sujeto a influencias tanto biológicas como culturales, se habla de padecimiento, sufrimiento y dolencia: la manera como cada enfermo siente, encara, valora, atiende y sobrelleva su enfermedad. El enfoque epistemológico es una perspectiva en primera persona según la cual el sujeto percibe y concibe su padecer y lo expresa usualmente en solicitudes de consuelo, ayuda y solución. En tercer término, la interacción entre enfermo y médico depende de una comunicación cara a cara propia de la relación clínica que se enmarca en una epistemología bidireccional en segunda persona. El paciente solicita ayuda o apoyo y el tratante utiliza una exploración múltiple para llegar a un diagnóstico, plantear y emprender una terapéutica, además de proveer acciones de cuidado, consideración y consuelo. Por último, en tanto se considera a la persona como *ser social* es

posible hablar de trastorno, desorden, alteración o anomalía de la salud en el contexto de un paradigma *kuhniano* que se puede denominar sistema médico —los sistemas médicos se ajustan en buena medida a los “paradigmas” propuestos por Kuhn en 1970—. El trastorno de la salud enmarcado en un sistema médico ocurre en una cultura y una cosmovisión determinadas y cambiantes cuyos valores, intereses e interpretaciones se gestan y asientan mediante desarrollos históricos e ideológicos particulares.

La epistemología médica representa, entonces, el conjunto de métodos, prácticas y técnicas que configuran un sistema múltiple y complejo de conocimientos en el cual conviven paradigmas teóricos, concepciones ideológicas, conocimientos factuales y aproximaciones técnicas de tipo biológico, psicológico, clínico y social. Estos enfoques hacen de la epistemología médica un tema amplio, heterogéneo, polémico y peculiar en el que es preciso deslindar los supuestos teóricos y sus consecuencias prácticas para llegar a una concepción más integral, genuina y heurística de la salud y la enfermedad. Para una revisión de la complejidad de la epistemología médica véase Khushf (2013).²

Este capítulo se centra de manera somera sobre estas perspectivas de la medicina utilizando las epistemologías en primera, segunda y tercera personas planteadas en la filosofía del problema mente-cuerpo y la conciencia con el objeto de delinear sus áreas de competencia y requerimientos de pericia, sus soportes lógicos y sus limitaciones, tanto teóricos como las impuestas por su práctica.¹¹

La patología y los métodos en tercera persona

De acuerdo con las normas usuales del método científico de publicidad y validación empírica, la perspectiva en tercera persona intenta ser objetiva acerca de la enfermedad y se fundamenta en la correlación clínico-patológica, es decir, en la *semiología*. Como lo implica su nombre, esta técnica es verdaderamente semiótica pues, en el marco de los antecedentes conocidos más verosímiles, interpreta los síntomas, los signos y los datos biológicos de laboratorio y gabinete como señales de una lesión patológica. De esta forma la perspectiva en tercera persona permite y pretende llegar a un diagnóstico de acuerdo con la información que va surgiendo

en el tiempo, pues transcurre en etapas crecientes de verosimilitud desde hipótesis preliminares hasta ajustes de mayor certeza conforme se acumula la información empírica.

Desde este punto de vista biológico y naturalista, la patología ha sido planteada como la vida en condiciones anormales (Pérez Tamayo, *Principios de Patología*) y existen juicios establecidos para estipular anormalidades o alteraciones morfológicas o fisiológicas que se presentan cuando alguna estructura o función orgánica rebasa los límites de su ejercicio funcional eficiente y equilibrado. El concepto de equilibrio, estabilidad o armonía del organismo biológico es clave en todos los sistemas de curar, los cuales consideran la salud como un estado de balance funcional y la enfermedad como uno de desequilibrio e inestabilidad. En biomedicina el principal concepto de equilibrio es el de homeostasis (del griego *homeos*, "mismo" y *stasis*, "nivel"). Por ejemplo, la glucosa en la sangre varía normalmente en los humanos en un rango de equilibrio funcional, entre 70 y 100 mg/ml, su nivel de homeostasis; si ocurren concentraciones de glucosa por debajo de este rango el organismo presenta alteraciones típicas de la hipoglucemia, en tanto que si lo rebasan tienen lugar otras relacionadas con hiperglucemia. Conforme los valores se alejan del equilibrio, más intensas son las alteraciones.

Las teorías de la biomedicina se sustentan en datos de observación y experimentación cuyo supuesto y objetivo es atribuir y encontrar tanto la causa como el remedio de la enfermedad en términos de mecanismos celulares. Esta concepción reductiva se ha catalogado como el **modelo biomédico** que subraya la naturaleza orgánica y lesiva de la enfermedad y que ha promovido el surgimiento de un enfoque particular de epistemología médica conocida como **medicina basada en evidencias**.¹¹¹ Según esta propuesta, la práctica médica debe conducirse como una investigación científica definida por una metodología depurada en tercera persona.

La enfermedad descrita en un texto de biomedicina se considera como una entidad real pero abstracta en el sentido de constituir un *tipo* general de patología cuya aparición en un individuo es un *ejemplar* que se analiza y cataloga como "caso clínico". De esta manera la enfermedad es una generalización de rasgos comunes, una categorización similar a la que realiza la taxonomía sistemática de las ciencias naturales, como la botánica, tal y como lo postuló Thomas Sydenham desde la Revolución científica del siglo XVII. La "rosa" del botánico es, como la del poeta, una abstracción, pero una abstracción útil no sólo en términos metafóricos, sino empíricos. De la misma forma la "artritis reumatoide" es una abstracción taxonómica cuyos rasgos patológicos y sintomáticos están bien estipulados, abstracción que se corrige y enriquece de acuerdo con lo que se observa en un enfermo y permite al médico entender su proceso patológico particular y ayudar a curarlo.⁶

Una vez descrita y reconocida la enfermedad como un tipo taxonómico de patología y del caso clínico particular como ejemplar de ella, es necesario considerar que *alguien* está afectado por ella; se trata entonces de un paciente, un

ser humano individual y un sufrimiento único, irrepetible y cambiante en el tiempo.

El padecimiento y los métodos en primera persona

Aunque fundamental en la definición de la salud y la enfermedad, el factor natural y biológico no es el único en la concepción y la práctica de la medicina. Otro integrante central es el padecimiento, que se distingue de la enfermedad porque especifica cómo vive su enfermedad cada individuo afectado. Su caso no sólo es personal y especial en términos de individualidad biológica, sino por tratarse de una persona dotada de mente y conciencia, un *sujeto* de experiencia y *agente* con voluntad propia.¹⁴ Su padecimiento es una experiencia usualmente prolongada y mudable de molestias, sufrimientos, limitaciones, desconciertos. La naturaleza subjetiva del síntoma es irremediable e irreductible porque no tiene identidad fisiológica definitiva ni referentes objetivos y confiables. El paciente lo expresa utilizando la primera persona singular en expresiones del tipo "me duele", "me siento mal" o similares. El síntoma no sólo es un indicador biológico, sino un evento privado reclamado por un sujeto: una experiencia consciente.

No es deseable ni posible renunciar a la perspectiva en primera persona en el conocimiento médico. Así, por ejemplo, el síntoma del dolor genera más de la mitad de las consultas y aunque el médico no logre identificar la causa mediante una acuciosa semiología basada en evidencias, se ve obligado a tratarlo pues el paciente es vehemente en su demanda de alivio y porque mitigar el sufrimiento sigue siendo el principal objeto de la medicina, como lo ha sido desde sus orígenes.

Contrario a lo que a veces se afirma en el sentido de que el sufrimiento y la experiencia son fenómenos subjetivos imposibles de valorar, la perspectiva en primera persona permite al paciente describir su experiencia mediante recursos cognitivos de introspección, razonamiento y expresión comunes a toda persona. Es habitual en la medicina usar tales medios para ubicar, acotar y determinar el síntoma, definir qué se siente padecer un dolor particular o realizar una estimación cuantitativa en escalas determinadas susceptibles de comparación intersubjetiva, es decir, objetiva.⁷

Además del sufrimiento intrínseco, también es adecuado considerar al padecer como la reacción cognitiva de un individuo a su patología y que implica las creencias y contenidos de conciencia que desarrolla conforme su enfermedad evoluciona. Cada enfermo experimenta su enfermedad de manera distinta, ya que en su padecer intervienen no sólo sus estados mentales, como sensaciones, emociones, pensamientos, creencias, deseos, actitudes, decisiones y acciones de conducta sino también su historia individual, su personalidad y la manera como asume su cultura. Hay evidencias de que las formas de padecer participan de manera variable y

en ocasiones dramática en el curso y el proceso de la enfermedad.

Subrayar el sufrimiento no subestima la raíz biológica de la enfermedad, sino la complementa y afirma el padecer como centro literalmente álgido de la medicina. Y si bien es relevante que exista en los textos y discursos especializados una entidad patológica con el nombre de "artritis reumatoide", es significativo que una escritora mexicana, María Luisa Puga, haya escrito un *Diario del dolor*,⁹ una bitácora de su experiencia con esa enfermedad desde su perspectiva en primera persona. Aquí la artritis reumatoide como un tipo de patología cede lugar al dolor, al síntoma y al sufrimiento. La autora percibe su dolor como ajeno, como un intruso que le produce miedo e impone una peculiar autoconciencia de estar pendiente y no poder habituarse a la congoja. Al limitar la conducta y la acción, la enferma pone en marcha múltiples y dramáticas estrategias de comprensión y enfrentamiento. Conforme el síntoma aumenta, la autoconciencia se deteriora y la narradora se desconoce pues siente haber perdido su pasado y su futuro. Su existencia misma se ha vuelto insípida y es necesario lidiar con el desánimo, la depresión y la derrota. En este relato el dolor se reconoce como propio del ser humano y se resalta que la experiencia privada y solitaria que la persona enfrenta echando mano de todas sus habilidades emocionales, cognitivas y volitivas puede desembocar en extraordinaria dignidad y posible provecho en términos de sabiduría personal. El dolor se revela como una vivencia compleja que enciende facultades insospechadas, demanda recursos extraordinarios y escenifica costosas batallas en la conciencia. Estamos frente el dolor humano, ante el caso individual, la vivencia personal, la experiencia particular, ante una existencia de atributos inefables, pero ciertamente capaz de conocer y narrar su padecer.

La práctica clínica y los métodos en segunda persona

Las perspectivas en tercera y en primera personas son dos facetas necesarias y usuales del conocimiento médico, con un predominio paradigmático del abordaje en tercera persona en la biomedicina universitaria e institucional. Hasta este momento del análisis se plantea una dicotomía epistemológica en la medicina; o bien, un experto equipado con un bagaje de conocimientos biomédicos interpreta los datos que obtiene de un paciente y llega a la formulación de una lesión usando pronombres y observaciones en tercera persona, o bien al enfermo le acontecen experiencias de sufrimiento en relación a una patología que padece y las conoce, reconoce y relata usando pronombres en primera persona. Las dos perspectivas parecen distantes por presentar características y sentidos discordes, a pesar de tener un referente en común. Sin embargo, un examen de la práctica médica revela que no son dos perspectivas separadas, alejadas o autónomas, pues la dicotomía entre la primera y la tercera personas se desintegra

cuando se observa lo que sucede en la clínica (del griego *kliní*, "lecho" o "cama", y *klinike*, "de la cama"), donde se empalman, turnan, complementan y rebasan las dos perspectivas.

Es posible formular el método clínico de manera simplificada; además de padecer una vivencia aflitiva, quien sufre un padecimiento hace una expresión y descripción de ella en busca de ayuda, entendimiento y consuelo. A su vez, el interlocutor consultado para resolver o mitigar su congoja le interroga, observa, examina y analiza para formarse una idea de su padecer. En consecuencia de este diagnóstico, el médico plantea al enfermo medidas que implican confianza, aceptación, cambios de creencias y acciones correctivas. De esta manera el acto clínico no es la contraposición de dos perspectivas, sino una interacción cara a cara (de hecho cuerpo a cuerpo) por la cual se establece una comunicación humana interpersonal sujeta a reglas metódicas del tacto social, de la entrevista inquisitiva, del historial clínico o la exploración llamada "física" del cuerpo. La perspectiva en segunda persona se basa en la alteridad y por sus peculiaridades de conocimiento adquiere el estatus de una verdadera metodología concebida aquí como epistemología clínica.^{3,5}

Las señales de comunicación tienen una intención distinta para cada uno de los involucrados en la consulta: solicitud de ayuda, consuelo, misericordia y beneficio por parte del paciente y provisión de atención, compasión, alivio y clemencia por parte del médico. El lenguaje y otras expresiones hacen posible comunicar el padecer y con el tiempo obtener un alivio que no sólo depende de los recursos del médico o de las estrategias de enfrentamiento adoptadas por el paciente bajo su guía, sino del vínculo que se establece entre ambos. No hay un padecer encerrado en la subjetividad de la primera persona como si fuera un recinto sellado e inaccesible, sino una voz que pugna por expresarse, una conciencia que se desborda hacia otro en solicitud de ayuda y, por ello, adquiere una dimensión situada, semántica, expresiva y comunicativa. Por su parte, el médico recaba la información del paciente a través del diálogo en la anamnesis, la inspección de su cuerpo en la exploración física, el dictamen semiológico del diagnóstico y la propuesta terapéutica, cuatro pasos fundados en un vínculo, un trato y un lazo entre personas que requiere y constituye una epistemología particular. Todo ello adquiere significado en la consulta, en ese diálogo (*dia-logos*, "logos de dos") que instaura la interacción en segunda persona expresada en la propedéutica, el procedimiento para obtener información clínica; las habilidades en la comunicación en la entrevista, el diálogo y la interacción clínica han sido analizadas por Lloyd y Bor.¹⁰

Como es evidente, la clínica no sólo es diálogo y relación interpersonal, pues específicamente requiere un *Covenant of trust* (Pacto de confianza),¹¹ una forma de relación sin la cual la terapéutica propuesta probablemente fracase. El informe Kalamazoo II vincula la comunicación efectiva a una mayor satisfacción del médico y el paciente, a una mejor adhesión a las indicaciones terapéuticas, a decisiones médicas más adecuadas, mejores resultados, disminución en

demandas por mala práctica y mayor información del público.¹² De esta manera es esencial para la práctica médica la comunicación verbal y no verbal que se establece entre el médico y el paciente.¹³

La entrevista y la exploración involucran múltiples canales de comunicación además de la verbal que contribuyen al vínculo, al pacto de confianza y así al éxito o fracaso de la intención terapéutica. Las habilidades de la entrevista incluyen atención, memoria, lenguaje y emociones sociales como la compasión, el consuelo y el manejo de la ansiedad ajena. De gran importancia son las expresiones faciales y corporales que involucran a la emisión y a la percepción de estados emocionales que son codificados y decodificados directamente y muchas veces de manera subconsciente. Estos intercambios van erigiendo una relación humana necesaria en la construcción del pacto de confianza.^{VI}

La relación médico-paciente ha sido abordada previamente como un vínculo moral o ético para personalizar el lazo y adicionarlo de sentimientos de ayuda. De esta forma Laín Entralgo subraya la necesidad de ponerse en el lugar del otro,¹⁴ Szaz y Hollender plantean estadios de dependencia, de dirección y de relación equitativa entre médico y paciente,¹⁵ en tanto que Von Gebattel observa una relación progresiva que va desde la primera llamada de un paciente anónimo, pasando por la mutua aceptación, hasta la relación personalizada y el consentimiento informado que es un ideal bioético de la clínica.¹⁶ La epistemología clínica en segunda persona presenta como estipulación metodológica la interacción de dos subjetividades que aspiran a una comunicación satisfactoria desde el punto de vista emocional y eficaz desde la perspectiva terapéutica. De acuerdo con el presente análisis no se trata sólo de un requisito ético, sino también metodológico y, por tanto, epistémico, pues el saber del médico y del paciente se supeditan mutuamente; son conocimientos interdependientes que intentan darle significado y solución al padecer. El vínculo de confianza constituye un elemento importante en el proceso de curación mediado por factores psicobiológicos planteados desde hace tiempo.¹⁷

El aspecto comunicativo se puede considerar la fuente de toda la medicina como quehacer humano, pues la solicitud de ayuda, la voluntad de cuidado y la atención al prójimo desvalido sin duda constituyeron el origen de todo procedimiento médico en la evolución de los homínidos. La práctica médica tiene entonces un objeto que no es escuetamente una lesión patológica que debe ser resuelta, sino un ser humano desvalido que sufre, está incapacitado y se siente disminuido, a quien es necesario socorrer. En nuestro medio, Fernando Martínez Cortés concibe desde hace tiempo a esta práctica como *medicina de personas*.¹⁸ Desde la teoría del conocimiento se puede justificar este recurso en términos de una epistemología clínica cuya metodología se basa en el vínculo entre dos personas disímbolas que establecen, con mayor o menor éxito, un pacto terapéutico.

Una epistemología en segunda persona enfocada a la comunicación se extiende desde la consulta hasta la práctica

médica en la que inciden facultades cognitivas particulares y distintivas. En efecto, si en el abordaje de la enfermedad entendida como patología participa centralmente la memoria semántica (el acervo de conocimientos médicos) y en el padecer subjetivo interviene la memoria episódica (el registro de acontecimientos de la propia vida), en la consulta domina la cognición interpersonal y en la práctica médica la memoria operativa (el saber hacer y realizar). En efecto: la *experiencia* enriquece al practicante con un conocimiento operativo que sólo es asequible mediante el cultivo de las destrezas propias del ejercicio clínico.^{VII} Con la práctica, el clínico deviene en un experto, como sucede con los peritos de diversos oficios o los virtuosos de las artes, tres actividades humanas que requieren de la práctica prolongada para ejercerse con provecho, con la diferencia fundamental que la habilidad clínica se adquiere en la comunicación y razonamiento con sujetos y no sólo en la manipulación de objetos.

Esa capacidad de aplicar conocimientos científicos en las más diversas circunstancias humanas y materiales caracteriza a la práctica clínica, a la inteligencia médica y a la sabiduría propias del tradicionalmente llamado *arte de curar* que de esta forma adquiere un perfil más definido y más cercano a la *phronesis* aristotélica.^{VIII} Mediante el estudio de la patología, el conocimiento del padecer humano, el adiestramiento en la consulta, en la práctica médica o intervención quirúrgica y la relación con los pacientes y sus allegados, el clínico se convierte en un virtuoso de la curación.^{IX}

La medicina no sólo es conocimiento teórico en tercera persona que se extiende sin cesar debido a la investigación científica, o el saber en primera persona que se extiende sin cesar por la afección y dolencia de seres humanos que enferman, sino también habilidad, experiencia y "ojo clínico" que se extienden sin cesar debido a la práctica en segunda persona.

El trastorno de salud y los sistemas médicos

En tanto constituye la unidad primordial de un hecho social, la interacción cara a cara de la clínica va más allá de la coincidencia de dos agentes en un escenario específico y formalizado, sea el consultorio del médico o el lecho del enfermo.^X La interacción también está prescrita por la comprensión que tanto el paciente como el proveedor de atención tienen de su rol en el marco paradigmático de un sistema médico y una cosmovisión usualmente compartida.

Un sistema médico es el conjunto de creencias, supuestos, prácticas y conocimientos en referencia a la salud y la enfermedad que detenta una comunidad determinada y, por ello, el paradigma en el que se ejerce toda práctica clínica. El sistema corresponde a una determinada cosmovisión, entendida ésta como el cúmulo de creencias, perspectivas,

valores y comportamientos sociales que conjunta las ciencias, artes, mitos, símbolos, instrumentos, entornos y prácticas de una sociedad determinada. Dado que los sistemas médicos son parte de la cultura, las formas y maneras como las enfermedades son denominadas, clasificadas, consideradas y enfrentadas, están sometidas a una modulación por la sociedad y su historia. Como se ha mostrado desde Foucault o Sontag, la cultura incorpora y adopta a la enfermedad de maneras muy diversas que afectan y son afectadas por la clínica.^{24,25}

La medicina se inserta en la cultura a través de la cosmovisión pues ésta, en tanto concepción del mundo, es una interpretación de la naturaleza en general, de la naturaleza humana en particular y de la salud, su pérdida y recuperación en concreto. La visión que se tiene del cuerpo, de la relación entre cuerpo y mente, de la relación del individuo con lo que considere trascendente, con las deidades o los valores, conforma el marco en el que se interpretará la salud, la enfermedad, el dolor y la muerte.

La enfermedad requiere de alguna interpretación para poder ser expresada mediante el lenguaje y por este cauce, entre otros muchos, se convierte en un elemento de la cultura. El diagnóstico entonces no sólo está basado en una alteración o lesión situada en el cuerpo de un enfermo, sino en ese sistema particular de entender y clasificar propio del paradigma científico del momento y de la visión del mundo. La interpretación y el diagnóstico no son entonces sólo un *hecho* patológico —el de las señales de daño que presenta el cuerpo de un paciente y el médico detecta—, sino también un *dicho* que se distingue por su valor semántico construido con un referente corporal y otro social —así, el diagnóstico es un índice dual de lesión biológica y de convención cultural—. La taxonomía médica, la forma sistemática de identificar y ordenar enfermedades, tiene una larga historia en la que han influido de manera decisiva tanto la evidencia científica como la ideología y cosmovisión de la sociedad en que se engendra.

En este punto es útil aplicar este modelo de cuatro facetas de la medicina para elaborar algunas distinciones. La medicina que se estudia en las facultades de medicina y se ejerce en una mayoría de los hospitales no sólo occidentales sino del mundo entero, ha progresado de forma espectacular en el entendimiento de la enfermedad biológica y lo ha hecho mediante la aplicación del método científico al estudio de la alteración patológica. Sin embargo, también se puede decir que la medicina usualmente asociada con este quehacer —la medicina institucional de corte biomédico—

no ha puesto un énfasis paralelo en referencia al padecer, a la comunicación y a la práctica clínica (como lo muestra el poco hospitalario Dr. Gregory House de una popular serie de televisión). En general el enfermo es tratado de manera más o menos eficiente en los consultorios y hospitales para detectar la enfermedad e implantar los correctivos que dicta la evidencia obtenida, pero no ha existido el mismo nivel de interés y sensibilidad en analizar y, sobre todo, de lidiar con el padecer y con el paciente. Varios sistemas de tratamiento que ahora reciben el nombre de “alternativos” han competido a veces con ventaja con la biomedicina en este rubro y a esto se debe en cierta medida su florecimiento. El importante progreso en el entendimiento de los mecanismos biológicos con frecuencia ha llevado a considerar a la enfermedad como una entidad escuetamente biológica y, con ello, a la tecnología biomédica como el único medio para diagnosticar y tratar. Hay múltiples críticas y alternativas a esta actitud, pero parece que se acrecienta en vez de corregirse. Para criticarla de forma constructiva es preciso desglosar y evaluar los supuestos ontológicos y epistemológicos que la sustentan.

No cabe duda que hay médicos de estirpe biomédica compasivos, comprometidos con el padecer de sus pacientes y con una vocación de servicio, pero la relación médico-paciente no parece ser el fuerte de la biomedicina, como sí lo es la patología, la dilucidación y detección de los mecanismos biológicos de la enfermedad. Más aún, en la terapéutica del médico hospitalario o de consultorio que supuestamente opera dentro del paradigma biomédico y científico, influye a veces más la publicidad de las compañías farmacéuticas que los conocimientos sobre la enfermedad o el padecimiento particular de su enfermo. En ocasiones así, el médico no se guía tanto por la evidencia, sino por razones alejadas de ella, muchas veces de tipo publicitario y mercantil. No se puede aplicar el calificativo de “científica” a esta práctica de la medicina, aunque haya clínicos enterados y competentes que procedan como científicos aplicados y hayan desarrollado una vasta experiencia.

La aplicación de este modelo de enfoques epistemológicos complementarios basados en las perspectivas en tercera, primera y segunda personas, así como en la sociocultural, permite concebir al conocimiento médico en sus diversos aspectos, enfoques y relaciones entre componentes. A su vez, esta valoración gnoseológica, si llegara a ser robusta y verosímil, podrá plantear alternativas adecuadas para enriquecer y, en su caso, encauzar la concepción de la clínica y valorar la práctica médica.

Citas adicionales

I La propuesta previa de estas perspectivas apareció en un libro de fotografías de Pedro Tzontemec en referencia a su periplo en busca de tratamiento a su propio caso de esclerosis múltiple.¹

II En referencia al problema mente-cuerpo consulte Northoff.³ Hemos empleado previamente esta misma plataforma para analizar las diferentes perspectivas epistemológicas del dolor.^{4,5}

- III Medicina basada en la evidencia: concepto y aplicación, por M. Vega-de Céniga y colaboradores, <http://www.elsevier.es> Consultada el 20/01/2016.
- IV En la definición de persona o sujeto humano, se subrayan los elementos biológicos-corporales, los factores psicológicos de actividades mentales conscientes y los factores sociales de comportamiento y cultura, integrados en un individuo vivo y en funciones con una identidad propia.⁵
- V La perspectiva en primera persona como fuente de información contrastable ha sido analizada por diversos autores desde 1990. Para una revisión sobre principios y métodos véase Varela y Shear, y Díaz.^{7,8}
- VI En http://franciscodona.files.wordpress.com/2011/11/self-portrait_with_dr_arrieta_by_francisco_de_goya.jpg?w=600 se muestra la obra de Goya atendido por el doctor Arrieta, un autorretrato de Francisco de Goya instalado en el Museo de Arte de Minneapolis. La leyenda del cuadro, a manera de exvoto, dice: "Goya agradecido a su amigo Arrieta por el acierto y esmero con que le salvó la vida en su aguda y peligrosa enfermedad, padecida a fines del año 1819 a los setenta y tres años de su edad. Lo pintó en 1820". Goya aparece muy aquejado (posiblemente por el tifus) mientras el médico Eugenio García Arrieta le administra decididamente una medicina bebida. En el fondo negro se recortan los rostros funestos de las parcas. El lienzo es un ejemplo patente del vínculo de confianza entre un médico y su paciente que rebasa, compendia y resuelve la dicotomía entre el padecimiento por parte del enfermo (primera persona) y el abordaje objetivo de la enfermedad por parte del médico (tercera persona).
- VII La importancia en la práctica médica del conocimiento tácito analizado por Polanyi contradice la noción de que todo conocimiento médico es consciente y explícito, como se postula en la medicina basada en evidencias.¹⁹
- VIII Para un análisis del arte de curar en referencia a la hermenéutica de Gadamer, consulte Palazón Mayoral.²⁰
- X La práctica médica como ciencia y arte ha sido revisada y defendida por Panda.²¹ Un ejemplo entre muchos que se pueden ofrecer de médicos comprometidos con la salud integral de sus pacientes puede verse en el ensayo biográfico del autor sobre su tío el Dr. Manuel Díaz, médico rural republicano represaliado al inicio de la Guerra Civil Española.²²
- X La microestructura de la relación social basada en los encuentros interpersonales fue analizada de manera extensa por Ervin Goffmann, especialmente en 1981. La etología también ha utilizado a la interacción entre individuos como elemento formante de relaciones y estructura social.²³

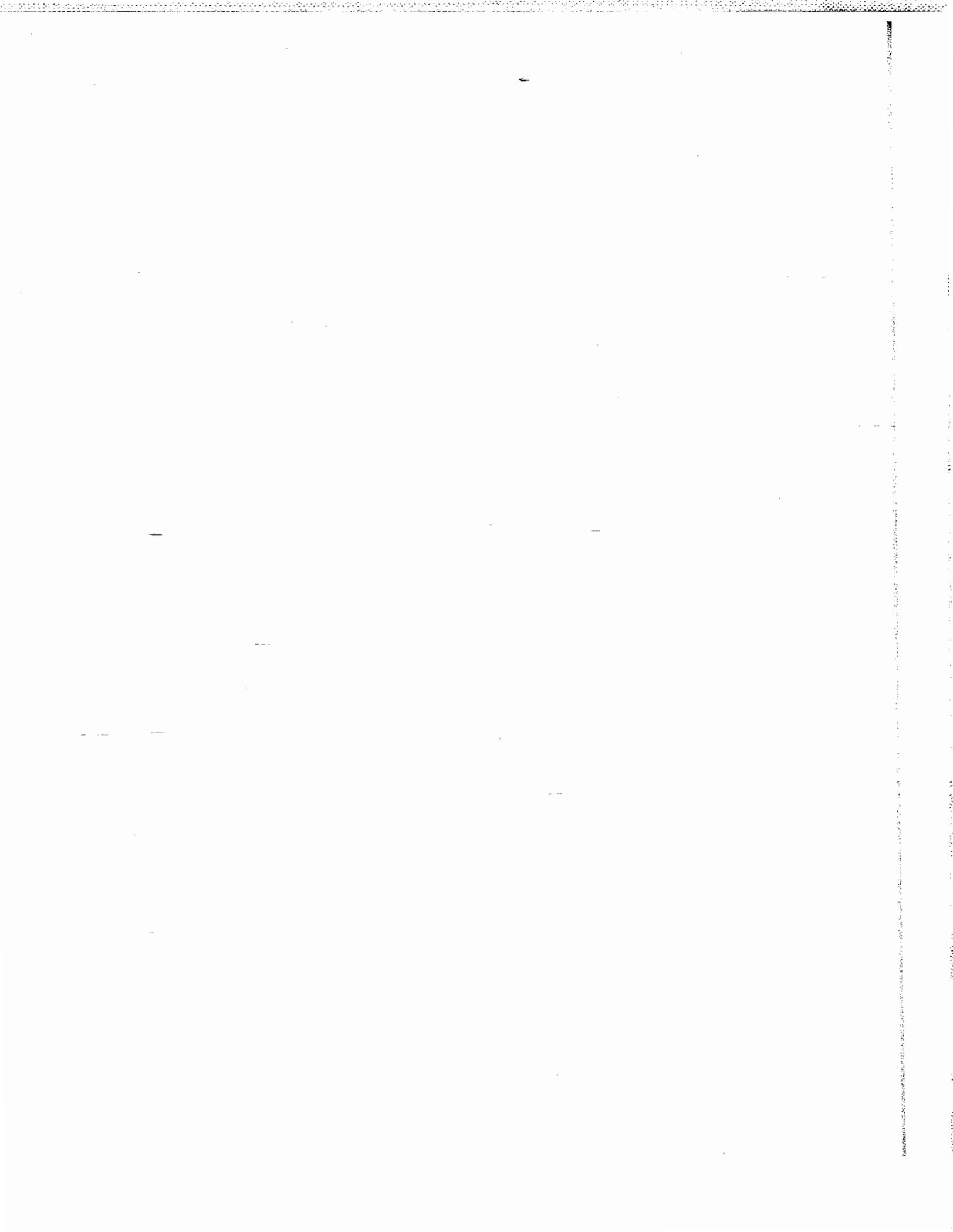
Bibliografía

Referencias

- Díaz JL (2010 a). "El caso de Pedro: la enfermedad, el paciente y la consulta". En: *Locurualocúralocura*. México, D.F.: Artes de México, pp. 7-16. (ISBN: 978-607-455-487-8).
- Khushf G (2013). *A framework for understanding medical epistemologies*. Journal of Medical Philosophy 38: 461-486. doi: 10.1093/jmp/jht044
- Northoff G (2004). *Philosophy of the brain*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Díaz JL (2005). *La identidad del dolor: lesión, congoja, lamento o neuromatriz?* Salud Mental (México), 28 (2): 13-32.
- Díaz JL (2007). *La conciencia viviente*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Rodríguez de Romo AC, Aliseda A, Arauz A (2008). *Medicina y lógica: el proceso diagnóstico en neurología*. Ludus Vitalis 16: 135-164.
- Varela F, Shear J (2005). *Metodologías en primera persona. Qué, por qué, cómo*. Rev GU 1; 2: 148-160.
- Díaz JL (2013). *A narrative method for consciousness research*. Frontiers in Human Neuroscience doi:10.3389/fnhum.2013.00739
- Puga ML (2006). *Diario del dolor*. Alfaguara.
- Lloyd M, Bor R (2001). *Communication skills for medicine*. Ed. Churchill Livingstone, Londres.
- Chin JJ (2001). *Doctor-patient relationship: a covenant of trust*. Singapore Medical Journal 42: 579-581.
- Duffy FD, Gordon GH, Whelan G et al. (2004). *Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II Report*. Academic Medicine 75: 495-507.
- Travaine JM, Ruchinskas R, D'Alonzo GE Jr (2005). *Patient-physician communication: Why and how*. Journal of the American Osteopathic Association 105(1): 13-18.
- Lain Entralgo P (1964). *La relación médico-enfermo*. Madrid: Revista de Occidente.
- Szasz TS, Hollender MH (1956). *The basic models of the doctor-patient relationship*. Archives of Internal Medicine 97: 585-592.
- Welle JB (1995). *Viktor Emil von Gebsattel on the doctor-patient relationship*. Theoretical Medicine 16: 41-72.
- Díaz JL (1986). "Relación médico paciente terapéutica: la psicobiología del proceso de curación". En: Vargas L, Viesca C (eds.) *Estudios de Antropología Médica*, pp. 21-40, México: UNAM.
- Martínez Cortés F (2014). *Médico de personas*. Morelia: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
- Henry SG (2006). *Recognizing tacit knowledge in medical epistemology*. Theoretical Medical Bioethics 27: 187-213.
- Palazón Mayoral (2009). *El arte de curar. Hermenéutica de la salud y la enfermedad*. Devenires X 19: 24-42.
- Panda SC (2006). *Medicine: Science or Art?* Mens Sana Monographs 4: 127-138.
- Díaz JL (2010 b). *Siembra y memoria. Muerte y evocación de un médico republicano*. Madrid: Fondo de Cultura Económica, Biblioteca de la Cátedra del Exilio. 140 pp. ISBN: 978-84-375-0644-9.
- Díaz JL (1991). *La textura cognoscitiva del comportamiento*. Salud Mental (México) 15: 8-24.
- Foucault M (1966). *El nacimiento de la clínica*. México, D.F.: Siglo XXI Ed.
- Sontag S (1996). *La enfermedad y sus metáforas. El SIDA y sus metáforas*. Madrid: Taurus.

Lecturas recomendadas

- Goffman E (1981). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kuhn T (1970). *The Structure of Scientific Revolutions, revised edition*. Chicago: The University of Chicago Press.



Anexo. Documentos históricos

La antropología, la cultura y la salud pública*

Isabel Kelly

Durante los últimos años, la antropología ha ganado presencia en varios programas de salud, y trataré de explicar por qué. Pero primero, como base, hay que explicar qué es la antropología y, a la vez, definir su alcance.

Hay mucha confusión entre la gente que no ha tenido contacto con la antropología y con los antropólogos. A veces, se confunde la antropología con el estudio de los animales extintos. De vez en cuando, se confunde con la entomología y alguien me pregunta cómo está mi colección de insectos. Tal es la confusión, que aun en ciertas ocasiones al antropólogo se le confunde con el antropófago.

El término "antropología" nos da una pista con respecto a su definición. Viene del griego *antropos* (hombre) y *logos*. Es la "ciencia del hombre" o, mejor dicho, es "el estudio del hombre y sus obras". En seguida trataremos de lo que quiere decir esto.

La herencia biológica *versus* la herencia social

En primer lugar, hay que recordar que el hombre es un animal. No somos plantas ni minerales, sino animales. Como en el caso de todos los demás animales, el tipo físico del hombre resulta directamente de su herencia biológica.

- ¿Por qué tienen algunos el pelo rubio u ojos azules?
- ¿Por qué tienen otros el pelo negro, o lacio, o crespo?
- ¿Por qué unos son altos y otros bajos?

En gran parte, estos rasgos físicos son resultado directo de la herencia biológica del individuo: de los genes que recibió de sus padres y que, a su vez, éstos recibieron de los propios.

En segundo lugar, es importante notar que, de todos los animales del mundo, sólo el hombre tiene una herencia no biológica. Es una que no es de nacimiento; al contrario, es una herencia adquirida. Me refiero a la herencia social o

cultural; una herencia que el hombre adquiere como miembro de la sociedad en la que vive. Un individuo no nace con su herencia cultural ya determinada, sino que la obtiene posteriormente, poco a poco.

La cultura humana y su definición

En el lenguaje del antropólogo y de otros especialistas de las ciencias sociales, la cultura humana tiene un sentido muy amplio. Sencillamente quiere decir "la manera total de vivir". Abarca la totalidad de las técnicas, herramientas, instituciones, actitudes, creencias, metas y los valores que tiene el hombre.

Al hablar de "cultura", el antropólogo no piensa en el sentido limitado de la palabra, refiriéndose a los buenos modales (como saber cuál tenedor es el "correcto" para comer una ensalada o cómo quitarse el sombrero para saludar a una dama). Para el antropólogo y el sociólogo, la cultura tampoco se refiere a la educación académica o al conocimiento de las bellas artes.

- ¿Por qué algunas personas toman leche de vaca y no de yegua?
- ¿Por qué comen manteca de cerdo y no grasa de ballena?
- ¿Por qué comen carne de vaca y no de perro?
- ¿Por qué usan zapatos de piel y no de otro material?
- ¿Por qué saben algo de la Biblia y poco, o nada, del Corán?
- ¿Por qué hablan español y no araucano, esquimal ni chino?
- ¿Por qué las damas usan aretes y los varones no?
- ¿Por qué una dama se pone aretes, pero por ningún motivo lleva un tembetá en el labio, ni una argolla en la nariz?

La respuesta es fácil: una persona hace ciertas cosas y no otras porque así es la costumbre; porque *así lo dicta la cultura*. Cultura que ha recibido (como herencia) de sus padres, de sus vecinos, de sus amigos, de sus profesores. Ha aprendido las normas de su propia cultura por medio de la observación, de la participación y de la enseñanza, tanto familiar como escolar.

Si poco después de nacer alguien de nosotros hubiera sido abandonado entre los esquimales, sin más contacto con familiares u otras personas con una forma de vivir similar, nuestra herencia (cultural) hubiera sido muy distinta. Nuestros rasgos físicos no habrían cambiado notablemente, porque dependen de la herencia biológica, que es independiente

* Artículo publicado en La Paz, Bolivia (1955).

de la herencia cultural. Pero cambiaríamos de forma notable en otros aspectos. Debido a que los esquimales dependen de la pesca, comeríamos pescado y grasa de ballena en lugar de carne de cerdo, de vaca o de pollo, y no manteca de cerdo. Prepararíamos alimentos no en cocina eléctrica ni en anafre de queroseno (petróleo), sino en lámpara de piedra, usando aceite de animal como combustible. En lugar de ropa de tela de algodón, de lana, de seda o de nylon, usaríamos ropa confeccionada con pieles. En lugar de ir en colectivo o en automóvil, lo haríamos en un trineo tirado por perros durante el invierno o en un barquito forrado de pieles durante el verano. Desde luego, no hablaríamos español, sino el idioma de los esquimales.

Asimismo, pensaríamos en términos de los patrones sociales, políticos y religiosos propios de los esquimales. Nuestros pensamientos, actitudes y valores serían los de la cultura esquimal.

De todo esto, lo importante es recordar que cada ser humano nace con ciertos elementos físicos que están determinados biológicamente. Pero cada individuo nace y crece en cierto ambiente social o cultural al cual cada quien aprende a conformarse.

La antropología y sus varias ramas

Al igual que otras disciplinas o ciencias sociales, la antropología dirige su atención a la cultura humana.

De todas las ciencias, la antropología es una de las más jóvenes. Nació apenas a mediados del siglo XIX, cuando la mayoría de las ciencias estaban ya establecidas. Empezó modestamente, prestando su atención a asuntos que a otras ciencias no habían interesado, como las antigüedades, las curiosidades y las diferencias entre las varias razas humanas.

Desde aquellos tiempos, la antropología se ha extendido mucho. Hoy está compuesta de las siguientes ramas:

1. **Antropología física.** En gran parte, esta rama se dedica al estudio de nuestra herencia biológica y, por consiguiente, es una ciencia natural o biológica. Se dedica sobre todo al estudio de las diferencias físicas entre las principales razas humanas, como el color de la piel, la estatura, el tipo y la forma del cabello, y las proporciones del cuerpo y del cráneo. En parte, se relaciona con la anatomía.
Por el contrario, todas las demás ramas de la antropología tratan de forma exclusiva sobre varios aspectos de la herencia social del hombre, y por eso están clasificadas entre las ciencias sociales. Todas tienen como materia de estudio la cultura humana en sus diferentes manifestaciones.
2. **Lingüística.** Es la rama que considera los varios aspectos del habla (que es parte importantísima de la cultura humana). Por lo regular, estudia las lenguas de grupos analfabetos, dejando para los filólogos el campo de las lenguas escritas.

3. **Arqueología.** Trata de reconstruir la historia cultural basándose en los restos materiales de las culturas pasadas.

En zonas donde, en tiempos antiguos, no hubo historia escrita, los únicos datos históricos son los que los arqueólogos pueden recuperar a base de excavaciones en los lugares donde antes tenía la gente sus poblaciones.

Estudiando, por ejemplo, los cambios en el estilo de la cerámica, esos profesionales pueden formular algo como un calendario relativo.

Desde luego, en otras zonas donde, en tiempos pasados, hubo conocimiento de la escritura, la arqueología ayuda a extender nuestros conocimientos hacia atrás, a una época todavía anterior a la de la escritura.

Por ejemplo, en Bolivia, todo el mundo ha de saber qué es la arqueología, por la presencia de las famosas ruinas de Tiahuanaco, sin mencionar a muchas otras menos vistas.

4. **Etnología.** Junto con la etnografía, componen el ramo de la antropología que se dedica al estudio de las culturas humanas *actuales*. Por lo regular, el etnólogo investiga culturas relativamente sencillas, dejando al sociólogo el estudio de las más complejas. A últimas fechas, esta división convencional entre la antropología y la sociología tiende a desaparecer; cuando menos, no es tan marcada como lo era hace unos 25 años.
5. **Antropología aplicada.** Por último, llegamos al ramo de la antropología que más nos interesa aquí. Es la antropología aplicada, es decir, la aplicación a fines prácticos de ciertos conocimientos de la antropología y de las otras ciencias sociales.

De este modo, los conocimientos de lingüística ayudan materialmente a planear un programa de alfabetización. Hasta hace unas pocas semanas, las Naciones Unidas tenían en Bolivia un lingüista cuya responsabilidad principal era precisamente colaborar en el programa de alfabetización.

La antropología física también tiene, o debe tener, ciertas aplicaciones prácticas. Por ejemplo, los datos acerca del crecimiento de un niño pueden ser muy útiles para quienes diseñan los muebles escolares, de tal manera que éstos estén a la medida de los pupilos.

A pesar de estos ejemplos, la antropología aplicada se ha desarrollado sobre todo en el ramo que se dedica al estudio de la cultura contemporánea.

Una definición muy aceptable es la sugerida por el investigador Foster: "La antropología aplicada es la utilización formal de los conocimientos de las ciencias sociales acerca de la historia, la cultura, la sociedad y la personalidad, con el fin de entender ciertas regularidades en los procesos culturales y así encauzar o dirigir ciertos cambios culturales".

En realidad, la antropología aplicada no es un estudio esotérico. Se basa más que nada en: 1) una orientación general con respecto a la cultura, en combinación con 2) la

observación experta y sistemática, además de 3) sentido común.

Algunos aspectos generales de la cultura

Considere ciertas características generales de la cultura humana.

1. En primer lugar, *la cultura es universal entre los hombres*. No hay grupo humano que carezca por completo de cultura, porque cada grupo tiene su manera de vivir, aunque sea muy distinta a la nuestra. Hasta las personas a quienes se les ha llegado a llamar "salvajes" tienen su propia cultura. Es decir, todo humano participa en una cultura u otra.
2. *Algunos rasgos culturales son universales*. Todos los grupos humanos tienen algún lenguaje. No hay grupo humano que carezca del habla. También todos tienen un surtido muy grande de elementos culturales relacionados con los alimentos, con el vestido y con la vivienda. Además, todos tienen herramientas de alguna clase, aunque sean sólo artefactos toscos de piedra.

No hay grupo humano sin alguna forma de organización social y política, por sencilla que sea. Además, cada grupo tiene algunas nociones respecto a la religión, sin importar la clase de religión que sea. A veces, se trata de la creencia en ciertos espíritus y nada más. De la misma manera, es probable que no haya cultura humana sin ciertas ideas relativas a las causas de las enfermedades y su curación.

3. *La cultura es acumulativa*. Pasa de una generación a otra y cada generación contribuye con algo al fondo de esta cultura global. Por fortuna para nosotros, cada generación está en condiciones de aprovechar tanto las fallas como los éxitos del pasado. No es menester que empecemos a desarrollar, sin antecedentes, nuestra cultura actual. No es necesario aprender de nuevo y desde el inicio a controlar el fuego, ni inventar de nuevo el hacha de piedra, la agricultura, la rueda o la fundición de metales.

La gran mayoría de las invenciones básicas de nuestra cultura se hicieron en la antigüedad y debemos recordar que nuestra cultura está edificada sobre los cimientos colocados desde hace muchos miles de años. Por cierto, nuestra generación ha contribuido de manera notable con tecnología, de la cual hay innumerables ejemplos.

4. *Los grupos humanos viven unos cerca de otros y tienden a compartir la misma cultura*. Entonces, decimos que dichos grupos pertenecen a la misma *zona cultural*. Esto significa que entre la cultura de la gente que vive dentro de la zona son más marcadas las semejanzas que las diferencias.

Por ejemplo, Bolivia no forma una sola zona cultural. Cada boliviano sabe que hay diferencias marcadas.

Por decir algo, entre la zona paceña y la del Oriente hay diferencias en la manera de hablar. Así, en lugar de influencias del aymara o del quechua, hay influencias del guaraní. Todos sabemos que hay diferencias en cuanto a la economía, la agricultura, la alimentación, la vivienda y el menaje de casa (p. ej., el uso de la hamaca). En la opinión popular, hay rasgos muy especiales con respecto a la personalidad y en cuanto a las actitudes de la gente. Incluso, se oye a veces que en el Oriente hay influencias portuguesas, brasileñas y hasta francesas. A base de todas estas diferencias y, por supuesto muchas más, podríamos decir provisionalmente que el Oriente forma una zona cultural por separado dentro de Bolivia. Con más conocimientos y un poco de estudio, tal vez podríamos reconocer otras zonas culturales.

De todas maneras, es importante recordar que no hay correspondencia necesaria entre una zona cultural y una unidad política.

5. *No debemos juzgar las culturas, llamando a unas "superiores" y a otras "inferiores"*. Por cierto, hay algunas culturas muy sencillas y otras más complicadas, en el sentido de que las últimas tienen un conjunto muy grande de elementos culturales.

A veces, una cultura parece sencilla, pero al investigarla resulta que tiene facetas muy complicadas. El ejemplo clásico es el de un grupo de indígenas australianos con una cultura material sumamente sencilla. Viven a base de la caza y recolección; su ropa, su casa y sus herramientas son muy elementales y, desde nuestro punto de vista, enteramente anticuadas; pero, a la vez, la misma gente tiene una organización social que es formidable.

6. *La cultura define el papel que uno desempeña*. Otra característica general de la cultura es que define la función de cada integrante del grupo. Alguien ha dicho que es como un apuntador de teatro, porque indica lo que cada persona debe hacer y en qué forma, según el caso.

Como ejemplo de lo anterior, considere algunas costumbres relacionadas con la muerte. Entre nosotros, si alguien muere, sabemos que es "correcto" dar el pésame. Pero en otras culturas, bajo las mismas condiciones, se actúa de otra manera. Todos los familiares y los amigos se reúnen y se lamentan en voz alta, haciendo un escándalo y así demostrando la pena que les ha causado el deceso de la persona. En ciertas culturas, la gente cree en el poder malévolo del espíritu del difunto. Entonces, al individuo moribundo lo sacan al aire libre, para que no muera dentro de la casa. En caso contrario, la familia tendría que abandonar el hogar.

Algunos con la misma creencia en cuanto al espíritu del difunto tratan de confundir a dicho espíritu. Al fallecer alguien dentro de la casa, sus familiares sacan el cadáver, pero no por la puerta, sino por un agujero hecho a propósito en el techo. Claro que, frente a la muerte, cada quien sabe cómo debe comportarse,

de acuerdo con las normas establecidas de su propia cultura. Y así, en todos los aspectos de la vida, la cultura define nuestra manera de actuar.

Considere otros ejemplos:

Suponga que alguien quiere comprar una botella de vino. Va al mercado de los contrabandistas y allí encuentra una marca que le conviene; regatea con insistencia y saca el vino en una fracción del precio que le pidieron. Ahora imaginemos que no va a dicho mercado, sino a un ferial (supermercado) de categoría. Entonces, ¿qué hace? Tal vez trate de sacar mejor precio, pero lo hará de una manera más discreta. O tal vez, sabe bien que se trata de una casa con precios fijos y paga el precio sin discutir. En cada caso, conociendo su propia cultura, sabrá cómo actuar.

Ahora bien, uno puede hacer lo posible por conseguir un mejor precio en el mercado o en una tienda. Pero, ¿a quién se le ocurre regatear el precio en un expendio de gasolina? Todo el mundo sabe que allí la venta se hace siempre a precio fijo. En otras palabras, al comprar, uno a veces regatea, a veces no, de acuerdo con las normas de su cultura. Y así en todos los aspectos de la vida, nos comportamos según nos dicta la cultura.

Por último, podemos ver un ejemplo relacionado con la labor de un programa de salud. Diremos que se establece un centro de salud en una zona donde la gente ha recibido, hasta la fecha, solamente atenciones de un brujo o un curandero. A base de su propia experiencia, el paciente se ha formado ciertas ideas acerca de cómo debe efectuarse una curación. Si después llega a obtener consulta con un médico, éste seguirá distintos patrones culturales y no actuará según los que el paciente conoce. El resultado es que el enfermo podría sentirse confuso y con poca confianza. Y el médico, por su parte, sin conocer los patrones culturales del paciente, hallará en éste un caso "difícil" y creará que al sujeto le falta voluntad.

7. Otra característica general de la cultura humana es que *siempre está sujeta al cambio*: es dinámica, no estática. A veces, el cambio cultural sigue un proceso muy lento; a veces, se caracteriza por una rapidez sorprendente. No tiene siempre la misma velocidad y por lo general se acelera con la introducción de medios de comunicación rápida, porque éstos permiten el contacto con la gente de otra cultura y, como consecuencia, hacen inevitable el intercambio de ideas, de conocimientos, de invenciones, de técnicas y de productos.

En tiempos antiguos, los medios de comunicación eran limitados; la gente vivía en grupos aislados. Durante miles de años, la cultura humana no cambió de manera radical. Esto lo sabemos por medio de la arqueología. Durante el último siglo, la velocidad del cambio cultural aumentó de forma notable, en gran parte gracias al desarrollo de las comunicaciones. No es necesario decir que, empezando con el barco de vapor y el tren, nuestros transportes han llegado a tal

grado que hoy es posible llegar en minutos a lugares que hace años requerían un viaje de semanas enteras. En realidad, sin ir personalmente a aquellos lugares remotos, uno puede comunicarse con la gente de allí, gracias a la tecnología. Con el estímulo de estos contactos tan rápidos, los cambios culturales en nuestros tiempos han llegado a efectuarse con una velocidad extraordinaria.

En esencia hay dos clases de cambios culturales. A uno lo podríamos llamar "cambio natural"; es decir, se trata de un cambio que ocurre al azar de la historia, sin ninguna intervención estudiada. Pero hay otro tipo de cambio cultural: el "cambio dirigido o encauzado", que en esencia es impulsado a propósito para determinados fines. Este es el tipo de cambio cultural que tiene especial interés para nosotros. ¿Por qué? Porque básicamente el personal sanitario es agente del cambio dirigido y trata de alterar ciertos aspectos de la cultura, sean creencias, costumbres, hábitos o actitudes. Posteriormente se considera más a fondo el cambio dirigido. Mientras tanto, es suficiente que sepamos que la finalidad del trabajo de los educadores sanitarios es efectuar ciertos cambios culturales.

8. Por último, es indispensable comprender que *una cultura es un conjunto integral* cuyos elementos están relacionados entre sí. No hay rasgo verdaderamente independiente, pues al modificarse un elemento forzosamente cambian varios. Con un solo cambio cultural empieza una reacción escalonada. Sin embargo, es lamentable que un cambio que se considera deseable pueda traer consigo otros cambios perjudiciales.

Al respecto considere un ejemplo a la vista de todos. En 1951 se introdujo en Bolivia el famoso "maíz amarillo cubano". Es un grano duro, apto para la zona tropical y subtropical porque no se pica con facilidad. Además, siendo amarillo, contiene más grasa que el maíz criollo y madura en menos tiempo. El propósito de esto fue mejorar la alimentación local, tanto de la gente como de los animales domésticos. El nuevo cereal ha tenido tal aceptación general que en parte de los Yungas es difícil encontrar una muestra del maíz criollo (blanco). En la zona de Santa Cruz, grandes extensiones de terreno están sembradas con la variedad cubana.

Pero el resultado ha sido contraproducente (según comunicación de D.B. Heat), pues este maíz no se destina a alimentar animales. Además, es tan duro que para molerlo se requieren máquinas comerciales. Por desgracia, el costo de su transporte es tal que resulta inconveniente para el agricultor mandarlo de su rancharía hasta el molino de la ciudad.

Entonces, ¿qué se hace con la cosecha? Se vende, en gran escala, para la producción de alcohol. En lugar de mejorar la alimentación de la gente y de los animales, aumenta la cantidad de alcohol disponible y fácilmente da impulso al vicio de la borrachera.

Podría citarse, en este momento, otro ejemplo en términos más generales:

En estos días, muchos de los países cuya economía ha sido principalmente la agrícola quieren cambiar este aspecto, porque creen que la industrialización ofrece una solución a todos sus problemas. Pero, ¿será cierto? Se sabe, por la experiencia en muchas partes del mundo, que la industrialización trae ciertos trastornos en la estructura familiar, y ese "aflojamiento" de los vínculos familiares a menudo resulta en aumento de la delincuencia juvenil.

De esta manera, una nación que opta por la industrialización opta por ciertos males sociales —quiera o no—, y muchas veces lo hace sin apreciar los cambios poco deseables que puedan acompañar dicho proceso.

Vale la pena notar que un individuo, una institución o una nación que impulsa un programa de cambio cultural lo hace con cierto riesgo. A veces el cambio deseado se establece con éxito, pero con él surgen otros cambios enteramente imprevistos y, a veces, bastantes perjudiciales. Mientras más sabemos de la naturaleza de la cultura y de la historia de los cambios culturales, más esperanzas hay de prever las consecuencias de los cambios culturales dirigidos.

Medicina y antropología*

Juan Comas

Accediendo al muy honroso requerimiento del doctor Fernando Martínez Cortés, vamos a razonar por qué nos parece indispensable la enseñanza de la antropología en la formación universitaria de los médicos.

Empecemos situando el problema en el marco más amplio de la enseñanza y la educación en sus distintos niveles y con sus variados objetivos; sin olvidar que en el concepto de antropología incluimos no sólo el conocimiento biológico del hombre (antropología física), sino también el de su cultura pretérita y contemporánea (arqueología, paleoantropología, prehistoria, etnografía, lingüística).

1) En el contenido de los programas de estudio para escuelas primarias, secundarias y pre-profesionales, es decir en los niveles y edades en que se busca la formación general humana, se observa con asombro que mientras se incluyen, por ejemplo, materias como zoología, botánica y geología (con lo cual se aspira muy acertadamente a dar a los alumnos una idea esquemática, pero correcta, de los seres que pueblan la Tierra y aun de la Tierra misma), para nada se ha pensado en ofrecer una noción de lo que es el hombre en sí mismo, su cultura y sus variaciones. Al parecer, se considera que para el muchacho que termina sus

estudios secundarios es más importante conocer el ciclo de vida de los coleópteros o de los anfibios, o la clasificación de las especies vegetales, que el propio ser humano en su doble aspecto biológico y cultural.

Este que consideramos un monstruoso olvido educativo no se observa sólo en nuestro país, sino que existe también en otras muchísimas naciones. Y no cabe argüir que en sustitución se imparten anatomía, fisiología y aun biología humanas. No se trata de eso, y no cabe confusión al respecto, ya que en ninguna de estas ciencias se plantea ni estudia ninguno de los problemas que corresponderían a un curso de antropología general a nivel de educación secundaria, es decir, para la formación del futuro ciudadano en cualesquiera que fuere su posterior preparación, artesanal, técnica o manual.

2) Esta situación es antecedente para comprender lo que ocurre en la enseñanza superior, de modo concreto en el plan de estudios de formación profesional del médico.

Haciendo un poco de historia nos encontramos con que ya el Congreso Internacional de Ciencias Antropológicas efectuado en Mónaco en 1906 resolvió: "[...] expresar su anhelo de que se conceda un mayor lugar en todos los países a la enseñanza de la antropología; estimar que todas las instituciones de estudios superiores, bajo cualquier forma que se presenten, deberían contar con una enseñanza oficial de esta materia, cuya importancia no es preciso hacer resaltar."¹

Mucho más tarde, en la III Reunión del Instituto Internacional de Antropología (Ámsterdam, 1927) se declaró taxativamente: "Resulta inaudito que en 1927, la antropología en sus diversos aspectos no ocupe en un gran número de universidades y escuelas superiores el lugar que le corresponde"; "nos preguntamos si es posible que una escuela superior, salvo que esté especializada en aplicaciones de las ciencias físicas, pueda eliminar de sus programas la enseñanza de la antropología"; "¿es que la medicina no saldría grandemente beneficiada si sus adeptos estuvieran mejor preparados en el conocimiento del Hombre en sus múltiples variedades?"²

La siguiente reunión antropológica internacional (Portugal, 1930) fue más explícita al respecto, al resolver que "[...] el estudio morfológico comparativo del hombre, las cuestiones relativas a las razas y sus orígenes (enfermedades raciales, etc.) deben ser el propio centro de los estudios biológicos y médicos"; "el Congreso espera que a partir de ahora cada Facultad de Medicina incluya la antropología en sus programas de enseñanza"³

Después, el congreso celebrado en Bruselas (1935) no sólo ratificó los acuerdos anteriores, sino que los amplió en el sentido de proponer el establecimiento de un curso preparatorio de antropología para las escuelas secundarias.⁴

Todas estas resoluciones fueron reiteradas y ratificadas en los posteriores Congresos Internacionales de Ciencias Antropológicas efectuados en Londres (1934), Copenhague (1938) y Bruselas (1948).

* Publicado en Revista de la Facultad de Medicina, vol. XI, núm. 1, México, enero-febrero, 1968.

Para valorizar debidamente tales puntos de vista expresados en el ámbito internacional, debe recordarse que antes y ahora muchos de los antropólogos físicos proceden del campo profesional de la medicina. El doctor Nicolás León, a quien justamente consideramos fundador de la antropología física mexicana, fue médico.

También en el área nacional tenemos testimonios de una preocupación, siquiera teórica, en ese mismo sentido.

El Primer Congreso de Asistencia Social celebrado en México (1943) adoptó una resolución en el sentido de que era necesaria la colaboración técnica de antropólogos en la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública.⁵ Y en el Segundo Congreso Mexicano de Ciencias Sociales (1945) se llegó al acuerdo de "solicitar de la Universidad Nacional Autónoma de México la inclusión de la Antropología física como materia obligatoria [...] en la Facultad de Medicina".⁶

Si en forma esquemática y simplista definimos la antropología física como la ciencia biológica comparativa del hombre, que trata de su variabilidad y las causas de la misma, en cuanto a estructura, función y otras manifestaciones según el tiempo, variedad, lugar y condición, es evidente que el médico necesita con frecuencia de tal disciplina. El ginecólogo tiene que comparar las dimensiones de la pelvis de la mujer embarazada y los diámetros de la cabeza del recién nacido; el cirujano calcula la longitud de los miembros o de la columna vertebral para diagnosticar la existencia de una lesión ósea; el oftalmólogo mide la distancia interpupilar, etc. Son casos en que se usa la técnica antropométrica; pero en general ésta se aplica sin un adiestramiento previo especializado y los valores obtenidos, más o menos aproximados, no permiten comparaciones generales y pueden conducir a numerosos errores. De tal manera, si la antropología no está incluida en los programas de estudio anatómico, ¿cómo apreciar las variaciones normales de formas individuales en distintos grupos de población? ¿Cómo se pueden interpretar los valores numéricos de caracteres que se ignoran en el campo de la variabilidad?^{7,8}

Hay otros aspectos de la medicina donde el papel de la antropometría es aún más evidente. Por ejemplo, el crecimiento supone, sobre todo, un fenómeno morfológico: cambios de forma y de proporciones peculiares de cada grupo humano. La expresión numérica de tales variaciones exige medidas tomadas con técnica muy estricta, por ser el único medio objetivo para determinar si el crecimiento es normal o si existen desviaciones, en qué sentido y grado. Sólo así puede el médico orientarse para diagnosticar alteraciones patológicas donde un crecimiento irregular puede ser el primer signo.

La antropometría también proporciona muchas de las indicaciones necesarias a la medicina del deporte, pues las dimensiones corporales, el aumento de volumen muscular, etc., sólo pueden apreciarse con mediciones. Y lo mismo en tantas otras ramas prácticas de la medicina, como la identificación de cadáveres y de restos óseos en medicina legal, ortopedia, odontología y demás.⁹⁻¹⁴

En los servicios de asistencia pública es obvio que tanto los médicos como los trabajadores sociales necesitan conocer los principios y las técnicas de trabajo de la antropología física, aunque con amplitud y orientación distintas, como parte de los elementos fundamentales de su acción profesional; de lo contrario, su gestión resulta notablemente incompleta y sujeta a errores que pueden tener consecuencias lamentables. La variabilidad de las características somáticas y fisiológicas del individuo, así como la de los índices y tipos a que aquéllas dan lugar, es importante en los diagnósticos y en las medidas prácticas a adoptar para el mejoramiento individual. Es axiomático que no hay enfermedades sino enfermos, y ello no sólo desde el punto de vista individual, sino también de los "grupos étnicos" o de "razas" (si queremos utilizar tal denominación). Y en países como el nuestro, donde el mosaico etno-cultural es tan complejo y donde además el mestizaje ha sido y continúa siendo muy intenso, resulta más evidente que la acción del médico está influida en uno u otro sentido según sea mayor o menor su conocimiento específico del material humano al que se enfrenta.

La importancia de la antropología física en sus aplicaciones a la medicina se puso nuevamente de manifiesto en el simposio que sobre Antropología médica tuvo lugar en Filadelfia, en mayo de 1962, con la colaboración de diversas instituciones tanto antropológicas como médicas, y participación activa de distinguidos investigadores.¹⁵

Veamos ahora el segundo aspecto de la antropología: el cultural, en sus relaciones con la medicina cuando ésta se ejerce entre grupos de población heterogéneos en sus creencias, hábitos, costumbres y modos de vida. Utilizaremos para ello las observaciones y conclusiones obtenidas por algunos —entre otros muchos— médicos y antropólogos de amplio prestigio, como resultado de sus experiencias directas, ya que su testimonio nos parece indiscutible.

El Instituto Indigenista Interamericano, que dirige el médico y antropólogo doctor Gonzalo Aguirre Beltrán, está publicando una serie de *Documentos de trabajo para los cursos de adiestramiento en antropología aplicada al desarrollo de la comunidad*, que incluyen la versión en castellano de diversos e interesantes estudios monográficos, a cuya información vamos a recurrir.¹

En la traducción dice Aguirre Beltrán que tales trabajos se refieren a "las prácticas de la medicina primitiva o *folk* en su conexión con los programas de salud establecidos tanto en poblaciones campesinas o de la clase baja de las urbes, como entre pueblos indígenas de lengua y estilo diferentes a los nacionales. El acento se pone específicamente en la influencia que las costumbres de la gente, esto es su cultura, tiene sobre la salud pública, así como la necesidad en que se hallan los médicos, y el resto del personal sanitario, de conocer a fondo esas costumbres para explicarse la resistencia que encuentran los programas e idear los procedimientos más expeditos que aseguren el éxito y la continuidad de las ideas y patrones de acción de la medicina científica, al ser introducida entre poblaciones de cultura diferente".

En un artículo titulado *Medical anthropology*, anónimo pero que puede atribuirse al doctor Félix Martí Ibáñez, editor de la revista donde se publicó originalmente,¹⁶ se lee: "Cuando Hipócrates enseñó que una persona enferma debe ser estudiada no sólo como un individuo sino también como un producto de su medio, abogaba por la fusión de la medicina con la antropología, unos trescientos años antes de que tal ciencia naciera". Y después de hablar de fenotipos, constitución y antropología física aplicada (a la medicina forense, ortopedia, estudios de crecimiento, diseños protésicos, obstetricia, medicina primitiva, medicina no-occidental, medicina occidental, medicina social, medicina psicosomática), termina afirmando: "Autoridades médicas que miran hacia el porvenir opinan en la actualidad que aun cuando se exige mucho al médico en orden al conocimiento técnico, todavía se le pedirá más en su futuro papel de antropólogo médico".

En su importantísimo estudio titulado *Diferencias culturales y asistencia médica*, Lyle Saunders afirma: "Las prácticas médicas y de salud pública implican mucho más que la aplicación de conocimientos y procedimientos derivados de las ciencias físicas y biológicas, a los problemas de ajuste del organismo a sus ambientes interno y externo. Tales prácticas están inevitablemente entrelazadas e interconectadas con sistemas más amplios de prácticas que tienen implicaciones y relaciones con todos los aspectos de la vida organizada del grupo". "En otras culturas, como lo es en la propia, la medicina es un complejo institucional mayor, hecho de un conjunto intrincadamente interrelacionado de prácticas, creencias, valores, rituales, símbolos, ideologías, normas y elementos irracionales". "El grado de aceptación de los conocimientos y habilidades del médico es función no sólo del grado en que estos procedimientos pueden mostrarse técnicamente superiores, sino además del grado en que encajen o puedan hacerse encajar en los patrones institucionales existentes, de creencias y de conducta (cultural) del grupo social del que se trate". "Ningún acto médico tiene significación fuera de su contexto cultural, y un acto determinado puede tener muy diferentes significados en diferentes culturas. Esta identificación íntima de la medicina con la totalidad de la cultura hace difícil el trasplante de las técnicas médicas de una cultura a otra". Y añade, como realidades tangibles: "En las escuelas médicas de Yale, Cornell, Washington University y en Carolina del Norte los antropólogos tienen ya rango académico de profesores". "[...] se ha previsto que la antropología tenga sitio como materia de estudio junto con la anatomía, la histología y la embriología en una de las series Teaching Institute planeadas por la Asociación Norteamericana de Colegios Médicos".¹⁷

Por su parte, en su *Análisis antropológico intercultural de un programa de ayuda técnica*, dice George M. Foster, refiriéndose a los Centros de Salud y después de analizar las situaciones que se presentan en los grupos de población de cultura no-occidental:¹¹ "[...] el conocimiento general de las

creencias de la medicina tradicional por parte del personal del Centro, y su habilidad para hacer uso de ellas críticamente, en cierto tiempo y para ciertos fines, contribuirían de un modo material para el buen funcionamiento de los proyectos de higiene y salubridad". "Los conflictos entre la medicina tradicional y la medicina científica se resumen en las personas del doctor y el curandero". "El médico jamás llega a admitir que un curandero pueda tratar males que él es incapaz de curar, y esto es interpretado suponiendo que él, presuntuosa y orgullosamente, cree ser el único depositario del conocimiento médico; punto de vista que a la luz de la medicina tradicional, el pueblo está muy lejos de aceptar".

Años más tarde, el mismo investigador, al examinar las posibilidades de trabajo entre personas con distintos bagajes culturales, escribió:¹¹¹ "Es de todo punto deseable que haya mayor comprensión por parte del personal médico a la vez que por parte de los pacientes, de la naturaleza social de la relación médico-paciente. Es claro que en la práctica esta comprensión debe provenir, en la mayoría de los casos, del profesional de la medicina". "La experiencia demuestra que cuando en determinada relación médica están comprometidas personas de diferentes culturas, se alcanza más frecuentemente la meta si el que cura conoce las premisas culturales sobre las que actúa y particularmente cuando entiende el significado de su misión culturalmente condicionada y las expectativas de la misma". "Cuando se trabaja con personas de una cultura diferente no hay que ridiculizar sus creencias; no hay que burlarse de ellas. Es posible trabajar con la gente sin forzarla de inmediato a que renuncie a las creencias que ha profesado desde la infancia".

Sería inútil insistir por nuestra parte sobre esta cuestión expuesta con tanta claridad y autoridad por quienes han vivido el problema. Es indiscutible que la formación profesional del médico exige, en países como México, conocer si quiera nociones de la antropología cultural aplicada.

La Facultad de Medicina de la UNAM ha mostrado en distintas ocasiones su interés y preocupación por introducir la enseñanza de la antropología en sus planes educativos. En 1958 y 1959, siendo director de esa facultad el doctor Raúl Fournier y dentro del plan de estudios para los estudiantes acogidos al entonces llamado "plan B", se organizaron ciclos sistemáticos de conferencias sobre los problemas fundamentales de antropología física. Pese al éxito del ensayo, fue suprimido más tarde sin que llegara en ningún caso a formalizarse como materia obligatoria y permanente.

En los cursos especiales dirigidos por el doctor Manuel Martínez Báez, para preparación de médicos como profesores de morfología, se consideró necesario incluir una serie de conferencias (noviembre-diciembre de 1965) sobre algunos problemas de antropología física, especialmente acerca de evolución y herencia.

A mayor abundamiento se observa en las actuales autoridades de esa facultad una clara preocupación por dar a la

enseñanza profesional un sentido socio-cultural. Precisamente en el número de la Revista de la Facultad de Medicina correspondiente a mayo-junio 1967 se publica un importante trabajo titulado *Revisión de los objetivos de la educación médica en México*, donde el doctor Carlos Campillo Sainz y colaboradores señalan que ya al establecerse el servicio social de los pasantes de medicina, se tuvo como objetivo “[...] inculcar un sentido social en el futuro médico [...] y contribuir a la educación y mejoramiento de las comunidades rurales”.

Después de reconocer que la población rural mexicana llega a casi 50% del total, propugnan “Fomentar que el médico conozca su ambiente local y pueda arraigar en él sin menoscabo de la visión global de la medicina en el país”.

Agregan que “El concepto actual de la medicina obliga a considerar el conocimiento de la enfermedad como un fenómeno humano supeditado al conocimiento integral del hombre”. “Que el médico vea y considere al hombre sano o enfermo como persona humana en toda su integridad y dentro del ambiente social y material en que se encuentra situado”. “Para que la acción del médico sea trascendente, debe aprender a influir sobre los valores y las actitudes que determinan el comportamiento del ser humano ante la salud y la enfermedad. La transformación de los valores mágicos y su sustitución por valores científicos es una tarea que requiere para su cumplimiento la capacidad de educar”.

Con la transcripción de estos conceptos, a modo de ejemplo, hemos querido mostrar que todos los argumentos expuestos anteriormente en favor de la enseñanza de la antropología han tenido ya un reconocimiento oficial por parte de quienes tienen capacidad, responsabilidad y autoridad para orientar la educación en México.

¿Cómo poner en práctica esas ideas? ¿Cómo lograr que los futuros médicos tengan ese “conocimiento integral del hombre”, y que el enfermo no sea “despersonalizado” sino que se le sitúe “dentro del ambiente social y material” en que realmente vive? ¿Cuáles deberían ser el contenido y los alcances de un programa de antropología adecuado a tales fines? Son cuestiones a las que no podemos dar respuesta. Nuestra aspiración fue plantear y motivar el problema; deseáramos haberlo logrado.

Nace la antropología médica*

Gonzalo Aguirre Beltrán

Curiosidad antigua

En el seno de la comunidad médica hay, en estos días, una fecunda inquietud por entender el contenido y la utilidad que acarrea el conocimiento de la antropología médica. En

otros lugares, particularmente en Estados Unidos, la subdisciplina tiene ya tres decenios largos de robusto crecimiento y figura separadamente en la lista de carreras que imparten algunas universidades; no muchas todavía. La literatura que sobre la materia se publica se vuelve cada vez más copiosa e interesante, tanto en lo que concierne a la antropología médica propiamente dicha cuanto en lo que hace a la sociología médica.¹⁸ En los países que componen el Tercer Mundo, el atractivo que ejercen los estudios de antropología médica es cada vez mayor; particularmente en los que contienen dentro de su jurisdicción pueblos étnicos aún no integrados en el proceso de formación nacional.

En México el interés por la reflexión sobre la enfermedad y el accidente, desde la perspectiva sociocultural, también toma cuerpo al término de la Segunda Guerra Mundial; pero su influencia queda reducida a los antropólogos y, en cierta medida, a los epidemiólogos. Las circunstancias, sin embargo, nunca permanecen constantes y en la actualidad son los médicos y no sólo los antropólogos quienes se interesan por el enfoque cultural de la medicina. Esta obra tiene como propósito discutir, teórica e históricamente, sobre el proceso de formación de esta disciplina en nuestro país, desde sus orígenes entre los antropólogos ingleses y estadounidenses; pero antes de introducirme en el tema creo necesario fijar los límites del campo que tiene como objeto el estudio de la antropología general, para después abordar la antropología médica. Ésta, como antes se dijo, es una subdisciplina de aquélla y se ocupa de aplicar ciertos conceptos y prácticas a la interpretación y al proceso de cambio de las ideas, patrones de acción y valores que norman el ejercicio de la medicina.

Con frecuencia damos por sentado que los fundadores de la disciplina son quienes le dan cimientos teóricos y atribuyen orden y significado a sus categorías conceptuales, metodológicas, procesuales y aplicativas; esto es, quienes le asignan calidad profesional o académica así como la denominación con que hoy en día la identificamos. La antropología no escapa a esta manera un tanto apresurada de reorganizar conocimientos viejos para sistematizarlos en una ciencia nueva etimológicamente comprometida con el estudio del hombre. Pensadores de fines del pasado siglo y principios de la presente centuria son reputados, por sus respectivos países, como las figuras relevantes que, con sus proposiciones, inician los derroteros que marcan rumbos a la “ciencia del hombre”: Eduardo Tylor en Inglaterra, Francisco Boas en Estados Unidos, Marcel Mauss en Francia, Ernesto de Martino en Italia y Manuel Gamio en México, para sólo mencionar a unos pocos de ellos.¹⁹

A decir verdad, la antropología no es una ciencia reciente; sus raíces se hunden profundas en el tiempo. Desde la antigüedad griega y romana y en el largo y oscuro medioevo, hombres serios y graves por su saber y por su brillante imaginación muestran curiosidad por los usos y costumbres de pueblos diferentes al propio. Ángel Palerm, en el primer volumen de su *Historia de la etnología*, da cuenta

* Tomado de *Antropología médica. Sus desarrollos teóricos en México*. Ediciones de la Casa Chata, México.

de los testimonios que dejan las incursiones de los primeros viajeros que se aventuran por el mundo bárbaro; de modo especial alude a Heródoto de Halicarnaso, llamado “padre de la historia” y también de la etnología; narrador portentoso de las creencias y ritos exóticos cuya verdad no avala pero sí estima dignos de ser conocidos. Nos dice, además, no sin cierta admiración, que Lucrecio, filósofo del Lacio, comete la osadía de erigir construcciones intelectuales grandiosas sobre la evolución de la humanidad que, en gran medida, siguen vigentes. Agrega otros casos más.²⁰

Sin embargo, es preciso esperar hasta la época de los descubrimientos y la conquista de tierras y continentes nuevos, allá por el siglo xvi, para advertir la aparición de textos, a veces monumentales, donde sus autores abogan o impugnan los usos y costumbres de los pueblos nativos, por lo general, con fines proselitistas. Entonces brotan, con vigor inusitado, utopías empeñadas en fabricar un modelo de comunidad primitiva opuesto al que vindican la expansión capitalista y el sistema económico colonial. La *vera paz* de Bartolomé de las Casas, los *hospitales pueblo* de Vasco de Quiroga y el *reino milenario* en la hora undécima de Gerónimo de Mendieta son unos cuantos ejemplos de estas representaciones místicas.²¹

Nace la etnología

Si circunscribimos el alcance de nuestras consideraciones a Mesoamérica, bien podemos afirmar que la antropología en su vertiente etnológica nace en 1547 con las investigaciones afanosas de Bernardino de Sahagún, cuando compila en idioma vernáculo el *Tratado de la retórica y filosofía moral y teología de la gente mexicana*; y en su especialidad lingüística, con la gramática náhuatl de Andrés de Olmos, también de 1547; el vocabulario en lengua mexicana de Alonso de Molina, de 1555, y otras artes en idiomas varios que, durante el siglo de la Conquista, distintos misioneros trasladan al alfabeto latino. El interés de los pioneros, tanto en etnología cuanto en lingüística, se concentra en el campo controvertido de la religión y los propósitos que les mueven a conocer las prácticas y creencias indígenas sobre lo preternatural van dirigidas a facilitar la innovación del cristianismo y a consolidar el dominio colonial. El *Tratado de hechicerías y sortilegios* de Olmos, al igual que la *Historia general de las cosas de Nueva España* de Sahagún, muestran este evangélico designio.²²

Hay, desde luego, una excepción a lo dicho. El acopio de materiales sobre religión nativa, al que dedican gran parte de su tiempo libre los frailes inquisidores, les conduce de la mano al conocimiento de los conceptos que modulan la teoría y práctica de la medicina indígena, tan inextricablemente ligada a las creencias y ceremonias mágicas. Los invasores europeos, desde muy temprano, comprueban la eficacia de médicas y médicos en el tratamiento de las enfermedades y accidentes comunes en la tierra antes del contacto indo-cristiano. A legos y clérigos les atrae el carácter

esotérico de la medicina india y los franciscanos se adelantan a instituir una cátedra, servida por médicos mexicanos, en el Imperial Colegio de Santa Cruz, en Tlatelolco, para preservar los logros de la medicina mesoamericana. El experimento produce algunas obras perdurables en códices y memoriales donde, a juzgar por su contenido, se advierte la influencia recíproca de las nociones de la medicina hipocrática y los postulados de la medicina vernácula. La vida del ensayo es efímera, al punto de no durar una simple generación, porque su propósito de formar un cuerpo médico nativo contradice los fines a que aspira la colonia de explotación establecida en Nueva España, dispuesta a configurar con españoles un cuerpo médico hegemónico.¹⁴

Misionero antropólogo

La inteligencia reflexiva de José de Acosta, religioso de la Compañía de Jesús, sistematiza los ensayos que le anteceden y los suyos propios, para desvelar las características que determinan la disciplina en formación. En el proemio a su *Historia natural y moral de las Indias*, de 1590, da a la antropología el nombre de “historia moral”, para contrastarla con la historia natural, que se ocupa de las cosas y obras de la Naturaleza. La llama “la ciencia nueva”, “por ser juntamente historia y en parte filosofía”; y la define, con toda congruencia, como el conocimiento de las cosas y obras del libre albedrío, “que son los hechos y costumbres de los hombres”. Acosta limita ese conocimiento a los pueblos sin escritura y nos dice que, para adquirirlo, se requiere “mucho trato y muy intrínseco con los mismos indios”, y consustancialmente “saber la lengua”. La observación directa, la participación personal y el dominio del habla vernácula particular del grupo étnico estudiado son, desde entonces, los métodos propios de la indagación antropológica.²⁴

Acosta reduce el ámbito de la antropología a los pueblos ágrafos, por ser el campo del conocimiento que desamparan los historiadores, a quienes cautivan las fabulosas hazañas de descubridores y conquistadores. Para los historiadores, los pueblos vencidos, prealfabetas, sin archivos ni documentos fehacientes que revelen los hechos significativos de su acontecer ordinario, son ignorantes, simples, naturales; no vale la pena ocuparse de sus cosas. Apenas descubiertos, los indios son expulsados de la historia. Acosta y los misioneros conquistadores los rescatan y fundan para ellos una historia moral, una ciencia nueva que es a la vez historia y filosofía. En sentido etimológico, historia y filosofía están cercanamente emparentadas; son voces castellanas que derivan de sus correspondientes griegas y ambas comparten el significado de conocimiento, sabiduría, ciencia. Cuando en 1596 Agustín Dávila Padilla narra la fundación de la Provincia de Santiago, de la Orden de Predicadores, y alude a la obra del jesuita como *Philosophia natural y moral*, no se equivoca. Para él y para su tiempo, historia y filosofía están íntimamente relacionadas en la sinonimia.²⁵ La ciencia de los usos y costumbres de los hombres

es filosofía, historia o conocimiento de los hombres sin letras, sin escritura.

Proscripción marxista

En la segunda mitad del siglo decimonono, un proceso semejante al ocurrido en el siglo XVI reitera la proscripción de los pueblos ágrafos. Carlos Marx y Federico Engels, en 1847, redactan el *Manifiesto comunista*; un llamado a la unidad de los proletarios del mundo. El documento abarca, en el tiempo y en el espacio, a la humanidad entera y comienza con una aseveración doctrinaria contundente: "La historia de todas las sociedades hasta nuestros días es la historia de la lucha de clases". Desde la perspectiva rígidamente evolucionista de la declaración, la lucha de clases constituye la energía necesaria para poner en actividad las transformaciones sociales. Pero el saber en incremento de las formas de vida de los grupos étnicos llamados salvajes o primitivos (donde la lucha de clases no tiene vigencia) y la elaboración de la teoría antropológica que interpreta las civilizaciones diferentes, pronto hacen insostenible la proposición generalizadora que abre el alegato y obliga a Engels a incluir, en la edición inglesa de 1888 del *Manifiesto* una nota que restringe el alcance de lo antes afirmado a la historia escrita.²⁶

En otras palabras, Engels expulsa de la historia a los pueblos sin escritura y los avienta al ámbito de la antropología, disciplina científica que por esos años define su nombre y configura su objeto de estudio. Los pueblos ágrafos, pues, quedan fuera de la teoría marxista y la exégesis de las etnias aclásidas deviene la responsabilidad de la antropología, cuya base es la noción de cultura.

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, la descolonización de los pueblos sometidos al dominio imperial toma violento impulso. Hasta entonces el dominio incontestado de la antropología sobre su objeto de estudio le permite crecer sin grave oposición; pero en 1968, el movimiento anarco-estudiantil sacude a Europa, repercute en México y da un giro a la situación establecida. Coloca a la disciplina entre las ciencias mal nacidas, cuyo origen bastardo producto del colonialismo las condena a desaparecer. La antropología aplicada, y en lo particular su versión indigenista, son blanco de iracundos ataques. Las instituciones gubernamentales encargadas de proporcionar servicios a los pueblos étnicos son calificadas de instrumentos de control. Se tilda al Instituto Nacional Indigenista de "ministerio de las colonias" y la teoría y práctica de la integración y sus proponentes son satanizados asignándoles fines perversos. Aun la antropología médica, cuyo propósito último está encaminado a innovar la medicina y la salud, en su modalidad científica y en comunidades nativas asoladas por males fácilmente superables, es condenada como herramienta de sujeción.

Estructuralismo marxista

El campo de pesquisa irreductible al esquema del *Manifiesto comunista*, campo reservado a la teoría y praxis de la

antropología, es insistentemente reivindicado como ámbito sustraído al dominio del materialismo histórico. Muchos ven en la partición del hombre, como objeto de estudio, un profundo antagonismo entre el enfoque totalizador del concepto marxista del mundo y la noción de cultura que engloba las cosas y las obras producidas por el hombre que vive en sociedad. Los estructuralistas ingleses y franceses, afiliados al marxismo y comprometidos en la lucha de clases, llegan a negar especificidad a la antropología. Mauricio Godelier afirma que no existe principio o axioma que permita atribuir contenido exclusivo a la antropología, que le constituya un dominio de investigación definitivamente delimitado, circunscrito sobre sí mismo, por tener conferido el análisis de realidades específicas.²⁷ Su campo de estudio, dice, se funda negativamente en razones prácticas y no en una cualquiera necesidad teórica. En efecto, el campo de inquisición de que disfruta la antropología, desde sus lejanos comienzos, le es concedido por razones prácticas de dominio, evangelización, explotación de mano de obra, control social. Los antropólogos, los misioneros y otros hombres sabios, concedores y entendidos que están en contacto continuado y de primera mano con los pueblos colonizados, son parte de la sociedad dominante y necesariamente cumplen sus fines, hace notar.

La contestación del estructuralismo marxista no se reduce a una simple réplica teórica; desde hace más de una década realiza esfuerzos denodados por aplicar el pensamiento de Marx a la interpretación de aspectos estratégicos de las culturas primitivas (parentesco, política, religión) sin lograr éxito en sus propósitos finales de negar utilidad a la antropología cultural, ni en sus afanes por construir una antropología marxista.²⁸ Hasta hoy debe conformarse con mantener la contradicción entre antropología y marxismo en términos que censuran, zahieren y satanizan las relaciones que la antropología mantiene con el colonialismo en los países imperiales de Europa y América y en solazarse con la invención del colonialismo interno, una construcción político-social de nuevo cuño sin base teórica ni práctica de sustento, destinada a los países mestizos-americanos que cuentan con poblaciones indígenas con un gran peso específico. La antropología resiste los embates de sus contradictores porque los argumentos con que intentan menoscabarla son juicios de valor, admoniciones morales, reprimendas impresionantes que conmueven y llaman a reflexión, pero en ningún modo son razonamientos científicos que invaliden el fundamento y la vigencia de la disciplina.

El hiato anarco-estudiantil

En otro lugar expongo, con cierto pormenor, los argumentos en que se funda mi respuesta a las proposiciones abstrusas del marxismo estructural francés y a él remito al lector acucioso en procura de mayores informes.²⁹ Bueno es, sin embargo, hacer notar que el genio dogmático del marxismo-leninismo (en lo especial, durante la prolongada

dictadura stalinista) tiene, como una de sus consecuencias trascendentes, la esterilización de la teoría que sustenta el materialismo histórico al concebirlo como doctrina que no admite crítica sino debido acatamiento. En los países capitalistas de Occidente toma desarrollo, entonces, el estructuralismo marxista (a cuya cabeza se coloca Louis Althusser), que entre otras cosas desafía la posición de Engels en cuanto a conceder, a las sociedades llamadas primitivas, la prevalencia de las relaciones de parentesco sobre las relaciones de producción. Siguen a Althusser antropólogos marxistas, entre los cuales es figura destacada el ya mencionado Godelier, quien pugna por darle coherencia y valor universal a los modos de producción. Por otra parte, la independencia teórica y la creatividad inagotable de Antonio Gramsci, en Italia, acaudillan otra corriente marxista, joven y renovada, que Althusser califica, lógicamente, de historicista.³⁰ Páginas adelante hablo de la escuela italiana; pero antes debo referirme al hiato estridente que en el plácido acontecer del marxismo estructural introduce el movimiento anarco-estudiantil de 1968.

Los teóricos de esta revolución frustrada, en lo particular Jean Baudrillard, agregan a los elementos que integran la especificidad de la antropología, uno más. Los misioneros antropólogos del siglo XVI consideran dominio de sus lucubraciones a los pueblos *sin escritura*; Engels, a nombre propio y de su colega Carlos Marx, conceden como esfera de incumbencia de la antropología a los pueblos *sin historia*; hoy en día, los pensadores ácratas impugnadores del marxismo estructural añaden a los pueblos *sin relaciones de producción*. Baudrillard afirma textualmente: “[...] la especificidad del objeto antropológico es precisamente esta imposibilidad de definir en él lo económico y el modo de producción como instancia separada”. Enseguida postula la necesidad de contemplar el llamado primitivo desde una perspectiva distinta a la euroamericana hegemónica: “En antropología, la revolución copernicana no tuvo lugar y el pensamiento occidental, burgués o marxista, sigue describiendo en discurso geo y egocéntrico el movimiento *aparente* de los intercambios primitivos”.³¹

Recorriendo el camino que traza Marx, Baudrillard, con inteligencia dialéctica, hace la crítica de la crítica de la economía política. Toda la racionalidad de esta economía, dice, gravita sobre ciertos conceptos como los de naturaleza, producción y necesidad, descubiertos durante el siglo XVIII como potenciales de fuerzas reprimidas. Frente a la naturaleza liberada como fuerza productiva, aparece el hombre liberado como fuerza de trabajo. La producción subordina a una y a otro, simultáneamente, como factores económicos de la producción y como términos separados de la misma racionalidad. Con el concepto de naturaleza, Marx asume, sin reducirla, la idea de necesidad, secularizándola en la noción económica de penuria, escasez.

Además, extiende su interpretación hasta darle magnitud universal. Marx presupone: “Al igual que el hombre primitivo, el hombre civilizado está obligado a medirse con la

naturaleza para satisfacer sus necesidades y reproducir su vida. Esta carga existe para el hombre en todas las formas de sociedad y en todos los tipos de producción”.³¹ Baudrillard objeta la presunción de Marx; niega que el hombre primitivo *se mida* con la naturaleza, porque no la concibe como entidad separada y ni en sus intercambios simbólicos conoce la necesidad. La escasez, argumenta, es una dimensión de la economía política capitalista y es cosa grave retomar conceptos clave que pertenecen a la metafísica de la economía de mercado y a la ideología capitalista para exportarlos a las sociedades primitivas. “Al pretender explicar las sociedades pasadas a la luz de la estructura actual de la economía capitalista, no advierte [Marx] que proyecta sobre ellas, para abatir su diferencia, la luz espectral de la economía política”.³¹

Ecos de palabras semejantes, pronunciadas por Alexander Vasilievich Chayanov, teórico heroico del campesinado soviético, parecen escucharse en el elegante fluir del pensamiento filosófico de Baudrillard, quien continúa: “En tiempos de Marx la economía política aún no ha desarrollado todas sus contradicciones; por tanto, su crítica radical, incluso para Marx, no es todavía posible ni lo es, por consiguiente y a causa de su *solidaridad* con ella, la comprensión real de las sociedades pasadas”. Esto, en la práctica, atestigua la imposibilidad de una antropología marxista capaz de dar cuenta de las sociedades sin historia, sin escritura y sin relaciones de producción. Cuando Maurice Godelier presupone que “[...] las relaciones de parentesco funcionan, a la vez, como elementos de la infraestructura y como superestructura”, exhibe la voluntad de mantener una distinción infraestructural y superestructural, sin la cual el materialismo histórico se derrumba. Esta *astucia* permite salvar la clave dialéctica que funda lo económico como instancia determinante. “Diríamos más bien que aquí la única dialéctica es la de la reproducción de la teoría a través de la simulación formal de su objeto”.³¹

Complementariedad en Gramsci

Afortunadamente, la interpretación de las ideas seminales de Marx no la lleva por canales exclusivos una sola corriente ideológica, por importante que parezca en un momento dado del discurrir filosófico.

Por los años treinta de la presente centuria un hombre excepcional, crítico literario, conocedor del pensamiento especulativo de su tiempo y del pasado, Antonio Gramsci, para quien la antropología inglesa y las lucubraciones lingüísticas del pensamiento clásico alemán son familiares, al punto de intentar doctorarse en letras con una tesis sobre la *Historia del lenguaje*, estudia a Marx y se afilia conscientemente a la doctrina y a la praxis que éste predica. Desde la libertad o desde la prisión en que pretende ahogar su conciencia el fascismo italiano, difunde y practica el socialismo dialéctico.³²

Gramsci no parece encontrar incompatibilidad entre el uso del esquema conceptual del materialismo histórico y la

teoría de la cultura elaborada por la antropología. Define la cultura como “[...] una concepción de la vida y el hombre, coherente, unitaria y difundida nacionalmente; una religión laica, una filosofía que se ha transformado en cultura; es decir, que ha generado una ética, un modo de vivir, una conducta cívica e individual”.³³ Al lado de la lucha de clases sitúa la lucha de culturas, esto es, las contradicciones entre concepciones antagónicas de la vida que se dan, internamente, en la sociedad nacional hegemónica y las clases subalternas. La lengua y la cultura de las clases populares nacen del proceso de cambio, de la aculturación, que suscita el señorío de la lengua y cultura nacionales dominantes sobre las lenguas y culturas provinciales dominadas. “Se puede decir que cada grupo social tiene su lengua, aunque hay que hacer notar (salvo raras excepciones) que entre la lengua popular y la de las clases cultas existe una continua ligazón y un continuo intercambio”.³³

Contribución trascendente de Gramsci a la teoría de la cultura son sus observaciones sobre el folklore. Afirma que hasta ahora el folklore es contemplado preferentemente como un compuesto de elementos pintorescos, raros o exóticos que los eruditos recogen como material de análisis para estudios de método en la recolección, selección y clasificación y para la fábrica de principios empíricos necesarios para desarrollar productivamente aspectos particulares de la ciencia. Tal enfoque puede ser útil pero no bastante para descubrir la importancia intrínseca del tema. El folklore sólo puede ser entendido como reflejo de las condiciones de vida cultural del pueblo, como concepción del mundo y de la vida, en gran medida implícita, de determinados estratos de la sociedad, en contraposición con las concepciones del mundo de las partes cultas de las sociedades históricamente determinadas. El folklore no es la suma inconexa de supervivencias de épocas pasadas, de préstamos culturales recientes; es un conjunto estructurado de ideas, prácticas y valores, una concepción del mundo y de la vida particular de las clases subalternas y su estudio tiene la condición de una etnología de las clases populares en la sociedad occidental hegemónica.³³ Al concebir con tal generosidad el folklore, Gramsci, en realidad, amplía el objeto de la antropología con un fragmento de conocimiento que hasta entonces no era reconocido como porción de su campo de estudio. Además, al poner en contradicción dialéctica las culturas popular y hegemónica le imprime a la teoría antropológica una dinámica que la enriquece y vitaliza.

Antropología subalterna

Por razones semejantes a las que operan en el siglo XVI y vuelven a actuar durante el siglo XIX, Gramsci asigna, en nuestros días, a la antropología etnológica sectores de la historia occidental, antigua y contemporánea propios de los grupos sociales sin cultura escrita; esto es, las clases subalternas de cultura *folk* de los países desarrollados. La compatibilidad, implícita en el uso paralelo que Gramsci

hace de conceptos diferentes, clase y cultura, lucha de clases y lucha de culturas, como fases de una misma configuración ideológica, parece absolver a la antropología europea de viejos y graves pecados capitales por su asociación con el colonialismo. Lo que Gramsci nos enseña, afirma Héctor Agosti, es a no encarar la batalla por una nueva cultura (o una nueva antropología) “[...] como un problema ético de meras reconveniones al pasado, sino como un problema eminentemente político, unido a la batalla general por la transformación de la sociedad”.³⁴

Gramsci es tardíamente conocido en Italia, su propia patria, como filósofo social. Sus *Cuadernos desde la cárcel* ven la luz a partir de 1948, es decir, más de una década después de su muerte. Con base en sus concepciones originales emerge con savia nueva la antropología italiana, hasta entonces sorprendentemente subdesarrollada, y durante los años que anteceden y suceden a 1968 toma impulso y se expande más allá de las fronteras metropolitanas. La fuerte migración italiana a Argentina hace que sea este país uno de los primeros en adoptar los postulados gramscianos en antropología, o etnoantropología, como es comúnmente llamada en Europa. De la América del Sur pasa a México con los transterrados que avientan al Anáhuac las dictaduras criollas.

La interpretación gramsciana de la teoría y la praxis marxista se difunde en México mediante la edición de sus *Quaderni* y las obras de sus epígonos, que publican Juan Pablos, Nueva Imagen y otras editoras que, además, dan a conocer estudios sobre antropología médica producidos desde la nueva perspectiva, como adelante se advierte. A manera de resumen se puede afirmar que la contribución gramsciana a la antropología es importante tanto por el valor intrínseco de sus aportaciones teóricas cuanto porque éstas se realizan en momento oportuno: en los años que siguen al movimiento anarco-estudiantil del 68, cuando las afirmaciones dogmáticas, denuetos y reconveniones del marxismo estructural comienzan a perder el efecto impactante de los primeros días. Gramsci, fundador del PC italiano, preso político y víctima de implacable represión, en un artículo que al salir a luz levanta airados argumentos, luego de censurar las interpretaciones talmúdicas del pensamiento marxista, expresa que éste:

No sitúa nunca como factor máximo de la historia los hechos económicos en bruto, sino siempre el hombre, la sociedad de los hombres; de los hombres que se reúnen, se comprenden, desarrollan a través de esos contactos (cultura) una voluntad social, colectiva y entienden los hechos económicos, los juzgan y adaptan a su voluntad hasta que ésta se convierte en motor de la economía, en plasmadora de la realidad objetiva.³²

Al colocar al hombre, a la sociedad, a la cultura, en el umbral mismo de los hechos económicos, Gramsci abre ventanas recientes desde donde contemplar el paisaje antropológico.

Ciencia e ideología

La discusión de algunos puntos clave de la antropología, pasada y presente, parece necesaria para advertir, desde el comienzo, las bases teóricas de la antropología médica que son, en gran medida, las mismas de la antropología general; corren, consecuentemente, la misma suerte y cambian de una época a otra según se modifica la orientación ideológica dominante. Vivimos en el contexto de una sociedad, una lengua y una cultura determinadas por una instancia económica. Ésta condiciona la concepción del mundo y de la vida que guía la manera como pensamos y actuamos; por tanto, en nuestro desempeño como investigadores, docentes o practicantes, producimos teoría al igual que ideología.²⁸ Sin embargo, queda siempre un poso de conocimiento acumulado que hace posible la continuidad y el enriquecimiento de la disciplina.

El nombre de antropología médica es de nuevo cuño; data de hace unos cuantos lustros. Norman Scotch lo fija al titular con tal frase nominal su contribución a la *Reseña bianual de antropología* que edita la Universidad de Stanford.³⁵ Vamos a glosar uno a uno los aportes importantes que en un proceso inacabado de oposición dialéctica vienen configurando el cuerpo de doctrina que respalda la reflexión del hombre sobre el accidente y la enfermedad. Numerosos son los científicos sociales que conjugan esfuerzos en la tarea y a ellos queremos referirnos; pero antes de hacerlo, bueno es decir que los principios teóricos y metodológicos de la antropología médica guardan divergencias y convergencias notables con otra subdisciplina emparentada, la sociología médica, siendo mayores las coincidencias que las acercan que las diferencias que las separan, al punto que entre ambas no hay una línea fronteriza insalvable que impida la mutua fertilización.

Medicina como institución

Para mediados de los años veinte de la presente centuria, la antropología tiene ya en su acervo una riqueza sustancial de materiales etnográficos de contenido médico, recogidos en diversas partes del mundo mediante la observación directa. William Rivers, un antropólogo inglés ocupado en el estudio del sur de la India, se da a conocer en la comunidad académica por el uso inteligente que hace del método genealógico para lograr un buen control sobre las formas primitivas de parentesco.³⁶ Rivers, originalmente médico antes que antropólogo, alcanza además renombre por ser el primero en reconocer la necesidad de reunir en un sistema coherente y significativo la suma de creencias y prácticas con las que los nativos arrostran el accidente y la enfermedad.

En 1924 sale a luz su obra póstuma, intitulada *Medicina, magia y religión*, pionera en el campo de la antropología médica por sus proposiciones formalmente teóricas.³⁷ En ella, Rivers sostiene que las prácticas médicas son consecuencia lógica de creencias bien establecidas en cuanto hace

a la causalidad de las enfermedades y que estas creencias y prácticas, tomadas en su conjunto, son parte de la cultura y, por tanto, constituyen una institución social que, por serlo, debe ser contemplada en término de principios y métodos. Con base en este supuesto, Rivers formula un cuerpo de asertos sobre la naturaleza de la medicina primitiva, al tiempo en que se conforma con los prejuicios de su época que clasifican las manifestaciones de esa medicina según una escala que va de la magia a la religión y de ésta a la ciencia.

La actitud hacia el mundo, esto es, la *imago mundi* o concepción de la vida y de las cosas de la filosofía alemana de principios del siglo anterior, determina el juicio sobre la índole y causas de enfermedad; parecer al que se encuentra asociado un complejo cultural específico de patrones de conducta. Limita la operación de la medicina primitiva a las cosmovisiones mágica y religiosa. La primera involucra creencias en la habilidad del hombre para manipular las fuerzas de la naturaleza en beneficio del paciente, en tanto que la segunda descansa en la convicción de que el control de los acontecimientos reside en la voluntad de ciertos poderes sobrenaturales a los que debe propiciarse en caso de enfermedad.

Rivers no advierte en la medicina nativa la operación de leyes naturales; reserva éstas, etnocéntricamente, para la medicina occidental de la cual es hierofante. Concede, sin embargo, la ocurrencia de prácticas empíricas, pero les niega carácter natural por los matices mágicos y religiosos en que se insertan. Asigna un rol distinto, correlacionado con la causalidad de las enfermedades, al médico-hechicero, en cuyo desempeño predomina la magia; al médico-sacerdote proclive a las explicaciones sobrenaturales, a la plegaria y al rito, y al médico-empírico, llamado despectivamente curandero, quien pone el acento en las técnicas que la experiencia le suministra.

En el modelo heurístico construido por Rivers, la concepción del mundo que los pueblos primitivos configuran es consistentemente fija, casi inalterable; pero en lo que concierne a las causas de enfermedad y a su tratamiento el cambio tiene lugar mediante la actuación de dos procesos, a saber: el de difusión por el contacto histórico con otros pueblos y el de degeneración por el empobrecimiento cultural que acarrea el aislamiento prolongado. Para él, medicina primitiva y medicina científica son dos universos de discurso separados; no hay manera de acomodar la concepción del mundo mágico-religioso en el mismo dominio de conocimiento que el saber científico-naturalista.³⁸

Distribución de rasgos culturales

Aunque damos crédito como pionero a un miembro des-tacado de la antropología social británica y ésta vuelve a aportar estudios valiosos sobre la medicina primitiva como entidad bien definida en el agregado total de la conducta humana, es la antropología cultural estadounidense la que configura realmente la antropología médica al seguir la línea de

pesquisa abierta por el particularismo histórico boasiano. En 1932, la Universidad de California publica la monografía *Conceptos primitivos de enfermedad*, de Forrest Clements, cuyo enfoque atomístico concibe la sistematización de las creencias y usos médicos como un simple estudio de rasgos y complejos culturales aislados.³⁹

Clements clasifica los conceptos etiológicos primitivos en cinco categorías: hechicería, quebrantamiento de un tabú, intrusión de un objeto-maleficio, intrusión de un espíritu y pérdida del alma. Tabula la presencia de estos rasgos en distintos lugares del globo terráqueo a base de su identificación en 300 pueblos étnicos mencionados en la literatura antropológica. Aviniéndose a lo dispuesto por el método difusionista, entonces en boga, distribuye los rasgos causales de enfermedad en un mapa o carta geográfica comprensiva y obtiene conclusiones respecto a la antigüedad del rasgo y de los caminos que recorre en el proceso de difusión.

Edward Wellin, al hacer la revisión de las orientaciones teóricas de la antropología médica, hace notar las incongruencias lógicas de los postulados de Clements; la confusión conceptual que introduce al categorizar como causas a las que sí lo son (hechicería, ruptura de un tabú) y a las que no son sino mecanismos (intrusión de un objeto-maleficio, intrusión de un espíritu, pérdida del alma), así como al inferir secuencias temporales y rutas de propagación a partir de una masa disímil de hechos descriptivos.³⁸ Bronislaw Malinowski, de manera independiente, hace notar la inconsistencia de toda comparación que no tome en cuenta el contexto en que funcionan rasgos que a primera vista parecen semejantes.⁴⁰ No obstante éstas y otras objeciones igualmente válidas, el enfoque atomístico y difusionista de Clements es útil como guía en la reconstrucción histórica cuando los materiales disponibles no permiten una aproximación más concreta y totalizadora. La reinterpretación del culto al peyote y su difusión como técnica curativa entre los indios de Estados Unidos desde el norte de México, realizada por Weston La Barre, es ejemplo del buen uso de este enfoque.⁴¹

Medicina folk

En 1926 llega a México Robert Redfield, recién doctorado en antropología. Trae consigo, además, una sólida preparación jurídica y el ascendiente pragmático de la escuela sociológica de Chicago, en la cual es figura destacada Robert E. Park, su suegro. Por otra parte, conserva fresca en la mente la lectura de *Argonautas del Pacífico Occidental* (1922) de Bronislaw Malinowski y *Los métodos de la etnología y de la antropología social* (1923) de A. R. Radcliffe-Brown, ambos padres fundadores del estructuralismo funcionalista británico. Influye en él, además, la propensión práctica difundida por Manuel Gamio.^v Redfield viene dispuesto a incorporar una nueva dimensión teórica, la dimensión social, en el cuerpo de las dimensiones temporo-evolucionista de Rivers y espacio-difusionista de Clements. Desde un principio se

da cuenta de la contradicción que hay entre el México que pinta la historia política de la *élite* gobernante y el México real, todo él constituido por el pueblo, por la historia no escrita, inadvertida, de las formas de vida *folk*. Su propósito, pues, es el conocimiento de la cultura *folk* en todas sus vertientes (la medicina entre ellas) y sobre todo el descubrimiento de las leyes o regularidades que norman el cambio de lo urbano moderno, organizado en *clases* sociales, a lo *folk*, patrimonio de las masas proletarias o populares, por lo general, pero no necesariamente, indígenas.⁴³

Redfield se establece en Tepoztlán, un pueblo tlahuica de habla nahua de unos cuatro mil habitantes, ubicado en la vecindad de Cuernavaca y no muy lejos de la Ciudad de México; focos de difusión de las maneras de vida ciudadinas. En el centro del pueblo se levantan la iglesia mayor, otros edificios públicos, el espacio abierto de la plaza, los portales, tiendas y casas de la clase dirigente (unas cincuenta familias), localmente llamadas "los correctos". En la periferia se sitúan los barrios o calpules donde vive el común, despectivamente designados "los tontos". Miércoles y domingos, en la Plaza Central se realiza un mercado al que concurren tanto habitantes del pueblo como campesinos de los poblados sujetos y comerciantes foráneos ambulantes. La plaza es el punto geográfico donde se origina el cambio socio-cultural. Ahí se venden yerbas medicinales cosechadas en el vecindario o en lugares remotos, pero también unas pocas medicinas de patente de las ordinarias. No hay médico titulado en el pueblo; alguna vez uno de ellos aventura establecerse en el centro, pero a los pocos meses abandona el propósito, vista la escasa demanda que tienen sus servicios. Los barrios de la periferia, por el contrario, contienen un número grande de especialistas nativos en tratamientos mágicos que son consultados por tontos y correctos. Las ideas y prácticas racionales de la medicina moderna se abren paso muy lentamente y es urgente encontrar remedio a tan indeseable situación.

En Tepoztlán, dice Redfield, no es sólo conveniente sino inevitable discutir conjuntamente magia y medicina; ambos campos de conocimiento y actividad se traslapan. Aún más, el único cuerpo de prácticas mágicas generalmente reconocido y sin reservas operado es el que guarda relación con el tratamiento médico. El límite hasta donde las manifestaciones de lo mórbido se segregan y distinguen como enfermedad es borroso; opuestamente, hay una elevada inteligencia sobre el herbario medicinal en uso para males corrientes. Para las dolencias mayores, que ameritan el trato ritual, se acude a los especialistas *folk* que tienen identificado un cúmulo de entidades nosológicas. Los nombres que imponen a estas entidades descubren a veces la causalidad portentosa. Tal es, por ejemplo, el caso de la perturbación llamada *necaxanilli* (desprendimiento de la matriz), que requiere medios potentes para fijar dicho órgano en la cintura; o el caso del mal aire (*yehyecahuiliztli*) producido por sobrenaturales ofendidos, con quienes es preciso reconciliarse para recobrar la salud perdida.

Continuum folk-urbano

Antes de publicar la monografía sobre Tepoztlán que inaugura en México la era de los estudios de comunidad, Redfield produce un artículo intitulado *Plantas curativas de Tepoztlán: un herbario folk mexicano*, primera de sus aportaciones científicas a la antropología médica, más tarde enriquecida con investigaciones entre los mayas.⁴⁴

En 1930, en efecto, pasa a formar parte de un proyecto mayor encabezado por Sylvanus Morley y puesto en marcha por la Institución Carnegie, que comprende la investigación de las culturas antigua y moderna de Yucatán, desde una perspectiva integral. Redfield toma a su cargo los aspectos etnoantropológicos, según el modelo esbozado en Tepoztlán, con el fin de perfeccionar el estudio del cambio social; esto es, la aceptación o el rechazo de las innovaciones que parten de la ciudad mestiza y transforman la vida y la concepción del mundo de las comunidades vernáculas fundadas en la tradición.

En 1941 Redfield publica una obra, *La cultura folk de Yucatán*, donde vacía la suma total de sus experiencias y reflexiones de campo y gabinete.⁴⁵ Formula una síntesis apretada de los estudios de comunidad realizados por él y por sus colaboradores y la enmarca en el cuadro de una teoría magna de la civilización; en ella se contienen los cambios que sufren las comunidades *folk* en el recorrido lento pero inexorable que les encamina a la individuación, la secularización y la reorganización. Tal desarrollo constituye el inicio de una tarea intelectual consistente que corona en los años cincuenta al publicar dos pequeñas obras maestras, *El mundo primitivo y sus transformaciones* (1953) y *La pequeña comunidad* (1955), ubicadas en la esfera inconsútil de la especulación filosófica.^{46,47}

Tipos ideales

Concibe las sociedades *folk* y urbana como tipos ideales, a la manera de Max Weber; esto es, como construcciones teóricas elaboradas con elementos de la realidad para representar modelos cuyos rasgos componentes no se encuentran necesariamente todos en casos concretos. Las sociedades *folk* y urbana son arquetipos polarizados de una sucesión de formas transicionales de comunidades situadas, histórica o espacialmente, en puntos distantes de un *continuum folk-urbano*. La comunidad *folk* es el agregado humano, socialmente organizado, dominante en la vida de la humanidad. La revolución urbana, de donde emerge la vida citadina o civilizada, es un acontecimiento que data de tiempos relativamente recientes (unos tres o dos mil años antes de nuestra era), pero no obstante ello, la ciudad atrae cada vez con más celeridad a un número mayor de gente y le compele a seguir sus patrones particulares de comportamiento.⁴⁷

La comunidad *folk* tiene como rasgos integrantes: 1) la distintividad, es decir, el sentimiento de ser diferente y mejor que otras comunidades; para lo cual consolida en sus

miembros una conciencia aguda de pertenencia al grupo propio; 2) la pequeñez, que permite la observación personal del área y de la actividad comprendida dentro de sus límites; 3) la homogeneidad de usos, costumbres y estados mentales en cada individuo que se repiten en cada generación, y 4) la suficiencia económica, política y social que le basta para reproducirse al través de 50 o 75 milenios. Como evidente consecuencia de las características enunciadas en la sociedad *folk*, las relaciones personales son directas, la tecnología es simple, la división del trabajo es escasa, la familia y el parentesco son importantes, las sanciones que gobiernan la conducta son en gran parte de carácter sacro o sobrenatural, y el culto y el ritual están muy desarrollados. Es en fin "un estado de la sociedad en que el orden técnico está todavía subordinado al orden moral, en el que la comunidad local es una sola comunidad moral bien integrada, sin separación de clases".⁴⁷

La sociedad urbana representa todo lo que la sociedad *folk* niega. Su influencia es deteriorante para ésta. El contacto urbano rompe el aislamiento aldeano y pone en marcha el proceso de cambio. En la conducta determinada por consenso, convenida por la tradición y reforzada por sanciones sacras instituidas con el propósito de impedir desviaciones a las formas aprobadas, se introducen alternativas de comportamiento que afectan las obligaciones que se deben a las deidades paisanas, a los parientes mayores, a las autoridades que componen la jerarquía fundada en la edad y en la suma y calidad de los servicios prestados al grupo propio o que llevan al comunero a pensar en términos de lucro o ganancia, de apropiación de los bienes comunales como propiedad privada; a rehuir la participación en el trabajo cooperativo y en las ceremonias propiciatorias ofrecidas a los dioses y sobrenaturales encargados de resguardar la armonía del hombre con el universo y mantener el bienestar y la salud de la comunidad.

Para Redfield tales eventualidades conducen a la desorganización de la comunidad *folk* y a la reinterpretación de su cultura mediante la individuación del sentido de pertenencia grupal y la secularización del orden moral corporado. Todos los significados adscritos a los elementos que integran la cultura pierden su valor y fuerza unificadores, vuelven inoperantes la avenencia y la concordia entre los comuneros expuestos a la contaminación citadina y entran en conflicto con los modelos de vida tradicionales. La comunidad *folk* se desorganiza y reconstruye bajo nuevas normas para crear una comunidad integrada discreta en el *continuum folk-urbano*.⁴⁸

El orden moral y la escritura

Pero no todo es destructivo en el proceso de cambio. Redfield llama la atención sobre los aspectos creativos involucrados en éste. Una tendencia idealista evidente en el desarrollo de su pensamiento lo lleva a poner mayor acento en los cambios que tienen lugar en la mente de los hombres, como

resultado de la revolución tecnológica, que en la mudanza tecnológica misma. En la sociedad *folk*, afirma, el orden técnico está subordinado al orden moral; en la sociedad urbana el orden técnico prevalece sobre el orden moral, pero no lo elimina. Durante el proceso de urbanización el orden moral se estrema y desmorona; pero emerge un nuevo orden en un nivel diferente, en el umbral determinado por la autoconciencia y la creatividad crecientes. De este modo el orden técnico crece, pero el orden moral no decrece.⁴⁷

Hay un punto en el *continuum folk*-urbano que Redfield enfatiza. Afirma que aún está por hacerse la sociología del alfabetismo. El acceso directo a la tradición escrita está limitado a la élite citadina y a sus servidores; la comunidad *folk* ignora la escritura. En la suma de ideas, instituciones y actividades convencionalizadas que constituyen el equipo cultural de todo un pueblo (incluidas ciudades, villas y aldeas en el perímetro de una región) se desarrollan variantes de la tradición común; hay una estratificación cultural y una vigorosa defensa ideológica de la desigualdad heredada. La posesión de la escritura por parte de la élite (clase culta hegemónica en términos de Gramsci) robustece el dominio sobre los pueblos *folk* y campesinos; la *élite* es alfabetada, el campesino analfabeto y el indígena *folk* prealfabeto.⁴⁷

La existencia del arte de la escritura entre los campesinos es elemento de su modo de vida, aun cuando la mayoría no sepa leer ni escribir. Pero para ellos las cosas escritas son cosas veneradas cargadas de significados; aunque también tienen uso secular para cumplir con las exigencias de la ciudad. Entre los comuneros *folk* sólo uno o dos de ellos se especializan en la escritura y sirven a la comunidad como guardianes de los libros sagrados y como lectores de las oraciones nativas y de las preces católicas ya digeridas por la cultura que el dominio colonial, en tiempos idos, les impuso. Las oraciones, en lengua vernácula, en latín o en castellano, pronunciadas con profunda devoción, son parte del rol ocupacional que el sabio o letrado desempeña para satisfacer la necesidad práctica que la comunidad *folk* tiene para comunicarse con el mundo sobrenatural y exime al resto de sus integrantes del aprendizaje de una actividad cuyo uso es específico y limitado.⁴⁹

Cambio unidireccional

En suma, al formular el *continuum folk*-urbano, Redfield descubre el proceso de desintegración de la concepción *folk* del mundo y la ruptura correspondiente de las relaciones sociales y orientaciones de actividad que integran la sociedad *folk*. Redfield, sin embargo, pone el acento en los cambios unidireccionales que la urbe impone a la comunidad india, pero poco o nada concede al movimiento contrario que unido al anterior constituye el proceso de aculturación. La imagen de la vida tribeña tiene su mejor reflejo en el concepto de *taman*, que determina los principios inherentes al orden cósmico y resume las obligaciones mutuas del hombre y los dioses. La selva, la parcela agrícola, el cenote y la

aldea ritualizan las relaciones por medio de las cuales el orden existe para el hombre. Más allá de la piedad, que expresa la cualidad de la devoción o el amor respetuoso, de la armonía, *taman*, no hay alternativa para el campesino que desea vivir en un mundo relativamente seguro y estable. Las relaciones del hombre con los dioses proveen el modelo para la organización de la sociedad, de acuerdo con los principios de respeto, autoridad y responsabilidad.⁴⁷

En la perspectiva del tiempo los cambios que acompañan a la urbanización revolucionan el mundo en gran medida inmóvil y las visiones de la vida estables de los pueblos *folk* y campesinos. Los eventos importantes de la historia de estas sociedades no son las conquistas y dominaciones que experimentan a manos de grupos técnicamente más avanzados; los procesos de cambio morales son de más peso que una simple sustitución de tecnologías, jerarquías sociales y prácticas religiosas. El cambio sacude el núcleo del orden social y cultural al paso que el conocimiento científico redefine las relaciones humanas y las bases de la acción moral en lo que hace al prójimo. La trinidad primitiva formada por *taman*, moralidad y cooperación es reemplazada por la que suple el *taman* con la naturaleza, la moralidad con un mundo físico indiferente hacia el hombre, y la cooperación por las relaciones humanas heterogéneas que enfatizan la individualidad. La historia moral de las comunidades morales cambia hacia la historia técnica de las comunidades divididas en clases sociales.⁴⁷

Enfoque sincrónico

En lo que hace a la medicina, los eventos corren parejos con la transformación *folk*. Redfield, al referirse a Chan Kom de los años treinta, dice:

Los nombres de los dioses de la lluvia, los seres que protegían el maizal y la aldea, las concepciones de enfermedad y purificación, son elementos de la creencia y la práctica de los que nos hablan el obispo Landa y otros en el siglo XVI [...]; se consideraba que la enfermedad era, en parte, consecuencia de la transgresión moral y que, por consiguiente, su cura consistía en una purificación.⁴⁷

Villa Rojas (auxiliar de Redfield), en su estudio de la tribu X-Cacal reitera la persistencia de ideas y prácticas médicas precolombinas, pero, complementariamente, también encuentra la retención de creencias y usos médicos coloniales introducidos por misioneros y otros agentes de la cultura occidental.⁴⁹

Redfield y sus colaboradores están interesados en el proceso de cambio y, muy especialmente, en el que se origina en la ciudad y llega hasta la comunidad *folk* para transformar su concepto del mundo, el comportamiento tradicional y aun el lenguaje, medio genuino de expresión y de creatividad. La antropología cultural acude a los instrumentos de que dispone la dimensión temporal para constatar la evidencia del cambio en el pasar de los años; hace uso del enfoque

diacrónico. La antropología social, alérgica a generalizaciones que no se funden en la documentación escrita, prefiere utilizar la perspectiva sincrónica que estudia la vida social en un corte o momento dado de su devenir. El cambio, en este caso, se descubre y mide mediante el arbitrio, puesto en práctica por Redfield, de investigar al mismo tiempo varias comunidades discretas (una ciudad, un pueblo, una aldea campesina, una comunidad tribal) de la misma área cultural. La urbe, por ser el agregado humano más sofisticado, supone representar la posición hegemónica, moderna y occidental; la tribu, por el contrario, exhibe por su simplicidad los caracteres de la comunidad moral, técnicamente atrasada, más cercana a la tradición india americana.

Comportamiento médico

Si ponemos atención en los aspectos médicos de la cultura total, en el comportamiento médico con que el hombre enfrenta el accidente y la enfermedad, advertimos de inmediato que Redfield y sus colaboradores se ubican en cuatro puntos de observación. El primero es Mérida, ciudad primada del procurrente yucateco, sede del poder colonial antes de la Independencia, del poder nacional después de ella, y puerta de entrada de las influencias occidentales foráneas; es una sociedad en extremo heterogénea en cuanto a sus niveles de educación y participación en la vida local y cosmopolita. Se encarga del estudio urbano el antropólogo Asael Hansen, quien, sin embargo, no alcanza a desentrañar, con las herramientas simples del método antropológico, la enorme complejidad de los comportamientos de la urbe.⁴⁵ Lo que al fin y al cabo llega a producir, apenas basta para diseñar una imagen imprecisa de vida emeritense. Mérida es la principal consumidora de las ideas y acciones que caracterizan la medicina científica y es también el lugar donde ejerce su función el mayor número de médicos titulados en planteles universitarios, quienes, no obstante su prestigio, no llegan a controlar la totalidad de los pacientes. Hansen habla de prácticas espiritualistas, de reciente ingreso, que cuentan con una suma respetable de adeptos; así como de otros comportamientos médicos populares de procedencia extranjera. La secularización de la medicina se acompaña de la mercantilización del arte de curar y de la emergencia de brotes de magia secular, llamada magia negra, que expresan la inseguridad individual y la mayor desorganización de la sociedad urbana.

Robert Redfield y su esposa, Margaret Park, se reservan el estudio del pueblo de Dzitas, mestizo en su conformación, predominantemente castellano en el habla, pero con evidentes influencias mayas. Como resultado de sus pesquisas redactan y publican, entre otros documentos, el discurso de las medicinas maya y occidental (en conflicto unas veces, en armoniosa cooperación otras), tal y como lo viven curanderas cuyas concepciones y prácticas derivan de las tradiciones americana y europea. Pacientes y oficiantes acuden a una u otra medicina, o bien a un modelo de transición que

hace uso alternativo de ideas y procedimientos opuestos, según el grupo étnico o la clase social en que sitúan su membresía.⁵⁰

El tercer punto de pesquisa queda bajo la responsabilidad del investigador sénior y de su auxiliar, el maestro rural de Chan Kom, Alfonso Villa Rojas. Chan Kom es la aldea que Morley y Redfield eligen como objeto de interés antropológico. Villa Rojas tiene un buen dominio de la lengua y de la cultura mayas y pronto adquiere gran pericia en las técnicas de trabajo de campo etnológico. Los materiales recogidos por ambos investigadores, ordenados y explicados, constituyen el contenido de una monografía de copiosa paginación en la que destaca, como uno de los capítulos más interesantes, el referente a enfermedades y su tratamiento. Los habitantes de Chan Kom, ejidatarios liberados de la sujeción de una hacienda cercana, corren la aventura de radicar en una territorialidad que la reforma agraria les otorga en donación para construir una comunidad libre. En la división del trabajo, los integrantes del grupo identifican separadamente la personalidad del *h-men*, médico-sacerdote cuyos desempeños como especialista en el trato con los sobrenaturales que gobiernan el ciclo agrícola tienen como añadido importante la curación de las enfermedades del hombre, cuando la primera instancia representada por el pariente mayor no alcanza éxito en la aplicación de yerbas y medicamentos caseros. El *h-men* usa como herramienta poderosa para el diagnóstico del daño el cristal divinadorio (*zastum*) que hereda de sus sabios antepasados.⁵¹

Los desempeños de un etnólogo

El cuarto punto de observación, el más alejado de la ciudad primada, se asigna al maestro Villa Rojas. Antes de iniciar la hazaña y después de realizada, pasa a recibir adiestramiento teórico en la Universidad de Chicago. En 1935 regresa a la península convertido en etnólogo profesional, con la mira puesta en los tribuños hostiles refugiados en Quintana Roo, remanentes últimos de la Guerra de Castas comenzada el siglo anterior y concluida en 1901. Año aciago en que el ejército mexicano derrota y dispersa a las tribus congregadas en Chan Santa Cruz. La tribu X-Cacal guarece su autonomía étnica en la espesura de la selva y hasta ella llega el etnólogo, en traje y rol de arriero mercader bien provisto de telas, medicamentos y pólvora, con el fin de realizar los primeros contactos. Una vez logrado el consenso del grupo, radica y participa plenamente en la vida de la pequeña comunidad. En compañía de su esposa, Dolores Gómez Izquierdo, permanece en Tusik diez meses. "Durante este tiempo, los indios fueron ayudados con medicinas que les proporcionaba gratuitamente y con mercancía que, llevada desde Mérida, se les vendía a precios de coste".⁴⁹

El aislamiento de la tribu y su rebeldía, según se advierte, no la mantienen totalmente ajena a las influencias externas; sin embargo, conserva casi intacta la cultura colonial compuesta de una inextricable mezcla de elementos

y actividades precolombinos con creencias y técnicas dieciochescas. La medicina está embebida de teoría religiosa y de causalidad mística; sus practicantes son los parientes ancianos, las autoridades sacras del grupo tribal. El *nohoch tata*, padre principal, tiene condición cuasi divina; está vedado al profano tocarlo y aun discutir su comportamiento insólito. Los *maestros*, sacerdotes auxiliares, son depositarios de la ciencia y la sabiduría moral de los mayas antiguos. El *h-men*, sacerdote-médico, es la instancia última en achaques de enfermedad; pero todos (*nohoch tata*, *maestros* y *h-men*) gozan de poder ambivalente en la manipulación del bien y del mal. La etiología de accidentes y enfermedades es predominantemente sobrenatural; el castigo de los dioses se produce por la intermediación de vientos maléficos que se introducen en el cuerpo humano y originan padecimientos diversos; los *yumzilob*, señores del monte, sancionan con graves males a quienes rompen con sus pecados el equilibrio del hombre en el universo e igual cometido se atribuye a los ancestros, quienes cuidan que no se transgredan las normas éticas. Por supuesto, la hechicería como manifestación de malquerencia por parte de un prójimo ofendido se identifica "en muy contados casos" como causa de dolencia.

La causalidad natural, en cambio, es corriente en los males menores, en aquellos que no despiertan ansiedad. Los conceptos de *frío* y *caliente* son importantes en la dieta diaria y en la prevención cotidiana de la enfermedad. La aceptación de la medicina moderna, informa Villa Rojas, es de carácter general; los productos de la industria farmacéutica que el etnólogo distribuye, en un principio sólo se consideran útiles para los males de causa natural, pero más tarde "los indios llegaron a descubrir que también podían servir para la expulsión de vientos malignos".⁴⁹ La favorable acogida de efectos tales como aspirina, purgantes, quinina, lombricidas, antiácidos, mentolatos y otros artículos inocuos del botiquín del investigador en modo alguno altera el *corpus* de ideas y prácticas médicas, coherente y definido, en que participa la comunidad tribal. Puede haber dudas en lo que hace al diagnóstico en casos extraordinarios que ponen a prueba los poderes asombrosos del *h-men* y su cristal luminoso, pero una vez que ambos, médico-sacerdote y piedra divinadora, desvelan la causa del mal, la línea de acción a tomar no da lugar a incertidumbre; el tratamiento "no puede ser otro que el establecido por la tradición".⁴⁹

Medicina como control social

De las investigaciones llevadas a cabo en Tusik, cuanto de las que, unos años después, realiza en Yochib (otra de las comunidades tribales del área maya donde Villa Rojas pasa dos años completos), se desprende como hecho de fundamental importancia la estrecha relación que en ambos pueblos étnicos hay entre la medicina y las organizaciones parental, política y religiosa. La medicina actúa tanto como

sistema de ideas y prácticas destinadas a curar males cuanto para satisfacer los requerimientos del control social indispensables para mantener la cohesión del grupo propio. Los ancianos y autoridades de la tribu son poseedores de fuerzas místicas que cristalizan en *viento*, *lab* o *nagual*, por medio de los cuales "conocen los pensamientos y acciones de sus subordinados y de este modo imponen castigos en forma de enfermedades y otros infortunios. Cualquier persona que cometa un pecado o que intente violar las costumbres de la comunidad está expuesto a tales sanciones".⁵²

La aplicación del conocimiento adquirido y el significado de las implicaciones del proceso de cambio en medicina son preocupaciones mayores para Redfield y sus colaboradores; sin embargo, consideran que el antropólogo no debe salvar las fronteras que limitan la disciplina como ciencia. Su desempeño se reduce a sacar a la luz los hechos y las consecuencias que de ellos derivan, sin involucrarse él mismo en medidas que tiendan a reforzarlos, transformarlos o extinguirlos. El aislamiento parece ser el factor más consistente en la persistencia de la cultura y la medicina *folk* y todo hace suponer que la penetración cada vez más profunda e incisiva de la civilización industrial en la vida de las sociedades ingenuas está por integrarlas en la sociedad mayor hegemónica, junto con la mudanza de las ideas y prácticas médicas y de la condición moral que permanece en el trasfondo de esas creencias y patrones de acción.

Aislamiento insalvable

Al tiempo que Redfield y sus seguidores se ocupan en descubrir regularidades en la dinámica del cambio social, la Revolución mexicana iniciada en 1910, luego de establecer orden en las secuelas de la lucha armada, señala metas a sus postulados y ensaya arbitrios dirigidos a reconstruir la República sobre bases estructurales nuevas. Tiene la mira puesta en la situación del campo y se propone, como una de sus reivindicaciones más sentidas, incorporar en la sociedad igualitaria que diseña a las masas campesinas, predominantemente indias en su composición racial y cultural, y a los pueblos étnicos originalmente americanos de lengua y tradición propias. El gobierno de Venustiano Carranza da los primeros pasos, tímidos, en la reforma de la tenencia de la tierra y en la configuración del municipio libre; Álvaro Obregón impulsa con singular vigor el esfuerzo educativo; Plutarco Elías Calles institucionaliza la actividad política y administrativa y, finalmente, Lázaro Cárdenas cristaliza el nacionalismo revolucionario y consuma la transformación del Estado positivista heredado del porfiriato.

La idea central que agita la voluntad del movimiento social es integrar un país de población heterogénea, técnicamente atrasada, escasa y dispersa en multitud de asentamientos (445 centros urbanos y 84 007 localidades rurales) esparcidos por la abundancia de paisajes, a veces hostiles, de su geografía, todavía inmensa y todavía amenazada. El aislamiento insalvable de indígenas que encuentran refugio

en regiones de difícil acceso y la diseminación de campesinos inexorablemente determinados por la agricultura itinerante de roza impiden la acción revolucionaria en sus propósitos de llegar hasta ellos para hacerlos partícipes en la redistribución de la tierra, de la educación, de la salud y del poder. En 1932, Moisés Sáenz y un grupo interdisciplinario formado por educadores, antropólogos, economistas, médicos y otros científicos y trabajadores sociales fundan en la Cañada de los Once Pueblos, en el territorio del pueblo étnico tarasco, la Estación Experimental de Incorporación del Indio, con el fin de estudiar el proceso de mexicanización en el espacio y en el momento en que éste tiene lugar. A su juicio, “[...] lo que pasa en la Cañada no sucede porque la comarca sea india, sino porque está apartada [...] es cuestión de grupos humanos aislados, remotos, olvidados”⁵³

Sáenz, como es bien sabido, es uno de los pilares maestros de la escuela rural mexicana y promotor decidido de la incorporación del indio, “como necesidad inaplazable de la integración de México”. Todo conforme a las normas propaladas por la filosofía positiva de Augusto Comte, que persigue la sustitución de las lenguas y formas de vida nativas, incluida la medicina, por el idioma oficial y las formas occidentales de cultura. Pronto, sin embargo, se da cuenta de la complejidad del asunto. Acepta (y en esto coincide con Redfield) que “existen cuando menos tres Méxicos: el del asfalto, el del camino real y el de la vereda. Ciudadino y urbanizado el primero, campesino el segundo, indígena el último”⁵³. Antes de incorporar al indio a la civilización, está su incorporación al campesinado como etapa previa a la mexicanización. El proyecto experimental no tiene larga vida; el médico y sus auxiliares no alcanzan a comprender el significado real de la resistencia a las innovaciones que proponen a los indios y se limitan a establecer programas de extensión y educación higiénica que no son bien recibidos por el vecindario. El reemplazo de creencias y prácticas nativas por las científicas occidentales no va más allá de la acción extraescolar que las misiones culturales, establecidas en los años veinte, desdoblán en el estudio morfológico de la región, la asistencia médica y la promoción de la salud a bajo nivel técnico.

Malos hábitos culturales

Entre los que acompañan a Sáenz en la fugaz experiencia de la Cañada destaca un profesional de la enseñanza, el economista antropólogo Miguel Othón de Mendizábal, quien unos años más tarde, al fundarse en 1935 el Instituto Politécnico Nacional y en él la Escuela de Ciencias Biológicas, con su Departamento de Antropología, retoma el propósito de indagar el estado de la salubridad entre la población rural y la idea de buscarle remedio. En sus investigaciones advierte la situación pavorosa que viven los pueblos étnicos y la resume en cuatro problemas fundamentales: 1) el aislamiento, centro de todos los males; 2) la economía agraria de subsistencia, que hunde al indio en la pobreza; 3) la ausencia de escolarización significativa, y 4) “el abandono, verdaderamente

espantable de nuestra población, frente a las enfermedades y la muerte”. Los indios viven en promiscuidad con los animales, en viviendas de escaso menaje, malos hábitos culturales, bajo nivel económico; en todo tiempo les acechan endemias y epidemias, males gastrointestinales, enfermedades infectocontagiosas y accidentes como la mordedura de alguna víbora o el ataque de un nagual. En las regiones étnicas no hay un médico o una farmacia a cincuenta leguas a la redonda. Además del aislamiento y la pobreza, “la psicología propia de su estado cultural, producto de la mentalidad asociativa y prelógica, les entrega inermes a la acción destructora de las bacterias y de los parásitos ante los que resultan impotentes sus herbolarios, sus brujos, sus amuletos y santos”⁵⁴

Mendizábal se pregunta cuál es la causa por la que el médico científicamente adiestrado no se establece en el área rural ni en las comunidades indias. En 1938 aprovecha la oportunidad que le ofrece la reunión en San Luis Potosí, del 2o. Congreso de Higiene Rural, para hacer pública la respuesta a la interrogante que se formula y al mismo tiempo para proponer una solución. Basa todos sus argumentos en la documentación estadística fría que expone a la vista cómo las defunciones registradas en el país en cinco años (de 1932 a 1936) acaecen en 86.32% sin diagnóstico de médico titulado, no obstante que por ley es requisito indispensable presentar tal documento para obtener la boleta de inhumación. El 60.79% de los enfermos fallecidos en poblaciones urbanas está expuesto “a las atenciones interesadas de médicos no titulados, curanderos y brujos o a la solicitud ignorante de sus parientes, amigos y vecinos”⁵⁴. Hay, en consecuencia, una insuficiente atención médica que se debe: 1) a la falta de médicos; 2) a que éstos se encuentran mal distribuidos en la geografía del país; 3) a la escasez de recursos económicos de la población, y 4) a los deficientes servicios médicos oficiales gratuitos.

El cartograma de la distribución de médicos en la República, que Mendizábal exhibe, muestra que 67.27% de sus 2 264 municipios carece de médico titulado. En la Ciudad de México, con 46 km² de superficie, el promedio de habitantes por médico es de 977; en las entidades federativas (con excepción de Baja California Norte y Quintana Roo, de muy baja densidad), las cifras van de 2 879 habitantes por médico y a razón de un titulado por 1 682 km², a 52 669 y 3 179, respectivamente (este último dato, en el caso de Querétaro, que representa el extremo). Por otra parte, los médicos tienden a concentrarse en las ciudades capitales y urbes importantes. Estos y otros datos numéricos adicionales, gráficamente presentados, evidencian la mala distribución de los médicos adiestrados para el ejercicio liberal de su profesión. Las condiciones económicas de campesinos, peones, medieros, ejidatarios e incluso pequeños propietarios no les permiten el acceso a la medicina liberal. Debe hacerse algo, y pronto. La voz de Miguel Othón concluye incisiva: “Es necesario que hagamos médicos rurales: que nazcan del medio rural, que vuelvan y se reincorporen al medio rural y que

sean los que cuiden de la salud y del vigor físico de la nación mexicana⁵⁵

La proposición de Mendizábal implica un cambio trascendente en la orientación del ejercicio de la medicina, ya que le asigna el desempeño de una función social eminente. Ignacio Millán y Manuel Maldonado introducen, de inmediato, un punto resolutivo: "Este 2o. Congreso de Higiene Rural considera urgente necesidad nacional la formación de un tipo de médico cuya preparación responda técnica, científica e ideológicamente a las demandas del medio rural".⁵⁵ El presidente Cárdenas, al conocer la recomendación, la apoya y ordena la fundación de la Escuela Superior de Medicina Rural, como parte del Instituto Politécnico Nacional (IPN), con la encomienda de preparar médicos para el servicio social. El gremio médico, que en México goza de poder y prestigio, no acepta de buena gana la nueva institución. Su oposición a la escuela y a la función que se le asigna es vigorosa e insistente; no admite que se proporcione a los médicos rurales un adiestramiento limitado a tres años, sino exige el de seis que cursa el médico universitario. En el correr de los años, la presión sobre el nuevo establecimiento y, ante todo, sobre su orientación contraria a la de la sociedad capitalista de libre empresa en que se ubica acaban por triunfar y la escuela suprime su designación de rural para convertirse en simple productora de profesionales de la medicina sin especificidad social. En el cambio influye sin duda el desarrollo de la medicina institucionalizada, cuyo acelerado incremento hace poco necesaria la función original de la escuela.

Los procesos biológicos

El 14 de abril de 1940, en la ciudad de Pátzcuaro, tiene lugar una reunión de singular importancia que congrega a políticos y científicos sociales de toda América, comprendidos en la fragua de postulados y guías de acción que hagan más productiva la convivencia de los pueblos indios con el resto de las poblaciones nacionales del continente. Es el Primer Congreso Indigenista Interamericano, en cuyo temario figura una sección destinada a estudiar las influencias de "las razas y costumbres indígenas" en los procesos biológicos, contemplados éstos desde la perspectiva social. Son discutidos por la asamblea aspectos tales como nutrición, salubridad, cuidado materno-infantil, patología regional, botánica farmacológica y enseñanza médica según la experiencia de cada país. Las deliberaciones coinciden en resaltar los beneficios que se desprenden del enfoque antropológico de las creencias y prácticas indias sobre la enfermedad y el accidente y terminan por recomendar una colaboración más estrecha y comprensiva entre las ciencias sociales y las disciplinas biológicas.

Médicos e indigenistas se pronuncian por el respeto y la tolerancia hacia las ideas, ritos y ceremonias utilizados por los médicos nativos (despectivamente denominados "brujos" o "curanderos"), para resolver la ansiedad que despiertan los

males dominantes en la sociedad *folk*. Hay un vivo interés por estudiar la flora medicinal americana y, en particular, por el conocimiento científico de las plantas alucinógenas y los complejos culturales que las acompañan, tanto para descubrir propiedades bioquímicas aún no bien conocidas, cuanto para desvelar el significado recóndito de cultos, como el peyotismo, de los que parece emerger, en algunos lugares de Estados Unidos, el reforzamiento y la revitalización de las formas de vida indígena. Efrén del Pozo propone la creación de institutos nacionales de fisiología y farmacodinamia que se ocupen de forma permanente de investigar las plantas medicinales indígenas.⁵⁷

En el congreso convergen estudiosos, representantes oficiales de sus respectivos países, con antropólogos, lingüistas y biólogos alemanes como Pablo Kirchhoff y Alfonso Dampf, o estadounidenses como Mauricio Swadesh, Jules Henry (castellanizados nombre y apellido en Julio Enríquez) y Norman MacQuown, quienes atraídos por las proyecciones revolucionarias del movimiento cardenista concurren al congreso adoptados como asesores por la delegación mexicana. Traen consigo una nueva manera de encarar la realidad del indio, procedente de una renovada construcción filosófica, el relativismo cultural, que contempla las concepciones del mundo y de la vida de los pueblos étnicos y la praxis que de ellas deriva como igualmente válidas, en el contexto en que tienen significado y función, a las más complejas de las naciones hegemónicas de la civilización industrial de nuestros días.⁵⁸

Conocer, tarea primordial

Fuertemente influido por estos colegas, Julio de la Fuente, con los datos que le suministra el conocimiento y la participación en la vida de los pueblos étnicos zapotecas, hace notar la necesidad de tomar en cuenta las creencias y costumbres de los indios en cuanto a la enfermedad y el accidente si deseamos asegurar el éxito de las innovaciones que los programas de salud se proponen introducir en el campo rural: "En la base de la resistencia de los indígenas a nuestros sistemas preventivos y curativos se encuentran muchas veces creencias particulares, enlazadas a otros elementos. Conocer aquéllos y éstos parece tarea de primordial importancia".⁵⁸ Concluye que las creencias, como las instituciones, no son elementos aislados de los restantes aspectos de la cultura y, por tanto, cualquier cambio en ellas repercute en la vida total de la comunidad.

De la Fuente tiene en mente endemias como la oncocercosis, traída del África por esclavos negros; el tracoma, introducido a la Península Ibérica por la ocupación árabe y traspasado a México por los invasores españoles; la malaria, la desnutrición y otros padecimientos para los cuales los indios carecen de explicación en su cultura y el personal médico sanitario, que aplica programas de salud, no estima necesario volverlos significativos, como lo hace el curandero con las enfermedades tradicionales. A este propósito dice:

Se ha creído demasiado en lo ventajoso de insistir ante el indígena en lo anticientífico del curandero, en lo inútil o lo pernicioso de sus prácticas, en lo ineficaz de sus medicamentos, en lo irracional de la creencia. Y se ha hecho todo esto cuando no se ha estado en aptitud de sustituir sólida y permanentemente lo que se quita.

Jules Henry parece complementar el pensamiento del antropólogo mexicano cuando asevera: "Una política indigenista inteligente, por tanto, no debería tomar nada por sabido sino tratar de entenderlo racionalmente y actuar de acuerdo con ello".⁵⁹

El cambio de actitud frente al curandero parece haber sido general. Particularmente notable a este respecto es la obra de dos médicos estadounidenses, Alexander y Dorothea Leighton, quienes en 1939 realizan una investigación psiquiátrica entre los navajos, "pueblo elegido" por cuyos integrantes velan siempre los espíritus y poderes del universo. Los navajos viven en una región seca y estéril en grupos familiares dispersos. Las enfermedades son concebidas como resultado de la desarmonía de las fuerzas de la naturaleza. El tratamiento, luego de ser identificado el mal por el diagnosticador, lo realiza el curandero mediante un complejo ceremonial que dura de una a nueve noches con sus días. Al acontecimiento extraordinario concurren los vecinos, "cada uno con sus mejores vestidos y disfrutan grandemente charlando y tomando parte en juegos y carreras que con frecuencia efectúan durante los intermedios del ceremonial".⁶⁰ Este acto cultural, como las *tesguinadas* del tarahumara, tienen un evidente propósito de cohesión social. No carecen de razón los Leighton cuando juzgan un error suprimir el hecho curativo indio con su principal ejecutante, y piden al personal médico hegemónico un poco de más conocimiento de su parte acerca de la importancia del curandero.

Las dos caras del problema

La fuerza de los argumentos conduce a los delegados a exponer los pasos que dan sus respectivos países para superar el desconocimiento de la problemática médica indígena y el estado indeseable de la salubridad y la higiene entre los pueblos étnicos. En relación al punto, altamente ilustrativa es la experiencia del Buró de Asuntos Indígenas, dirigido con mano diestra por el comisionado John Collier, quien expone ante los congresistas el nuevo trato (*New Deal*) que el Acta de Reorganización India de 1934 dispensa a las tribus estadounidenses. Por la escasez numérica de la población bajo su cuidado (unos cuatrocientos mil individuos) y los fondos abundantes que disfruta, el Servicio Indio se apropia las cualidades que contiene un laboratorio cuya operación arroja luz sobre los problemas sociales, ubicuos y universales, y sobre la manera como los afronta para conservar la salud pública. Emina Reh informa acerca de la investigación médico-antropológica del pensamiento y la práctica nativos y lo que se hace en cuanto a la enseñanza de la medicina científica y su ejercicio al nivel primario, impartidos a practicantes

de la medicina tradicional y a parteras empíricas para su aprovechamiento como auxiliares del esfuerzo sanitario.

Ignacio Millán, Miguel Othón de Mendizábal y otros miembros de la delegación mexicana, por su parte, hablan sobre las finalidades de la Escuela de Medicina Rural, recién inaugurada, que enfrenta las carencias indias para contender con las enfermedades, desde la otra cara del problema, es decir, la que contempla adiestramiento en antropología social del practicante de la medicina científica y del personal involucrado en programas de salud para condicionarle en la actividad social y en el debido entendimiento de los conceptos que rigen la salud y la enfermedad entre los indios. Como resultado directo del propósito anterior, el congreso aprueba la resolución XIX, que a la letra dice:

Que los médicos y trabajadores de la medicina, destacados en regiones indígenas, reciban cursos en los que se impartan conocimientos de carácter antropológico, histórico y social, a fin de que hagan una estimación correcta del indígena y desarrollen su trabajo con un criterio más amplio. Una solución adecuada sería la creación de escuelas de medicina rural, en las que se impartirían esos conocimientos de manera regular.⁶¹

En la resolución de Pátzcuaro tienen origen los cursos de problemas rurales e indígenas de México que se dictan en la Escuela Superior de Medicina Rural del IPN. Estos cursos, 1o. y 2o., forman parte del programa de la carrera en los años lectivos 4o. y 5o. del ciclo total de seis y en la nómina del profesorado de 1946 aparecen a cargo de ellos Julio de la Fuente, Alfredo Barrera Vázquez y Gonzalo Aguirre Beltrán.⁶² Este último, con la experiencia adquirida entonces, perfecciona los temas de la materia y sustenta, en 1954, la cátedra de antropología social en la Escuela de Salubridad del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, dirigida por dos médicos sobresalientes, Manuel Martínez Báez y Pedro Daniel Martínez. La escuela está destinada a formar maestros en salud pública y la enseñanza de la nueva materia a los médicos tiene como propósito lograr "la integración de la antropología social con los programas de salud y educación higiénica" como expresamente lo dice la descripción detallada de sus fines.⁶³

Lo sustantivo del curso, en forma harto abreviada, se presenta en 1955 como ponencia en la reunión que celebra en México la Organización Mundial de la Salud y es, además, la médula de un pequeño libro, intitulado *Programas de salud en la situación intercultural*, editado ese mismo año por el Instituto Indigenista Interamericano. La obra es pionera en antropología médica y precede a la designación de la subdisciplina con su nombre actual; su contenido lo componen sistemas teóricos que todavía hoy constituyen los cuerpos de doctrina más importantes estudiados por los antropólogos médicos. Sus acápites son los siguientes: 1) programas de salud; 2) saneamiento del medio; 3) cultura y nutrición; 4) cuidado de la madre y el niño; 5) medicina preventiva y curativa; 6) educación higiénica. Estos desarrollos

y otros más tienen cabida en una comunicación nuestra que informa sobre el progreso de la antropología médica durante el periodo que va del fin de la Segunda Guerra Mundial a los años que corren.⁶²

Palabras finales

Al iniciar la otra mitad del siglo xx, la integración de la medicina y la antropología social es propósito consumado y lo que más tarde se conoce como antropología médica tiene bases teóricas bien establecidas, constituido el objeto de estudio y delimitado el dominio que comienza en las regiones interculturales de refugio y se amplía a las clases sociales subalternas de las sociedades nacionales hegemónicas.

Los programas de salud y la situación intercultural

Gonzalo Aguirre Beltrán

La segmentación extrema de actividades a que conduce la complejidad de la cultura occidental a menudo hace perder de vista la estrecha relación que existe entre los distintos aspectos de la vida social. La medicina y la salubridad (campo especializado de las ciencias biológicas y físicas aplicadas cuya tarea es la prevención y cura de la enfermedad) fueron consideradas como instituciones independientes y sin conexión con el contexto cultural en el que tenía uso, significado y función.

El ejercicio de la medicina, orientado de acuerdo con la filosofía liberal imperante, estaba casi exclusivamente dirigido a la atención de la persona enferma, mediante el pago de una retribución que corría a cargo de quien recibía los servicios del profesionista o de corporaciones de caridad y beneficencia.

Tal estado de cosas obligó al gobierno de la Revolución a tomar en sus manos los aspectos de prevención de las enfermedades y de asistencia a los desheredados que, por incapacidad económica o cultural, no podían cubrir los honorarios del médico. Pero, no obstante el adelanto que implicó tal medida, las actividades de prevención y asistencia pecaron de unilaterales, ya que se limitaron, fundamentalmente, a atacar el problema médico, esto es, a curar a los enfermos y a prevenir la aparición de enfermedades estableciendo programas de medicina y salubridad sin tomar en cuenta los factores sociales determinantes de la ausencia o presencia de salud.

Las ideas sobre lo que es la salud y las formas de preservarla, sin embargo, no han permanecido inalterables. En los últimos años introdujeron modificaciones de cuantía el gran desarrollo de las ciencias sociales y la tendencia que hoy prevalece de aplicar sus recursos técnicos a la resolución de los problemas humanos. Entre estos problemas destaca, como de importancia capital, la satisfacción de esa necesidad básica del hombre que es la salud.

El planteamiento del problema desde un punto de vista integral y no sólo desde el reducido ángulo médico hizo que la Organización Mundial de la Salud, al buscar una buena definición de lo que debe entenderse por salud, escogiera entre las más adecuadas la que sigue: "La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad".

La salud, en efecto es parte integral del fenómeno social y no una variable independiente que pueda considerarse aislada de su contexto.^{vi} Esta verdad, aparentemente exagerada por no ser explícita en nuestra cultura, adquiere su sentido cabal cuando contemplamos las ideas y patrones de acción que respecto a salud y medicina tienen las comunidades indígenas del país y nos encontramos en la imposibilidad de separarlos de las creencias, valores y significados morales, religiosos y sociales que integran y dan firme cohesión a esas sociedades.

Las diferencias de acento que las medicinas occidentales e indígena ponen en su interrelación con el contexto cultural se ven incrementadas por divergencias, de tanta o más consideración, en el enfoque fenomenológico de la enfermedad; por ideas distintas sobre limpieza y polución, sobre imagen y función del cuerpo; y por una notable desigualdad en los roles desempeñados por los especialistas de una y otra medicinas.

Lo anterior conduce, inevitablemente, a darle importancia decisiva a la situación intercultural, si hemos de elaborar programas de medicina y salubridad aceptables para los habitantes de las regiones donde concurren grupos humanos que participan de culturas distintas y que por ello tienen dificultades que no son las que estamos habituados a encontrar y superar.

En las zonas indígenas coexisten, como es sabido, dos grupos humanos con formas de vida distintas: los mestizos y los indios. Los primeros son parte integrante del grupo mayoritario del país y poseen una cultura que es una variante regional de la cultura nacional; por lo común pueblan en una ciudad que actúa como grupo rector de una amplia área geográfica que constituye el *hinterland* de la urbe.^{vii} Viven en simbiosis socioeconómica con los indios y en lo que a medicina se refiere acuden al profesionista de la medicina científica o a los agentes subprofesionales entrenados en ideas y patrones de acción empíricos. Aun cuando conservan muchas creencias y prácticas *folk*, la orientación general de sus representaciones se aparta apenas de la causalidad racional de las dolencias.

Los indígenas, en cambio, habitan en comunidades dispersas en el *hinterland*; con una cierta interdependencia con el núcleo rector y poseen una cultura distinta a la nacional que presenta diversos niveles de integración según sea mayor o menor su relación respecto al núcleo. Sus creencias y prácticas médicas derivan de conceptos mágicos-religiosos y para tratar sus enfermedades acuden a los especialistas nativos, informalmente entrenados, que tienen sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades conceptos fundamentalmente místicos.^{viii}

La ciudad mestiza cuenta con agencias sanitarias de grande o pequeña importancia, cuyo personal ejerce determinada acción para combatir la polución del suelo y la contaminación del agua. Un sistema moderno de avenamiento y agua potable entubada llena de forma adecuada las necesidades ciudadanas. Las casas de mampostería y techos de terrado o teja permiten relativa amplitud, luz y ventilación y ofrecen protección contra las inclemencias del tiempo. El vestido, de tipo occidental, cumple en los más su función de abrigo.

El *hinterland* indígena constituye la llamada zona de influencia de las agencias sanitarias de la urbe y hasta ella pocas veces llegan las campañas de inmunización, a no ser por motivo de un grave brote epidémico. La deposición de la excreta humana se realiza a flor de suelo, en sitios privados donde no sea fácil su captura y uso en actos de maleficio. El agua se toma de manantiales, corrientes y depósitos expuestos, pero mágicamente protegidos por símbolos potentes, como la cruz. Las casas son de bajareque, piso de tierra y techo de zacate o palma; algunas veces amplias, mas siempre poco iluminadas y con escasa ventilación. Raras veces el hogar forma parte de una construcción separada. El vestido por lo general es adecuado, pero tiene el inconveniente de un primitivo proceso de elaboración que lo hace costoso e impide su muda y aseo frecuentes en las zonas frías y templadas.

En la ciudad existen instituciones hospitalarias y otros servicios asistenciales que ofrecen atención más o menos eficiente para las afecciones quirúrgicas y el cuidado de embarazadas y parturientas. En algunos lugares se han instalado ya clínicas de natalidad atendidas por profesionistas y aunque todavía los partos normales son en su mayoría atendidos por las comadronas, siempre existe la posibilidad de que los distócicos vayan a dar a manos de médicos técnicamente capacitados para resolverlos.

En el campo indígena la atención del enfermo y de la parturienta se lleva a cabo en el ambiente cálido del hogar doméstico. La asistencia está bajo la responsabilidad de la cooperativa familiar o del linaje. No existe la posibilidad de una intervención quirúrgica oportuna y sólo en los casos de lesiones que implican la comisión de un delito, los indígenas se ven obligados a aceptar, de grado o por fuerza, la atención impersonal del hospital de la urbe.

No obstante las desventajosas condiciones de medicina y salubridad en que vive el indígena, cuando la situación se mide por los coeficientes diferenciales de mortalidad infantil y mortalidad bruta en el campo y en la ciudad, la balanza no parece inclinarse decididamente por la urbe. El dicho vulgar de que "el campo es más sano que la ciudad" era cierto todavía antes de que la instalación de sistemas modernos de avenamiento y agua potable hiciera disminuir de forma considerable las enfermedades producidas por la ingestión de agua y alimentos contaminados. La protección sanitaria de las ciudades, sin embargo, se encuentra las más de las veces limitada a la porción central de las mismas, permaneciendo la periferia

en su habitual hacinamiento y miseria, condiciones que pocas veces se dan en las comunidades indígenas.

Conocimiento de la cultura

El bosquejo de la situación intercultural arriba expuesto pone en evidencia la necesidad de tomar en consideración los factores sociales, y no sólo los médicos-sanitarios, si queremos asegurar la buena marcha de un programa de salud en grupos de población de cultura heterogénea. Un programa delineado conforme a las normas inflexibles de la técnica occidental, respaldado por un presupuesto elevado y por personal de alta capacidad profesional, puede ser perfecto para el sector más urbanizado de una de nuestras ciudades en proceso de industrialización; mas es el todo inoperante en una situación intercultural como la que presentaban las zonas indígenas del país.

En estas últimas es indispensable abatir, desde el primer momento, el nivel de nuestras aspiraciones y establecer metas mínimas y restrictas a tono con la cultura específica de las comunidades indias y las variaciones regionales de las formas de vida nacional desarrolladas por el núcleo rector de la zona. Eso no significa el planeamiento de un programa imperfecto y de baja calidad profesional que ofrezca a los sujetos de asistencia y salubridad servicios de medicina y de salud a medias; quiere decir sencillamente una limitación en la extensión y en la profundidad de los servicios que se impartan, una reducción en la escala de las posibilidades y en la suma disponible de facilidades, sin que por ello se menoscabe la calidad de la práctica, ni de la teoría, realizada a un bajo nivel de expectación.

El personal profesional y subprofesional a cuyo cargo queden las distintas fases del programa habrá de contar con una correcta preparación científica y el personal de base, reclutado en las propias comunidades indígenas, recibirá el adiestramiento adecuado, en tal forma que pueda equipararse en conocimientos y habilidades al personal no indígena de igual jerarquía técnica. El programa, por supuesto, quedará a cargo de un epidemiólogo (maestro en salud pública) altamente capacitado para dirigir y operar un proyecto que, a más de los inconvenientes de la implementación común del trabajo sanitario en el medio rural y que derivan de la población, de su general analfabetismo, aislamiento y bajos ingresos monetarios, tendrá que lidiar con dificultades aún mayores que emanan de la diversidad de culturas y de los variados niveles de aculturación que ostentan las localidades integradas en un sistema regional.

Las dificultades de orden cultural, que en la situación indígena son realmente las trascendentes, imponen al personal obligaciones insólitas de adiestramiento en capítulos que no suelen figurar en la planeación de programas de salud. La primera de ellas es la necesidad que el personal tiene de conocer a profundidad la cultura de las comunidades indígenas donde habrá de operar. En este conocimiento está incluido de modo prominente el idioma vernáculo que se hable

en la región o en la localidad. El personal tendrá como ineludible prerequisite de inclusión el ser bilingüe desde su ingreso al programa o pasado el tiempo relativo de aprendizaje. Sólo conociendo los medios de relación (lengua nativa y lengua nacional) podrá operar con libertad en los grupos que componen la situación intercultural.^{IX}

El conocimiento del idioma indígena es el paso previo para un conocimiento de mayor importancia, el de la cultura indígena. Es posible utilizar intermediarios para entrar en relación más o menos correcta con los indígenas; pero no será nunca posible entenderse con ellos y lograr su aceptación si se desconoce el sistema de creencias, valores, instrumentos, habilidades, actitudes y emociones que integran sus formas de vida. Particularmente indispensable es el exacto conocimiento de las ideas y patrones de acción que norman la medicina y la salubridad indígenas, ya que sin ese conocimiento surgirán conflictos innecesarios entre las ideas y prácticas científicas y las tradicionales, con demérito del éxito y de la continuidad del programa.^X

La comprensión crítica de las variantes regionales de la cultura nacional es otro conocimiento indispensable en la aplicación de un programa de salud. El monto y grado de la dependencia económica entre la urbe y su *hinterland*; la fortaleza o debilidad de las inclusiones mestizas en territorio indio; la escala diferencial de aculturación de las comunidades satélites y su estrecha o lejana conexión con el núcleo rector son factores básicos en la estructuración de un sistema intercultural de integración regional que condiciona el *status* de los grupos diversos que lo componen y determina la naturaleza de las relaciones interétnicas. La situación de dominancia o sumisión de un grupo respecto al otro; la gravedad de las tensiones y ansiedades que origina la interacción entre indios y mestizos, y las diferencias en el carácter social, de que éstos y otros elementos son causa, tienen suma importancia cuando se ponderan los métodos elegibles en el abordaje del problema para conseguir, desde el principio, la aceptación del programa y la cooperación de ambos grupos.

El conocimiento y comprensión de las culturas indígenas y regional es campo privativo de la antropología social, disciplina cuyos lineamientos básicos (en particular la adecuada inteligencia de la teoría de la cultura) suministran instrumentos tanto para fincar en el personal actitudes deseables en el enfoque de la situación intercultural, como para hacer surgir al nivel de la conciencia prejuicios y estereotipias, fuertemente internalizadas, que derivan del *status* de clase social, del rol autoritario que desempeñan los profesionistas y de la preparación científica, racionalista y formal impartida por escuelas necesariamente especializadas.^{XI} El conocimiento desinteresado de la gran carga emotiva (preferencias, valores, juicios y opiniones) que consigo acarrea el proceso de la propia endoculturación ayudará a corregir las inevitables alteraciones que introduce la ecuación individual y facilitará enormemente el establecimiento de una corriente de mutua simpatía entre los que operan el programa y los que reciben la atención.^{XII}

Participación de la comunidad

Todo programa de salud requiere para su éxito la participación activa de la comunidad. Cualquier progreso en el camino que conduzca a la salud debe conseguirse por el grupo primario a base de esfuerzos, fáciles o penosos, que otorguen la seguridad de que el objetivo alcanzado se debe a la propia tenacidad y que, en consecuencia, es un bien que amerita preservarse. Nada de lo que es impuesto o de lo ofrecido como dádiva tiene valor perdurable si carece de significado y no da sentido de pertenencia al sujeto que recibe la acción sanitaria o asistencial; no importa que pueda demostrarse que éstas sean útiles o benéficas.

No es posible obtener la participación activa de las comunidades indígenas en un programa de salud si antes no se crean las motivaciones adecuadas para que la población sienta la urgencia de intervenir en auxilio de sí misma. Problemas de avenamiento, agua potable, abrigo y habitación higiénicos, prevención y otros tantos que preocupan hondamente al epidemiólogo no son motivo de ansiedad para los indígenas que ignoran la causalidad natural de las enfermedades y, por tanto, no ven la necesidad de ofrecer trabajo y cooperación para resolver situaciones de malestar por métodos cuyos supuestos teóricos no alcanzan a comprender.

Para que un problema social tenga realmente existencia en una comunidad indígena no basta con que así sea catalogado por investigadores procedentes de la cultura dominante. Es indispensable, además, que sea sentido como tal por el grupo subordinado. El conocimiento, al nivel de la conciencia, de una situación indeseable y el sentimiento de malestar por parte de la mayoría de las personas que componen un grupo primario son premisas ineludibles para la existencia de un problema social. Si ese conocimiento y ese sentido no están presentes y no tienen el grado conveniente de difusión, difícilmente puede hablarse de la existencia de un problema social, puesto que éste no es reconocido por los propios interesados; menos aún se puede esperar participación activa en la solución de un problema que existe para la cultura nacional, pero no para la comunidad en que se pretende operar.

En tales condiciones, parece lógico que la conducta a seguir no es la de imponer un programa de salud rígido encaminando a resolver los problemas que, de acuerdo con las normas científicas de la administración sanitaria, sean los primeros a tenerse en consideración; sino la de recabar la información más completa que lleve al conocimiento de cuáles son los problemas que la comunidad siente y de cuyo existir tiene plena conciencia, cuáles son las causas por ellas percibidas y cuáles las posibles soluciones para subsanar el estado de malestar y, una vez realizada la encuesta, dar primacía a los problemas que el grupo considere importantes, aun cuando epidemiológicamente tengan trascendencia mínima. Lograda la participación activa de la comunidad en los problemas que ella evalúa en tan alta estima, se habrá abierto la brecha para conseguir trabajo y cooperación en el

programa total a medida que se hagan surgir al nivel de la conciencia la significación y causalidad de problemas de mayor monta.

Importante en el logro de una efectiva participación son los canales de comunicación que se utilicen. Sólo el conocimiento de la cultura, en particular de las formas de control social ideadas por el grupo para mantener su cohesión y *esprit de corps*, permitirá al personal de un programa de salud abordar de forma directa a los líderes o dirigentes de la comunidad, que tanta influencia tienen en las decisiones finales que toma el grupo. En las comunidades indígenas son por lo común los principales o mandones quienes en verdad gobiernan los destinos de la población local, aun cuando la autoridad y la responsabilidad la ostenten funcionarios del consejo municipal. Es la aquiescencia de quienes en realidad motivan la acción de la comunidad la que habrá de buscarse para obtener una participación que asegure el éxito del programa.

Pero no habrá que conformarse con este importante logro. La inclusión en el personal del programa, como promotores del cambio cultural, de individuos procedentes de las propias comunidades indígenas con un *status* adscrito de importancia clave es condición tan esencial como la aquiescencia y cooperación de los ancianos. Éstos, por la naturaleza misma de su posición dentro del grupo propio, no son sujetos de quienes pueda esperarse la aceptación de innovaciones que necesariamente chocan y entran en conflicto con ideas y prácticas tradicionales. Gran parte de la autoridad y control que los mandones ejercen está respaldada por creencias en la sabiduría y poder mágico que se atribuyen, y son ellos los primeros en favorecer la conservación de un estado de cosas que ha permitido la subsistencia del grupo. Muchos de estos principales, por la calidad sacra de la función que tienen, desempeñan roles importantes en la resolución de las ansiedades motivadas por la aparición de plagas y epidemias, fenómenos meteorológicos adversos y catástrofes de toda índole.^{xiii} Son curanderos (médicos hechiceros) dedicados no sólo a la atención de la persona enferma, sino también, y muy principalmente, al tratamiento de las causas de malestar social que afectan a la comunidad.

El entrenamiento y utilización de esos curanderos en los programas de salud se ha intentado con cierto éxito en las sociedades urbanas donde el carácter sacro y el *status* de dichos sujetos dentro del grupo primario no tienen ciertamente la gran relevancia que tales características ostentan en sociedades indias donde los procesos de individuación y secularización apenas se inician. La capacitación de curanderos y comadronas citadas es posible y deseable mientras el programa de salud no pueda modificar las actividades y creencias que impiden que un sector considerable de la población urbana acepte las normas y los beneficios de la medicina científica. Pero esa capacitación es difícil, si no imposible, en las comunidades indígenas. El número considerable de quienes ejercen la medicina tradicional, su dispersión en un territorio extenso y mal comunicado y el conservatismo

de las ideas y patrones de acción de esa medicina, sostenido por la presión social y ligado a un sistema mágico-religioso firmemente integrado, no son condiciones propicias para inducir, salvo en casos individuales de excepción, conocimientos y habilidades nuevas que sustituyan o se agreguen a las ya existentes.

No sucede lo mismo con los comuneros que, por su juventud, no alcanzan aún tan elevada posición ni han adquirido la sabiduría mística que otorga la autoridad; pero que, por su *status* adscrito, están avocados a ejercer con el tiempo el papel de dirigentes. En ellos la ausencia de conocimientos especializados mágicos-tradicionales facilita el condicionamiento de una conducta higiénica racional y el entrenamiento, por tanto, en las ideas y prácticas de la medicina científica. En la selección de estos promotores tendrán más valor las características de la personalidad social determinadas por la posición en la comunidad, que la calificación de sus conocimientos y habilidades medidos por los estándares de la cultura nacional. Quiere esto decir que importa menos que el promotor en ciernes sea analfabeto y torpe, que su falta de prestigio e influencia en el grupo propio.^{xiv}

La participación de la comunidad no se limitará, desde luego, a la que puedan ofrecer las personas clave; habrá que conseguir la activa cooperación del grupo total y a cada uno de los integrantes se les responsabilizará en la parte de esfuerzo que corresponda. La cooperación económica es lo que puede afectar al conjunto y se le debe buscar con ahínco. Ciertamente los programas de salud son establecidos y financiados por el Estado como un servicio social a que tiene perfecto derecho la población; pero es preciso tener en mente que las posibilidades del erario son limitadas y de ninguna forma alcanzan a satisfacer todas las necesidades.

Las comunidades indígenas pueden sostener en parte los requerimientos presupuestales de un programa de salud; tienen la capacidad económica suficiente para cubrir servicios mínimos que, las más de las veces, son menos costosos que los que están acostumbrados a pagar a sus propios curanderos. El problema reside en organizar a la comunidad para mantenerla en esfuerzo continuado y habituarla a cubrir esos servicios en signos monetarios.

En la mayoría de las ocasiones las comunidades tienen posibilidad de pagar los salarios de un promotor o cubrir todo o en parte el importe de los medicamentos indispensables para el tratamiento y prevención de enfermedades y accidentes que no requieran una prolongada atención. El establecimiento de asociaciones de ayuda mutua u otras formas de seguro médico-social acordes con la estructura social de la comunidad ha permitido, en diversas regiones del país, obtener la participación efectiva de grandes sectores de población.

Normas básicas

Para mantener esa participación, sin embargo, es indispensable que los programas de salud se ajusten a unas cuantas

normas básicas. La primera impone *llevar la medicina al indígena sin esperar que éste venga a la medicina*. Ello implica movilidad e iniciativa de parte del personal. Todo programa de salud debe estar dotado de movilidad suficiente para superar las inconveniencias de la dispersión de la población en las zonas indígenas. Un plan rotativo de visitas por las brigadas médico-sanitarias hará posible cubrir un área extensa sin demérito de la profundidad del trabajo, si en las localidades bajo tratamiento quedan agentes sanitarios de base (los promotores culturales) que consoliden la labor de prevención y curación. El médico, el oficial sanitario, el personal restante que integra la brigada, pero sobre todo, la enfermera visitadora, tendrán la clínica o el pequeño hospital sólo como centro de operaciones de donde partirán, con la frecuencia aconsejable, para entrar en contacto personal con los miembros de la comunidad donde actúan.

Uno de los errores más comunes en la aplicación de programas de salud en las zonas indígenas es suponer que basta con la instalación de un servicio para que éste sea solicitado por los habitantes. La realidad nos muestra que los indígenas invariablemente se abstienen de concurrir en demanda de auxilio para prevenir o curar sus padecimientos y que son las inclusiones mestizas en territorio indio las únicas que por propia iniciativa acuden a la consulta médica. En ciertas ocasiones, los servicios cuentan con pacientes indígenas más o menos numerosos que se ven compelidos a solicitar el tratamiento, obligados por la incapacidad o el sufrimiento que produce una enfermedad determinada; pero aun en esos casos los que sufren molestias menores y el conjunto de los sanos permanecen alejados del programa. Ello conduce, por el camino del menor esfuerzo, al enquistamiento del personal médico en la clínica o el hospital y, en consecuencia, a la reducción de las actividades a prácticas meramente curativas, con menoscabo evidente del énfasis que todo programa debe poner en la medicina preventiva y en la promoción de la salud.

Responsabilidad de la enfermera visitadora es que esto suceda. Una vez que el promotor cultural de la salud pública haya abierto las puertas para que libremente se introduzca en los hogares del grupo propio, establecerá los contactos personales necesarios para recabar una justa información sobre la estructura de la familia, indígena o mestiza. Ésta habrá de consistir sobre todo en: 1) la naturaleza de las relaciones intra e interfamiliares; 2) la posición respectiva del padre y de la madre; 3) la atención que esta última recibe en el embarazo, el parto y el puerperio; 4) los métodos que guían la endoculturación del niño; 5) ideas y actitudes respecto a la salud, la prevención y la enfermedad; 6) el monto y porcentaje que en el presupuesto familiar corresponden a la alimentación, el vestido y la habitación; 7) las formas de producción, selección, preparación y conservación de los alimentos con el horario y la etiqueta de las comidas; 8) los procesos de elaboración, características y el uso del vestido; 9) las condiciones de amplitud, ventilación y luz de la casa; 10) las facilidades de que disponga en lo referente al

establecimiento de agua, disposición de los desechos y sanidad de sus alrededores; 11) las horas de trabajo, reposo, entretenimiento y los tipos de recreación, y en fin, 12) la conducta higiénica de la familia y la influencia que sobre ella tienen los patrones culturales, particularmente los religiosos, y los rasgos de la personalidad social (diferencias en orientación respecto al tiempo y en actitudes sobre cambio y progreso, trabajo y eficiencia, aceptación y resignación).¹⁷ Así informada, la enfermera visitadora podrá descubrir las motivaciones que hagan posible que el indígena acepte los servicios preventivos y curativos, primero en el ambiente conocido del domicilio propio, y más tarde en el extraño medio hospitalario.

Del incremento de las relaciones personales entre los miembros de la brigada médica y la comunidad depende el monto de la concurrencia al servicio y ese incremento sólo puede alcanzarse a base de movilidad e iniciativa por parte de quienes operan el programa; pero, además, precisa la consideración de una segunda norma importante: *descender la medicina científica al nivel de la cultura de la comunidad*.

La finalidad última de un programa de salud es conseguir la generalización de una conducta higiénica en los integrantes de una comunidad o en la mayoría de ellos, para alcanzar niveles de salud acordes con los progresos de la medicina científica. Para lograr ese objetivo en la sociedad nacional, hay la necesidad de impulsar acciones dirigidas al establecimiento de costumbres sanitarias, a la formación de hábitos saludables y al condicionamiento de patrones de conducta encaminados a prevenir la enfermedad. En la consecución de estas metas se emplean fundamentalmente el proceso de endoculturación y los procedimientos que suministra la educación, no sólo para inducir nuevas ideas y mejores prácticas, sino, en gran medida, para transmitir las ya existentes que son útiles para la conservación de la salud.

En las sociedades indígenas las condiciones son otras. Allí el programa requiere la modificación de costumbres inconvenientes, renovar hábitos dañinos, recondicionar, en fin, patrones de conducta insalubres. Para lograrlo debe valerse del proceso de reinterpretación, donde los procedimientos que suministra la educación higiénica no están ciertamente dirigidos a transmitir las ideas y prácticas establecidas sino, en su mayor parte, encaminadas a modificarlas, a renovarlas, a recondicionarlas, es decir, a realizar un profundo cambio cultural.

En la situación nacional el establecimiento de una conducta higiénica implica alteraciones menores en los elementos de una cultura que, de hecho, tiene ya en marcha un proceso de cambio que afecta sus aspectos más importantes. En la situación indígena la consecución de una conducta higiénica impone modificaciones profundas en los elementos de una cultura con formas de vida fuertemente integradas y, en la actualidad, no orientadas hacia el cambio sino hacia la conservación. Si un programa de salud intercultural colocado en tan incómoda postura ha de lograr sus metas, debe tomar en cuenta las tajantes diferencias que existen en

una y otra situaciones; en consecuencia, variarán los métodos de aproximación al problema. En la situación indígena será forzoso que la medicina científica descienda al nivel de la cultura de la comunidad.

Lo anterior significa un compromiso con las creencias y prácticas mágico-religiosas de las comunidades indígenas, que habrán de ser respetadas por el personal del programa al inducir ideas y patrones de acción racionales, con el fin de ayudar al indígena a reinterpretar los nuevos elementos en el viejo molde de sus patrones tradicionales, como paso previo e indispensable para lograr una conducta higiénica.^{XV} Parece indudable que poco desmerecen la acción preventiva o la curativa si el indígena las acompaña de oraciones, ofrendas y otros procesos inocuos (purificación y limpieza mística, transferencia mágica del mal) en sus primeros contactos con la medicina científica; en cambio, este maridaje insólito de ciencia y magia fortalece la sensación de seguridad psicológica del afectado y es un paso adelante en la inducción de conceptos racionales.³³

El conocimiento justo de los apartados de la medicina indígena permitirá al personal médico adscribir nuevos valores a los elementos tradicionales, facilitando su aceptación por la comunidad y evitando conflictos innecesarios que ponen en peligro el éxito y la continuidad del programa. Ello no quiere decir que la indigenización de la medicina científica llegue a tal punto que pase por alto creencias y prácticas altamente nocivas para la salud o que pongan en peligro el tratamiento moderno. Es evidente que en tales casos, por fortuna no frecuentes, el médico hará uso de todo el prestigio que haya podido adquirir para desterrar y condenar con absoluta inflexibilidad algo que perjudique al individuo o a la colectividad.

El sano juicio del médico y del personal a sus órdenes, despojados de los prejuicios y estereotipias comunes en la cultura nacional, regularán el grado de flexibilidad a que deben llegar para lograr la aceptación de la medicina científica por las comunidades indias; pero en el programa de salud intercultural del que forman parte resulta indispensable una tercera norma importante, a saber: *ajustar la medicina a las condiciones del medio social*.

El tratamiento y la prevención modernos se rodean, en los centros urbanos de la cultura nacional, de un cúmulo de facilidades tan grande (factor que innegablemente concurre a darles su actual excelencia), que fuera del ámbito de la cultura industrial difícilmente pueden operar. Esas facilidades y las ideas y patrones de acción a ellas aparejados provocan en los profesionistas, con lamentable frecuencia, una manifiesta incapacidad para adaptarse a las condiciones sociales del ambiente intercultural y los lleva a rehuir el problema haciéndoles reproducir en el paisaje primitivo de la comunidad *folk* una situación artificial que no tiene significado ni función en la cultura indígena.^{XVI}

El establecimiento de policlínicas con servicios especializados, de horario rígido, con hospitalización de los pacientes sujetos a la atención impersonal de enfermeras y

auxiliares altamente capacitados, y dotadas de los medios y equipos bastantes para suministrar al médico gran seguridad y confort en sus intervenciones, es sin duda adecuado para la situación privilegiada de un sector más o menos numeroso de las urbes; pero es del todo inoperante en la actual situación indígena.

Para esta última basta un mínimo de servicios generales a tono con su economía precaria, donde el médico esté dispuesto a actuar unas veces como internista, otras como cirujano, partero, odontólogo y, en no pocas ocasiones, como consejero y asesor en actividades que en la sociedad nacional no son de su incumbencia y aun menoscaban su prestigio. En la situación indígena la hospitalización tiene que limitarse, aun en los casos de enfermedades infecto-contagiosas que pongan en peligro al grupo, a los sucesos de franca emergencia. La atención y alimentación del paciente, siempre que se pueda, deben ser responsabilidad familiar; y los partos normales habrán de atenderse a domicilio por el médico, por la enfermera o por la comadrona, según las preferencias locales. El puesto, la clínica y el hospital tienen, más que una función asistencial, la de bases y puntos de partida de servicios de prevención y promoción de la salud.

Normas como las tres arriba propuestas, cuya efectividad ha quedado plenamente demostrada en los proyectos interculturales de desarrollo regional hoy en marcha, podrán despertar la crítica adversa de algunos observadores sofisticados de las urbes que tengan un concepto estrecho del papel y la función de la medicina científica; pero el éxito de un programa no se mide por la perfección ideal que puedan tener sus servicios, sino por el ajuste que logre al ambiente sociocultural, medido por la aceptación que le otorgue la comunidad en donde opere.^{XVII}

Una última norma, no por última menos importante, debe tener constante consideración en el programa de salud. Es la que obliga a *integrar la medicina al contexto intercultural*. Esto debe realizarse en tres dimensiones distintas: en el nivel del personal, en el nivel de contenido y en el nivel de la función.

La complejidad de la medicina moderna, las dificultades que implica la consecución de cambios perdurables en la conducta higiénica, el número importante de personas que atienden un programa y la extensión superficial que abarcan, las más de las veces considerable, hacen imposible que los profesionistas puedan siquiera tener la posibilidad de adquirir todos los conocimientos y habilidades necesarios para confrontar la compleja situación intercultural, ni la libertad de movimiento que les permita relaciones suficientemente amplias. Así, enfermeras, oficiales sanitarios, trabajadoras sociales y otro personal auxiliar son miembros de extensión indispensables.

Un agregado de estas personas constituye una brigada médica a la que se asigna una tarea y un territorio en el programa. Este agregado, para que tenga función útil, requiere constituirse en una unidad de trabajo que actúe como grupo, coordinadamente, bajo una dirección y un objetivo

comunes. Cada una de las personas que componen la unidad o equipo de trabajo debe tener no una tarea fija que pueda llevar a cabo aisladamente, sino acciones asignadas y en tal forma acopladas con las de los restantes componentes de la unidad, de modo que resulte de ello un esfuerzo de conjunto.^{XVIII}

El promotor indígena que abre las puertas de la comunidad, la enfermera visitadora que recopila información valiosa, la trabajadora social que inculca nuevos hábitos, el oficial sanitario que ejecuta obras de saneamiento con la ayuda del personal auxiliar y de los miembros del grupo en que opera, y el médico que investiga y aplica sus habilidades en el tratamiento de la comunidad, deben armonizar sus roles específicos para que el trabajo tenga efectivamente consistencia de unidad.

Si el logro de un buen trabajo de equipo es difícil en la situación nacional, más aún lo es en la intercultural, donde el médico, que por su jerarquía y capacidad es quien debe dirigir la unidad de trabajo, no sólo necesita alentar, instruir y encauzar al resto del personal en un esfuerzo común, sino que además debe ajustar las creencias, valores, intereses y preferencias de individuos que provienen de grupos culturales diversos.

En efecto, en la situación intercultural al médico le precisa integrar su unidad de trabajo con personal básico indígena: los promotores culturales que proceden de la comunidad en que actúa. Debe trabajar, además, con personal subtécnico extraído de la cultura regional, que tiene respecto al indígena prejuicios y estereotipias sumamente arraigados, por la naturaleza de la interdependencia económica que en grande escala existe entre indios y mestizos. Por último, requiere actuar con personal profesional, entrenado en escuelas altamente especializadas, que han conformado sus ideas y patrones de acción con preconcepciones sobre el *status* y el rol que los profesionistas tienen en sociedad. Parece indudable que sólo con un conocimiento apropiado de las culturas indígenas y regional y de las actitudes determinadas por el aprendizaje de una especialidad, podrá el médico, jefe de la unidad de trabajo, imbuir a su equipo las características precisas que lo califican como tal.

La integración del grupo en unidad de trabajo es el primer paso para una integración de mayor importancia, a saber: la de los distintos apartados que componen la medicina. La nutrición, el saneamiento del medio, los cuidados maternal e infantil, la prevención de las enfermedades infecciosas, la asistencia curativa clínica u hospitalaria y la educación higiénica no habrán de establecerse en la situación intercultural como programas separados, sino como una integración.

El hecho de que, por necesidades impuestas por la importancia o por el interés en la resolución de un problema que la comunidad o el epidemiólogo consideren importante, se estudien y planeen programas separados de nutrición, saneamiento, etc., de ningún modo hará perder de vista que tales programas son sólo partes de un plan total de salud. Campañas sin coordinación destinadas a combatir un

padecimiento determinado (tuberculosis, viruela, bocio) o una defectuosa condición de salubridad (agua, avenamiento) pueden ser convenientes o imponerse en la situación nacional, pero son del todo inoperantes en la situación intercultural, donde la especialización, según hemos visto, no tiene significado ni función.

En las comunidades indígenas, donde la integración de la cultura es aparente, las creencias y prácticas médicas constituyen un conjunto interrelacionado que forma una unidad de pensamiento y de acción. En la sociedad nacional, la especialización de la medicina no pone en evidencia esa integración, y a ello se debe la frecuencia con que se toman como variables independientes partes de una unidad. En la situación intercultural sería un lamentable error olvidar la naturaleza integral de la medicina y tratar, en consecuencia, de reproducir en ella un estado de cosas completamente artificial.

La integración del contenido debe completarse en todo programa de salud con una integración funcional. Ello significa que los programas de salud no han de organizarse como programas aislados, sino como partes de programas más amplios de desarrollo integral. En efecto, un programa de salud no afecta exclusivamente el estado de bienestar físico y mental del individuo, sino, tal y como lo planea la definición aceptada de salud, implica también un bienestar social. El programa de salud, por ello, requiere estar conectado con programas de mejoría económica, de desarrollo agrícola, de organización y control social, de educación básica y de gobierno; es decir, debe estar acoplado a un programa integral de cambio cultural.

Es bien sabido que la cultura es un todo que funciona como una integración y que un cambio en una de sus partes tiene inevitables repercusiones en las restantes.^{XIX} Un programa de salud que modifica las creencias y prácticas tradicionales sobre medicina introduce alteraciones de gran trascendencia en la religión. El mismo programa, al liberar a las comunidades de la ansiedad que provoca la enfermedad e imbuirle ideas y prácticas racionales, menoscaba la autoridad de los ancianos y el control social que éstos ejercen sobre la comunidad al favor de su sabiduría y poderes místicos. Un programa de salud tiene efectos sobre la economía al crear necesidades que deben ser cubiertas con dinero, perturbando así la economía de subsistencia de las comunidades, las formas del trabajo cooperativo y el sistema de administrar el prestigio que esas comunidades utilizan para cubrir los servicios de los especialistas indígenas de la medicina. Un programa de salud, en fin, al controlar con éxito brotes epidémicos graves y hacer patente en los afectados su causalidad natural, origina una disminución en la criminalidad al mermar las muertes violentas de brujos y hechiceros, a quienes se atribuye la aparición de las plagas que atacan al grupo.

A su vez, según hemos visto, la religión que rige las creencias y actividades todas del indígena tiene insondable influencia sobre la medicina. La economía, particularmente

los niveles del poder adquisitivo, determina la posibilidad de obtener alimentación, casa, abrigo y medicamentos adecuados. La organización social, la educación, las ideas estéticas y el sistema de valores, en suma, todos los aspectos de la cultura, tienen intervención, lejana o próxima, con las resultantes finales de un programa de salud.

Parece, pues, indudable que si un programa de salud fuese aplicado de manera aislada, sin el apoyo esencial de programas de educación, mejoras técnicas y económicas y, en lo general, de programas que eleven los niveles de acul-

turación de las comunidades y favorezcan su integración a la sociedad nacional, operaría en gran medida en el vacío, ya que no podría sentar las bases para obtener de forma perdurable una conducta higiénica en el pueblo. El programa de salud debe, por tanto, formar parte de un programa más amplio de desarrollo regional integral que ataque las facetas todas de la situación intercultural desde todos los ángulos posibles, para conseguir un efectivo bienestar físico, mental y social de la comunidad.

Citas adicionales

- I Las siguientes transcripciones de George M. Foster, Félix Martí Ibáñez y Lyle Saunders corresponden a la versión castellana publicada en los documentos de trabajo a que nos referimos.
- II Trabajo publicado inicialmente en edición mimeografiada por la *Smithsonian Institution* de Washington, D.C., julio de 1951.
- III Tomado inicialmente de: *California's Health* 1956, 13 (14), 107-10.
- IV "Enseñóseles también un poco de tiempo a los indios la medicina, que ellos usan en conocimiento de yerbas y raíces, y otras cosas que aplican a sus enfermedades; mas esto todo se acabó".²³
- V "Estimulado por el trabajo del Dr. Manuel Gamio, a quien conoció durante un viaje a México, y teniendo en mente el proceso de cambio cultural, Redfield eligió para su disertación doctoral el estudio de un pueblo mexicano, un tipo de comunidad acerca de la cual poco se sabía en aquel tiempo". Las obras de Malinowski y Radcliffe-Brown se encuentran disponibles en castellano.⁴²
- VI Saunders dice: "Las prácticas médicas y sanitarias comprenden mucho más que la simple aplicación de conocimientos y procedimientos derivados de las ciencias biológicas y físicas a los problemas del ajuste del organismo humano y a los medios interno y externo. Tales prácticas están inevitablemente enlazadas e interconectadas con partes de un sistema más amplio de prácticas que tienen implicaciones y relaciones con todos los aspectos de la vida organizada de un grupo. En otras culturas, como en la nuestra, la medicina es un complejo institucional mayor compuesto de la inextricable correlación de un conjunto de práctica, creencias, valores, rituales, símbolos, ideologías, normas y elementos no racionales".¹⁷
- VII Aguirre Beltrán amplía y explica la situación intercultural (Aguirre Beltrán, 1955: 29-42).⁶²
- VIII Aguirre Beltrán y Pozas, en el capítulo V (Medicina y salubridad), hacen un resumen de conocimientos sobre medicina tradicional, actitudes de los profesionistas, factores culturales limitativos y métodos y resultados.⁶²
- IX Herskovits, refiriéndose a la investigación antropológica, afirma: "El etnógrafo debe estar seguro de que domina el idioma, pues de lo contrario no pasará de la superficie del proceso mental indígena y a menudo interpretará mal lo que digan u oiga".
- X A este respecto, Foster dice: "Los médicos no tienen un conocimiento sistemático ni extenso de la etiología, síndromes y tratamientos que caracterizan la medicina popular, ni saben mucho o poco acerca de las propiedades y funciones de las yerbas y de otros remedios caseros usados por la gente. La mayoría de los médicos conoce algo acerca de las enfermedades tradicionales más importantes como 'el ojo' y 'el susto', aun cuando en esto existan grandes lagunas en su conocimiento; en lo general tiene muy escasas nociones sobre la amplitud y gran variedad de creencias que constituyen la medicina popular. Su familiaridad con la medicina tradicional se confina a lo poco que captan en el curso del trabajo. Los médicos en los servicios materno-infantiles sólo poseen la información que voluntariamente dan las mujeres sobre sus creencias respecto a la crianza del niño. El médico en el servicio de enfermedades venéreas dice que cree que las pruebas sanguíneas debilitan y todos los médicos pueden contribuir con algo cuando se les pregunta acerca de las ideas del pueblo sobre la higiene, pero más allá de esto muy poco saben. A pesar de esta aparente falta de conocimiento de la medicina tradicional, la mayoría de los médicos tiene plena conciencia de que las creencias populares y sus prácticas son vigorosas y persuasivas. Aparentemente muy pocos de los pacientes llaman la atención de los doctores explícitamente acerca de estas creencias. Uno de los médicos nos dijo que él ha oído poco acerca de las enfermedades tradicionales porque la gente se muestra avergonzada de hablar de ellas a los doctores, pues guardan temor de ser considerados ignorantes si lo hacen. Esto es indudablemente un elemento importante en la situación, debido al tipo de relaciones entre doctor y paciente ya descrito; pero más importante es la creencia popular de que las enfermedades tradicionales no son conocidas o creídas por los doctores y que deben ser tratadas en casa o por curanderismo, esto es, por curandero. Los doctores, dicen, nunca encuentran motivo para creer que los pacientes se encuentran sufriendo de 'susto' o de alguna otra de las enfermedades tradicionales. Bajo estas circunstancias, los doctores no han sentido la necesidad de desarrollar técnicas especiales para tratar con la gente, esto es, técnicas que tomen en cuenta las creencias tradicionales. Los médicos actúan como si la medicina tradicional no existiera".
- XI Spicer afirma: "En situaciones interculturales, constantemente debería tenerse en mente que las culturas en las que

- nos criamos nos predisponen a ciertos puntos de vista y valores. Llegamos a otra cultura con preconcepciones acerca de lo que es bueno, racional o sensitivo (lo que no tiene aceptación universal) y estas preconcepciones pueden conducir a grandes equivocaciones. Desentenderse de estas preconcepciones, especialmente en el campo altamente desarrollado en nuestra cultura del especialismo técnico y la organización administrativa, es una de las más difíciles, tanto como la más necesaria, disciplina en cualquier trabajo que atraviese las fronteras culturales”.
- XII Saunders dice: “El médico profesionista que procede de una cultura y trabaja entre gente perteneciente a otra cultura acarrea consigo no sólo sus conocimientos técnicos y sus habilidades, sino además un enorme bagaje cultural consistente en ideas, creencias, preferencias, actitudes, opiniones y juicios, todo lo cual actúa e influye sobre su trabajo. Para la gente entre la cual se establece la medicina es también una institución, comparable en complejidad a la de su cultura, pero compuesta de elementos un tanto diferentes. Ellos, también, tienen conocimientos técnicos y habilidades sostenidos por sistemas de creencias y preferencias. Ellos también tienen ideas, actitudes y opiniones acerca de la salud y la enfermedad que pueden, aunque no es frecuente que esto suceda, coincidir con las suyas. De tal modo, el grado de aceptación de los conocimientos y habilidades del médico está en función no sólo del punto en que sus procedimientos puedan demostrar su superioridad técnica, sino también del grado en que encajan o pueda hacerlos encajar dentro de los patrones institucionales de creencias y conducta ya existentes en el grupo social en que opera”.¹⁷
- XIII Bunzel, refiriéndose al pueblo indígena de Chichicastenango, informa: “La tocología es una profesión sagrada” (Bunzel, 1952: 145).
- XIV Thompson propone: “En el contexto de la situación navajo, la forma más efectiva de superar el problema médico parece ser el establecimiento de su servicio de salud rural indigenizado destinado a resolver las necesidades de salud. Según este plan, jóvenes navajos que hablen inglés, cuidadosamente seleccionados en varias partes de la reservación, recibirán un curso abreviado de medicina, cirugía de urgencias, salud pública y dietética adaptado a las necesidades y a las condiciones de salud de los navajos. Este curso podría darse en uno de los hospitales indios ya existentes, que se tornaría en un Centro de Entrenamiento Médico para Nativos y ofrecería instrucción no solamente en medicina indigenizada sino también en enfermería y partos, a indios de tribus tanto como a los navajos. Servicios de salud indigenizados del tipo arriba descritos han logrado brillantes resultados en la elevación del nivel general de salud, en la reducción de la mortalidad infantil y maternal y en control de epidemias en poblaciones prealfabetas y preindustriales en muchas partes del mundo y han sido universalmente reconocidos por los administradores coloniales como los medios más eficaces y económicos para introducir la medicina moderna en grupos nativos”.
- XV Foster aconseja: “Si los pacientes llegan a creer que los doctores y las enfermeras tienen familiaridad con sus ideas de salud y enfermedad, y prueban algunos de sus tratamientos (esto es, aislamiento, baño, dieta especializada) pero piensan que por varias razones hay aún mejores métodos, es probable que sobrevenga una mayor tolerancia para la medicina moderna. Hay un gran número de personas que desearían seguir las recomendaciones del doctor, pero tienen miedo de hacerlo por el peso represivo acumulado de las creencias tradicionales y por la duda que surge al pensar que los doctores no saben nada acerca del tipo de enfermedad que les está afligiendo. Si un niño está enfermo de fiebre y dolor de cabeza y la madre no duda en decir ‘creo que se trata de mal de ojo’, el doctor no perderá un ápice de su integridad profesional contestando ‘sí, puede ser; pero hay muchas enfermedades con síntomas parecidos y mi examen me convence de que en este caso es tal cosa, y recomiendo este tratamiento’. El doctor, en este caso, no ridiculiza las creencias de la madre, puesto que admite la posibilidad. Pero como especialista él cree que es más probable que sea tal otra cosa, y como especialista comprensivo su consejo será mejor seguido”. Adams concuerda y hace algunas otras propuestas: “De nuevo hacemos hincapié en el hecho de que no debe negarse que el niño está sufriendo ‘mal de ojo’, o que ha sido ‘atacado por los ángeles’, pero debe acentuarse la idea subsidiaria de que también existe una dolencia adicional [...]. Otra importante ventaja en las curas locales es la ayuda psicológica que frecuentemente las acompaña [...]. Existen ciertas sugerencias de una naturaleza general que podrían ser de alguna ayuda para que el médico pueda ganarse la confianza de sus pacientes, además de las sugerencias anteriores de carácter un tanto específico. Primero, el doctor debe hacerles ver con claridad que él comprende que no es absolutamente poderoso para curar todas las enfermedades que se le presentan [...]. Segundo, el profesional médico nunca debe refutar de inmediato cualquier causa que el paciente u otros interesados en el caso sugieran que pudo haber motivado la enfermedad. No tiene que expresar una credulidad absoluta, pero sería en su propio beneficio si los escuchara, tratando de interpretar las explicaciones provistas, en términos que hagan más aceptable el remedio que él va a sugerir [...]. Tercero, como ya se ha indicado, no es prudente querer echar a un lado este tremendo vacío existente entre la medicina moderna y las prácticas de la población. En vez de esto, debe hacerse hincapié en el hecho de que las dos formas de curación son fundamentalmente parecidas, y tratar esos puntos en los que ambos tipos de curación tengan un terreno común, lo que se logrará con la comprensión de las usanzas locales. Muchas de las prácticas seguidas mientras se verifica la curación deben utilizarse hasta el máximo. Éstas incluyen el uso y delimitamiento de remedios específicos, cuidado del paciente (sobre todo de los niños), fe en Dios, recomendaciones de ciertas dietas y algunas medidas preventivas, como no permitir un enfriamiento, el uso de agua caliente para las infecciones superficiales y algunas otras”.
- XVI Sanders dice: “Es probable que exista inflexibilidad también por parte de las personas que operan el programa. El personal de salud, como el de otras áreas de actividad profesional, viene a adquirir (usando una frase de Veblen) lo que es virtualmente una entrenada incapacidad para practicar sus profesiones bajo condiciones que no sean otras sino las de una extraordinariamente limitada serie de circunstancias. Su profunda inmersión en la medicina científica, su apego y confianza en el hospital urbano en el cual los más de ellos fueron entrenados, la participación de conceptos sobre sus

propios roles y funciones profesionales, sus juicios de valor respecto a salud y enfermedad en cierta forma especializados; todo, vuelve difícil para muchos de ellos hacer las necesarias concesiones para que sus habilidades profesionales sean aceptadas por el hombre rural”.

- XVII Foster opina: “La medida última del éxito de un programa debería ser la gradual sustitución de las creencias tradicionales por ideas modernas sobre la salud y la prevención de las enfermedades, el incremento del deseo por parte de la gente de acudir al médico para su tratamiento, la voluntad de seguir al pie de la letra el tratamiento que se le prescribe, combinando todo para la elevación básica de los estándares de salud”.
- XVIII Saunders ofrece una mejor descripción de lo que es un equipo: “Un grupo de personas puede conseguir más trabajando junto en equipo que si lo hace separadamente. Pero debe recordarse que un equipo es más que un simple agregado de individuos que laboran en una tarea común. Es un esfuerzo cooperativo basado en participación de intereses, habilidades complementarias, respeto mutuo para los roles respectivos y metas comunes. Funciona bien solamente si sus miembros tienen alto sentido moral; solamente si cada uno de los integrantes del grupo siente la importancia de su contribución y su posición en el esfuerzo total. Esto no sucede de modo casual. Alguien tiene que criarlo y nutrirlo. Alguien tiene que ocuparse de ello. En el equipo de salud ese alguien es el médico. Debido a su competencia técnica y a su responsabilidad legal, él debe dirigir el equipo. Si ha de funcionar como un grupo coordinado y como una colección de personas con habilidades y metas separadas, él debe estar preparado para desempeñar un papel un tanto diferente del que ordinariamente se concibe para un médico. Buena parte de su tiempo y de su atención habrá de dedicarla a otros miembros del equipo. Habrá de instruirlos, aconsejarlos,

estimularlos y respetarlos. Tendrá que enseñarles a tomar para sí tareas que el médico comúnmente ejecuta. Habrá de convertirlos en prolongaciones responsables de él mismo. Habrá de tener confianza en ellos y desarrollar en ellos confianza hacia él”.

- XIX Foster explica: “Es axiomático para los antropólogos que la cultura es un todo funcional e integral y que las partes separadas continuamente se interrelacionan unas con otras, conduciendo y gobernando y a su vez siendo conducidas y gobernadas. Un cambio en una parte de la cultura producirá perturbaciones secundarias o terciarias en otras partes. Por otro lado, el primer cambio puede ser difícil de inducir, porque en áreas adyacentes de la cultura hay circunstancias limitativas que lo rigen. En el caso que nos ocupa, el éxito de los programas de higiene y salubridad en grande y considerable extensión depende de los adelantos correspondientes y de las modificaciones en muchos otros aspectos de la cultura que se trata. Estos adelantos o modificaciones comprenden mejoras tecnológicas, sistemas de organización social y política, actividades y valores. La higiene del cuerpo, por ejemplo, no es una simple cuestión de educación y persuasión. Implica la presencia de agua pura en cantidades razonables y un sistema de agua entubada en muchos casos. Pero un sistema de distribución de agua requiere una organización de mantenimiento, la presencia de instrumentos y el reemplazo de sus partes, fuerza para las bombas y una estructura sociopolítica para administrar el sistema, coleccionar contribuciones y proveer de personal. En tal forma el mejoramiento de la higiene del cuerpo requiere nuevos ingenios mecánicos, nuevos conocimientos tecnológicos, nuevas actitudes, nuevos sistemas de cooperación. El individuo que opera bajo el supuesto de que una idea o técnica superior atraerá por sí sola clientes, haciendo caso omiso del contexto cultural dentro del cual es introducida, experimentará muchas frustraciones”.

Bibliografía

Referencias

1. Congres International d'Anthropologie et d'Archéologie Préhistoriques (1907). Compte rendu de la Treizième Session. Tome 1, p. 53. Mónaco.
2. III Session de l'Institut International d'Anthropologie. Ámsterdam, 1927, pp. 75-86. París, 1928.
3. IV Session de l'Institut International d'Anthropologie. Portugal, 1930, pp. 48-49. París, 1931.
4. VI Session de l'Institut International d'Anthropologie. Bruxelles, 1935, 87-88. Bruselas, 1936.
5. Secretaría de Salubridad y Asistencia (1946). Memoria del Primer Congreso Nacional de Asistencia. México, p. 390.
6. Memoria del II Congreso Mexicano de Ciencias Sociales (1945). Vol. 5, resolución 91, 271-292. México, 1946.
7. Caudill W (1953). En: Kroeber AL (ed.). *Applied anthropology in medicine*. Chicago: University of Chicago Press. *Anthropology Today*, 771-806.
8. Vallois HV (1948). *L'interet de l'anthropométrie et de la morphologie en biologie et médecine*. París: Semaine des Hôpitaux de París, 13, 5.
9. Krogman WW (1939). *Guide to the identification of human skeletal material*. Washington, D.C.: F.B.I. Law Enforcement. Bulletin, 8, 1-29.
10. Krogman WW (1949). En: Levinson SA (ed.). *The human skeleton in legal medicine*. Philadelphia. Symposium in Medico-Legal Problems, 1-106.
11. Krogman WW (1951). *The role of physical anthropologist in dental and medical research*. Amer Jour Phys Anthropol, 9, 211-18.
12. Krogman WW (1962). *The human skeleton in forensic medicine*. Springfield, p. 337.
13. Snow CE (1948). *The identification of the unknown war dead*. Amer Jour Phys Anthropol, 6, 323-28.
14. Stewart TD (1948). *Medico-legal aspects of the skeleton; age, sex, race and stature*. Am J Phys Anthropol, 6 (3), 315-21.
15. American Journal of Physical Anthropology 1964, vol. 2, pp. 347-391, 1964.
16. Medical News Magazine 1961, 5, 131-39.

17. Saunders L (1954). *Cultural difference and medical care*, p. 228. Nueva York: Russell Sage Foundation.
18. Organización Panamericana de la Salud (1978). Bibliografía seleccionada en antropología médica para los profesionales de la salud en las Américas (OAS). El Paso, Texas.
19. Harris M (1968). *The rise of anthropological theory*. Nueva York: Crowell.
20. Palerm A (1974). *Historia de la etnología; los precursores*. México: CIS/INAH.
21. Florescano E (1982). *Una interpretación mística de la conquista de México*. Casa del Tiempo, 24.
22. Nicolau D'Olwer L, Cline HF (1973). *Sahagun and his works. Handbook*.
23. Mendieta G (1945). *Historia eclesiástica indiana*. 3: 70. México: Chávez Ayhoh.
24. Acosta J (1940). *Historia natural y moral de las Indias*. México: FCE.
25. Dávila Padilla A (1955). *Historia de la fundación y discurso de la provincia de Santiago de México*. Madrid: Pedro Madrigal (edición facsimilar de Agustín Millares Cado, México, 1956).
26. Marx C, Engels F (1954). "Manifiesto comunista". En: *Obras escogidas*. Moscú: Progreso.
27. Godelier (1974). *Anthropologie et économie. Une anthropologie économique est-elle possible?*, pp. 285-345.
28. O'Laughlin B (1975). *Marxist approaches anthropology*. Annual Review of Anthropology.
29. Aguirre Beltrán G (1982). "¿Existe una antropología marxista?" En: Medina A (ed.). *¿Existe una antropología marxista?* México: UNAM.
30. Althusser L, Balibar E (1968). *Lire le capital*. París: Maspero.
31. Baudrillard J (1980). *El espejo de la producción*, pp. 59, 68, 78. Barcelona: Gedisa (original en francés, 1973).
32. Gramsci A (1977). *Antología*, pp. 24, 35. (selección, traducción y notas de Manuel Sacristán). México: Siglo XXI.
33. Gramsci A (1976). *Literatura y vida nacional*. México: Juan Pablos, pp. 22, 41, 239.
34. Agosti HP (1976). "Prólogo". En: Gramsci A (ed.) *Literatura y vida nacional*. México: Juan Pablos, p. 13.
35. Scotch NA (1963). "Medical anthropology". En: Siegel BJ (ed.) *Biennial review of anthropology*. California: Stanford University Press.
36. Voget FW (1975). *A history of ethnology*. Nueva York: Holt.
37. Rivers WHR (1924). *Medicine, magic and religion*. Nueva York: Harcourt.
38. Wellin E (1979). "Theoretical orientation in medical anthropology: Change and continuity over the past half-century". En: Logan & Hunt, *Health and the human condition*. North Scituate, Mass.: Duxbury Press.
39. Clements FE (1932). "Primitive concept of disease". En: *Archaeology and ethnology*. Berkeley: University of California Publications.
40. Malinowsky B (1925). *Magic, science and religion, and other essays*. Garden City: Doubleday.
41. La Barre W (1980). *El culto al peyote*. México: Premiá (original en inglés: Yale University, 1980).
42. Park Redfield M (1962). *Human nature and the study of society. The papers of Robert Redfield*. 1: 145. Chicago: The University of Chicago Press.
43. Redfield R (1930). *Tepoztlan, a Mexican village. A study of folk life*, p. 6. Chicago: University of Chicago Press.
44. Redfield R (1928). "Remedial plants of Tepoztlan: A Mexican folk herbal". En: *Journal of the Washington Academy of Science*.
45. Redfield R (1941). *The folk culture of Yucatán*, p. 303-337. Chicago: University Chicago Press.
46. Redfield R (1953). *The primitive world and its transformations*. Ithaca: Cornell University Press.
47. Redfield R (1963). *The little community*, pp. 15-42, 54, 55, 75-110. Chicago: University of Chicago Press.
48. Hewitt de Alcántara C (1982). *Boundaries and paradigms. The anthropological study of rural life in post-revolutionary Mexico*. Leiden Development Studies, 4.
49. Villa Rojas A (1978). *Los elegidos de Dios. Etnografía de los mayas de Quintana Roo*, pp. 32, 212, 215, 378, 391, 542. México: INI.
50. Redfield R, Park M (1940). *Disease and his treatment in Dzitas, Yucatan*. Washington: Carnegie Institution.
51. Redfield R, Villa Rojas A (1934). *Chan Kom. A Maya village*. Washington: Carnegie Institution.
52. Villa Rojas A (1947). "Kinship and nagualism in a Tzeltal community". Southeastern Mexico. En: *American Anthropologist*.
53. Sáenz M (1936). *Carapan. Bosquejo de una experiencia*, p. 305-306. Lima.
54. Mendizábal MO (1946-1947). *Obras completas*. 6 vols. 4: 316, 356, 6: 530. México.
55. Millán I (1947). "Miguel Othón de Mendizábal". En: Mendizábal, *Obras completas*. 6: 538.
56. IPN/SEP (1947). Escuela Superior de Medicina Rural, pp. 9-13, 28. México.
57. Del Pozo EC (1940). *Botánica medicinal indígena y la necesidad de su estudio farmacodinámico en educación*, 61, 63. Resolución del XXII Congreso Indigenista, Pátzcuaro. Educación, núm. especial.
58. De la Fuente J (1941). *Creencias indígenas sobre la onchocercosis, el paludismo y otras enfermedades*. Ponencia en: América Indígena, 1.
59. Henry J (1941). "The kaingang Indians of Santa Catalina, Brasil". En: *América Indígena*, 1.
60. Leighton DC (1943). *El indio y la medicina*. América Indígena, 3.
61. SSA/UNAM (1955). Escuela de Salubridad e Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales. Anuario. México.
62. Aguirre Beltrán G (1955). *Programas de salud en la situación intercultural*. México: Instituto Indigenista Interamericano. 2a. ed., IMSS (1980), pp. 29-42.

Los números con *f* y *c* hacen referencia a las páginas con figuras y cuadros

A

A favor del parto humanizado, 282
 Abandono de la escritura en piedra, los mayas, 21
 Aborto espontáneo, 93
 Abuso de alcohol, 190
 Aceite, de oliva, 399c
 de ricino, 399c
 rosado, 399c
 Acromicina®, 399c
 Acuerdos de San Andrés, 32
 Acupuntura, 298
 Adolescencia y proyecto de vida, 68
 Adolescentes mexicanos, 68
 estilo de vida, patrones de comportamiento, 68
 valores y forma de vida, 68
 importancia de incorporar nuevos enfoques, 70
 planificación familiar, 69
 principales causas de muerte en, 68
 accidentes sobre vehículos de motor (tránsito), 68
 agresiones (homicidios), 68
 atropellamiento por vehículo de motor, 69
 lesiones autoinfligidas en forma intencional (suicidio), 68
 salud reproductiva, 69
 trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia), 69, 70
 tratamiento de adicciones (según edad y sexo), alcohol, 69
 farmacodependencia, 69
 tabaco, 69
 violencia familiar y no familiar, 69
 Adultos mayores de la Ciudad de México, 132-142
 apoyo social, 132-136
 económico, 136
 emocional, 136
 informativo, 136
 instrumental, 136
 enfermedades crónicas, artritis, 135
 autoatención con plantas medicinales, 136
 diabetes, 136
 hipertensión arterial, 135
 prácticas de atención, 135
 redes de apoyo familiar, 137
 Aguacate (hueso), 398c

Alcoholismo, 229-246
 a modo de síntesis, 244
 causas del, 232
 complejo de la ingesta y los pasos de la carrera, 234, 235c
 grupo Alcohólicos Anónimos (AA), 229
 preocupaciones e intentos de suspensión y abandono de la ingesta, 240
 recordando el inicio en la bebida, 230
 tolerancia al, 236
 Alimentación, 123-131
 autoatención, 126
 cultura alimentaria, 124
 experiencia de aplicación concreta: el CECIPROC, 128-129
 Centro de Recuperación Nutricional, 129
 rescate culinario, 129
 Sanitarios Ecológicos (EcoSan), 129
 funciones socioculturales de la, 126
 parte de la cultura, 124
 prácticas de, 123, 125
 procesos denominados de multiinterculturalidad, 124
 relaciones de hegemonía-subalternidad y, 125-127
 representaciones sociales asociadas, 124, 125, 127
 saberes, 125
 y nutrición, 123-127
 Alimentación y nutrición, 116-122
 alimentos accesibles, 117
 comer ¿"como Dios manda"?, 118
 elección de los alimentos y bebidas, creencias, 117
 enfermedades, 117
 gustos, 117
 lo frío y lo caliente en México, 117-118
 ¿para qué comemos?, 118
 ¿por qué comemos lo que comemos?, 117
 problemas por nutrición inadecuada, 117-122
 aterosclerosis, 116
 diabetes mellitus, 116-117
 obesidad, 116
 Alka Seltzer®, 399c
 AMARES, 41
 Anticoncepción, 87-88. Véase Salud materno-infantil

Antidiarreicos, 403c
 Antimicrobianos, 403c
 Antitusígenos, 403c
 Antropología, concepto de interculturalidad en, 2
 en casa (*at home*), 1, 9-10
 médica, de aplicación clínica, 247
 y la salud intercultural en México, 13-20
 psiquiátrica, 286, 290
 Antropología del dolor, 143-152
 atención según el grupo de pacientes, 148
 dolor crónico, 143-146
 autoatención, 149
 emergencia del, 146
 significado de la experiencia, 146
 sufrimiento de las personas, 147
 estrategias de atención del dolor, 147-150
 factores que intervienen en la percepción y la respuesta al dolor, 145, 145c
 origen del dolor, 145, 145c
 tipos de dolor, 145, 145c
 Antropólogos, 3
 Argentina, tratamientos en una pequeña ciudad, 214-228
 autotratamiento, 216
 medicina casera, 224, 225
 sistema etnomédico, 214
 biomedicina, 216-218, 222
 curandero, 214-215, 220
 medicación con fármacos vegetales, 215
 médicos rurales, 214
 terapias de alternativa, 216
 Arroz, 398c
 Asentamiento, cambios de patrones de, 189
 Así nacemos: fundamentos para un parto sin violencia (1986), 281
 Atención médica hospitalaria, 253-261
 atención a Rosa, 253
 consulta médica, 255, 256
 historia clínica, 253-254, 256
 objetividad, 254-255, 258
 orden biológico, 258
 orden social, 258
 subjetividad, 253-255
 despersonalización del paciente en, 253-261
 legitimación de las instituciones públicas, 259
 racionalidad científica, 253, 255

- Atención mixta a la salud, 373
Atlas lingüístico de México y el Catálogo de las lenguas indígenas de México, 33
 Autoatención, 297
- B**
 Baños de vapor indígenas, 37
 Biomedicina, 297
 Broncodilatadores, 403c
- C**
 "Caminata botánica", 17
 Canela, 398c
 Carbonato, 399c
 Cempasúchil, 398c
 Cenizas, 399c
 Centro de Recuperación Nutricional, 129
 Ciencias antropológicas, 3
 CIESAS, maestría del, 15
 Círculos dimensionales de la vida, 75f
 Coleréticos, 403c
 Colonización indiscriminada, 189
 Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 275
 Comunicación como fundamento del cuidado sanitario, 270-276
 conocimientos de otras culturas, 271-272
 diferencia entre, y entendimiento, 273
 el contexto de el sentido, 274
 elementos en la, conversación, 273
 emociones, 272
 lógica, 272
 simbolismo, 272
 entre humanos, 272
 importancia de la, 270
 la lengua y sus funciones, 273-274
 relación médico-paciente, 271
 señales, 272-273
 tipos de, bidireccional, 272
 unidireccional, 272
 y entendimiento del médico sobre el problema del paciente, 270-271
- CONAMED. Véase también Comisión Nacional de Arbitraje Médico
Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), 39-40
- Cosmovisión, 463, 464
 "Ver el mundo", 23
 Cosmovisión(es) maya(s), 21-26
 abandono de la escritura en piedra, 21
 aprendizaje de la lengua y su cultura, 23
 cosmovisiones únicas y aceptadas, 24
 inquietantes, 24
 interacciones en el ámbito del proceso salud/enfermedad, 21
 Ju'un te' o papel-árbol, 21
- libros de *Chilam Balam*, de Yucatán, 22
 método de la, 23
 mito de la caverna platónico, 23-24
 pluralismo de las, 24
Popol Wuj, 22-23
 relación profesional de la salud-paciente, 25
 tojolabales, 21, 22
 hombres del maíz, 22
- Curadores tradicionales, consulta con los, 324, 324c
 aires, 324, 324c
 brujería, 324, 324c
 envidias, 324, 324c
 espanto, 324, 324c
 latido, 324, 324c
 mal de ojo, 324, 324c
- Curanderos, 38
- D**
Dando a luz, 282
 Declaración sobre los derechos de los pueblos indígenas, 32
 Departamento de Estudios en Antropología Social (DEAS), 15
 Derecho(s), a la protección a la salud, 52
 de los pueblos indígenas, 27
 indígenas, 50-51
 Derechos humanos, ética e interculturalidad, 45-57
 derecho(s), a la protección a la salud, 52
 indígenas, 50-51
 desafío en materia de procuración de justicia, 46
 discriminación, 46
 desplazados, 46
 migrantes, 46
 personas con opciones sexuales diversas, 46
 pueblos originarios, 46
 refugiados, 46
 identidad y el respeto, 46
 y salud, 48-50
- Desafío en materia de procuración de justicia, 46
- Desastres y fenómenos naturales, presencia de, 189
- Desculturación, 286, 289, 292. Véase Salud-enfermedad mental-atención
- Deshumanización de la medicina, 258
- Desorden étnico, 287-290
- Desparasitación, 325, 403c
- Diabetes mellitus, 191c
Diario del dolor, 462
- Digitopuntura, técnicas de, 298, 318
- Discriminación, 46
 desplazados, 46
 migrantes, 46
- personas con opciones sexuales diversas, 46
 pueblos originarios, 46
 refugiados, 46
 Don Vasco de Quiroga, 37
 Drogas, 190
- E**
 Educación popular y nutrición infantil, 418-426
 intervención comunitaria, 421
 método, 419
 diálogo, 420
 valoración de su cultura, 420
 resultados, 422
El parto es nuestro, 282
 Embarazo(s), 81-84
 por cesáreas injustificadas, 277
 Empacho: una enfermedad popular latinoamericana, 395
 causalidad, 395-396
 calidad de la ingesta, 395
 condiciones o comportamientos ante la ingesta, 396
 ingesta excesiva, 396
 oportunidad de la ingesta, 396
 definición, 395
 diagnóstico, 397-398
 epidemiología, 396-397
 epílogo, 400
 patogenia, 396
 prevención, 400
 signos y síntomas, 397
 tratamiento(s), 398-400
 medicamentos más usados en México, 399c
 Acromicina®, 399c
 Alka Seltzer®, 399c
 Eritromicina, 399c
 Estomaquil®, 399c
 magnesina (sola), anisada o calcinada, 399c
 plantas medicinales utilizadas en, Bolivia, 398c
 andai (joco), 398c
 caré, 398, 398c
 coca, 398, 398c
 hierbabuena, 398c
 naranja, 398c
 ñianka (cuatro caminos), 398c
- Cuba, 398c
 ajo, 398c
 algodón, 398c
 anón, 398c
 cayaya, 398c
 chamico, 398c
 hierbabuena, 398c
 manzanilla, 398c
 manzanilla de costa, 398c
 manzanilla de la tierra, 398c
 mejorana, 398c
 pendejera, 398c

- piñón de purga, 398c
 semilla de mamey, 398c
 México durante el siglo xx, 398c
 aguacate (hueso), 398c
 arroz, 398c
 canela, 398c
 cempasúchil, 398c
 epazote, 398c
 hierbabuena, 398c
 maíz, 398c
 manzanilla, 398c
 plátano, 398c
 rosa de Castilla, 398c
 purgantes usados en, Chile, 399c
 aceite comestible + jugo de limón +
 jugo de papa, 399c
 aceite de ricino + agua de hierbas
 + dieta, 399c
 paico + aceite, 399c
 papa rallada + aceite, 399c
 poleo + menta + hinojo +
 manzanilla, 399c
 Cuba, 399c
 aceite comestible, 399c
 aceite comestible + sal + ajo, 399c
 aceite de mesa, 399c
 agua con sal, 399c
 agua de mar, 399c
 caldo de molleja de gallo/gallina +
 aceite comestible + sal, 399c
 ceniza de la fruta que provocó el
 empacho, 399c
 cuero de chivo de un taburete viejo,
 399c
 cuero de suela de zapato, 399c
 excremento blanco de perro, 399c
 flor de la ceniza, 399c
 mercurio con agua tibia, 399c
 piñón de purga, 399c
 resina de guaguasí, 399c
 vino seco + agua con ceniza de leña,
 399c
 México, 399c
 aceite de comer, de cocina o
 comestible, 399c
 aceite de oliva, 399c
 aceite de ricino, 399c
 aceite rosado, 399c
 carbonato, 399c
 cenizas, 399c
 manteca de puerco, 399c
 polvos de bismuto, 399c
 sal, 399c
 tequezquite, 399c
 Nicaragua, 399c
 aceite de almendras, 399c
 aceite de castor, 399c
 aceite de oliva, 399c
 leche de magnesia, 399c
 Panamá, 399c
 frailecillo + sen + malva, 399c
 jalapa + malva + sen, 399c
 orina de niño con té de sauco, 399c
 sen, pulpa de tamarindo y cremor,
 399c
 tamarindo, granada y orina de niño,
 399c
 Perú, 399c
 aceite de ricino, 399c
 sulfato de soda "sal de Inglaterra",
 399c
 Encuesta Nacional de Violencia en
 las Relaciones de Noviazgo
 (ENVINOV) 2007, 70
 Enfermedad(es), de transmisión sexual,
 190
 infecciosas, 190
 y padecer, 247. Véase Antropología
 médica de aplicación clínica
 Enfermedad y lenguaje, 464
 Enfermedades populares, 365-372
 hacia una epidemiología sintética,
 369-370
 perspectivas sobre salud y enfermedad,
 365-366
 síndromes culturalmente delimitados y
 otros padecimientos, 366
 aires, 369
 brujería, 368-369
 caída de mollera, 367
 diabetes o azúcar, 369
 empacho, 366-367
 gripe y diarrea, 369
 mal de ojo, 368
 susto o espanto, 367-368
 Enfoque culturalista, principales críticas
 al, 287
 Epazote, 398c
 Epidemiología sociocultural, 337-343
 articulación entre ejes salud-
 enfermedad y atención-
 desatención, 339
 calidad del, entorno socioambiental,
 339f
 sistema de relaciones sociales, 339f
 elementos definitorios y potenciales
 para una, 341c
 método, 341c
 objeto, 341c
 proyección, 341c
 estudio de los factores de riesgo, 339
 fuentes referenciales en el perfil, 339f
 proceso salud-enfermedad, 337, 339
 y de atención-desatención, 339
 salud pública, 338
 trascendencia epidemiológica en
 términos de daño evitable, 340
 Eritromicina, 399c
 "Escándalo", 3
 Escasez de medicamentos, 190
 Escuela de Salud Pública de la Secretaría
 de Salubridad y Asistencia, 177
 Escuela Nacional de Antropología e
 Historia (ENAH), 14
 Espasmolíticos, 403c
 Estomaquil®, 399c
 Ética del ejercicio de la medicina,
 250-251
 arte o *texve*, 251
 discreción, 250
 sabiduría, 250
 Ética Nicomaquea, 250
 Etnia en Chenalhó, 62
 desigualdades de, y de género, 164
 muertes de mujeres en edad
 reproductiva, 165
 religión y análisis en salud, 164
 violencia doméstica durante el
 embarazo, 166
 Evangelización, 253
F
 Fantasmas de "devoración", 156
 Farmacodependencia, 69
 Fenómeno de los "cultos cargo" en
 Melanesia, 292. Véase Salud-
 enfermedad mental-atención
 Fiestas fúnebres, 155
 Filósofos personalistas, 248
 Formación de la familia, 80-81. Véase
 Salud materno-infantil
G
 Grupo étnico, 9, 10
H
 Hablante(s) de lengua indígena, 27
 en México y América Latina, 29
 distribución de los, en el territorio
 nacional, 28
 mayores de cinco años, por entidad
 federativa, 28
 por municipio en el estado de
 Morelos, 29f
 registro de, del año 2000 al 2010, 28c
 Hamacas hospitalarias rurales del
 sureste de México, 411-417
 agradecimientos, 416
 dimensión de las camas hospitalarias
 que limita la movilidad de las
 mujeres, 415f
 discusión, 415-416
 división para acostar al bebé en forma
 independiente, 414f
 elementos de una, 413f
 material y métodos, 412
 sustitución de camas por, paciente del
 hospital rural muestra la, 414f
 programa IMSS-Solidaridad en 1995,
 autorización, 412
 resultados, 413
 encuestas en la fase, experimental,
 413
 preliminar, 413
 entrevistas, 413-414
 observación participante, 414-415

- Hambruna, 163
- Herbolaria, 403-409
avances, durante los siglos XIX y XX, 405-406
Anales del IMN (1894-1914), 405
fundación del IMEPLAM en 1975, 405, 406
revista *El Estudio* (1889-1893), 405
en el siglo XXI, 406
creación de hospitales mixtos, 406
farmacopea herbolaria de los Estados Unidos Mexicanos, 406
Programa México País Multicultural de la UNAM, 406
mexicana, crónica histórica de la, 403
para tratamiento, de afecciones de la piel y traumatismo, 404c
agentes antimicrobianos, 404c
antiinflamatorios, 404c
cicatrizantes, 404
de disfunción del aparato reproductor femenino, 404c
damiana, 404c
hierba dulce, 404c
ruda, 404c
zoapatle, 404c
de los síntomas de diabetes y trastornos metabólicos, 404c
hipocolesteremiantes, 404c
hipoglucemiantes, 404c
de padecimientos cardiotónicos, 404c
cardiovasculares, 404c
hipotensores, 404c
gastrointestinales, 403c
antidiarreicos, 403c
coleréticos, 403c
desparasitantes, 403c
espasmolíticos y digestivos, 403c
laxantes, 403c
respiratorios, 404c
antitusígenos, 404c
broncodilatadores y antimicrobianos, 404c
urinarios, 404c
cálculos renales, 404c
diuréticos, 404c
recursos medicinales, de México, 403c-404c
reflexiones en contexto, 407-408
- Hierbabuena, 398c
- Hierbas medicinales, compuestos elaborados a partir de, 298
- Higiene, 325
- Hipertensión arterial, 132
- Hospitales, edificación de los, 253
- Hospital-pueblo de Santa Fe, 37
- Humanismo médico, 247
- I**
- Indígena(s), 27
alcances de las políticas del Estado respecto a los pueblos, 31
- apoyos gubernamentales, 31
atención a la niñez y su desnutrición, 31
lucha por la erradicación de enfermedades, 31
población, por países seleccionados de América, 30c
reconocimiento y defensa de los derechos de pueblos, 32
significado y resignificado sobre lo, al inicio del milenio, 29-31
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 373
- Instituto Nacional de Antropología e Historia (CISINAH), 15
- Instituto Politécnico Nacional, 39
- Interculturalidad, antropología en casa, 1, 9-11
asimilación, autonomía e, 8
concepto de, 1-2
cuestiones metodológicas sobre, 1-12
diferencias e, 5-8
metodología aplicada a la, por parte de los antropólogos, 9
necesidad de reflexionar y proponer metodologías, 10
procesos, de explotación económica, 4
de hegemonía/subalternidad profundos y significativos, 8
de salud/enfermedad/atención (procesos *s/e/a*), 2, 5-8, 10
educativos, 7
sociales, 2
socioeconómicos, 8-9
relaciones culturales, 2
trayectorias de la denominada, 2-5
- Investigación epidemiológica transcultural, 290f
- J**
- Ju'un te'* o papel-árbol, 21
- L**
- La vida, la muerte y los alimentos, 155-156
- Laxantes, 403c
- Legitimación de las instituciones públicas, 259
- Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres de 2007, 279
- Libros de *Chilam Balam* de Yucatán, 22
- Los ritos funerarios, 154
- M**
- Macrointerculturalidad, 11
- Magnesia, 399c
- Maíz, 398c
- Malnutrición, 190
- Manteca de puerco, 399c
- Manzanilla, 398c
- Marginación de la población indígena, 189
- Mayas, 21-23
abandono de la escritura en piedra, 21
aprendizaje de lengua y su cultura, 23
cultura literaria de los, 22
tojolabales, 22
método, 23
- Medicina de personas, 463
- Medicina homeopática, 328-335
modelo médico clínico terapéutico, 329-333
antecedentes, 330
base, científica, 330-331
filosófica, 331
médica, 331
conocimiento de las sustancias medicamentosas, 331
conocimiento del enfermo, 331
diagnóstico, 331
funciones del médico, 331
prescripción (terapéutica), 331
metodológica, 332-333
teórica, 332
dinamismo vital, 332
— dosis mínima, 332
experimentación pura, 332
individualidad medicamentosa, 332
individualidad morbosa, 332
principio de similitud, 332
vis medicatrix naturae, 332
terapéutica, 333
- modelo o paradigma, biologicista, 329
ecológico, 329
económico, 329
epidemiológico, 329
geográfico, 329
hipocrático, 329
histórico-social, 329
interdisciplinario, 329
mágico-religioso, 329
multicausal, 329
multidisciplinario, 329
sanitarista, 329
- Medicina tradicional en México: 40 años de investigación, 344-356
de lo étnico a lo indígena prehispánico, 346
interculturalidad, 353
la aculturación, 348-349
la tradición como elemento de supervivencia, 351
medicina, étnica: obra de Aguirre Beltrán, 345-346
indígena, y la identidad mexicana, 345
y medicina popular, 349-350
tradicional rural y urbana, 350
síndromes de filiación cultural, 347
un concepto promisorio, 344
y sus raíces prehispánicas, 346

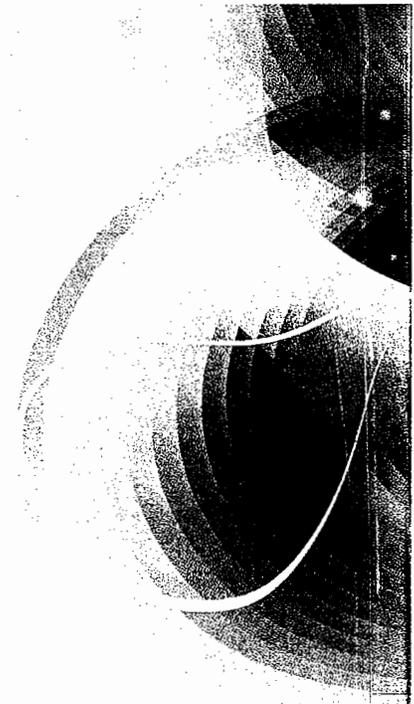
- Medicina(s), alopática, 298
 alternativas, 298
 tradicional latinoamericana, 40
- Medicina basada en evidencias, 462
- Medicina tradicional y enfermedad, 373-386
 causa de demanda de atención, 374c
 aires, 374c
 anginas, 374c
 caída de mollera, 374c
 daño (brujería), 374c
 diarrea, 374c
 disentería, 374c
 mal de ojo, 374c
 susto-espanto, 374c
 torceduras (musculoesqueléticas), 374c
- clasificación de enfermedades, caída de la mollera, 382
 "chincual", 382
 diabetes, 382
 "disípela", 382
 sarampión, 382
- enfermedades tradicionales, 375-376
 aires, 375
 empacho, 375
 mal de ojo, 375
 susto, 375
- medicina académica, amigdalitis, 382
 anemias, 382
 desnutrición, 382
 disentería, 382
 dorsopatías, 382
 fracturas, 382
 gastritis, 382
 heridas, 382
- medicina doméstica, diarrea, 382
 empacho, 382
 heridas, 382
 quemaduras, 382
 tos, 382
- medicina tradicional, caída de la mollera, 382
 disentería, 382
 empacho, 382
 mal de chaneques, 382
 mal de ojo, 382
 susto, 382
- modelo mixto de atención a la salud rural, 378
- síndromes de filiación cultural, 382
 aires, 382
 susto, 382
- Medicinas alternativas o complementarias, acupuntura, 186
 bioenergética, 186
 fitoterapia, 186
 iridología, 186
 medicina tradicional china, medicina ayurvédica, 186
- naturismo, 186
 quiropráctica, 186
 "Método Leboyer", 281
- Métodos en primera persona, 461
 Métodos en segunda persona, 462
 Métodos en tercera persona, 460
- Metodología antropológica, 4
- Microinterculturalidad, 11
- Migración, 189
- Mixteca oaxaqueña, estudio de la violencia en la, 153-161
 aspecto económico de la muerte, 155
 en busca de la propia muerte, 159
 Eros y Tánatos, 157
 fantasmas de "devoración", 156
 fiestas fúnebres, 155
 igualdad y desigualdad ante la muerte, 154
 la fiesta, 158-159
 la muerte vívida, 158
 la vida, la muerte y los alimentos, 155-156
 los ritos funerarios, 154
 muerte natural y muerte violenta, 153
- Mito de la caverna platónico, 23-24
- MMH. Véase también Modelo médico hegemónico
- Modelo(s), de atención, basado en la autoatención, 180
 médica, 177
 médico, alternativo subordinado, 179-180
 hegemónico, 179-182, 304
- Mortalidad materna e infantil, tasas altas de, 190
- Mortalidad materna en Chenalhó, 162-176
 causas y circunstancias, 162
 concepciones y prácticas de salud en torno a la maternidad, 168-173
 desnutrición causa de, 163
 durante el, embarazo, 170c
 parto, 170c
 posparto, 170c-171c
 en cifras, 164
 hambruna, 163
 reflexiones en torno a la, 173
 relaciones interfamiliares e intrafamiliares, 167
 violencia doméstica, 166-169, 171-172
- Movimiento oxitocina, 282
- Muerte(s), de mujeres en edad reproductiva, 165
 vívida, 158
- Muerte en adolescentes, principales causas de, 68
 accidentes sobre vehículos de motor, 68
 agresiones (homicidios), 68
 atropellamiento por vehículo de motor, 69
- lesiones autoinfligidas en forma intencional (suicidio), 68
- O**
- Obstetricia tradicional en el Istmo de Tehuantepec, 91-103
 comadrona, 100
 conceptos alrededor de la estructura y función del cuerpo femenino, 92
 función, del útero, 93
 malformaciones congénitas en recién nacidos, 93
 vital de la matriz, 92, 93
- embarazo, 91, 92, 95
 manejo de las complicaciones durante el parto, 98
- modelo explicativo frío-caliente, 96, 100
- normalidad y patología durante el embarazo, 97
- parteras empíricas, 91, 92, 97, 100
 parto, 91, 92
 proceso reproductivo, 92, 101
 puerperio, 91, 92
- P**
- Padecimientos, 297-320
 ahistoricidad, rasgos básicos del saber médico, 306
 autocuidado, 310, 313-314, 316, 318
 automedicación, 297, 307, 309-310
 autoatención, 297-316
 como proceso estructural, 309-313
 principales fuentes de las actividades, 317
- biomedicina, algunos rasgos y limitaciones, 302
 como generadora de autoatención, 313-315
 y la autoatención, 297
- hierbas medicinales, 298
- medicalización, 297
 aspectos económicos del proceso de, 307
 de comportamientos cotidianos, 307
 examen histórico de procesos de, 307
- medicina(s), alternativas, 298, 299, 300, 303
 herbolaria, 298
 "tradicionales", 298, 308
 modelo médico hegemónico (MMH), 304
 pluralismo médico, 297
- "Panorama global de la salud indígena en América Latina", 189
- Partería y medicina alopática en Yucatán, 104-115
 ámbito de estudio, 104-105
 atención, del puerperio o cuarentena, 110-111

- Partería y medicina alopática en Yucatán
(*cont.*)
parteras y los cursos oficiales de capacitación, 111
en las comunidades, embarazo, 104
parto, 104
puerperio, 104
intercultural a la salud, 104, 112
tradicional del embarazo o *yo'om*, 107-108
capacitación de parteras, 104
ciclo, reproductivo y uso de eufemismos, 105-106
vital reproductivo, 104
comunicación intercultural, 104
"enfermedad" y ciclo reproductivo, 105
hacia un modelo de atención intercultural a la salud, 112
las parteras, expertas locales, 107
medicina tradicional, 104, 111, 112
nacimiento en domicilio o *sijil*, 108-109
preámbulo, 103
Parto, 84-86
libre A.C., 282
sin violencia, 282
Planificación familiar, 69
Plátano, 398c
Platón, 24
Pluralismo de las cosmovisiones, 24
Pluralismo médico, 177. Véanse Nombres específicos
Pluriculturalidad, nación y pueblos originarios en México, 27-35
derechos colectivos, a gobierno propio, 32
autodeterminación, 32
justicia de acuerdo a sus tradiciones, 32
negados, acuerdo internacional (169 de la OIT), 32
acuerdo nacional (los acuerdos de San Andrés), 32
reconocidos como pueblos indígenas, 32
territorio propio donde ejercer gobierno, 32
derechos de los pueblos indígenas, 27
hablante(s) de lengua indígena, 27
en México y América Latina, 29
distribución de los, en el territorio nacional, 28
mayores de cinco años, por entidad federativa, 28
por municipio en el estado de Morelos, 29f
registro de, del año 2000 al 2010, 28c
indígena, 27
políticas del Estado nación, 27
reconocimiento y defensa de los derechos de pueblos indígenas, 32
Políticas del estado-nación, 27
Polvos de bismuto, 399c
Popol Wuj, 22
Por un nacimiento sin violencia (1976), 281
Prácticas heterosexuales y homosexuales, 69
Prejuicios, recuperación hermenéutica de los, 61
Problemas de salud mental, 321
Procesos bioculturales, 59-67
autonomía, identidad y corporeidad, 60
corporeidad como fundamento de la cultura, 60
en la búsqueda del otro, 64
interculturalidad, corporeidad y ética, 63-64
interculturalidad, psicoanálisis y antropología, 61-62
ideología, valor y reconocimiento social, 63
poder y cultura, 62-63
trabajo, identidad y cultura, 62
y el conflicto de las interpretaciones, 59
mito del marco, 59
Proceso biosocial sexo-sexualidad en la adolescencia, 68-78
adolescencia, y proyecto de vida, 68-69
cambios fisiológicos de la pubertad, 68
consolidación de la formación educativa, 68
formación de una unidad doméstica específica, 68
identidad psicosocial y colectiva, 68
inicio de la vida laboral, 68
libre de problemas de salud, 68
y violencia, 69-70
círculos dimensionales de la vida, 75f
padecimientos generados, depresión, 72
disfunciones sexuales, 72
infecciones de transmisión sexual, 72
presiones sociales, anorexia, 72
bulimia, 72
embarazo, 72
estrés, 72
mobbing, 72
prácticas heterosexuales y homosexuales, 69
principales causas de muerte en adolescentes, 68
accidentes sobre vehículos de motor (tránsito), 68
agresiones (homicidios), 68
atropellamiento por vehículo de motor, 69
lesiones autoinfligidas en forma intencional (suicidio), 68
salud reproductiva, 69
trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia), 69
tratamiento de adicciones (según edad y sexo), alcohol, 69
farmacodependencia, 69
tabaco, 69
violencia familiar y no familiar, 69
Proceso de alcoholización, 179
Proceso sexo-sexualidad, 71
Programa IMSS-COPLAMAR, 373, 374, 377
causa de demanda de atención al, 374c
aires, 374c
anginas, 374c
caída de mollera, 374c
daño (brujería), 374c
diarrea, 374c
disentería, 374c
mal de ojo, 374c
susto-espanto, 374c
torceduras (musculoesqueléticas), 374c
Pro-parto natural, 282
Psiquiatría, colonial, 286-289, 292
transcultural, 286, 290, 291
Pubertad, 68
Puerperio, 86-87. Véase Salud materno-infantil
- R**
Racismo, 8
Religión y análisis en salud, 164
Rescate culinario, 129
Rosa de Castilla, 398c
- S**
Sal, 399c
Salud de los pueblos indígenas/Ecuador
abuso de alcohol, 190
cambios de patrones de asentamiento, 189
colonización indiscriminada, 189
enfermedades, de transmisión sexual, 190
infecciosas, 190
escasez de medicamentos, 190
malnutrición, 190
marginación de la población indígena, 189
migración, 189
presencia de desastres y fenómenos naturales, 189
retención deficiente del personal, 190
suicidio, 190
tasas altas de mortalidad materna e infantil, 190
uso de drogas, 190

- Salud-enfermedad mental-atención,
proceso, 286-295
antropología, psicológica, 287
psiquiátrica, 286, 290
culturalismo estadounidense, 287
del psicoanálisis a la etnopsiquiatría,
286
etnopsiquiatría, 287
crítica, 287-289
definición, 287-288
en Haití, 288f
"estudio de la cultura y de la
personalidad anormal", 287
investigación, epidemiológica
transcultural, 290f
etnopsiquiátrica, 288-289
desculturación, 286, 289, 292
neurótica, 292
psicótica, 292
desorden, étnico, 287-290
idiosincrático, 289
principales críticas al enfoque
culturalista, 287
psiquiatría, colonial, 286-289,
292
transcultural, 286, 290, 291
síndromes de filiación cultural,
290f
teoría y clínica, 289-291
transculturación, 286, 289, 293
uso indistinto de etnopsiquiatría o
etnopsicoanálisis, 288
- Salud intercultural en América Latina,
36-44
actividades de las órdenes religiosas,
37
Centro de Medicina Mapuche, 40
Escuela Superior de Medicina Rural,
39
experiencias latinoamericanas en la
actualidad, 38
formación, de los médicos, 40
y el ejercicio de la medicina, 37
hospitales, 36
Instituto Mexicano del Seguro Social
(IMSS), 39
Instituto Politécnico Nacional, 39
liderazgo mexicano, 38
- Salud intercultural en México,
enseñanza de la antropología
médica y la, 13-20
Departamento de Estudios en
Antropología Social (DEAS),
15
E. Menéndez, diplomado anual de
antropología médica, 16
estudiantes de, enfermería, 16
medicina, 16
odontología, 16
formador de profesionistas en la
alternativo subordinado, 16
de autoatención, 16
estructurales y coyunturales
hegemónicos, 16
medicina popular-tradicional
mexicana, 16
ENAH y posgrado en Antropología
Social, 1980-1989, 15
maestría del CIESAS, 15
objetivos de la antropología, 16
ramas y subdisciplinas, 16
- Salud materno-infantil, 79-90
indígenas triquis, 79
migración de, 80
proceso reproductivo, 79-80
reflexiones finales, 88
reproducción entre los triquis, 80
anticoncepción, 87-88
embarazo, 81-84
formación de la familia, 80-81
inicio de la capacidad reproductiva, 81
parto, 84-86
puerperio, 86-87
triquis, grupo étnico del estado de
Oaxaca, 80
- Salud reproductiva, 69
Sanitarios Ecológicos (EcoSan), 129
Servicio de Cirugía Plástica y
Reconstructiva, 253, 260
Servicios de salud, 262-269
conceptos, 263
diagnóstico, 263
expectativas en cuanto a calidad
médica, 265
ubicación de los servicios, 265
indicadores finales para la evaluación,
267
paciente como, caso interesante, 266
cosa, 267
objeto, 267
reto mental, 266-267
propósitos deseables de la atención,
263
recursos para la atención, 263
culturales, 263
económicos, 263
simbólicos, 263
sociales, 263
sustentos de la satisfacción, 264
tratamiento, 264
etiológico, 264
rehabilitación, 264
sintomático, 264
- Síndromes de filiación cultural en el
estado de Puebla, 357-364
conocimiento(s), intuitivo en, 357
médicos ancestrales, 357
especialistas rituales, 358-360
medicina tradicional, 357, 360
métodos de diagnóstico, 359
sistemas médicos tradicionales en
México, 358, 360
- Sistema real de atención a la salud en
México, 186-200, 186f
comparación de la tasa de mortalidad
para ocho diferentes eventos,
191f
indicadores convencionales, 195-196
medicina(s), académica, científica o
moderna, 186, 187
alternativas o complementarias, 186
doméstica o casera, 186, 187
tradicional, popular o indígena, 186,
187
participación indígena y visibilidad
estadística, 191-192
revisión de la información cuantitativa
y cualitativa, 189
situación de salud de los pueblos
indígenas, 189
- Sistema real de salud, 186
SRS. Véase Sistema real de salud
Suicidio, 68, 190
Susto, Introducción al, 387-394
enfermedad(es), crónica, 388
de base biológica, 388
orgánica, 391
populares, 387, 388
"psicologización" de la enfermedad,
388, 392
susto, 390-392
- T**
Tabaco, 69
Teotihuacan (1922), valle de, pobladores
del, 13
Tequezquite, 399c
Tojolabales, 22
Tótem y Tabú, tesis de, 287
Transculturación, 286, 289, 293
Trastornos de la alimentación (anorexia
y bulimia), 69
Tratamiento de adicciones (según edad
y sexo), 69
Trayectoria de atención, 201-210
análisis etnográfico de las, 202-203
exantema viral, 205-206, 206f
gripe, 204, 205f
infección intestinal, 203, 203f
automedicación, 203
uso de los supositorios, 204
mal de ojo, 206, 206f
parasitosis (lombrices), 204, 204f
características socioeconómicas del
grupo doméstico, 209-210
condicionantes de la, 207
estructura de recursos de atención y los
saberes terapéuticos, 210-211
perfil del enfermo, 208
saberes, maternos en, 201

- Triquis, 322
- actividad productiva la venta de artesanías, 323
 - beneficios en el aspecto económico/laboral, 323
 - causas de enfermedad en la población infantil, 324, 324c
 - bronquitis, 324, 324c
 - caída de mollera, 324, 324c
 - calentura, 324, 324c
 - diarrea (mal de ojo), 324, 324c
 - dolor de cabeza (aires), 324, 324c
 - dolor de panza (lombriz), 324, 324c
 - gripa, 324, 324c
 - no comer (empacho), 324, 324c
 - quemaduras, 324
 - tos, 324
 - condiciones sanitarias
 - inconvenientes, 322
 - dieta diaria, consumo de alimentos
 - "chatarra" por los niños, 323
 - carne o verduras una vez por semana, 323
 - frijoles, 323, 325
 - huevo cada tres o cuatro días, 323
 - quelites, 323, 325
 - refresco diario, 323
 - salsa, 323, 325
 - tortillas, 323, 325
 - estilo de vida, enfermedad y muerte, 326
 - grado de escolaridad deficiente, 323
 - higiene personal inadecuada, 322
 - ingesta del alcohol y la violencia, 323
 - ingreso variable, 323
 - población infantil numerosa, 322
 - predominio de la población femenina sobre la masculina, 322
 - total de la población del predio bilingüe, 323
 - viviendas sin ninguna protección, 322
- datos demográficos y epidemiológicos, 323-325
- causas de mortalidad en población infantil, 324
 - accidente, 323
 - cuadro diarreico y su complicación, 323, 324c
 - desnutrición, 323
 - infecciones respiratorias agudas, 323
 - malformación congénita, 324
 - neumonía, 324
 - pérdida de líquidos, 323
 - presencia de mal de ojo, 323, 324c
 - susto, 324
 - tos, 324
 - causas y frecuencia de enfermedad, 324
 - bronquitis, 324c
 - dermatitis, 324c
 - enteritis, 324c
 - infecciones respiratorias agudas, 324c
 - parasitosis, 324c
 - consulta con los curadores tradicionales, 324, 324c
 - aires, 324, 324c
 - brujería, 324, 324c
 - envidias, 324, 324c
 - espanto, 324, 324c
 - latido, 324, 324c
 - mal de ojo, 324, 324c
 - enfermedad y muerte entre familias, 321
 - problemas de salud mental, 321
 - VIH-sida en, 321
 - recursos de atención al proceso s/e, 325
 - actividades de vacunación, 325
 - adiestramiento en la utilización del suero oral, 325
 - centro de salud de la Secretaría de Salud del DF, 325
 - consulta gratuita, 325
 - servicios de laboratorio y gabinete, 325
 - desparasitación, 325
 - higiene y manejo del agua, 325
 - reciben muestras de, discriminación, 325
 - incomprensión, 325
 - rechazo del personal, administrativo, 325
 - de enfermería, 325
 - de servicios auxiliares, 325
- V**
- Vacunación, 325
 - Vida Libre de Violencia de Venezuela, 279
 - VIH-sida, 321
 - Violencia, doméstica, 166-169, 171-172
 - durante el embarazo, 166
 - familiar y no familiar, 69
 - Institucional, 282
 - Violencia obstétrica, 277-285
 - acciones a favor de un modelo de atención humanizado, 281-283
 - A favor del parto humanizado*, 282
 - Así nacemos: fundamentos para un parto sin violencia* (1986), 281
 - Dando a luz*, 282
 - El parto es nuestro*, 282
 - Movimiento oxitocina*, 282
 - Parto libre A.C.*, 282
 - Parto sin violencia*, 282
 - Pro-parto natural*, 282
 - The unnecesarean*, 282
 - aplicación de métodos anticonceptivos temporales, 277
 - de lo tradicional a lo institucional, 277
 - antecedentes históricos de la atención del parto, 277-279
 - atención del embarazo y el parto, 277
 - embarazos por cesáreas injustificadas, 277
 - episiotomía, 277
 - esterilización, 277
 - maltrato, a las pacientes y recién nacidos, 280
 - verbal o físico por parte del personal médico, 277
 - quejas médicas ante la CONAMED, 279
 - relación médico-paciente, 277
 - una práctica común y un nuevo concepto, 279-281
 - insatisfacción de los pacientes a la atención del parto, 279
 - inserción de dispositivo intrauterino, 279
 - trato deshumanizado, 279
- W**
- Willaqkuna, proyecto, 41





Antropología médica e interculturalidad es una obra que responde a las necesidades formativas de los estudiantes de las ciencias de la salud (médicos, enfermeras, dentistas, psicólogos, trabajadores sociales e incluso sociólogos y antropólogos) para adquirir y desarrollar competencias de entendimiento, comprensión y respeto sobre las diversas prácticas preventivas, curativas y de control que giran alrededor de la salud, así como las múltiples respuestas —individuales y colectivas— para resolver los problemas orgánicos y psico-socioculturales que generan las enfermedades. Todo ello en escenarios contemporáneos de pluralismo curativo e interculturalidad.

México y el resto de América Latina tienen una composición multiétnica y pluricultural, donde la interculturalidad desempeña un papel fundamental e imprescindible en el proceso salud/enfermedad/atención.

La obra consta de 46 capítulos agrupados en 8 secciones y un anexo. Fue diseñada en función de la carrera de medicina y para que sea útil a estudiantes de otras carreras de ciencias de la salud y de antropología, tanto de pregrado como de posgrado.

Desde diferentes perspectivas teóricas, epistemológicas, metodológicas y aplicativas, *Antropología médica e interculturalidad* proporciona elementos técnicos y conceptuales para el trabajo cotidiano del profesional de la salud que va a laborar en los servicios sanitarios (urbanos y rurales) o en los establecimientos académicos.

ACCESS ▶ Medicina

Mc
Graw
Hill
Education

978-607-02-8074-0



Síguenos en
@mhelatam



Encuétranos en
mhelatam

YouTube

Visítanos en
McGraw-Hill Latam

Compra en línea
www.mheducation.com.mx

