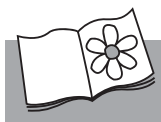


SALUD E INTERCULTURALIDAD EN AMÉRICA LATINA

Perspectivas antropológicas



Este libro se
escribió para ti
protégelo de
la fotocopia
AEDRA

Gerardo Fernández Juárez
(Coordinador)

SALUD E INTERCULTURALIDAD EN AMÉRICA LATINA

Perspectivas antropológicas



2004

SALUD E INTERCULTURALIDAD EN AMÉRICA LATINA
Perspectivas antropológicas

Gerardo Fernández Juárez (Coordinador)

1ª Edición

Ediciones Abya-Yala
Av. 12 de Octubre 14-30 y Wilson
Casilla 17-12-719
Telf.: 2 506-251 / 2 506-247
TeleFax: 2 506-267 / 2 506-255
e-mail: editorial@abyayala.org
<http://www.editorial.org>
Quito- Ecuador

Agencia BOLHISPANA
Oficina Técnica de Cooperación en La Paz (Bolivia)
Agencia Española de Cooperación Internacional
Calle Capitán Ravelo, N° 2161
(Pasaje detrás del Hotel Radisson)
Casilla 4176
Telf.: (591-2) 2443434 / 2444280
Fax: (591-2) 2441138 / 2441305
e-mail: jose Luis.baixeras@aeci.int.bo
<http://www.bolhispania.org.bo>
La Paz (Bolivia)

Universidad de Castilla-La Mancha
Vicerrectorado de Relaciones Internacionales
Rectorado
Calle Altagracia, 50
13071 Ciudad Real
Telf.: 34-926-295356
e-mail: vic.relacionesinternacionales@uclm.es
<http://www.uclm.es>
España

Autoedición: Ediciones Abya-Yala
Quito-Ecuador

Foto portada: Extracto del Mural “El Cristo de la Higuera”, Walter Solón Romero, ubicado en la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor San Andrés (UMSA) de La Paz (Bolivia).

Foto contraportada: “Diálogo intercultural”, Arturo Asensio Moruno.

ISBN: 9978-22

Impresión: Producciones digitales Abya-Yala
Quito-Ecuador

Impreso en Quito-Ecuador, julio 2004

A José Fernández de Henestrosa, nuestro querido PPH.

Con el recuerdo, el cariño y el agradecimiento de los que te conocimos en las infinitas pampas aymaras de Qorpa, preocupado por la salud de sus gentes y por el respeto a sus costumbres.

ÍNDICE

1. Presentación: La llama de Tintín
Gerardo Fernández Juárez (coord.) Universidad de Castilla-La Mancha, España
2. El regreso de las culturas. Diversidad y práctica médica en el S. XXI
Josep M. Comelles. Universitat Rovira i Virgili, España.....
3. Proceso socializador en ciencias de la salud. Caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente
Mayte Caramés García. Universidad de Castilla-La Mancha, España.....
4. Salud y migraciones. Sobre algunos enfoques en uso y otros por utilizar
Arancha Meñaca. Universitat Rovira i Virgili, España
5. Interculturalidad y salud
Xavier Albó Corrons. Centro de Investigación y Promoción del Campesinado (CIPCA), La Paz, Bolivia.....
6. Salud intercultural y pueblos indígenas: La experiencia de un programa de salud de atención primaria con comunidades Aguarunas de la selva amazónica en Perú
Luisa Abad González. Universidad de Castilla-La Mancha, España
7. *Willaqkuna*. Un programa en salud intercultural en Bolivia
Roberto Campos Navarro, UNAM, México
Luca Citarella, Pontificia Universidad Católica de Chile.....
8. Hacia un sistema de salud intercultural en Bolivia: de la tolerancia a la necesidad sentida
Jacqueline Michaux, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia
9. Experiencias sobre salud intercultural en América Latina
Roberto Campos Navarro, UNAM, México.....
10. Promotores rurales de salud en el Oriente de Guatemala. De la negociación a la desorientación ante capacitaciones médicas occidentales
Julián López García. Universidad de Extremadura, España
11. La barca que sube y la barca que baja. Sobre el encuentro de tradiciones médicas
Oscar Calavia Sáez Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil.....
12. Una etnografía del “año de provincias” y de “cuando no hay doctor”.
Perspectivas de salud intercultural en Bolivia desde la biomedicina convencional
Juan Antonio Flores Martos, Universidad de Castilla-La Mancha, España.....
13. La corte médica en el espiritismo venezolano. Encuentros y desencuentros entre la biomedicina y la cura mística
Francisco Ferrándiz. Universidad de Deusto, España.....
14. En el Museo de la Medicina Maya
Pedro Pitarch Ramón. Universidad Complutense, España.....

- 15 Cuando el “cuerpo” está lejos. Enfermedad, persona y categorías de la alteridad entre los indígenas Pumé de Venezuela
Gemma Orobitg Canal. Universitat de Barcelona, España
- 16 Del proyectil al virus. El complejo de dardos-mágicos en el chamanismo del oeste amazónico
Jean-Pierre Chaumeil. Equipe de Recherche en Ethnologie Amérindienne.
C. N. R. S. París, Francia
- 17 Ajayu, Animu, Kuraji. La enfermedad del “susto” en el altiplano de Bolivia
Gerardo Fernández Juárez. Universidad de Castilla-La Mancha, España
- 18 Salud y enfermedad en el *candomblé* de Bahía
Andrea Caprara. Universidad Estatal de Ceará, Brasil
- 19 Conceptos y clasificaciones tradicionales mapuche de la biodiversidad vegetal
Luca Citarella, et al, Pontificia Universidad Católica de Chile
- 20 EPÍLOGO: Reflexiones en voz alta acerca de las precisiones e imprecisiones de la llamada salud intercultural
Luisa Abad González, Universidad de Castilla-La Mancha, España

PRESENTACIÓN

La llama de Tintín

Hace tiempo aprendí que las llamas de los Andes escupen con certera puntería. Fue de la mano del genial Hergé y su personaje del tupé, Tintín, quien cumple ahora los 75 años de existencia, en una aventura sobre incas contemporáneos en un fabuloso Templo del Sol¹. Sin duda la lectura apasionada de aquel cómic constituyó mi primer viaje alucinado a los Andes. Aquel recuerdo de mi adolescencia saltó de repente a la actualidad de mi vivencia del altiplano en Bolivia, varios años después, el mismo día en que la comunidad Aymara de Tuqi Ajllata Alta, muy cerca del lago Titicaca, se alzó con el segundo puesto en el torneo cantonal de fútbol en Ajllata Grande. El trofeo otorgado como galardón para el segundo clasificado era una llama negra. Debatíamos en el pequeño patio de la escuela seccional los pormenores del torneo entre los jóvenes integrantes del equipo, las autoridades comunitarias y los comuneros en general, compartiendo, como es costumbre, trago de alcohol, cigarrillo y *pijchu* de coca, al tiempo que discutíamos qué hacer con el animal. Las diferentes propuestas no lo dejaban muy bien parado: realizar una *wilancha*² ceremonial con su sangre y posterior banquete colectivo en la comunidad parecía la opción más aplaudida por todos. Yo creo que el orgulloso auquérido debió escucharnos e hizo intención de tomar las de villadiego; se apartó de la plaza e inició una pequeña galopada que tuvo que frenar en seco ya que se asfixiaba con el amarro de la correa de seguridad que le habían colocado para evitar su fuga. El animal jadeaba y apenas podía llenar sus pulmones de aire. Ni corto ni perezoso, “el justicia”³ de aquel año, yo creo que por razones de su cargo, se apiadó del animal e hizo intención de acercarse para aflojarle la correa todo su deseo era facilitar el bienestar del animal, pero en cuanto se acercó a dos palmos de la llama, una sustancia espesa y verdosa impactó de repente en la cara del “justicia” ante el asombro primero y carcajada general de todos los presentes. El “justicia”, ofendido por la reacción del animal, a quien pretendía aliviar de su asfixia, elevó la correa para golpearlo, pero un segundo proyectil verdoso impactó en su cara con tal densidad y estrépito que casi da con sus huesos en el suelo. El “justicia”, al recibir el impacto, soltó la correa, lo que aprovechó la llama para iniciar una dramática escapada hacia los cerros, seguido de cerca por el infortunado “justicia”, que había cambiado su generosidad inicial por un enfado furibundo, amenazando al pobre bicho con los puños y dando patadas en el aire durante la persecución. En la plaza de la escuela la carcajada era monumental, recuerdo sujetarme los intestinos con las manos al tiempo que buscaba a la desesperada un lugar apacible donde poder aliviarme.

La escena de la llama y del pobre “justicia” de Ajllata parece ambientada en alguno de los proyectos de salud y postas sanitarias diseminadas en poblaciones indígenas de América. No hace mucho tiempo, un directivo paceño de una ONG española, que trabajaba en proyectos de salud a mediados de los noventa en Bolivia, me comentaba con gran preocupación los numerosos problemas que se le planteaban en sectores quechuas de Cochabamba y Potosí en relación con un ambicioso proyecto de salud con importante desembolso económico. El “problema” se manifestaba en el apedreamiento del vehículo “todoterreno” del equipo sanitario en cuanto aparecía por las comunidades indígenas que formaban parte, aparentemente, del proyecto. Las poblaciones indígenas implicadas no sólo no se sentían aliviadas por la presencia de los médicos y sanitarios, sino profundamente disgustadas y amenazadas respondiendo, como la llama de nuestra anécdota, enfrentándose a quienes supuestamente los visitaban para ayudarles, o escapando a toda prisa de su alcance. ¿Cómo es posible que proyectos de actuación sanitaria muy bien pensados y dotados económicamente choquen con la airada reacción contraria de aquéllos que

“supuestamente” iban a ser sus beneficiarios? Recuerdo la desazón de Cleo Alaru, auxiliar Aymara de la posta sanitaria de Qurpa cuando alguno de los enfermos, al acercarse a la posta, le preguntaban: “¿Está el doctor?” “Sí pues, andate, que ahorita te va a recibir”, contestaba Cleo, a lo cual respondía el propio enfermo con rotundez: “No, más mejor, cuando NO esté vuelto”, ante la impotencia y desesperación de la pobre auxiliar⁴. De esta forma, la difícil comunicación entre los médicos convencionales y los usuarios indígenas de dichos servicios semeja una novela negra de intriga y permanente sospecha entre unos y otros que hace difícil el acercamiento a un enfoque intercultural aplicado a la salud. Indudablemente, cualquier planteamiento intercultural sobre lo que sea ha de partir del respeto mutuo y del diálogo permanente a partir del reconocimiento de la valía de lo que el otro puede ofrecer. Las relaciones asimétricas de poder, el paternalismo y la tacha mutua sobre superchería e ineficiencia, tan usuales cuando se trata sobre la salud y la enfermedad en contextos culturales distintos, nada propician sino arraigados fundamentalismos que dificultan, cuando no impiden, la simple comunicación entre las partes afectadas. Así las cosas, seguiremos sin comprender por qué la llama escapa de quien desea ayudarla o cómo los equipos médicos son apedreados por aquéllos que debieran constituir su soporte más eficaz.

Un grupo de profesores de la Universidad de Castilla-La Mancha interesados en las aplicaciones que la Antropología Social y Cultural puede sugerir en relación con la salud y la enfermedad en poblaciones indígenas de América, iniciamos en el año 2001 un proyecto de investigación con los auspicios del Vicerrectorado de Cooperación Internacional de nuestra Universidad, la que durante los años 2001, 2002 y 2003 ha financiado nuestro trabajo de campo en Bolivia⁵. El proyecto surge de la cooperación existente entre nuestra institución universitaria y el Centro de Investigación y Promoción del Campesinado de La Paz (CIPCA), con la inestimable ayuda de Xavier Albó. En principio el proyecto pretendía centrarse en la actuación del Equipo de Salud Altiplano (ESA), cuya sede se encuentra en la localidad de Qurpa (Provincia Ingavi del Departamento de La Paz) en pleno altiplano aymara; sin embargo, el desarrollo posterior del trabajo nos hizo tener en cuenta otras situaciones de carácter más general en relación con los nuevos planteamientos que sobre los modelos sanitarios de actuación se están efectuando en Bolivia⁶.

El contacto establecido con otros colegas interesados en problemáticas similares en diferentes áreas de América Latina nos animó a preparar el proyecto editorial que ahora el lector tiene en sus manos como colofón de la investigación realizada y con el deseo de dejar impronta sobre situaciones y categorías que tienen que suscitar, al menos, la oportuna reflexión entre todos los actores implicados en asuntos de salud en América Latina. Ésta es, pues, la contribución de un nutrido grupo de antropólogos con un enfoque peculiar, probablemente distinto al de los profesionales de la salud, los historiadores de la medicina o los propios cooperantes al desarrollo.

El libro puede dividirse en cuatro partes más o menos diferenciadas; una primera, más teórica si cabe, con las contribuciones de Comelles, Caramés, Meñaca y Albó donde se discuten, critican y analizan las características del modelo biomédico occidental y sus limitaciones históricas para entender y afrontar otras realidades sobre salud y enfermedad diferentes a las que configuran dicho modelo. En segundo lugar, las aportaciones de Abad, Citarella y Campos, Michaux, Campos, Ferrandiz, Calavia, Flores, Pitarch y López, recogen diferentes ejemplos sobre experiencias interculturales de salud en América Latina, ya sea entre poblaciones indígenas o mestizas que afecten a proyectos de salud, inclusión de postas sanitarias, programas de capacitación entre promotores indígenas de salud, peculiaridades del “año de provincias” entre los médicos o museos de medicina indígena. La tercera parte del libro se centra en la reflexión sobre algunos modelos indígenas y afroamericanos de conceptualización de las enfermedades, sistemas terapéuticos y su relación con las categorías de cuerpo y persona, sustancialmente distintas de las vigentes en el modelo biomédico occidental (Chaumeil, Orbitg, Fernández, Caprara y Citarella *et al*). Por último, la colaboración final de la profesora Luisa Abad, a modo de epílogo del libro, propone una reflexión general sobre las imprecisiones del concepto de salud intercultural y sus consecuencias en las dinámicas de relaciones existentes entre la medicina convencional y las medicinas indígenas en América Latina.

El libro presenta experiencias y situaciones propias de diferentes grupos y áreas culturales de América Latina (Mesoamérica, Andes, Amazonía), coincidiendo en aspectos que tienen que ver con las dificultades idiomáticas, las categorías indígenas sobre enfermedades, terapias y conceptos sobre cuerpo y persona, la perspectiva indígena de las medicinas occidentales, las relaciones entre médico y enfermo y otras múltiples. Quisiera hacer algunos breves comentarios al hilo de la experiencia de nuestra investigación en Bolivia.

Recuerdo la afirmación de un conocido ex ministro de educación en el aeropuerto de El Alto, de La Paz: “*Nadie pone en duda hoy la interculturalidad en Bolivia, pero así mismo, nadie la entiende ni sabe cómo aplicar eso*”⁷. En el campo de la salud y la enfermedad, uno de los factores primordiales de cara a la simple comunicación entre los diferentes actores implicados en cualquier situación de crisis sanitaria es el idioma; indudablemente el hecho de que los equipos médicos convencionales manejen con destreza las lenguas de las naciones originarias facilita de una manera importante el enfoque intercultural; de todas formas hemos podido contrastar, por un lado, el empleo del aymara, desde una perspectiva exclusivamente biomédica, por parte de médicos de origen indígena que no reconocen públicamente esta circunstancia, lo que no facilita el acercamiento intercultural, así como la actuación de médicos que sin tener ni idea, en este caso del aymara, suplían con creces dicha carencia con un entusiasmo encomiable haciéndose traducir de forma literal por la auxiliar aymara correspondiente y creando un ambiente de franca camaradería y complicidad con los enfermos aymaras. Por esta circunstancia creemos que una formación en lenguas indígenas resultaría un complemento imprescindible entre los equipos médicos y sanitarios que desempeñan su función entre poblaciones indígenas; como afirma Albó en este libro, quizá merezca la pena invertir en la formación médica y sanitaria de aquéllos que ya conocen las lenguas, impulsando la presencia de población indígena originaria de estudiantes en las facultades de medicina.

Hay que ser consciente de la precariedad institucional que supone el llamado “año de provincias” en muchos lugares de América Latina. Los médicos recién egresados de las facultades de medicina precisan realizar su “año de provincias” para poder luego dedicarse a su cometido profesional. Este sistema de reclutamiento forzoso como “mano de obra barata” y sin experiencia, por parte del Estado provoca no pocos conflictos e inoportunidades e incluso situaciones traumáticas tanto para los enfermos como para los propios médicos⁸. Actuaciones de menosprecio hacia los usuarios indígenas de las postas médicas, chistes humillantes sobre la condición indígena⁹ o el desconocimiento de normas básicas de costumbre pueden dificultar de una forma contundente las relaciones entre el equipo sanitario y los enfermos¹⁰. Las consideraciones indígenas sobre salud y enfermedad afectan a un conjunto de categorías que tienen que ver tanto con la realidad corpórea como con la esfera social, los conceptos sobre cuerpo y persona y su propia cosmovisión, como se aprecia en algunas de las contribuciones presentes en este libro. Por otra parte, no siempre es compatible la posta o el hospital con las manifestaciones terapéuticas indígenas. El médico indígena lo que hace, habitualmente, es acudir a la casa del doliente para tratarlo en una forma de atención domiciliaria que cada vez va contando con mayores adeptos en el sistema médico occidental. El hospital constituye un dominio extraño, costoso, de atención deshumanizada, donde los pacientes indígenas se encuentran generalmente perdidos y desorientados¹¹. Con razón resulta tremendamente habitual la frase lapidaria que con tanta frecuencia escuchamos de las familias indígenas ante cualquier crisis de salud: “*el hospital es el lugar donde la gente va a morir*”, es decir, no se le reconoce competencia terapéutica sino que constituye un verdadero foco de abusos y de humillaciones con los pacientes indígenas¹². Los enfermos achacan a los médicos convencionales una tendencia desmedida a la operación quirúrgica, a la apertura “contranatura” de los cuerpos, además de resultar tremendamente costosa; el médico, se dice, “*abre los cuerpos para curiosear*”, “*saca sangre para vender a otros*” cuando, desde la perspectiva indígena, no resulta terapéutico ni conveniente hacerlo. Otro aspecto a tener en cuenta son las connotaciones estadísticas de la medicina convencional que sólo reconoce “hacer medicina” a partir de una presencia masiva de enfermos en sus postas e instituciones hospitalarias. Los médicos indígenas dedican toda la sesión de trabajo a un único paciente, ya sea toda la noche, el día completo, varios días con sus noches o el tiempo que haga falta en el tratamiento terapéutico de

su dolencia, en casa del propio enfermo generalmente; para los médicos convencionales las relaciones personales, hablar con la gente, no es precisamente “hacer medicina”¹³, mientras que los modelos de atención y cuidados indígenas, no se entienden sin esta predilección por la palabra, como en otros órdenes de la vida comunitaria¹⁴.

En fin, sería inoportuno quizá presentar ahora más aspectos, algunos de los cuales se tratan con atención en los estudios incluidos en la presente publicación; sí quisiera al menos resaltar finalmente tres problemas: por un lado, lo que el profesor Pitarch achaca al museo de medicina maya en que realiza su observación etnográfica y que me parece un serio aviso, en otros planteamientos, sobre las políticas interculturales en salud, el desalentador resultado que produce la mezcla de tradiciones terapéuticas. Un *yatiri* de Qurpa me comentó en cierta ocasión que él nunca trabajaría con el médico en la posta; el *yatiri* tiene su dominio de eficacia, igual que el médico presenta el suyo, cada uno de ellos posee su espacio y tiempo de actuación específicos, sin “mezclarse”.¹⁵ ¿Cómo puede influir en las medicinas indígenas y su eficacia la institucionalización “a la occidental” de sus saberes? ¿Será la repentina “moda” de la medicina intercultural con sus retóricas políticas aplicadas a la salud otra excusa para la secular postergación de las poblaciones indígenas americanas? Otra cuestión a tener en cuenta es lo indicado por la investigadora Meñaca, que alude a la exotización que en el mundo occidental se achaca a los emigrantes y sus rasgos culturales, frente a la paradójica invisibilidad que aparentemente sufren en sus países de origen; finalmente es preciso tener en cuenta que estamos hablando generalmente de poblaciones que viven en situaciones de pobreza extrema, precariedad económica que igualmente afecta a los equipos de salud desplazados en dichas zonas. Cuando hablé con Fabio Garbari, director del Equipo de Salud Altiplano de Bolivia, sobre las cuestiones de interculturalidad aplicadas a la salud, me dijo con una rotundez expresa: “*Eso estará muy bien en un hospital sueco, aquí tenemos que pelear hasta la última jeringuilla*”.¹⁶

Este libro es el resultado de varias voluntades unidas. Quiero agradecer a Xavier Albó su inestimable ayuda y entusiasmo junto a José Fernández de Henestrosa y Fabio Garbari, pilares firmes del Equipo de Salud Altiplano en sus orígenes y proyección actual. Agradezco igualmente a los doctores Jorge, Rubén, Sandra e Irene, miembros del ESA, entre los años 1995 y 2002; al conjunto de auxiliares aymaras del ESA en especial la labor de Cleo Alaru, Hilaco y Francisca. Agradezco a todos los colaboradores del libro su calurosa y entusiasta acogida, particularmente a mis amigos y compañeros de vicisitudes en la Universidad de Castilla-La Mancha, los profesores Luisa Abad González, Mayte Caramés García y Juan Antonio Flores Martos, miembros del equipo de investigación. Igualmente a las entidades que han participado en el proyecto de coedición del libro, como es el caso de la Agencia Bolhispania de la Oficina Técnica de Cooperación en La Paz, Bolivia, dependiente de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) en las personas tanto de su director, D. Fernando Mudarra, así como del responsable del área de salud, D. Jose Luis Baixeras; igualmente al Vicerrector de Relaciones Internacionales de la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM), D. Publio Pintado Sanjuán, y a la coordinadora de ediciones de la Editorial Abya-Yala, D^a Anabel Castillo. A la sensibilidad y saber hacer de Arturo Asensio debemos el dibujo de la portada. Gracias a todos por hacer realidad esta obra que esperamos sirva de reflexión a todos aquellos actores sociales implicados en temáticas de salud en América Latina, a la vez que permita un reconocimiento público de la necesidad de articular el enfoque intercultural a la salud, como ya se ha hecho en el ámbito educativo. Quisiera despedirme con las palabras de Severino Vila, médico kallawayaya originario de los recónditos valles de Charazani, al Norte del Departamento de La Paz, que aplica con una envidiable simplicidad los retos de la interculturalidad cada día entre sus pacientes paceños:

“No está bien. De todos modos hay relación [entre médicos y kallawayas]. Hay relación. Ya ha reconocido el gobierno todo. Casi... el mismo camino; como decir científicos, dicen. Los doctores... igual, muchas veces también curan..., pero muchas veces... tampoco no curan; eso es lo uno por lo otro. Ahora el médico..., cuando no puede..., el curandero cura; el curandero no puede... el médico cura. Lo uno por lo otro.

No es... tampoco no puedo decir que el médico no cura; cura también, cada uno su persona; cada maestro tiene su técnica de curar, diferentes clases. Entonces igual también, los médicos también, algunos no pueden... entonces el curandero... ¡le cura! Ése sería”.

Gerardo Fernández Juárez (coord.)
Toledo, Marzo de 2004

Notas

- 1 Hergé, *Tintín en el templo del sol*, Edit. Juventud, Barcelona, 1977 [1949].
- 2 *Wilancha*, sacrificio de sangre, frecuente en las regiones andinas que consiste en el degüello del animal para asperjar ceremonialmente con su sangre la tierra y los lugares sagrados.
- 3 “Justicia”. Autoridad del sindicato agrario de la comunidad. Interviene en los conflictos que afectan a los comuneros aplicando las normas de costumbre y buscando el consenso entre las partes en litigio.
- 4 Ver, Gerardo Fernández Juárez, *Médicos y yatiris. Salud e interculturalidad en el altiplano aymara*, OPS/OMS, Ministerio de Salud y Previsión Social, CIPCA, La Paz, 1999.
- 5 Título del proyecto: “*Enfermedad y cultura: Líneas de aplicación interculturales para centros de salud y organizaciones no gubernamentales de desarrollo en poblaciones indígenas de Bolivia*”, 2001, 2002, 2003.
- 6 Caso, por ejemplo, del *Seguro Universal Materno Infantil* (SUMI) de reciente aplicación en Bolivia, que pretende otorgar prestaciones de salud con carácter universal integral y gratuito a las mujeres embarazadas hasta los seis meses después del parto y a los niños y niñas menores de 5 años para todo el Estado, según recoge la ley N° 2426 de 21 de noviembre de 2002 y el Decreto Supremo 26874 de Reglamento de Prestaciones y Gestión del SUMI de 21 de diciembre de 2002.
- 7 Ver la reflexión del doctor Flores Martos sobre las “retóricas de la interculturalidad” aplicadas a la salud en Bolivia, en este mismo libro.
- 8 Uno de los médicos entrevistados en La Paz me aseguraba que los criterios más valorados en la solicitud de las plazas, además de la “muñeca” inevitable para conseguir las mejor dotadas, era el que estuvieran cerca de las grandes ciudades o al menos de las carreteras más transitadas para poder regresar con cierta asiduidad a la casa doméstica. Según el criterio de este médico, corroborado por sus colegas, cerca del 90% de los médicos no regresan nunca al lugar donde efectuaron su “año de provincias”. En Bolivia este “año de provincias” de repente se ha convertido en trimestre. Cabe pensar las enormes dificultades de planificar una actividad continua de esta forma, así como los recelos de los enfermos indígenas que cada tres meses tienen que acostumbrarse al trato con nuevo personal médico. Ver al respecto el trabajo del profesor Flores Martos en este mismo libro.
- 9 Recuerdo el comentario sobre un paciente aymara a quien el médico de turno entonces denominó “mosca” por las penosas condiciones higiénicas que presentaba, ante la indignación tanto del propio paciente, que no volvió más a la posta, como de la auxiliar aymara presente en la consulta. Igual de delicadas pueden ser las simples auscultaciones u observaciones si contemplamos la variable de género. Cleo comentaba escandalizada cómo el médico de turno había dejado a una pobre paciente vestida sólo con su “manqanchita” (ropa interior de las cholitas aymaras) mientras la examinaba.
- 10 Tenemos varios ejemplos, como la denegación de la placenta a los familiares de la parturienta, el empleo de los aparatos médicos sin ninguna explicación para los enfermos, las extracciones de sangre o los sistemas de auscultación, en condiciones donde el examen del cuerpo humano desnudo supone enormes dificultades. Estos aspectos podrían ser contemplados en la formación de los médicos si apareciera en el *pensum* de estudios de las facultades de medicina alguna asignatura o área de conocimiento de Antropología Social en general y Antropología de la Salud y de la Enfermedad de forma más específica. Es curioso cómo las escuelas de enfermería parecen más permeables a estas áreas de conocimiento, frente al hermetismo dogmático de las facultades de medicina. Que sepamos, tan sólo la Universidad Tomás Frías de Potosí recoge en su *curricula* de formación en ciencias de la salud asignaturas de este talante, incorporadas de forma reciente al hilo del desarrollo del proyecto *Willaqkuna*.
- 11 La profesora Luisa Abad me comentó el caso de un anciano quechua, peruano, que apareció “aparcado” en el área de Psiquiatría del hospital de La Paz, en Madrid, simplemente porque nadie entendía el idioma, dando por sentado el equipo médico que el pobre hombre sufría algún tipo de desequilibrio mental o demencia senil.
- 12 Se temen las extracciones sanguíneas y el posible tráfico de órganos. La CSUTCB paralizó en Bolivia la ley de transplante de órganos, en parte, por estos temores.
- 13 Ver el artículo del doctor Flores Martos en este libro.
- 14 Los médicos españoles de la Seguridad Social han realizado hace unos meses una pequeña huelga testimonial reclamando al menos ¡10 minutos! de atención, en los consultorios, por paciente.

- 15 Algunas experiencias se han hecho al respecto, pero respetando el espacio de actuación de cada especialista; es el caso de la posta sanitaria de Rakaypampa en Cochabamba, Bolivia. Ver, Pablo Regalski (edit.), *Los jampiris de Rakaypampa*, Cochabamba, 1993, o la articulación de los diferentes despachos de atención de salud en la sede de SOBOMETRA (Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional), La Paz, Bolivia, Ver, Gerardo Fernández Juárez, “Testimonio kallawayaya. Medicina indígena en la ciudad de La Paz”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, LIII (1), pp. 245-280, 2001, o la apertura de la oficina de atención intercultural, *willaqkuna*, en el Hospital Daniel Bracamonte de Potosí.
- 16 En este sentido, incluso era preciso racionar la gasolina indispensable para la ambulancia que, además, dependía en aquel entonces del Municipio de Viacha, muy lejos de los dominios del ESA. Quisiera llamar la atención igualmente a las ONGs de salud que exigen rendimientos estadísticos a los proyectos de salud que se benefician de sus fondos, centrados casi exclusivamente en atención “materno-infantil”, lo que provoca una verdadera neurosis por los nacimientos, embarazos, y seguimiento inmunitario incluso a costa de sobredimensionar las cifras de resultados para conseguir el beneficio de los fondos económicos. ¿Y el resto de dolencias y enfermedades? ¿Qué pasa con los ancianos y sus patologías específicas? Recuerdo las colas de ancianos aymaras en los célebres desayunos de Mariano Alique (un abrazo desde estas páginas como sencillo homenaje a su quehacer) en la comunidad de Qurpa, quien a través de las ventas de sus pinturas se ocupa de paliar en lo posible la desatención permanente de este colectivo.



Equipo de Salud Altiplano. Prevención dental. Pampas de Machaqa.



Equipo de Salud Altiplano. Prevención dental. Pampas de Machaqa.

EL REGRESO DE LAS CULTURAS

Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI

Josep M. Comelles

Universitat Rovira i Virgili, España

La biomedicina quiso abandonar la cultura durante el siglo XX. Ahora, cuando parece haber triunfado tanto en el diagnóstico como en la terapéutica, cuando todo, o casi todo parece estar protocolizado y todas las respuestas, o casi todas, parecen venir de la biología molecular, de la resolución de las cadenas del genoma, o de los mediadores neuronales, el gobierno federal norteamericano anuncia que no financiará instituciones hospitalarias que no se acrediten como “culturalmente competentes”, y en Europa las migraciones extra-comunitarias y la presencia de la diversidad cultural en el Estado del bienestar plantean contradicciones aparentemente irresolubles en su cartera de servicios. ¿Qué significa hoy el retorno de la “cultura” al sector salud y de qué “cultura” estamos hablando? ¿Se trata de la “cultura” entendida como *taxonomía étnica*, se trata de “culturas” como *significados*, se trata de la medicalización como arena de producción de *significados culturales* en curso de cambio?

Negar la cultura para crear culturas profesionales

17

El proyecto de la biomedicina, desde el siglo XIX, aspiraba a alcanzar la máxima eficiencia diagnóstica, pronóstica y terapéutica, depurando, casi patológicamente, la clínica y el laboratorio de cuantas variables fuesen accesorias a esos tres actos. Operaba sobre una transformación de la construcción del conocimiento médico, conocido como el “nacimiento de la clínica moderna”, y que es coetáneo con el despliegue del Estado liberal.¹ En este período desapareció el valor del contexto –el del medio, la sociedad y la cultura del enfermo y de la enfermedad– en la práctica clínica, quedando el cuerpo desnudo del paciente en la mesa de exploración o el del cadáver en la de autopsias en busca de la utopía de una práctica técnica que condujese a una toma de decisiones racional. El paciente ideal viene a ser hoy uno intubado, monitorizado, que recibe alimentación parenteral para que no defeque, que orina mediante una sonda, y sobre el cual las computadoras alimentan de parámetros objetivos las decisiones que un médico supervisa desde un *dispatching*, desde el cual dicta órdenes al personal técnico que realiza los inevitables cambios de curas o de ropas del paciente hasta que los robots sean capaces de hacerlo.² En esa arena la cultura, según los médicos –y en todas sus acepciones– habría dejado de existir.

Aunque en casos concretos y circunstancias particulares sea posible acercarse a esa utopía, en algunos pacientes internados en unidades de cuidados intensivos, en pacientes en coma *dépassé* a los que puede mantenerse en vida largo tiempo “conectados”, o en donantes, legalmente muertos pero biológicamente vivos mientras esperan la llegada del receptor, la anulación completa de la capacidad interactiva y de la ínter subjetividad entre el profesional y el entorno –el paciente, su red social, la propia institución, los otros profesionales–, no se cumplen jamás. Aunque el ideal goffmaniano de institución total se aproxime más a esas Unidades de Cuidados intensivos que al manicomio custodial o la cárcel.³ Incluso en las más perfectas, donde parecen imposibles las adaptaciones primarias y secundarias de pacientes y del personal, la evidencia etnográfica revela la producción de culturas idiosincrásicas que afectan al personal, a los enfermos, a los familiares y aún al conjunto de la institución.⁴

Con notable timidez, aunque en público suele afirmarse lo contrario, el monolitismo de la racionalidad clínica se ve truncado –y así lo denuncia la experiencia etnográfica–, por cambios sutiles en reglamentos y protocolos, por la permanente construcción de prácticas y representaciones que, sin ser del todo verbalizadas, ponen de manifiesto grietas y contradicciones que tratan de resolver, significan mediante estrategias corporativas que permiten legitimar adecuadamente los ámbitos de conflicto. Las contradicciones se recubren mediante rituales, mediante estilos retóricos, mediante silencios, y cuando son irresolubles llevan a vindicar o la “ética” o la “humanización” de las prácticas, casi nunca fruto del distanciamiento crítico que emerge de la observación etnográfica, sino de la asunción individual –raras veces colectiva–, de “valores” religiosos o cívicos que por su naturaleza quedan por encima de los imperativos de la racionalidad científica.⁵ Tanto es así que, incluso los médicos que “no salvan vidas” porque no atienden casos de gravedad mortal, pueden pensar que la búsqueda de la máxima frialdad emocional y la mayor distancia en relación al cuerpo de sus pacientes y reducir cuanto haya de subjetivo en la relación mejoran los resultados de su tarea.⁶ Si cualquier observador desapasionado puede comprender –y aceptar–, la lógica de tal proceder en circunstancias extremas, también advierte su imposible aplicación al conjunto de las personas que piden ayuda a profesionales. Si lo cultural y lo social pueden venderse como accesorios en tomas de decisiones vitales, no es menos cierto que en ciertas tomas de decisiones en circunstancias críticas emergen expresiones como “la salvaremos porque es joven y tiene dos hijos; si tuviese más de cincuenta...” Negar lo “cultural” –y lo “social”– en la medicina no ha sido en definitiva más que una forma de construir un cultura profesional específica.

Hasta que Claude Bernard (1984), en 1865, la convirtió en experimental, y abrió la puerta a una disciplina tan científica como la Física, la Medicina fue una *tekhné*, o un *ars* que combinaba una hermenéutica de los escritos de autoridades, con conocimiento empírico sobre salud y enfermedad fruto de la interacción más o menos sistemática con el medio y con las poblaciones tratadas, experiencia sobre la *physis* que procedía de la teoría hipocrática y de la ciencia aristotélica.⁷ Esa *tekhné* se limitaba al entorno mediterráneo clásico, islámico o cristiano, a Europa y a las poblaciones criollas de las colonias americanas. Por eso “la medicalización”, un proceso de hegemonía que sigue hoy, fue inicialmente un hecho “local” –ciudadano– en la Edad Media, hasta los primeros intentos de políticas públicas a escala de Estado, muy tímidas aún corresponden al siglo XVI.⁸ Hay suficiente evidencia histórica para afirmar que lo que llamamos pluralismo asistencial –o médico–, fue y es la norma generalizada del conjunto de las sociedades, aunque el modelo médico, a partir de su articulación con el estado liberal, sea hoy hegemónico y su influencia cultural gigantesca. Antes de Claude Bernard, la búsqueda de la hegemonía de los médicos se limitaba a adquirir una patente política de monopolio cuyos límites eran notorios,⁹ puesto que la producción de conocimiento y experiencia clínica era el producto consciente de la interacción entre distintos especialistas, entre distintos discursos, como los religiosos, y de los saberes compartidos que se engendraban en la cabecera de los enfermos con la red de éstos.¹⁰ Creo que en este contexto puede aplicarse propiamente la idea de co-producción de saberes que propone Alberto Bialakowski. La co-producción explica la apropiación por los médicos, albéitares y boticarios de las terapéuticas y de la materia médica popular que se transportó a las farmacopeas, y la asunción de las interpretaciones hipocrático-galénicas sobre la causalidad por parte de los profanos, que los folkloristas del siglo XIX definieron como “medicina popular” para caracterizarla como supervivencia de un conocimiento sincrético, al tiempo que tuvieron buen cuidado de discernir entre aquellos saberes empíricos que podían incorporarse a la biomedicina, y los que quedaban fuera de sus límites –la medicina popular como taxón de una presunta especificidad cultural de la práctica y las representaciones sobre la salud y la enfermedad–, admitiendo que el *embodiment* colectivo de dichas experiencias compartidas era constitutivo del proceso de salud /enfermedad/ atención, aunque lo calificasen de supervivencia a aculturar.¹¹

A pesar de los esfuerzos por legitimar el *arte* médico anterior al siglo XIX, la cultura profesional contemporánea de los médicos es muy reciente y tiene su origen entre finales del s. XVIII y 1850.¹² El nuevo proyecto profesional venía del intento de los médicos para ubicarse como los intelectuales orgánicos de un proyecto de ingeniería social asociada al despliegue de la gubernamentalidad en el Estado

moderno (Peter, 1975; Foucault, 1979; Peset, 1993), implicaba desarrollar una forma distinta de producción del conocimiento científico menos dependiente de la experiencia clínica cotidiana y de la co-producción de saberes,¹³ y pronto cuestionó las teorías de la causalidad ambientalistas propias del neohipocratismo, así como el valor de la observación etnográfica en la práctica médica.¹⁴ Condujo a cambios sustanciales en el mercado médico, en la reproducción de relaciones de poder entre el curador y el profano, en la posición de mediador orgánico de los profesionales en la sociedad actual y en el significado de las instituciones sanitarias en la sociedad actual. Todo ello da lugar a cambios culturales al deshacer la relación anterior –propia del neohipocratismo–, entre medio –y cultura– y enfermedad, para dejarla en una relación exclusivamente entre naturaleza y enfermedad. Esta transición entre la *tekhné* como práctica local y la biomedicina científica y experimental no es un cambio brutal, sino un proceso largo y complicado que no sigue la misma pauta en todas partes, ni supone procesos homogéneos o idénticos incluso dentro del territorio de los Estados nacionales. Tanto es así que la fase actual del proceso de medicalización, y que ha conducido a la hegemonía de lo que Menéndez (1978) llamara *modelo médico*, lejos de ser un proceso monolítico, se muestra como el producto de procesos históricos más complejos, puesto que va a girar en torno a tres pilares complementarios: el desarrollo en sí mismo del Estado liberal,¹⁵ el camino en los Estados europeos desde el Estado social al Estado providencia; la ruptura que significó en los Estados Unidos el *Flexner Report* en la gestión, administración y organización profesional de los hospitales, articulada con la involución del Estado social.¹⁶ Esos tres pilares, y el diálogo entre ellos, permiten caracterizar las líneas de fuerza fundamentales que han modelado en los distintos países procesos de medicalización *distintos* –diversos–, con sus formas culturales articuladas con procesos históricos idiosincrásicos.¹⁷ Estas formas culturales se configuran a partir del *embodiment* por la población de su experiencia en relación a los dispositivos desplegados por la concatenación entre políticas públicas y privadas y el Estado.

La diferencia entre el “arte” médico, que antaño caractericé como “modelo clásico”, y la biomedicina moderna es que no significó la suplantación completa del primero por la segunda, sino su subalternidad,¹⁸ a pesar que durante el siglo XX se vindique al primero como el *ideal type* de la práctica médica, menos por su eficacia terapéutica que por su actitud abierta y comprensiva al paciente y a su circunstancia. Su subalternidad y su condición ideal se ponen de relieve porque la retórica actual respecto al médico generalista fue también una forma de combatir la socialización y la salarización de los médicos, vistos como un atentado a la libertad del mercado médico. También responde, en algunos casos, a la sensación de pérdida de identidad –y de poder–, que significa un trabajo en hospital o en atención primaria, cada vez más estructurado en forma cooperativa y en la que el diagnóstico, el pronóstico y la terapéutica acaban siendo el producto de un trabajo en equipo. Junto a ello está el debate por la hegemonía de dos formas de racionalidad y de subjetividad. En la *tekhné* el peso de la experiencia –en el sentido aristotélico del término–, era el valor fundamental, más allá del propio conocimiento libresco y exigía una estrategia de incorporación de la misma que por definición era intersubjetiva, por muy cínica y venal que pudiera resultar desde el punto de vista de la ubicación profesional del médico. Más aun, la *tekhné* combinaba una mirada clínica sobre el paciente, con una mirada etnográfica sobre el contexto del paciente, que le permite manejar esa producción de conocimiento intersubjetivo –mediante técnicas etnográficas– y favorecía el despliegue de saberes en el espacio (*locus*) del paciente. En cambio, en el modelo hospitalario, en la biomedicina, la estrategia de conocimiento pasa por eliminar lo ahora accesorio, dejando al cuerpo libre de los accidentes sociales y culturales, eliminando la etnografía y apostando por la sólo clínica. Para ello el enfermo se transporta a un espacio (*locus*) de conocimiento en el cual el cuerpo se individualiza. Nótese que si en el primer caso el médico busca la co-producción de saber, aunque conserve sus parcelas de secreto, en el segundo se trata de excluir de la co-producción de terceros. El papel cultural de los médicos en la *tekhné* era local; en la biomedicina deja de serlo al articularse con una filosofía política global. Y como excluye la experiencia intersubjetiva, y acentúa la deslocalización del enfermo de su medio, acaba disolviendo la producción individual de conocimiento a favor

de un conocimiento compartido¹⁹ lo suficientemente inespecífico para efectuar una definición de salud global.²⁰

Liberalismo y modelo médico

Las relaciones entre el pensamiento liberal, marxista, socialcristiano o socialdemócrata y el pensamiento médico no han dado lugar a excesiva labor hermenéutica, y sí a muchas simplificaciones. Foucault, en sus trabajos sobre la *medicalización* y el *biopoder*, o Castel (1995), sobre la *salarización*, o Menéndez (1978), sobre el *modelo médico*, establecen las profundas relaciones entre pensamiento liberal y modelo médico. Escritas desde perspectivas críticas y con una voluntad explícita de toma de conciencia colectiva en contextos históricos bien definidos, su lectura poco crítica puede favorecer una imagen monolítica, mecánica y reduccionista del proceso de medicalización, lo que no es el caso. Prefiero tomar esas propuestas como hipótesis o puntos de partida para explorar sus dimensiones, y muy particularmente su papel en la producción de significados culturales, lo que nos obliga a no poner en el mismo saco, por ejemplo, las relaciones del modelo médico con el pensamiento liberal en Estados Unidos y las que se producen en el Estado de bienestar europeo –en sus muy diversas manifestaciones–.²¹ Sus facetas son tan variadas que el problema que he enunciado al principio, el regreso de lo cultural, tampoco puede ser contemplado bajo los mismos criterios y parámetros.²² En Europa, los caminos son tan diversos de un extremo a otro del continente, que no sólo es imposible pensar en un proceso de medicalización homogéneo, sino que probablemente la propia noción de medicalización no tiene el mismo significado en unos lugares que en otros.

20

Buena parte de teoría sobre la medicalización procede de los casos francés, británico y norteamericano como referentes históricos en la evolución del Estado liberal. Enfatizan el significado de los dispositivos de protección social, y en las implicaciones jurídicas y políticas en el mismo del despliegue de dispositivos de protección social, no sólo los médicos, sino también los psiquiátricos y los de asistencia a los pobres.²³ Ewald (1996) cree que el nacimiento del Estado social se enraiza en la verificación empírica de los efectos colaterales del liberalismo económico y político, a principios del siglo XIX, y de la discusión sobre la noción de responsabilidad que contribuirá a la configuración de una cultura civil igualitaria. Castel (1995) la ha desarrollado para comprender los recientes procesos de desafiliación a esa civilidad, relacionándola con el auge y la decadencia del modelo de salarización de la ciudadanía. La crítica de Castel al dispositivo comunitario de protección social del Antiguo Régimen debe verse desde su adhesión a la filosofía política republicana francesa. Para él la comunidad como instancia de solidaridad no tiene su lugar más que como supervivencia, y por tanto la individualización de los actores sociales mediante el salario, tendría su correspondencia en la individualización de los cuerpos propia de la transición hacia una biomedicina, brazo armado de la política, en la retórica del combate de ésta contra las desigualdades derivadas del hambre, la mortalidad y las epidemias. En el modelo de Castel no cabe la diversidad cultural sino como arcaísmo. Sospecho que Castel piensa en la diversidad cultural como el producto de una identificación administrativa de lo cultural, pero en absoluto en los términos que la entenderían en Antropología Bahba (2002) o Appadurai (2001), o en política Kymlicka (1996).

Es la rigidez republicana y civil de las concepciones sobre lo cultural que, a mi juicio, debilitan las argumentaciones de Castel, no para los objetivos de la biomedicina –o de la psiquiatría–, hasta la crisis del petróleo de 1975, ni por su precoz y brillante aportación a la gestión del riesgo (Castel, 1981), sino porque el edificio de su concepto de desafiliación, pasa por una suerte de nihilismo respecto a la reconstrucción de las relaciones societales que se desmiente cada día en torno a los movimientos de agrupamiento y de construcción de nuevas identidades y movimientos sociales característicos del sector salud, como los grupos de ayuda mutua, y que tienen su correlato en formas muy complejas de construcción de sociabilidad y de construcción cultural en la sociedad moderna.²⁴ En ningún caso Castel se planteó, a finales de los setenta, que el problema de la crisis del Estado de bienestar había dejado de ser un pro-

blema de *cantidad* basado en indicadores sanitarios, para serlo de *calidad* en la atención. Eso significa que el problema no es tanto que el proyecto biomédico no haya triunfado y sus valores hayan sido *embodied* por la población, como que ahora la demanda de ayuda de la población al sistema ya no corresponde a las prioridades tradicionales, como la atención a la enfermedad aguda, a los accidentes de trabajo, al hambre y a la pobreza, sino los malestares de una sociedad teóricamente “sana”, entendida ésta como una sociedad que ha disminuido la mortalidad por infecto contagiosas y la morbimortalidad infantil y materna, y ha aumentado dos o tres veces la esperanza de vida y a la que pueden aplicarse los aforismos aquéllos de que la salud es un estadio transitorio que no presagia nada bueno, o el de que un hombre sano es simplemente un enfermo que ignora su condición...

Cuando Menéndez formuló en 1978 las características del modelo médico, olvidamos que lo pensó desde su experiencia sobre dos países sin estado de bienestar (México y Argentina), y en un momento en que en otros –la propia España–, discutían el despliegue del modelo, cuando en Francia, Alemania, Gran Bretaña y Suecia ya habían alcanzado sus objetivos de manera que nuestros objetivos no podían ser presentados sino como un período de transición, relativamente breve –un cuarto de siglo–, tras el cual nos habríamos de confrontar con las nuevas necesidades de una sociedad “sana”.²⁵

Quería llegar aquí puesto que el debate sobre la diversidad en salud y sobre el papel de lo cultural surge en dos circunstancias históricas distintas. La primera es el despliegue del proyecto de la biomedicina y la salud pública en países no occidentales que no tienen por qué compartir los rasgos judeo cristianos o ilustrados característicos de la articulación entre el modelo médico y el pensamiento liberal occidental. Aun en mi modesto conocimiento de Japón, es evidente que el proceso de medicalización en Oriente adquiere unas características idiosincrásicas que permiten poner en cuestión el etnocentrismo con que los occidentales lo concebimos,²⁶ y casi no hace falta insistir en el papel que ha jugado la antropología cultural en el despliegue de servicios sanitarios en el llamado Tercer Mundo.

La segunda circunstancia es distinta y se refiere al problema que plantea hoy en los países desarrollados una demanda cualitativamente sesgada basada en cuidados de salud, enfermedades crónicas y degenerativas, y medicalización de malestares y formas de aflicción en toda la población, así como los problemas que plantea la diversidad cultural –actualmente percibida por el impacto de la inmigración comunitaria–, en la relación comunicativa que se produce entre el demandante de servicios y los profesionales que los ofrecen.²⁷ Los límites del modelo médico hegemónico y su negación de lo cultural se ponen de manifiesto por dos bandas: por la banda alta, la que corresponde, simplificando a las clases altas y medias y a los sectores más prósperos del proletariado, porque no responde adecuadamente a los cambios culturales en las representaciones de la salud y de la enfermedad; por la banda baja, porque la sofisticación del dispositivo técnico de la biomedicina desarrollada en países industrializados y bien capitalizados no puede utilizarse por falta de recursos en la mayor parte de países del mundo.

El sistema de salud cubano, que fuera, durante décadas, el mejor de América Latina, entra en crisis cuando el Estado cubano, carente de recursos, no puede sostener el ritmo de inversiones que la biomedicina necesita en la actualidad, ni soportar la enorme rapidez de las amortizaciones de recursos y tecnología. Pero la biomedicina entra en crisis, en el tercer mundo, por la inadecuación del modelo a la necesidad de construcción de la experiencia ínter subjetiva con las amplísimas clases populares sin recursos. En esas circunstancias no es posible la complejidad diagnóstica y terapéutica de la biomedicina y ésta debe acantonarse en un modelo de práctica hegemónico –la práctica primaria–, que ahora es un paradigma subalterno de la biomedicina.

El fiasco del modelo médico se produce por su incapacidad de adaptarse al cambio de una demanda sostenida por el riesgo de muerte, a otra que trata de evitar el riesgo del sufrimiento a medio o largo plazo en el cual el paciente se halla inerme puesto que la cultura de la biomedicina no asegura su seguimiento de modo adecuado salvo en casos singulares.²⁸ Es en buena medida el producto de haber abandonado los criterios de co-producción con los profanos que ha llevado a infravalorar su papel y su conocimiento respecto a la salud, y por ese camino, a alentar su dependencia de terceros,²⁹ especialmente cuando la implantación del derecho universal a la salud ha derribado las barreras de mercado pa-

ra el acceso a los profesionales y los servicios. En el tercer mundo, y no sólo en él, el auge de los movimientos alternativos representa formas de organización y de resistencia que conducen precisamente a reinventar estructuras de producción de conocimiento colectivo que puedan actuar como grupos de presión, o como alternativas a las carencias de los dispositivos.³⁰

La falta de análisis cualitativo y de evaluación sobre la biomedicina en el Estado de bienestar nos mantiene prisioneros del esquematismo de las propuestas que tratan de justificar los problemas derivados de la medicalización, casi exclusivamente a partir de las insuficiencias jurídicas, de valores “humanistas” o de la psicologización o la psicodinamización de la relación médico-enfermo. Sólo más recientemente, la teoría antropológica ha asumido el problema de la construcción de significados culturales a partir de nociones como el *embodiment*³¹, pero no ha sido abundante la producción de evidencia empírica en contextos europeos³²

Muy poca investigación se construye sobre etnografías de las relaciones entre los ciudadanos, los profesionales y las instituciones, y menos aún se plantea que el hecho de que la diversidad cultural y sobre todo la construcción de significados culturales en un contexto como en el que vivimos no puede hacerse sobre la base de protocolos de “identificación” cultural administrativa, sino comprendiendo la complejidad de las identidades múltiples de los ciudadanos de una sociedad moderna. Es en este escenario basado en el mestizaje cultural y la hibridación donde pueden observarse cambios muy profundos y diversos, en la percepción de las amenazas de salud en las sociedades desarrolladas, en los patrones de uso de los servicios y en la retórica política que sustituye hoy la idea de *enfermedad* por la de *salud*, menos médica y más política, menos particular y más universal en un contexto en el que se habla, precisamente de reducir el catálogo de prestaciones de enfermedad. Pero en un contexto en el que la diversidad cultural es un problema nuevo, crucial para el sector salud y para los antropólogos que nos confrontamos con él.

Dispositivos y diversidad cultural

«The following national standards issued by the U. S. Department of Health and Human Services’ (HHS) Office of Minority Health (OMH) respond to the need to ensure that all people entering the health care system receive equitable and effective treatment in a culturally and linguistically appropriate manner. These standards for culturally and linguistically appropriate services (CLAS) are proposed as a means to correct inequities that currently exist in the provision of health services and to make these services more responsive to the individual needs of all patients/consumers. The standards are intended to be inclusive of all cultures and not limited to any particular population group or sets of groups; however, they are especially designed to address the needs of racial, ethnic, and linguistic population groups that experience unequal access to health services.»

Ésta es una de las respuestas del Gobierno de Estados Unidos al problema de la atención a la diversidad cultural. Hace referencia a la necesidad de acreditación cultural de los hospitales públicos que deseen recibir subvenciones federales. Si hasta ahora la acreditación hacía referencia a la práctica sanitaria, académica u hotelera, ahora se extiende a un escenario de diversidad cultural en pos de mejorar la equidad en la atención. Tras ella se halla el concepto de *competencia cultural* (*cultural competence*), que aparece reiteradamente en la literatura biomédica norteamericana desde hace años, y que revela un cambio en la conciencia de los profesionales, de los responsables políticos, respecto a la diversidad cultural, en la línea de la discusión sobre los derechos de las minorías (Kymlicka, 1996).

Para un antropólogo europeo, que lea por encima esto, puede parecerle un avance. Y no dudo que en algún aspecto lo es, especialmente en lo que hace referencia a la necesidad de los hospitales de asegurar una traducción en lenguas diversas a la documentación clínica que firma el enfermo a su ingreso, así como al derecho del enfermo a ser informado adecuadamente –consentimiento informado– de las actuaciones que van a ejercerse sobre él. Esta dimensión cuyos efectos son fundamentalmente ju-

rídicos, no significa demasiado, es una medida que trata de blindar a las administraciones hospitalarias de la malpráctica relacionada con las dificultades de colectivos cada vez más numerosos en Estados Unidos que no entienden el inglés, y mucho menos la redacción leguleya de los documentos de autorización que, por docenas, un paciente firma a su ingreso en el hospital o antes de la intervención. A mi juicio, este aspecto no responde tanto a una idea amplia de la diversidad cultural, como a una cultura jurídica en la que la jurisprudencia basada en la *common law* debe garantizar la seguridad jurídica del ciudadano. Pienso, como contraste en el caso lamentable de la muerte de un infante magrebí en el servicio de urgencias del Hospital de Melilla hace un par de años, que fue despachado sin más por la ministra de turno, insinuando que la culpa era de la madre que no hablaba español... En este punto, lo que se plantea no es un problema de “competencia cultural” –concepto sobre el que volveré algo más tarde–, sino algo que podríamos llamar “competencia lingüística”, o “competencia jurídica”, y que tiene que ver con el más elemental sentido común en un contexto globalizado en el que el recurso a las instituciones sanitarias, tanto en situaciones de emergencia como en otras, plantea a las instituciones sanitarias públicas el problema de poder “traducir” las demandas de atención. En los países turísticos, como España, éste es un fenómeno bien conocido desde los primeros sesenta, pero que durante décadas no planteó problemas pues el turista accidental pagaba su visita y era reembolsado posteriormente por sus cajas de Seguridad Social, y más tarde ese turista llevaba su blok de convenio o disponía de un seguro de viajes que aseguraba su repatriación o la atención de emergencia. Esta problemática se acentúa con la llegada de inmigrantes extracomunitarios, por el hecho de que el catálogo de lenguas se amplía –solo en Cataluña la Conselleria de Sanitat tiene censadas 37 habituales–, algunas de ellas no eran muy frecuentes en nuestros pagos –urdu, bereber–, y muy a menudo la demanda de atención no es sólo la emergencia, que puede resolverse mediante un sistema de traducción por teléfono en el peor de los casos, sino la continuidad y el seguimiento de los casos.

Desde el punto de vista de la competencia lingüística, esto no significa, pues, que se produzca un cambio cultural en el modelo médico. Ni mucho menos: el médico recibe traducción telefónica o usa un vocabulario multilingüe para “traducir” los signos y reificar los síntomas, sin que ello suponga ninguna sensibilidad especial a favor de la diversidad cultural del paciente. Finalmente, nos hallamos en un escenario administrativo, en el cual la narrativa del paciente, y el modo cómo expresa su enfermedad, tengan que tener relevancia en el diagnóstico, pronóstico, terapéutica y seguimiento, puesto que una vez “traducido” el síntoma, la racionalidad aplicable es la misma. Es más, el sistema espera que a la vuelta de dos o tres años la competencia lingüística del inmigrante sea suficiente como para prescindir del mediador en esta etapa.

Es en este punto donde puede comprenderse la falacia de la idea de “competencia cultural”, lo cual explica la hostilidad de los antropólogos norteamericanos al respecto. Tal y como se formula en América, no sólo no pone en peligro al modelo médico, sino que protege a los profesionales de las acciones judiciales debidas a malas prácticas derivadas de la lengua o de la idiosincrasia cultural de los pacientes. Es cierto que, en su modestia, la acreditación cultural tiene la virtud de ampliar el espacio de la acreditación a variables de naturaleza cultural, y significa una primera llamada de atención respecto a los derechos de las minorías, pero su fundamentación en un modelo de taxonomía étnica y cultural muy rígido tiene a mi juicio efectos indeseables importantes. El principal es el que no pone en cuestión la racionalidad médica, y por tanto una forma de construcción del pensamiento que excluye el valor de lo cultural y lo social en la práctica, pero que permite “añadirlo”, sin más, a la lista de *ítems* que deben registrarse en los protocolos clínicos. Kleinman nos comentaba tiempo atrás, riendo, que sus estudiantes acaban escribiendo en las historias: signos, síntomas, exploraciones y... modelo explicativo de la enfermedad, convirtiendo lo cultural en un *ítem* políticamente correcto, pero sin que contribuya a una producción dialéctica de saberes.

Sin embargo, la presencia cada vez mayor de inmigrantes en los países desarrollados está produciendo un efecto distinto al anterior, mucho menos reducible a variables discretas, y que sí pone en cuestión la propia racionalidad del modelo médico. Me refiero no a los problemas que plantea la atención

de emergencia –que sería el caso clásico–, como los problemas que plantea a los servicios de salud la presencia de una población inmigrante, previamente medicalizada en sus países de origen y a menudo con formación media o superior,³³ cuya demanda corresponde a atención primaria, en salud mental o que va a precisar seguimiento. Es decir, un escenario de práctica en el cual la comunicación intercultural, la intersubjetividad y la co-producción de saberes van a ocupar la parte principal de la escena³⁴, de un modo idéntico a como se produce con los ciudadanos del país, pero ante una situación en la que, entre los nuevos clientes y profesionales, no puede haber, a corto plazo, las mismas complicidades que se han construido durante décadas entre los profesionales de la salud y los ciudadanos, y que dan lugar a la producción de práctica y representaciones con las que nos manejamos en lo cotidiano. El efecto de la inmigración tiene el valor de llamar la atención sobre la necesidad de co-producir y de gestionar las variables culturales, una vez que las culturas en torno a la salud parecían tan compartidas por la ciudadanía que parecía que no debían merecer atención, puesto que nuestra ciudadanía ya había asumido y compartía un estilo de funcionamiento idiosincrásico y a menudo muy automatizado.

La diversidad cultural asociada a la inmigración representa elementos de reorganización de la cultura de la salud en el conjunto de la población, tanto porque desafía la organización de los dispositivos o abre espacios imprevistos de uso, porque desafía las culturas de organizaciones de los profesionales y de las instituciones exigiendo cambios y nuevas estrategias de formación, y porque supone, desde el punto de vista político –y especialmente en Europa–, un reconocimiento de los derechos de las minorías que habitualmente se había escudado en el principio de la homogeneidad cultural “nacional”, para disimular la diversidad cultural.

En la literatura sanitaria europea el concepto de *cultural competence* no ha llegado apenas, puesto que nuestro Estado de bienestar, basado en el derecho al acceso universal de la salud con independencia de la variabilidad cultural del ciudadano resuelve, al menos sobre el papel, el uso de los servicios, aunque no los efectos de la diversidad cultural sobre un sistema, cuyo proyecto fundacional era y es radicalmente igualitarista. Amparada en este principio, que le permite trazar políticas públicas idiosincrásicas, la filosofía y la práctica política europea suelen ser reacias a introducir lo cultural,³⁵ incluso en contextos, como el catalán, que deberían ser más sensibles a la variabilidad cultural. Así, en los *Plans de Salut (Health Plans)* bianuales de la Generalitat de Catalunya, el principio de la “salud igual para todos” parece excluir para siempre cualquier atisbo de discriminación por razones étnicas, culturales o religiosas, lo mismo que la Constitución española³⁶ y la *Ley General de Sanidad* de 1986, pero la realidad es más tozuda que la escritura leguleya y, tanto en *welfare states* como en los que carecen de él, la discriminación y la falta de equidad, y las desigualdades de acceso asociadas a variables culturales, identitarias o lingüísticas son un hecho cotidiano por acción u omisión, puesto que los proveedores de los servicios, las instituciones y los profesionales construyen ellos mismos sus propias culturas institucionales y corporativas en las que se proyectan no sólo los perfiles profesionales sino también las identidades múltiples de sus miembros.

Éste es el punto clave. Hasta aquí la medicalización había sido *embodied* en los países desarrollados, como un rasgo más de los instrumentos de homogenización cultural “nacional” y de ciudadanía. Ahora, los inmigrantes ponen de manifiesto que “su diversidad” no es únicamente “suya”, sino que es compartida también por el conjunto de la ciudadanía, en la medida que la demanda de servicios es ahora matizadísima y diversa, del mismo modo que es diversa la economía post-fordiana. Pero la cultura de la fase presente de la medicalización se construyó en un escenario fordiano: reparación de mano de obra, lucha contra la mortalidad, etc..., mientras ahora el conjunto de la población padece menos enfermedades que malestares y esos son mucho más diversos que las diversidades de perfumes que pueden encontrarse en las tiendas de cosméticos de los centros comerciales... Ante estos malestares el peligro está en pensar que los malestares de la ciudadanía no son culturalmente diversos, o pueden reducirse todos o casi todos a “ansiedad” y “depresión” y tratarse dentro del modelo médico fordiano, mientras que son singulares los de los inmigrantes, aun cuando el mayor interés sería verlos reducidos también a “ansiedad” y “depresión”. Pero lo peor es no comprender que en ese modelo de gestión de esos

malestares estamos también co-produciendo saberes que conducen a que la demanda sobre la base de malestares crezca indefinida y exponencialmente si nos limitamos a actuar sobre las consecuencias y no sobre las raíces.

El reto del futuro

La superación del concepto de *competencia cultural* debe partir de la revisión de las concepciones taxonómicas de “cultura” –en la cual incluso los politólogos más abiertos, como Kymlicka (1996), se sienten más cómodos–, y el acercamiento a las concepciones fluidas de la cultura en la línea de lo señalado desde los *colonial studies* (Appadurai, 2001; Bahba, 2002) o de la literatura sobre el *embodiment* (Csordas, 1994). Por eso, más que pensar la acreditación en términos de asegurar el conocimiento de las taxonomías culturales, o de disponer de los recursos de traducción, por otra parte indispensables, el problema remite a cambios sustanciales en las *abilities*, a la de *agency* y a la de *profesionalidad*, necesarias para una concepción de *cultura* flexible y en constante construcción y deconstrucción, capaz de responder a la variabilidad y la complejidad de las *identidades* en un universo esencialmente mestizo,³⁷ en donde la producción de *etnoscajes* es un fenómeno constante atrapado en historicidades particulares, y por lo tanto sometido a procesos transaccionales permanentes que a su vez constituyen formas de saber, saberes o formas de *agency*. En este ámbito se trata de plantear *anthropological abilities* en la práctica profesional para acabar ante las situaciones de desconcierto ante la diversidad cultural y mitigar las respuestas situadas en la banda discriminatoria del espectro aludido. En una comunicación reciente destinada a una reunión profesional de médicos de familia, Xavier Allué (2003) lo sintetiza:

El médico debe tener una percepción de su propia cultura y su estatus y de las diferencias en control y poder existentes en la relación médico /paciente, y un conocimiento básico de cómo la teoría y la práctica de la Medicina están condicionadas culturalmente, de la existencia de fenómenos de exclusión (racismo), de las diferencias en las estructuras familiares y los diferentes roles asumidos por los miembros de las familias en las diferentes culturas, los factores sociopolíticos que repercuten sobre la existencia de los pacientes y de los síndromes o enfermedades culturalmente construidos (“*culture-bound syndroms*”). Además debe adquirir habilidades o destrezas que le permitan comprender los modelos explicativos de la enfermedad de los pacientes, ser capaz de modificar sus instrumentos de interacción con el paciente en función de las diferencias culturales y procurar evitar prejuicios o conceptualizaciones preestablecidas. Entre sus cualidades se deben incluir la empatía, el respeto, la capacidad de inspirar confianza, la comprensión y establecer lazos que faciliten la colaboración, que proporcionen esperanza y ánimo y que permitan al paciente asumir el control propio de su proceso (“*empowering*”).

De un médico y destinado a médicos se trata de, a partir del fenómeno inmediato, la toma de conciencia de los médicos *a partir de* la novedad de la presencia de extranjeros en las consultas, derivar esa toma de conciencia, inicialmente identificatoria, hacia un modelo mucho más comprensivo del contexto cultural y de la diversidad de todos sus pacientes. Y aunque para muchos antropólogos esta propuesta estaría aún demasiado cerca de un concepto taxonómico de cultura, no debe olvidarse que resulta difícil, desde un punto de vista pedagógico y en este momento histórico, explicar a profesionales sanitarios con una formación radicalmente neopositivista y taxonómica y en que sólo algunos han desarrollado una conciencia de la diversidad cultural, asumir que las nuevas concepciones de lo cultural exigen imperativamente deconstruir sus propias identidades y en algunos sentidos su propia racionalidad.

Notas

- 1 Sobre la transición entre la medicina galénico-hipocrática y la clínica moderna sigue siendo fundamental Foucault (1978) y Ackercknetch (1986).
- 2 El desarrollo de la «medicina de la evidencia» es una consecuencia del desarrollo de la epidemiología clínica y apunta hacia ese objetivo. En un monográfico reciente (Traynor, 2003) de la revista *Health*, Pope (2003) la presenta como un nuevo movimiento social y no únicamente clínico y analiza las «resistencias» de amplios sectores clínicos a su penetración. Croje & Fullan (2003) resaltan la utopía de la búsqueda de una nueva “racionalidad” en ese tipo de acercamientos.
- 3 Goffman no pudo conocerlas en los cincuenta, puesto que su diseño se definió hace apenas una década. Pallarès (2002) hace una interesante revisión de sus fundamentos teóricos.
- 4 Hay en castellano algunas etnografías sobre unidades de cuidados intensivos. Las referencias fundamentales son las de Allué (1996, 1997, 1999) y Pallarès (2003). Ver también Pouchelle, 1995; Comelles (2000) y la autobiografía de Tellechea Idígoras (1991).
- 5 Un reciente libro de Boixareu (2003) hace una interesante revisión de la literatura al respecto desde la perspectiva de la antropología filosófica y la antropología social.
- 6 En Perdiguero & Comelles (2000) se discute largamente la cuestión.
- 7 Para una discusión amplia de la cuestión, ver Comelles (1993, 1998, 2000).
- 8 La mejor aproximación a los inicios locales de la medicalización están en García Ballester, McVaugh & Rubio Vela (1989) y McVaugh (1993).
- 9 Una buena aproximación a la problemática de la legitimación política de la práctica médica está en el dossier de la revista *Dynamis* sobre el Protomedicato en España (López Terrada, 1996) y McVaughn (1993)
- 10 La mejor aproximación en castellano a esta problemática es el excelente dossier de *Dynamis* compilado por Ballester, López Terrada & Martínez Vidal (2002), especialmente, Perdiguero (2002). También Zarzoso (2001).
- 11 Sobre el papel de los folkloristas médicos y la medicina popular, ver Comelles (1996) y la reciente aportación de Ballester & Perdiguero (2003) desde el caso del médico Rubio i Gali.
- 12 Aunque el clásico de Foucault (1978) suele ser la referencia, el problema fue estudiado largamente por Rosen desde los años cuarenta (Rosen, 1985). Ver también, para Alemania, Von Bueltzingsloewen (1997).
- 13 Y que se acuña en torno al desarrollo del modelo anátomo-clínico, el pastorianismo, las teorías degeneracionistas y la clínica kraepeliniana en Psiquiatría, todos ellos a remolque del experimentalismo.
- 14 Ver al respecto el esclarecedor libro de Larrea (1997) sobre el auge y la crisis de la teoría miasmática, y Comelles (2000), sobre la crisis de la etnografía a favor de la clínica.
- 15 Incluidas en él modelos radicales como los fascistas o los comunistas.
- 16 Esto significó cambios en la gestión y en la administración de los hospitales (Vogel, 1980), en las estrategias profesionales de los médicos, en el significado de las instituciones en la formación médica y en el proceso salud /enfermedad / atención, y en la creación de un mercado de salud específico muy distinto del que caracterizara la práctica médica desde antes de la Ilustración. Ver también el clásico de Freidson (1963).
- 17 Para una discusión sobre la diversidad de los procesos de medicalización y la especificidad de los dispositivos, ver Comelles (1991).
- 18 Para una discusión teórica, ver Comelles (1993). Uribe (1996) analizó magistralmente la producción cultural de subalternidad desde un centro de atención primaria.
- 19 Aquí no está de más invocar los textos clásicos de Fleck (1986) y de Latour & Woolgar (1995) sobre la producción del conocimiento experimental.
- 20 Sobre la ideología de la salud pública en el modelo médico es indispensable el interesantísimo estudio de Lupton (1995).
- 21 El lector comprenderá que el caso de Japón, y en general la mayoría de los del llamado Tercer Mundo, son un universo que no me puedo ni de lejos plantear, pero que exigen estudios idiosincrásicos.
- 22 El propio Freidson (1978), aunque destina un capítulo de su libro clásico a los modelos de seguros sociales europeos no podía tener suficiente perspectiva, ya que cuando prepara su monografía a finales de los sesenta el Estado de bienestar europeo estaba en plena construcción. Únicamente Castel (1981) apuntó algunas ideas clave sobre su evolución.
- 23 De Francia, Alemania y Gran Bretaña se ocuparon Castel, Foucault y Rosen en obras ya citadas; sobre los Estados Unidos, ver Rothman (1971) y Castel, Castel & Lovell (1980). Ver también el reciente ensayo de Castel (2003) sobre la inseguridad social...
- 24 Sobre los grupos de ayuda mutua y el debate sobre esta cuestión es indispensable Canals (2002); sobre la problemática de los colectivos diferentes, ver sobre todo Allué (2003).
- 25 Esto lo apuntaba en algunos aspectos De Miguel (1985).
- 26 Ver ejemplos en el volumen colectivo de Otsuka, Sakai & Kuriyama (1999).

- 27 Este problema fue detectado en los sesenta y dio lugar a la literatura y los posicionamientos respecto a la idea de participación ciudadana en salud, cuyos límites ha examinado recientemente Serapioni (2003). La evolución de un modelo de participación más o menos colectivo, a nuevas formas de participación, mucho más cualitativa, ha sido examinada por Canals (2002).
- 28 La estrategia de los *hospice* como dispositivos de cuidados paliativos se plantea como una atención a término, siempre en un relativamente corto plazo, pero no sucede lo mismo cuando la experiencia del dolor se prolonga años y años. Ver al respecto Allué (1999).
- 29 Para una crítica, ver sobre todo Allué (2003) y Canals (2002), desde la perspectiva del derecho de los usuarios.
- 30 Ver, por ejemplo, las formas de organización de las mujeres en América Latina, por ejemplo, en Módena (1990), Osorio (2001) y González Chévez (1998).
- 31 Ver Csordas (1994) y Lock & Scheper-Hughes (1998).
- 32 Ver a este respecto los dos *readers* de Van Dongen & Comelles (2001) y Comelles & Van Dongen (2002), en el que hay bastantes aportaciones sobre casos europeos.
- 33 A veces parece a los profesionales de aquí que los inmigrantes no hayan visto antes un hospital en su vida, ignorando que un 60% de los que están ahora en Cataluña tienen Bachillerato o grados superiores de educación. La diferencia es que aquí la asistencia es gratuita y en muchos de sus países no necesariamente.
- 34 Es lo que Menéndez (1991) llama transacciones, y que corresponde a los consensos de que hablara Gramsci.
- 35 Una comparación entre España y los Estados Unidos en torno a las problemáticas de la diversidad cultural está en Greenwood (1998) y Greenwood & Greenwood (1996).
- 36 Para el papel de lo cultural en la Constitución española de 1978, ver Prieto de Pedro (1992).
- 37 La distinción entre identidad e identificación se la debemos a Ignasi Terradas. La idea de mestizaje está presente en Laplantine (1999), Laplantine & Nouss (1997) y Appadurai (2001).

Bibliografía

- ACKERKNECHT, Erwin H.
1986 *La médecine hospitalière a Paris (1794-1848)*. París, Payot. [1967].
- ALLUÉ, Marta
1996 *Perder la Piel*. Barcelona, Planeta Seix Barral.
- ALLUÉ, Marta
1997 “Sobrevivir en la UCI”. *Enfermería Intensiva* (8) pp. 29-34.
- ALLUÉ, Marta
1999 “La douleur en direct”. *Anthropologie et Sociétés* (23) pp. 117-136.
- ALLUÉ, Marta
2003 *DisCapacitados. La reivindicación de la igualdad en la diferencia*. Barcelona: Bellaterra.
- APPADURAI, Arjun
2001 *Après le colonialisme. Les conséquences culturelles de la globalisation*. París, Payot. [1996].
- BALLESTER, Rosa; LÓPEZ TERRADA, María L.; MARTÍNEZ VIDAL, Alvar
2002 “La realidad de la práctica médica: el pluralismo asistencial en la Monarquía Hispánica (ss. XVI-XVIII)”. *Dynamis* Vol 22. Granada, Universidad de Granada.
- BERNARD, Claude
1984 *Introduction a l'étude de la médecine expérimentale*. París, Flammarion. [1865].
- BHABHA, Homi K.
2002 *El lugar de la cultura*. Buenos Aires, Manantial. [1994].
- BOIXAREU, Rosa, ed.
2003 *De l'Antropologia filosòfica a l'Antropologia de la Salut*. Barcelona, Fundació Blanquerna.
- BUELTZINGSLOEWEN, Isabelle von
1997 *Machines à instruire, machines à guérir. Les hôpitaux universitaires et la médicalisation de la société allemande 1730-1850*. Lyon, Presses Universitaires de Lyon.
- CANALS SALA, Josep
2002 *El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en el estado del bienestar*. Tesis de Doctorado. Tarragona, Universitat Rovira i Virgili.
- CASTEL, Françoise; CASTEL, Robert; LOVELL, Anne
1980 *La sociedad psiquiátrica avanzada. El modelo norteamericano*. Barcelona, Anagrama.

- CASTEL, Robert
1981 *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*. París, Editions de Minuit.
- CASTEL, Robert
1995 *Les Métamorphoses de la Question Sociale. Une Chronique du salariat*. París, Fayard.
- CASTEL, Robert
2003 *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé?* París, Seuil.
- COMELLES, Josep M.
1993 "La utopía de la atención integral de salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria". *Revisión en Salud Pública* (3), pp. 169-192.
- COMELLES, Josep M.
1996 "Da superstizioni a medicina popolare: La transizione da un concetto religioso a un concetto médico". *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica* (1-2) pp. 57-89.
- COMELLES, Josep M.
1998 "Parole de médecin. Le récit sur la pratique dans la médecine contemporaine". En Laplantine, François; Lévy, Joseph; Martin, Jean B.; Nouss, Alexis (comps.), *Récit et connaissance*. pp. 299-316, Lyon, Presses Universitaires de Lyon.
- COMELLES, Josep M.
2000 "The Role of Local Knowledge in Medical Practice: A Trans-Historical Perspective". *Culture, Medicine and Psychiatry* (24) pp. 41-75.
- COMELLES, Josep M.
2000 "Tecnología, cultura y sociabilidad. Los límites culturales del hospital contemporáneo". En Perdiguero, Enrique; Comelles, Josep M. (Ed.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Bellaterra.
- COMELLES, Josep M.; DONGEN, Els van, ed.
2002 "Themes in Medical Anthropology". *AM. Rivista de la Società italiana di Antropologia Medica*. Vol. 13-14. Perugia, Fondazione Angelo Celli Argo.
- CRONJE, Ruth; FULLAN, Amanda
2003 "Evidence-based medicine: toward a new definition of "rational" medicine". *Health* 7 (3) pp. 353-369.
- CSORDAS, Thomas J., comp.
1994 *Embodiment and Experience. The existential ground of culture and self*. Cambridge, Cambridge University Press.
- DONGEN, Els van; COMELLES, Josep M., ed.
2001 "Medical Anthropology and Anthropology". *AM. Rivista de la Società italiana di Antropologia Medica*, Vol. 13-14. Perugia, Fondazione Angelo Celli Argo.
- DOPSON, Sue; LOCOK, Louise; GABBAY, John *et al.*
2003 "Evidence-based medicine and the implementation gap". *Health*, 7 (3) pp. 311-330.
- EWALD, François
1999 *Histoire de l'Etat Providence. Les origines de la solidarité*. París, Le Livre de Poche. [1986].
- FLECK, Ludwig
1986 *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid, Alianza Editorial. [1935].
- FOUCAULT, Michel
1978 *Naissance de la clinique*. París, Presses Universitaires de France. [1963].
- FOUCAULT, Michel "La Politique de la Santé au XVIIIème siècle". En Foucault, Michel (comp.)
1979 *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*. pp. 7-18 Bruselas, Atelier Pierre Madarga.
- GARCÍA BALLESTER, Luis; McVAUGH, Michael R.; RUBIO VELA, Agustín
1989 *Medical Licensing and Learning in Fourteenth-Century Valencia*. Philadelphia, American Philosophical Society.
- GONZÁLEZ CHEVEZ, Lillian
1998 *El pulso de la sobrevivencia. Estrategias de atención para la salud en un colectivo de mujeres del subproletariado urbano*. Tesis de doctorado. Barcelona, Universitat de Barcelona.
- GREENHOUSE, Carol J., comp.
1998 *Democracy and Ethnography. Constructing identities in multicultural liberal states*. Albany, State University of New York Press.

- GREENWOOD, Davydd J.; GREENHOUSE, Carol J., comps.
 1998 *Democracia y diferencia. Cultura, poder y representación en los Estados Unidos y en España*. Madrid, UNED.
- KYMLICKA, Will
 1995 *Ciudadanía multicultural. Una teoría liberal de los derechos de las minorías*. Barcelona, Paidós.
- LARREA KILLINGER, Cristina
 1994 *Los miasmas. Historia antropológica de un concepto médico: Tesis de Doctorado*. Barcelona, Universitat de Barcelona.
- LATOURE, Bruno; WOOLGAR, Steve
 1995 *La vida en el laboratorio. La construcción de los hechos científicos*. Madrid, Alianza Editorial. [1979].
- LÓPEZ TERRADA, María L.; MARTÍNEZ VIDAL, Alvar, (comps)
 1996 “El Tribunal del Real Protomedicato en la Monarquía Hispánica 1593-1808”. *Dynamis*. Vol. 16. Granada, Universidad de Granada.
- LUPTON, Deborah
 1995 *The Imperative of Health. Public Health and the regulated Body*. Londres, Sage Publications.
- McVAUGH, Michael R.
 1993 *Medicine before the Plague. Practitioners and their patients in the crown of Aragon*. Cambridge, Cambridge University Press.
- MENÉNDEZ, Eduardo L.
 1978 “El modelo médico y la salud de los trabajadores. En Basaglia”, Franco et al., *La salud de los trabajadores*. México, DF, Nueva Imagen, 11-53.
- MENÉNDEZ, Eduardo L.
 1990 *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México, DF, CIESAS.
- MÓDENA, María Eugenia
 1990 *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*. México, DF, La Casa Chata.
- OSORIO CARANZA, Rosa M.
 2001 *Entender y atender la enfermedad. La construcción social materna de los padecimientos infantiles*. México, INAH.
- OTSUKA, Yasuo; SAKAI, Shizu; KURIYAMA, Shigehisa, eds.
 1999 *Medicine and the History of The Body. Proceedings of the 20th, 21st and 22nd International Symposium on the Comparative History of Medicina- East and West*. Tokyo, Ishiyaku EuroAmerica, Inc. Publishers.
- PALLARES, Ángela
 2003 *El mundo de las unidades de cuidados intensivos. La última frontera*. Tesis de Doctorado. Tarragona, Universitat Rovira i Virgili.
- PERDIGUERO, Enrique
 2002 «Con medios humanos y divinos»: la lucha contra la enfermedad y la muerte en el Alicante del siglo XVIII. *Dynamis* (22) pp. 121-150.
- PERDIGUERO, Enrique; BALLESTER Rosa
 2003 “Federico Rubio y el Folklore médico”. En Carrillo JL (Ed.), *El Dr. Federico Rubio Galí: Medicina y Sociedad del siglo XIX*. El Puerto de Santa María, Ayuntamiento de El Puerto de Santa María.
- PERDIGUERO, Enrique; COMELLES, Josep M., comps.
 2000 *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Bellaterra.
- Peset, José L.
 1993 *Las Heridas de la Ciencia*. Salamanca, Junta de Castilla y León.
- PETER, Jean- Pierre
 1975-1976 “Le grand rêve de l’ordre médical, en 1770 et aujourd’hui”. *Autrement* (4) pp. 183-192.
- POPE, Catherine
 2003 “Resisting evidence: the study of evidence-based medicine as a contemporary social movement”. *Health*, 7 (3) pp. 267-281.
- POUCHELLE, Marie-Christine
 1995 “Transports hospitaliers, extra-vagances de l’âme”. En Lautmann, F; Maître, J. (comps.), *Gestion religieuse de la Santé*. París, L’Harmattan.

- ROSEN, George
1985 *De la policía médica a la medicina social*. México, DF., Siglo Veintiuno.
- ROTHMAN, David J.
1971 *The Discovery of Asylum. Social Order and Disorder in the New Republic*. Boston, Little Brown.
- SCHEPER- HUGHES, Nancy; LOCK, Margaret M.
1998 "The Mindful Body. A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology". En Geest, Sjaak van der; Rienks, Ari (comps.), *The Art of Medical Anthropology. Readings*. Amsterdam. Universiteit van Amsterdam, 347. [1987].
- SERAPONI, Mauro
2003 *La participación de los ciudadanos en el ámbito de la salud. Experiencias europeas*. Tesis de doctorado. Barcelona, Universitat de Barcelona.
- TELLECHEA IDIGORAS, Jose I.
1991 *Tapices de la memoria. Historia Clínica 279. 952*. San Sebastián-Donosti, Kutxa.
- TRAYNOR, Michael
2003 "Understanding the Evidence-based Movements". *Health* Vol. 7. Num 3. Sage Publications.
- TRAYNOR, Michael
2003 "Introduction". *Health*, 7 (3) pp. 265-266.
- URIBE OYARBIDE, José M.
1996 *Educación y cuidar. El diálogo cultural en atención primaria*. Madrid, Ministerio de Cultura.
- VOGEL, Morris J.
1980 *The Invention of Modern Hospital. Boston 1870-1930*. Chicago, University of Chicago Press.
- ZARZOSO, Alfonso
2001 "El pluralismo médico a través de la correspondencia privada en la Cataluña del siglo XVIII". *Dynamis* (21) pp. 141-159.

PROCESO SOCIALIZADOR EN CIENCIAS DE LA SALUD

Caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente

*M^a Teresa Caramés García*¹
Universidad de Castilla-La Mancha
España

Introducción

La socialización comprende, según Valle, T. (1991: 87), un conjunto de procesos de familiarización-adquisición de aquellas características (normas, valores, símbolos) sobre las que hay acuerdos acerca de su necesidad para desenvolverse dentro de un marco cultural determinado. En el proceso se da una formación que puede ser explícita o implícita, así como una aquiescencia por parte del individuo, que conduce a una interiorización; las formas de cómo se procede, según la autora, pueden ser muy variadas y en todo ello la asignación de roles y la presentación de modelos juegan un papel principal.

En el caso que nos ocupa, proceso socializador en ciencias de la salud, el proceso de formación persigue crear y/o establecer una estructura técnico-ideológica en los sujetos a socializar, desde la cual basar o reproducir a través de la práctica, el modelo interiorizado. Por «Modelo Biomédico» se entiende un modelo de práctica e intervención científica, caracterizado por sus pretensiones de objetividad positivista y su enfoque eminentemente biológico y técnico (“*racionalidad científico- técnica*”)² en el abordaje del fenómeno salud- enfermedad-atención.³

Si nos trasladamos al campo de la salud o de ciencias de la salud, como parece querer definirse más recientemente, el proceso de formación reviste similar propósito, independientemente de las particularidades que presentan cada una de las formaciones o socializaciones que este nuevo epígrafe parece querer aglutinar: diplomado en enfermería, diplomado en fisioterapia y diplomado en terapia ocupacional; ya que medicina se mantiene separada del mismo.

Conviene también señalar que el proceso de formación en ciencias de la salud supone igualmente un proceso de construcción ideológico-cultural y no solamente de adquisición de habilidades técnicas, lo que a su vez determina formas de ver y, consecuentemente, de abordar el fenómeno salud-enfermedad-atención, entre otras: la propia enfermedad, el sujeto enfermo y su cuerpo, así como las relaciones entre el profesional sanitario y el paciente. Al mismo tiempo, dicho proceso de construcción ideológica no se da en el vacío, sino dentro de un contexto social e histórico determinado.

Entendemos que estos aspectos no pueden seguir siendo invisibilizados a través de un abordaje superficial durante el proceso de formación, especialmente cuando la realidad social actual evidencia cada vez más cómo aspectos estructurales de desigualdad, como la falta de equidad⁴ en el acceso a la salud, por motivos como la pobreza, la edad, el género o la etnicidad⁵, perpetúan o bien incrementan el grado de enfermedad en las diferentes poblaciones humanas. (PNUD, 1997; Brown, 1997; Gwatkin y Guillot, 1998; Feachem, 2000; Hartigan, 2001).

Desde el reconocimiento de la existencia de esa desigualdad estructural, vigente en el marco de las relaciones sociales que vivimos, se hace evidente el carácter invisibilizador del «modelo biomédico». Por carácter invisibilizador nos referimos a que dicho modelo subsume la compleja realidad que rodea al fenómeno salud-enfermedad-atención, contemplándola exclusivamente bajo una perspectiva de índole biológica. Dicha perspectiva continúa vigente en el denominado campo de las ciencias de la salud, tanto en sus aspectos de formación como de práctica, al seguir obviando en su respectivo proceso de formación, una dimensión clave del fenómeno de salud-enfermedad-atención: el carácter social del mismo, expresado en términos de “hecho sanitario”, y al mismo tiempo, su dimensión de “encuentro cultural”, encuentro entre el sistema sanitario y los distintos usuarios del mismo.

En consecuencia, la característica fundamental y predominante, tanto del ámbito asistencial del sistema sanitario como el de la formación en ciencias de la salud, sigue siendo el “*biologicismo*”. Por ello, el propósito que perseguiría el presente trabajo⁶ sería plantear, frente a una construcción biomédica hegemónica en los programas de estudio de ciencias de la salud, la incorporación de una perspectiva, tanto analítica como conceptual, que permita explorar y ahondar en las complejas relaciones sociales que inciden en el fenómeno humano de salud-enfermedad-atención. En concreto, se opta por la “perspectiva de género”, de cara a poder comprender mejor cómo el modelo biomédico invisibiliza las relaciones de desigualdad existentes entre hombres y mujeres, y por tanto, contribuye, al “ignorarla”, a reproducir la desigualdad de género y, en consecuencia, la desigualdad e inequidad en el acceso a la salud.

En relación a lo anteriormente señalado, se presenta una crítica del modelo biomédico situándola dentro de un contexto de crítica más amplio, el de crítica epistemológica, en particular, de crítica a la preeminencia o determinismo del conocimiento biológico; seguidamente se pasa a caracterizar el modelo biomédico y el proceso de construcción ideológico-cultural que lo define, y en última instancia, se incorporan las perspectivas feminista y de género, caracterizándolas de cara a poder comprender sus posibles aportes al campo que nos ocupa, el de la formación en ciencias de la salud.

1. Modelo científico: crítica epistemológica

Previamente a la caracterización de lo que se entiende por «Modelo Biomédico» en el campo de la salud, sería conveniente clarificar dos importantes conceptos relacionados con el mismo, como son: *paradigma y modelo científico*.

El concepto de *paradigma* fue incorporado por Thomas S. Kuhn (1970) en su libro *La estructura de las revoluciones científicas*, donde revisa, desde una perspectiva histórica, la historia de la ciencia, en particular la de las ciencias físicas. Como apunta Luque (1985: 49), para Kuhn la ciencia sigue una evolución que en absoluto puede considerarse como acumulativa, al estilo del positivismo del siglo XIX, sino más bien la historia de la ciencia (ciencias físicas) está caracterizada por una sucesión de paradigmas. Por «paradigma» Kuhn entiende aquellas “*realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica*” (1970: 175). Los paradigmas incluirían, por tanto, teorías, leyes, normas de aplicación e instrumentación de cara a proporcionar modelos teóricos como puntos de referencia para la comunidad científica.

Por *modelo científico* se identifica toda estructura o mecanismo utilizado como analogía, para interpretar un fenómeno natural y social; los modelos, por tanto, son utilizados para facilitar la comprensión de las teorías, para modificar las ya existentes o para desarrollar nuevas aplicaciones o conceptos. Pero tanto los paradigmas como los modelos no se dan en el vacío sino que, por el contrario, son elaborados y mantenidos dentro de un contexto histórico, social, cultural y político, y por tanto revelan igualmente la concepción que subyace con respecto a lo que es definido y considerado como ciencia.

Como reconoce Luque (1985: 48) con respecto al pensamiento científico: “*estos factores medioambientales (o de contexto) son, en suma, los que están presentes tanto en el contexto de descubrimiento como en el de justificación, y no sólo en el primero*”.

A tal efecto, tanto la concepción como el paradigma sobre lo que es considerado ciencia y modelo científico se ha elaborado dentro del contexto conocido como «mundo occidental» y, desde él, se ha exportado e impuesto al resto del mundo. Dicho modelo contempla la “ciencia”, el “método científico” desde una perspectiva positivista, desde la cual se enfatizan los aspectos de recolección de datos, cuantificación y su posterior generalización, a través de un procedimiento inductivo (método inductivo-estadístico); esto conduce al establecimiento de lo que Popper (1980: 67) denomina *enunciados estrictamente existencialistas* contra los cuales no cabe ninguna argumentación: “...no podemos registrar la totalidad del mundo con objeto de determinar que algo no existe, nunca ha existido y jamás existirá”. De este modo, la investigación científica de los hechos, como reconoce Luque (p. 5), se concibió al modo positivista, es decir, de “...manera separada, atomística [...] por dos razones: primera, porque cada hecho se contemplaba como algo capaz de ser aprehendido mediante un acto aislado de conocimiento, y segunda, porque cada hecho se concebía no sólo como aislado del resto de los hechos, sino independientemente del observador. A la larga, esto vendría a entronizar la premisa de «neutralidad valorativa» con la que aún hoy siguen debatiéndose las ciencias sociales”.

Esta manera de concebir el método científico, y por ende la investigación científica, genera un punto de vista reduccionista y determinista que le conduce, entre otras cosas, a confundir un hecho científico demostrado con una verdad. Este proceso es reconocido por autores como Fernández Montraveta (2000), para quien la ciencia “...está rodeada de un aura de incuestionabilidad, que implica que cualquier afirmación que proceda de un campo de conocimiento científico –preferentemente de carácter biológico–, gozará de antemano, de credibilidad general. Esta credibilidad confiere a los hechos científicamente demostrados la carta de verdades indiscutibles”.

Igualmente como reconocen Gimeno y Monreal (1998: 44), desde este punto de vista lo objetivo y lo subjetivo constituyen dos mundos totalmente separados y estancos; lo objetivo posibilita el conocimiento, mientras la experiencia y la conciencia, asignadas a lo subjetivo, son vistas como algo residual y distorsionador que hay que delimitar y aislar: los sentimientos, experiencias y conciencia del investigador no deben enturbiar su capacidad de juicio, según las premisas de este método.

Es por esto que la fuerza de las teorías que se generan con esta metodología radica, como reconocen algunos autores (Lewotin Rose y Kamin, 1991; Fernández Montraveta, 2000; Maqueira, 2001) en el tratamiento que se hace de los fenómenos sociales como análogos a los fenómenos naturales «fenómeno de naturalización de las construcciones culturales», como lo ejemplifica el caso de la sociobiología, al tiempo que ha convertido al método científico en la forma hegemónica de construcción de conocimiento en el mundo occidental.

Esta forma hegemónica de conocimiento, nos hace rescatar otra importante característica del conocimiento científico vigente, su conexión con el poder. Nos parece que este punto es especialmente tratado por Kabeer (1998: 88), para quien el poder se encuentra asociado con una visión particular del mundo y, por ende, con la construcción del conocimiento: “...algunas excavaciones en los cimientos metodológicos de esta visión reduccionista del mundo han contribuido a descubrir la ‘jerarquía de conocimiento’ sobre la que está construida esa visión del mundo, una jerarquía que privilegia ciertos tipos de información (científicos y positivistas) sobre otros (empíricos y locales) y ciertos tipos de informadores (neutrales e imparciales) sobre otros (comprometidos, involucrados)”. Según esta autora, los orígenes de esta jerarquía se encuentran en la tradición epistemológica liberal, que contempla la realidad de una manera esencialmente atomizada, tipificada y dicotómica.

Este acercamiento reduccionista a la producción de conocimiento supone que las complejidades de la naturaleza y la sociedad se pueden descomponer en trozos, en piezas y que su estudio puede efectuarse a partir de esas partes por separado y de forma aislada y fija. Este planteamiento ha conducido a la supresión de las «conexiones» e interrelaciones entre las esferas natural y social (Wolf, E., 1987) y ha contribuido a ocultar en qué medida, quienes disponen mayoritariamente de los recursos tanto materiales como simbólicos, también ejercen un gran dominio sobre las ideas y las vidas de las personas, al tiempo que ha conducido a errores de apreciación o planteamiento en el análisis de lo social.

Como apuntan Gimeno y Monreal (p. 44): *“la reducción de lo social a formas fijas es un error y lo es más cuando consideramos el cambio en un mundo en transformación. La conciencia y la experiencia no son un asunto individual, son construidas social y culturalmente en momentos históricos determinados”*. Pero la forma de abordar el conocimiento de manera tan *reduccionista* también es una forma cargada de problemas, como reconoce Shiva (1989: 22), para quien *“funciona como una metáfora de la naturaleza y la sociedad, vistas como una máquina en vez de como un todo orgánico: todos los sistemas se ven en términos de los mismos constituyentes básicos, no relacionados y atomizados”*; descuida por tanto, según Birke (1986: 61), las interacciones complejas que se dan entre las unidades, entre la unidad y el todo, y la posibilidad de que un fenómeno, como la enfermedad, pueda ser simultáneamente una unidad y parte de un todo más amplio. El resultado de todo esto suele ser que con frecuencia se confunde la apariencia superficial de un fenómeno con la realidad global que lo circunscribe.

En definitiva esta forma de conocimiento conduce a la *«atomización»* tanto del sujeto de estudio, en nuestro caso el enfermo, como del objeto de estudio, la enfermedad, lo cual dificulta a su vez la posibilidad de contemplar y abordar ésta última, de una manera procesual, dialéctica y contextualizada. De este modo la organización de los servicios de salud en torno a tecnologías de investigación y de curación tiene, como consecuencia, según reconoce Collière (1993: 134), la agrupación de las personas que tienen problemas diferentes pero que presentan síntomas similares alrededor de un mismo proceso patológico o de un mismo órgano: *“...servicio de gastroenterología, de nefrología... o de leucémicos o reumáticos. Esta división de los servicios alrededor de los equipamientos técnicos crea una configuración social de los enfermos y del personal (profesional). Los enfermos pierden todo lo que habitualmente fundamenta su identidad... para asumir la identidad de la enfermedad que invade todo su campo espacial, temporal y de relaciones. La categoría de la enfermedad en la que son clasificados por el diagnóstico médico les confiere una identidad en la que deben aprender a reconocerse”*.

34

En nuestro estudio de caso, formación de ciencias de la salud, podemos encontrarnos cómo el estudio de la enfermedad diabética, “diabetes mellitus”, se aborda fundamentalmente desde el prisma biológico en forma de disfunción de “piezas” anatómo-patológicas, disfunción pancreática y déficit de la hormona de la insulina, lo que implica, a su vez, el conocimiento de una serie de signos y síntomas y la práctica de toda una batería de «mediciones» y pruebas diagnósticas de naturaleza bioquímica, sin que en la descripción, como en el abordaje de la enfermedad, se contemple y vincule simultáneamente la particularidad de esa enfermedad con el contexto social, personal, familiar y de red social concreto de la persona que la vive, a la que, por otro, lado este proceso científico despersonaliza, “cosifica” y le acaba convirtiendo en una categoría diagnóstica neutra como es “pie diabético”.⁷

Como apunta Collière (1993: 115), los enfermos son conocidos por la categoría de su enfermedad: *“...el cáncer de hígado, de esófago, o por su órgano, el riñón, el corazón, el pulmón. El tipo de enfermedad es el que confiere al enfermo su estatus y su rol, relegando y borrando todos los otros estatus que pudiera tener, así como todos los roles relacionados con estos estatus”*; esta falta de conexión propicia a su vez que las intervenciones estén desenraizadas de todo el contexto de vida cotidiana de la persona atendida, y nos conduce a la comprobación de que gran parte de los conocimientos ofrecidos en el campo de la formación en ciencias de la salud, se basan en la enfermedad⁸ y la técnica, o lo que es igual, en el modelo biomédico, como podremos demostrar en párrafos posteriores.

2. Modelo biomédico

“Las construcciones de los límites de un organismo, el trabajo de los discursos [...] son poderosos mediadores de las experiencias de enfermedad y de muerte para los seres industriales y postindustriales”
(Haraway, D., 1995)

Como hemos constatado con anterioridad, la crítica al «Modelo Biomédico» se sitúa por tanto, dentro de un contexto de crítica más amplio, el de crítica epistemológica, en particular de crítica a la preeminencia o determinismo del conocimiento biológico tanto a nivel descriptivo como explicativo de la causalidad e intervención en el ámbito de la salud y enfermedad humanas.

Este hecho es reconocido por diversos autores, como Haraway, D. (1995: 361), para quien los humanismos científicos y los determinismos biológicos podían ser autorizados y contestados a partir del «organismo biológico» sinónimo de la naturaleza, creado en las ciencias biológicas posteriores al siglo XVII; de este modo la autora señala cómo “*el lenguaje de la biomedicina no se encuentra nunca sólo en el terreno de los significados que proporcionan poder [...]. El poder del lenguaje biomédico, con sus formas sociales y tecnologías, para dar forma a la desigual experiencia de la enfermedad y de la muerte de millones de personas, es un hecho social, que se deriva de continuos procesos sociales heterogéneos*”. Lo que Haraway pone de manifiesto es, por un lado que el «lenguaje biomédico» es un hecho social y, como tal, está cargado de significados sociales que manifiestan, entre otras cosas, relaciones de poder, y que al mismo tiempo este lenguaje, al estar investido de un aura de poder, está legitimado para construir formas de conocer, intervenir, así como de homogeneizar, entre otros, al cuerpo «pieza anatomopatológica», al individuo enfermo «paciente», a la propia enfermedad «entidad nosológica», a las relaciones profesional sanitario-usuario «médico-paciente», en definitiva al mundo.

El lenguaje contribuye, pues, como reconocía Foucault (1989), al proceso de construcción de realidades sociales, al resaltar que los discursos poseen efectos de verdad. En consecuencia, los discursos ayudan a configurar las instituciones y las políticas concretas, a través de las cuales se pretende, en momentos históricos determinados, organizar el proceso de atención sanitaria.

En esta línea también es importante señalar las influencias y consecuencias que el poder del discurso biomédico posee, de cara a influir y modelar un determinado tipo de formación y de práctica, en particular «práctica médica», como así lo reconocen autores como Illich (1984: 228): “*...los médicos se apoderan del lenguaje [...], la persona enferma queda privada de palabras significativas para expresar su angustia, que aumenta más aún con la mistificación lingüística. Antes de que el lenguaje referente al cuerpo fuera dominado por la jerga científica, el repertorio del habla común era excepcionalmente rico en este campo*”.

Dada la importancia, a nuestro modo de ver, del papel del “discurso” dentro de la configuración y perpetuación del modelo biomédico, se presenta a continuación un análisis más pormenorizado del mismo, siguiendo como modelo la propuesta de Foucault, actualizada por Arturo Escobar. Según Escobar, A. (1996: 88), por «discurso» se identifica: “*el proceso a través del cual la realidad social llega a ser, [...] la articulación del conocimiento y el poder, de lo visible y lo expresable*”; acercando dicha definición al análisis que nos ocupa, habría que preguntarse cómo el modelo biomédico se ha convertido en un espacio para la creación sistemática de conceptos, teorías y prácticas acerca de la salud y la enfermedad humanas.

Una primera aproximación a la naturaleza del modelo biomédico como discurso son sus premisas básicas; por «modelo biomédico» se entiende un modelo de práctica e intervención científica, propio de la biomedicina⁹, caracterizado por sus pretensiones de objetividad positivista y su enfoque eminentemente biológico y técnico en el abordaje del fenómeno salud-enfermedad-atención.

Pero la construcción, así como la perpetuación del «modelo biomédico», no se ha conseguido solamente por el estudio y la elaboración de sus premisas fundamentales, sino que además ha sido el resultado de un proceso, dentro del cual se ha producido el establecimiento de un “conjunto de relaciones” entre dichos elementos o premisas, instituciones y prácticas, así como la sistematización de sus relaciones.

Por tanto, el discurso biomédico no estuvo únicamente constituido por la organización de los posibles objetos de estudio, *las enfermedades*, sino especialmente por la forma en que gracias a este conjunto de relaciones fue capaz de crear sistemáticamente los objetos de los que hablaba y disponerlos de cierta forma, para de este modo conferirles unidad propia. De esta forma, las enfermedades se convier-

ten en «entidades nosológicas», clasificables según un sistema reconocido de taxonomía clínica, del que se derivarán los consiguientes tratados de patología clínica.

En resumen, lo que la propuesta de Escobar en relación al discurso nos permite incorporar con respecto al análisis del «modelo biomédico», es que no basta sólo con incorporar a su análisis los elementos o premisas fundamentales del mismo, tales como definición y caracterización de su modelo de práctica, sino que además es especialmente esclarecedor incorporar el «*sistema de sus relaciones recíprocas*». Es este sistema de relaciones el que permite, según Escobar (p. 88-90), la creación sistemática de objetos, conceptos y estrategias; el «discurso biomédico», en definitiva, ha definido un «*espacio perceptual estructurado*» a través de formas de observación, interrogación y registro, así como de intervención sobre problemas de salud, lo que a su vez ha generado un conjunto de relaciones y una «*práctica discursiva*»¹⁰ que produce sistemáticamente objetos, conceptos, teorías y estrategias relacionados entre sí.

Lo anterior explicaría el hecho de que, a pesar de introducir nuevos enfoques teóricos en el escenario de la formación en ciencias de la salud, decisión que sólo contempla un elemento de la complejidad del discurso, el modelo biomédico se mantenga aún vigente en nuestro medio, como modelo hegemónico de interpretación, así como de intervención en materia de necesidades de salud, gracias a las prácticas discursivas de las diferentes instancias institucionales que participan en el mismo: ministerio de sanidad, colegios profesionales, universidad, escuelas, centros asistenciales, sindicatos, población, etc., dado que la «arquitectura discursiva», al seguir prácticamente igual, ha permitido que el discurso biomédico se adapte aparentemente a las nuevas demandas sociales y consecuentes condiciones. El resultado ha sido la sucesión de una serie de políticas y estrategias de formación, como la modificación de los planes de estudios en los diferentes ámbitos de la enseñanza en ciencias de la salud, pero siempre dentro de los límites del mismo espacio discursivo.

Siguiendo en esta línea de crítica al modelo biomédico, otros autores, como Treichler (1987), han criticado el «esquema de causalidad» seguido por el mismo en el abordaje de la enfermedad. Así, en el caso del Sida dicho autor apunta: «*si los postulados de Koch deben ser cumplidos para identificar una enfermedad con el microbio que la causa, quizás sería provechoso al reescribir el texto del Sida, tener en cuenta los postulados de Turner: a) la enfermedad es un lenguaje; b) el cuerpo es una representación y c) la medicina es una práctica política*». Este argumento de Treichler evidencia que la causalidad de la enfermedad no puede ser reducida en exclusividad a un problema individual de índole biológica y consecuentemente de disfunción o alteración orgánica; por el contrario, la enfermedad posee además un significado y un sentido vinculados al contexto social y cultural de pertenencia del individuo y de su red de relaciones sociales (familia, creencias, valores, amistades, entorno laboral...) en el cual también hay que situar y analizar no sólo su causalidad sino también su tratamiento. Igualmente la enfermedad es un lenguaje a través del cual se manifiestan un conjunto de mediaciones y relaciones, «síntomas» de índole diversa y dentro de un contexto, a través de los cuales se articula la historia y causalidad de la misma, por lo que la enfermedad expresa y manifiesta también relaciones sociales que le confieren de igual modo un carácter estructural, tal como apunta Scheper-Hughes (1997: 169): «*Hay un intercambio de significados, imágenes y representaciones entre el cuerpo personal y el cuerpo social colectivo y simbólico*». Entendemos que este hecho o carácter estructural de la enfermedad, debe ser tenido también en cuenta de cara a poder comprender mejor el proceso necesario de articulación que reviste tanto la causalidad biológica como la historia social que rodea la génesis de la enfermedad.

En esta línea, se han realizado diferentes aportaciones desde el ámbito de las ciencias sociales, en particular desde la antropología, que han contribuido al esclarecimiento ideológico que sustenta el biologicismo. Para Maquieira, (2001: 131-132), los supuestos o asunciones no contrastables que vertebrarían la ideología del «determinismo biológico» serían:

1. El determinismo biológico está comprometido con la opinión de que los individuos son ontológicamente previos a la sociedad y de que sus características son consecuencia de su biología.

2. En consecuencia, asume que los procesos sociales -incluyendo los sistemas de desigualdad- son consecuencia de las características biopsicológicas de los individuos.
3. Se equipara lo «innato» a lo «inmutable», lo que parece implicar cierto predominio a lo natural sobre lo artificial.
4. Basa sus argumentaciones en la pretensión de que la “naturaleza humana”, entendida como las tendencias biológicas que comparten todos los seres humanos, da lugar a sociedades jerárquicamente organizadas en términos de estatus, riqueza y poder”.

La ideología del determinismo biológico cristaliza también dentro del campo de las ciencias de la salud, en forma de «*modelo biomédico*», el cual se construye a lo largo de un proceso histórico, particularmente con los modelos mecanicistas, surgidos en Europa, durante los siglos XVI y XVII. La figura aglutinadora del mismo fue René Descartes (1619), cuya visión matemática y geométrica de la naturaleza física de las cosas le hizo concebir el cuerpo humano como una máquina, cuyas cualidades se resumían en monotonía, fijeza e inmovilidad y a la enfermedad, como una alteración “etiquetable” de aquella: “*Deseo que consideréis, finalmente, que todas las funciones que atribuyo a esta máquina, tales como digestión... nutrición... respiración, vigilia y sueño; recepción de la luz, de los sonidos, de los olores... , la impresión de ideas en la memoria; los movimientos inferiores de los apetitos y pasiones; y por último, los movimientos de todos sus miembros externos... ; deseo que consideréis, digo, que todas esas funciones tienen lugar en esta máquina solamente en virtud de la disposición de sus órganos, de forma no menos natural que los movimientos de un reloj*”. (René Descartes, “*Traité de l’homme*”) ¹¹.

Lo característico del modelo cartesiano o mecanicista era que no sólo desarrollaba un modelo lógico y ordenado del universo, sino que describía también un modelo de seres humanos. Esta visión, como reconoce Dossey (1986: 37), dio lugar a una concepción fisicalista del hombre, que virtualmente exigía una definición dualista de la composición del ser humano. De este modo, el ser humano era dividido en dos elementos, cuerpo y mente, sin relación entre sí. El cuerpo era considerado como mera materia, mientras se identificaba a la mente con el pensamiento y el espíritu. Se caracterizaba al cuerpo, según Dossey (p. 128), “*como una colección estructurada de sustancias químicas encerradas en una bolsa de piel*”. Esta concepción del cuerpo humano propició el desarrollo de las bases filosóficas del modelo biomédico vigente, que terminó por explicar la enfermedad con una idea mecanicista, ajena a la integridad biopsicosocial del ser humano.

Un ejemplo de todo lo que estamos desarrollando lo evidencia el relato de Bertherat (1987: 74-75) que presentamos a continuación: “*Una enfermera entró en la sala, sujetando firmemente por un brazo a un chiquillo de siete a ocho años. A guisa de presentación dijo: escoliosis dorsal derecha, lumbar izquierda, angulación x grados... Ni nombre, ni apellido. Menos aún un diminutivo: el nombre de una enfermedad. La monitora lo cogió por los hombros y nos lo mostró de espaldas, de perfil, de frente, indicando sus deformaciones con un instrumento metálico sostenido con la punta de los dedos. Pero conservo pocos recuerdos del cuerpo del pequeño. Fueron sus ojos los que me impresionaron, unos grandes ojos oscuros, muy abiertos a causa del terror... Una vez expuesto a los estudiantes, ‘Escoliosis dorsal derecha lumbar izquierda’ volvió a manos de la enfermera, que le encasquetó en la cabeza un ‘tubo’ de tela de punto blanco, destinado al parecer a sujetarle el pelo, y le deslizó otro sobre el tórax. Así disfrazado, lo acostaron en la máquina y le sujetaron la cabeza, los hombros, la cintura y las piernas. El grado de desviación de su columna vertebral había sido ya medido. Ahora había que regular la máquina en función de esas medidas.*

La máquina se puso en marcha. Estiraba el cuerpo del chiquillo. Un giro de manivela, y la máquina se detuvo. El tiempo de comprobar las cifras. Luego volvió a funcionar. Parada. Comprobación. Nueva puesta en marcha... Hasta que las cifras indicaron que el trabajo había terminado. Todas las atenciones se centran en la máquina. El niño no percibía más que una orden de cuando en cuando: no moverse, no llorar, so pena de estropear el trabajo de la máquina. Cuando al fin, hipando a causa de los sollozos contenidos, lo retiraron de la máquina, fue para meterlo inmediatamente en un corsé que debía, al parecer, mantener las rectificaciones obtenidas”.

El ejemplo descrito pone de manifiesto las consecuencias del modelo de intervención que venimos desarrollando, «modelo biomédico», en diferentes niveles, que a continuación pasamos a detallar:

- *Persona*: En el ejemplo, representado por un niño de siete años, no existe como tal, salvo en su dimensión física, es una “cosa”, una pieza de interés –“*escoliosis dorsal derecha, lumbar izquierda*”–; existe una absoluta ceguera a las dimensiones emocionales y de vulnerabilidad de la persona que tienen delante, ignorando el hecho de que nuestras emociones pueden también afectar de gran manera a nuestra salud (Goleman, 1997: 42).
- *Cuerpo*: Es concebido como algo puramente biológico, lo que corrobora el hecho de que el conocimiento mayoritario del cuerpo por parte del profesional sanitario se aprende a través de la representación del mismo en clave anatomopatológica: “...*el cuerpo se convierte en el objeto de la medicina, el cuerpo portador de una enfermedad que hay que identificar, y luego eliminar, el cuerpo cuya mecánica hay que reparar*” (Collière, p. 111); un objeto medible, una “máquina” compuesta por piezas sin interrelación; ajeno a las emociones - ¡*el terror en los ojos del pequeño, no se ve!* - a su significado, a su vinculación social, en definitiva, el cuerpo no es contemplado desde una óptica de integridad biopsicosocial; importa por el simple hecho de su posibilidad de ser medido (“*angulación x grados*”); lo que nos lleva a constatar las palabras de Haraway, D. (p. 348): “*los cuerpos no nacen, son fabricados..., han sido completamente desnaturalizados como signo, contexto y tiempo*”.
- *Enfermedad o problema*: Es considerada exclusivamente como un problema biomédico y susceptible de intervención clínica.
- *Intervención*: Presenta, por un lado, un carácter mecanicista y unilateral, dirigida a la alteración biológica diagnosticada, así como un distanciamiento emocional del “paciente”; autoritaria y vertical, en el sentido de que el que decide en todo momento el cómo y el cuándo de la misma es el profesional; el paciente es situado dentro del escenario de la intervención en una posición de vulnerabilidad, o lo que es igual, de menor poder, reforzada por el hecho de estar solo y por el de que la finalización del procedimiento terapéutico prescrito es decida una vez más de manera unilateral, es decir, por la máquina y el profesional.
- *Lenguaje*: El lenguaje manejado en el ejemplo manifiesta o expresa formas distintas de pensar, sentir y ordenar el problema; por un lado, el profesional maneja durante todo el tiempo un lenguaje técnico y aséptico, mientras que el “paciente”, en el ejemplo un niño, utiliza todo el tiempo un lenguaje no verbal.

En resumen, el ejemplo pone de manifiesto no sólo el modelo mecanicista de intervención sobre un problema particular de salud, sino especialmente el hecho de que sus presupuestos y asunciones presentan un carácter anacrónico, al basarse en conceptos sobre el cuerpo y la enfermedad, en definitiva sobre la vida, procedentes del siglo XVII.

Continuando con el proceso histórico de construcción de dicho modelo, igualmente coadyuvaron a su construcción conceptual los descubrimientos acontecidos durante el siglo XIX acerca de la Teoría Celular y la Teoría Microbiana de la enfermedad, que, junto con el surgimiento de las concepciones anatomopatológicas del siglo XX, consolidaron la visión mecanicista del ser humano y de la enfermedad, pasando a convertirse dicha visión en dogma científico.

Como señalan Rodríguez Artalejo y Abecia Inchaurregui (2000), desde el siglo XIX los médicos han utilizado métodos basados en la experimentación y la observación rigurosa para identificar las causas de las enfermedades. El desarrollo de la medicina científica basada en estos métodos se produjo en tres frentes principales: la búsqueda de la alteración anatómica subyacente a la enfermedad, la indagación de las alteraciones de la función o fisiológicas y, finalmente, la investigación etiológica dirigida a la búsqueda de los microorganismos causantes de las enfermedades. En el desarrollo de cada una de estas tres vías se encuentra el germen del modelo biomédico de atención a la salud.

De este modo, el profesional de la salud que opera bajo este modelo intenta explicar los síntomas y las molestias del enfermo a través de una alteración anatómica, de un desorden fisiopatológico o de las respuestas a la invasión por un microorganismo para intentar, de esta forma, corregir la anomalía mediante la administración de un fármaco que controle la alteración funcional o destruya el microorganismo, o bien la manipulación quirúrgica de la alteración anatómica, y en algunos casos también de la alteración funcional (Corral, 1994). En consecuencia, la evidencia científica que maneja este modelo está basada significativamente en la dimensión cuantitativa y biológica del problema de salud.

El *modelo biomédico*, por tanto, minimiza o margina la importancia de la causalidad social y cultural en la génesis de la enfermedad, recurriendo para ello a estrategias ideológicas como la «medicalización» de muchos aspectos de la vida cotidiana, como el embarazo, el nacimiento y la crianza, la sexualidad, la vejez o la muerte, como señalan diferentes autores (Illich, I., 1974¹²; Menéndez, E., 1981; Foucault, M., 1989).

Como ejemplo, en el área de la salud reproductiva de los jóvenes ha predominado un enfoque de riesgo según el cual se han producido una cantidad de estudios de tipo epidemiológico donde los jóvenes, según Cuesta (2002), son considerados población vulnerable, en riesgo de contraer, por ejemplo, una enfermedad de transmisión sexual, incluso por su comportamiento se les considera un grupo de alto riesgo. Al prevalecer este enfoque epidemiológico, según la autora, los asuntos de salud de los jóvenes se «construyen médicamente» como un producto de causas o agentes causales, y a los adolescentes como huéspedes de las mismas; de este modo, los problemas de la vida cotidiana se convierten en problemas de salud y quedan medicalizados en los estudios tradicionales de investigación en salud.

Un ejemplo aun más notorio de lo que venimos desarrollando lo representa el “embarazo en la adolescencia”, el cual se medicaliza al extremo de presentarse como una “epidemia” y un problema de salud pública; pareciera, como reconoce Cuesta (2002) “*que éste es una enfermedad que hay que erradicar y no un acontecimiento social que hay que comprender*”.

Queda, pues, evidenciado que, dentro de esta estrategia de medicalización, no cabe el reconocimiento de la causalidad social en la génesis de la enfermedad; no hay proceso patológico o función del cuerpo alterada, que no encuentre su explicación en el terreno de la biología; así lo reconocen autores como Scheper-Hughes (p. 181-182), al señalar, a través de ejemplos etnográficos, el ocultamiento de los factores sociales en la causalidad social de la enfermedad: “*Sospechaba que la «parálisis» de la cual se quejaban Tomás y tantos otros habitantes del Alto era en parte física (debilidad del hambre) y en parte metafórica o simbólica. Tenerse en pie y caminar era algo más que una «simple» actividad locomotora. Los hombres como Tomás están paralizados dentro de una economía semifeudal en la cual juegan un papel superfluo y dependiente. La debilidad de la que se quejan estos hombres es tanto física como de estructura social. Están atrapados en una posición «débil». Una persona vigorosa y sana ni siquiera se para a pensar en los actos de respirar, ver y andar. Ocurren sin pensar y no es necesario hablar de ellos. Pero estos hombres (y mujeres) se han hecho extremadamente conscientes de funciones corporales «automáticas». Se representan a sí mismos como seres con dificultad para respirar, flojos, desorientados, incómodos, de un andar inseguro. ¿Cómo se ha llegado a esto? Podemos comenzar por preguntar qué significa –simbólica y existencialmente– estar recto, encarar el mundo frente a frente, sostenerse sobre los dos pies*”.

Los ejemplos señalados nos conducen a la constatación de que el cuerpo no es sólo un “mosaico orgánico” de entidades biológicas, susceptibles de ser etiquetadas conforme a un modelo adecuadamente estandarizado; “*el cuerpo es también un espejo en miniatura, de símbolos altamente significativos, un depósito de generación de sentimientos y significados sociales*”, como reconoce Taussig (p. 114).

3. Estructura técnico-ideológica: práctica médica

Señalábamos al principio que el proceso de formación en ciencias de la salud suponía también un proceso de construcción ideológico-cultural y no únicamente de adquisición de habilidades técnicas; en

concreto, dicho proceso de construcción ideológica se materializa en la denominación de “Práctica Médica” (P. M.), definida, según Menéndez (1991), como el conjunto de características que conforman en el profesional de la salud, una estructura técnico-ideológica que a su vez configura toda una amplia gama de estereotipos en los diferentes trabajadores de la salud, según su respectivo proceso socializador.

De esta forma, la PM puede ser contemplada igualmente como un “escenario”, en palabras de Gimeno (1995), en el que se ponen en contacto, y frecuentemente en colisión, la cultura médica, fuertemente institucionalizada, y la de los pacientes, cultura vinculada a sus prácticas cotidianas, desde las cuales otorgan significado y sentido a las acciones que realizan.

Algunos autores, como Scheper-Hughes (p. 197), reconocen específicamente el papel de esta estructura técnica, dentro de lo que venimos a denominar PM, al señalar: “...la medicina es, entre otras cosas, una práctica técnica para «racionalizar» el sufrimiento humano y «contenerlo» en ámbitos seguros, manteniéndolo «en su lugar», amputando así su potencial crítico”. Igualmente en esta línea, Taussig (p. 115-116) apunta que las manifestaciones de una enfermedad son como símbolos, y el profesional sanitario que realiza el diagnóstico los ve e interpreta con el ojo entrenado por las «determinaciones» recibidas a través del modelo de socialización en que se ha formado.

Esta determinación ideológica es invisibilizada por todo un proceso de construcción epistemológica «modelo biomédico», que considera a sus creaciones como cosas sólidas y sustanciales en sí mismas. Lo que estos autores, junto a otros (Haraway, 1995; Montraveta, 2000), manifiestan, es que el carácter de certeza e infalibilidad, y por tanto de verdad, que parece querer conferirse a la considerada verdadera formación científica en el ámbito de las ciencias de la salud, no deja de ser algo que se construye dentro de un contexto social y cultural, en el cual operan y deciden una serie de intereses políticos contradictorios, valores diversos, relaciones sociales de desigualdad, entre otros, que inciden y determinan también el correspondiente modelo de formación. En consecuencia, se configura toda una estructura de condicionamiento «técnico-ideológico» del que deviene una determinada forma de ver y abordar el fenómeno salud-enfermedad-atención.

De este modo, la PM se ha convertido en un instrumento singularmente importante para mantener la negación en cuanto a la influencia social de los hechos, en la génesis de la enfermedad. Según Menéndez (1991), los rasgos que caracterizarían la P. M. serían, entre otros, los siguientes:

1. *Biologicismo*: No es solamente el elemento de mayor carga formativa, tanto a nivel teórico como práctico, a través de los denominados “programas clínicos”¹³, sino que además aparece como antitético con otros enfoques o perspectivas de atención a la salud, como son etnomedicina o promoción de la salud. El interés predominante se centra en la naturaleza orgánica de la enfermedad, más que en todo lo que la enfermedad o problema supone de alteración en la vida cotidiana; a partir de ello, el hecho de “saber profesionalmente” conduce a una concepción unilateral: «lo biológico» se constituye en el principio único explicativo del problema de salud que se enfrenta; esto origina que lo biológico sea no solamente un principio explicativo, sino también de intervención. Además, lo fundamental de la currícula es la curación de la disfunción o alteración biológica que provoca la enfermedad, y no tanto prevenir; por ello la formación mayoritariamente está orientada hacia la curación.
2. *Ahistórica*: En su acercamiento a la realidad. La visión prevalente frente a las enfermedades es contemplarlas como entidades fijas, aisladas y homogéneas; no hay una concepción histórica o perspectiva procesual donde evidenciar la comprensión de los sistemas de salud, y por ende de las enfermedades, como “productos históricos” en proceso de permanente construcción y cambio, y por tanto de redefinición (Gimeno, 1995).
3. *Asocial*: Se constituye en uno de los rasgos característicos de este tipo de práctica, que desvincula y no reconoce explícitamente el importante papel que los factores de índole social representan en la causalidad del fenómeno salud-enfermedad-atención. En relación con esto, tanto los signos como los síntomas que definen una enfermedad, como reconoce Taussig (p. 110), no son sólo co-

sas biológicas y físicas en sí mismas, sino que también manifiestan signos de relaciones sociales disfrazadas como cosas naturales; es por eso que este rasgo es considerado como una de las áreas de mayor trabajo de los científicos sociales (antropólogos y sociólogos), especialmente en lo referente a la «relación médico-paciente». Típicamente la relación del profesional o proveedor de la salud con el usuario, conocida como “médico-paciente”, en los trabajos de Antropología Médica, es fundamentalmente una relación técnica, tal como señala Taussig (p. 141): “tanto los médicos como los proveedores de la salud no son menos inmunes a la construcción social de la realidad que los pacientes a quienes atienden, y la realidad de una atención esmerada se define tanto por el poder y el control como por los símbolos pintorescos de la cultura”.

La consecuencia de ello es que este tipo de concepción práctica propicia límites a su capacidad de diagnóstico y tratamiento. La “enfermedad biomédica” oculta las relaciones sociales que están detrás de la enfermedad, o dicho de otra forma, reducir el estudio de la enfermedad al modelo biomédico limita la comprensión global de la enfermedad humana: “En todas partes la medicina es una empresa moral y por ello da inevitablemente contenido al bien y al mal. En cada sociedad, la medicina, como la ley y la religión, define lo que es normal, propio o deseable. Sin embargo, la medicina occidental es la única que encubre esta realidad, basándose en fundamentos científicos que estarían exentos de evaluación moral” Illich, (1984: 62).

4. *Eficacia pragmática*: La finalidad u objetivo de la P. M. es la «eficacia pragmática» frente al daño, la dolencia o la enfermedad. La intención de la “eficacia-comparativa” es presentar la superioridad de su método con respecto a otras alternativas terapéuticas, unido a otro elemento que la impregna de vigencia, inmediatez, rápido abatimiento, y así, un largo etc., que no deja de simbolizar un conjunto de concepciones técnicas, tales como cirugía reparadora, sofisticados procedimientos técnicos de diagnóstico, fármacos eficaces. La técnica adquiere, en este contexto, un valor mítico de poder, de recurso supremo para solucionar problemas sanitarios, como reconoce Collière (p. 134).
 5. *Relación médico-paciente*: En toda sociedad la «relación médico-paciente» es algo más que una relación técnica. Supone en gran parte, como señala Taussig (p. 114), una «interacción-social» que puede reforzar poderosamente las premisas básicas de la cultura vigente. La persona enferma en este contexto es considerada una persona vulnerable, ignorante y por tanto dependiente y maleable en las manos del médico o experto y del sistema de salud. La información, así como el conocimiento del paciente, es relegada, cuando no ignorada, al igual que su participación en cualquier tipo de decisión o intervención técnica, dejando a su vez muy claro, quién sabe, el profesional, y quién no sabe, el paciente; quién puede y quién no puede hacer. Como reconoce Taussig (p. 130-131): “la situación clínica (enfermedad) se convierte en una zona de combate donde se desarrollan disputas de poder y definiciones sobre la enfermedad y los grados de discapacidad... , lo que sucede en la situación clínica actual engendra una situación contradictoria en la cual el paciente oscila como un péndulo entre una pasividad alienada y un intento de autoafirmarse, también alienado”. De este modo, el potencial inherente del paciente para poder desarrollar un medio terapéutico conjunto se corta de forma abrupta, y en consecuencia, origina que la relación de éste con los profesionales sanitarios se convierta en algo puramente de carácter instrumental y objetivo.
- Diferentes estudios al respecto, tanto desde el campo de la Sociología como de la Antropología (Kleinman, 1980; Comelles, 1984; Balaguer y Perdiguero, 1991; Bartoli, 1991; Taussig, 1995; Schep-Hughes, 1997) han caracterizado esta relación como asimétrica, paternalista y autoritaria. Como reconoce Gimeno (1995), se hace necesario utilizar una perspectiva de análisis, que haga énfasis en el carácter de «encuentro cultural» activo y desigual, como forma adecuada de entender la relación entre los sistemas sanitarios y los pacientes. Este escenario ofrece la posibilidad de contemplar dicho contacto como un encuentro cultural, «*encuentro cultural sanitario*», dentro del cual subyace, por un lado, el problema de la distancia entre el sentido común del paciente y el conocimiento científico de la enfermedad que posee el profesional técnico; y por otro lado, la dife-

rencia entre la enfermedad diagnosticada por el profesional y la enfermedad vivida, sentida por quien la sufre y los que lo rodean.

6. *Culpabilización del paciente*: Rasgo también asociado al carácter individualista de esta práctica. Tanto a nivel causal, como de éxito o no terapéutico, la problemática se centra en la responsabilidad del sujeto que sufre la enfermedad, dado que el modelo enfatiza un tipo de atención individualizada; esto provoca que el problema, es decir, la enfermedad, sea contemplado mayoritariamente desde el plano individual. Como señala Gimeno (1995), en las instituciones sanitarias modernas no existen lazos sociales que vinculen a los profesionales sanitarios y los pacientes. Las enfermedades se entienden como una carga individual del paciente; de este modo, el contexto de tratamiento suele ser de aislamiento y alienación –la persona enferma está separada de la sociedad– en lugar de ser algo participado, consensuado por el propio paciente y las personas más próximas de su entorno. Además esto exime de responsabilidad, tanto en la génesis como en la solución del problema, al contexto social de referencia de la persona enferma.
7. *Burocratización creciente*: Referida a los profesionales y a la organización del sistema sanitario, que detentan este tipo de práctica. Esto se traduce en la creación de “rutinas” muy establecidas y diferenciadas que obedecen a una orientación de la atención de tipo eficiente, que obliga a la realización de controles mecánicos fijos que den cumplida cuenta de los estándares preestablecidos de calidad y eficacia dentro de la organización (ejemplo: “*Cartera de Servicios*” en *Atención Primaria*). El tipo de asistencia resultante se caracteriza por presentar un modelo de relación mecánico y estandarizado, las intervenciones se convierten en entidades en sí mismas y se bastan a sí mismas; no existen, como señala Collière (p. 116), interrelaciones entre lo que vive la persona que requiere atención, lo que es en sus diferentes estatus y roles sociales, y lo que padece; el enfermo y su dolencia son etiquetados numéricamente, a efectos de elaborar informes estadísticos, reduciéndolos de esta forma como usuarios del sistema, a un caso, a una variable, a un simple dato numérico «código de barra “x”».

Dentro del análisis que sobre la PM venimos desarrollando, conviene preguntarse también acerca de qué funciones cumpliría dicha práctica. Se podría apuntar, en primer lugar, que las funciones de dicha práctica irían dirigidas a aliviar e intentar curar la enfermedad o daño, aunque en un nivel más elaborado de análisis surge otra función, no menos importante, como la de normalizar, es decir, proveer normas de comportamiento, de cara a desarrollar la función de «control social» que diferentes autores han reconocido con respecto a la PM (Foucault, 1989; Illich, 1984; Taussig, 1995); dicha función se consigue cimentar o inducir a través de principios de educación que no permiten tomar conciencia de lo que son realmente: “normas de conducta”. Gran parte de esta normalización se expresa a través del «proceso de medicalización», como extrapolación no sólo al padecimiento o enfermedad sino incluso sobre la vida sana. De este modo, lo que era cotidiano, se convierte en un problema de salud y por tanto susceptible de ser objeto de medicalización.

Este proceso de medicalización se va proyectando cada vez más en áreas de la vida cotidiana, lo que supone no sólo una expansión de esa práctica, sino también la creación de nuevas necesidades sociales e ideológicas en los conjuntos sociales. Esto último es lo que algunos autores (Illich, 1984; Menéndez, 1991; Haraway, 1995) identifican como «proceso histórico de expansión medicalizada»; de esta forma, la PM entra en correlaciones con algunos elementos de la sociedad que permiten o necesitan la “medicalización”, intencional y funcionalmente, para su subsistencia.

Viene al caso citar el caso del síndrome folk “*nervos*” (hambre nervioso), presentado por Schep-Hughes (p. 170): “...*La medicalización del hambre y la desnutrición infantil en las clínicas, farmacias y cámaras políticas de Bom Jesús da Mata (Brasil) supone unas relaciones políticas e institucionales deformadas. Gradualmente el pueblo hambriento de Bom Jesús ha llegado a creer que necesita desesperadamente aquello que está preparado para serle administrado (medicinas), y ha olvidado que lo que más necesita es lo que más se le niega (comida)*”.

A través de este ejemplo, la autora nos presenta el caso de cómo situaciones cotidianas, como son la crianza, la alimentación y el cuidado de los niños, se ven profundamente afectados y condicionados por el contexto social de referencia. Las condiciones reales de extrema pobreza de los habitantes de Bom Jesús da Mata, en particular, la importante desnutrición infantil como consecuencia del hambre crónica que padecen los niños y demás habitantes del contexto de estudio, evidencian una situación estructural de dificultad y carencia social, así como de indiferencia y falta de voluntad política para subsanarla. No obstante esta realidad, en donde debería situarse también el análisis de la causalidad del problema, está encubierta por el discurso biomédico, a través de una estrategia múltiple de medicalización: por un lado, la utilización de un discurso sobre el cuerpo de la madre como “incapaz” de alimentar a su hijo; en segundo lugar, la elaboración de todo un mecanismo de culpabilización del paciente (“madre”) a través de configurar la creencia del cuerpo como algo enfermo y débil, incapaz por tanto de alimentar adecuadamente al niño: “...cuando la leche del pecho comienza a fallar las mujeres del Alto enseñada ven en ello una indicación de su propia debilidad. De forma similar cuando dicen que su leche es escasa, amarga..., la leche materna está sirviendo como una poderosa metáfora que habla de escasez y aspereza de sus vidas de mujeres. A través del médium del cuerpo, las contradicciones del orden social se reproducen en la imagen inquietante de mujeres necesitadas, con hambre, dependientes, que deben negar su leche a sus bebés...La incapacidad percibida de amamantar reafirma el deterioro, ya bastante acentuado, de cualquier sentido que estas mujeres puedan tener de valor interno, autoestima, autosuficiencia, todo lo cual lo encarna el acto autónomo de dar el pecho a un recién nacido. Lo que se les ha quitado a estas mujeres es su creencia en su capacidad de dar: «no tenemos nada que dar a nuestros hijos» (p. 315). En último término, esta estrategia culmina en el consumo y utilización de un preparado médico-farmacológico, Nestógeno (leche en polvo de la casa Nestlé), lo que equivale a constatar que los niños del contexto etnográfico de estudio se alimentan con medicinas: “*existe la creencia de que es necesario dar al recién nacido un «buen comienzo» en la vida, usando el concentrado más caro y «especializado» de Nestlé.*”

Scheper-Hughes sugiere cómo la estrategia de medicalización realmente oculta el poder y la dominación que está en juego cuando se define a una población como enferma; como la propia autora señala, reconocer que el hambre, verdadera causa del problema, no es un trastorno individual sino una enfermedad social, equivaldría al suicidio político para líderes cuyo poder viene de la misma economía de plantación, principal responsable del hambre en el lugar. Si no se puede satisfacer el hambre, al menos sí que se puede tranquilizarlo con pseudoalimentos –medicinas–, como ejemplifica el caso del Nestógeno.

Medicalizar el hambre supone, por tanto, individualizar el problema, legitimar una situación de desigualdad social existente, generar lazos de dependencia de las multinacionales para la crianza de los niños (Nestlé, en el ejemplo) y, consiguientemente, incrementar la explotación y la dependencia económica; en definitiva, no ver o ignorar la causalidad estructural del problema.

La información que podemos extraer del ejemplo precedente con respecto al campo de la salud es que obviar la dimensión social que poseen los problemas de salud, tiene consecuencias; supone no sólo un abordaje superficial de los mismos, insuficiente o limitado, sino también algo más grave y contrario a la propia ética, la no erradicación del problema de salud, existiendo conocimientos, recursos y medios para ello, y la consiguiente pérdida de vidas humanas por indiferencia y dejadez social, de la cual también participa el modelo biomédico asumido en el proceso de atención sanitaria del ejemplo citado.

4. Perspectiva feminista

Hasta ahora hemos revisado y caracterizado tanto las bases como las críticas realizadas hacia el modelo científico hegemónico de producción de conocimiento, para dar paso a continuación a la caracterización y análisis del modelo biomédico, así como la estructura técnico ideológica que lo define, «práctica médica», aportando algunos ejemplos de crítica.

A continuación se presentan los aportes que la perspectiva feminista, como antecesora de la perspectiva de género, ha realizado con respecto a la concepción sexista de la ciencia, para posteriormente caracterizar y ofrecer las aportaciones de la perspectiva de género.

4. 1. *Critica epistemológica a los presupuestos sexistas de la ciencia*

El feminismo¹⁴ es un movimiento social y político, cuyos objetivos fundamentales son la transformación de las relaciones de poder entre hombres y mujeres y la crítica epistemológica, de cara a esclarecer el origen contextual e histórico de los conceptos, definiciones y categorías modelos teóricos que constituyen la base del pensamiento científico occidental, al tiempo que intenta redefinir las estructuras conceptuales de las ciencias sociales, en el tratamiento de la subordinación de la mujer o de las relaciones de desigualdad entre hombres y mujeres (Sabaté Martínez, et. al., 1995: 38). A continuación pasamos a desarrollar la relación que ha existido entre feminismo y antropología.

Dentro de la antropología, durante mucho tiempo prevaleció como modelo de estudio de los mecanismos de evolución cultural, el de las “sociedades forrajeras”, sociedades supuestamente basadas en el intercambio recíproco, la existencia de un sistema de valores de apoyo y solidaridad, la no existencia de acumulación de la riqueza y, por tanto, tampoco de la jerarquía.

Posteriormente, autores como M. Sahlins y E. Service resituaron el estudio de la evolución social de las comunidades humanas a partir de sus trabajos de campo; así hablaban más de “sociedades de cazadores” que de sociedades forrajeras, al considerar la «caza» como la forma básica de obtención de alimentos, y por ende, básica para la supervivencia y evolución social de las mismas. Este modelo teórico que prima la “caza” de cara al análisis de la evolución social, se identificó como «*Modelo del hombre cazador*», al situar al varón (a sus actividades y sus relaciones) como el factor central de esa evolución.

En los años sesenta, la antropología feminista inicia todo un proceso de reflexión y crítica de la disciplina académica, realizando diferentes estudios, que coinciden en señalar los sesgos androcéntricos del conocimiento antropológico, en los trabajos de campo realizados por los autores considerados clásicos de la antropología tradicional. En estos estudios (Lee, B.; De Vore, I. 1968), entre otros aspectos, se apunta que estos autores focalizaron excesivamente el proceso de selección y obtención de los datos sin recabar información sobre el papel de las mujeres en torno a su contribución a la reproducción social, cultural, económica y política de esas sociedades.

En torno a una serie de actividades identificadas en estas sociedades, se obtuvieron los siguientes resultados (Ver tabla anexa):

Cuadro 2
Actividades identificadas en comunidades forrajeras tropicales*

<i>Actividades identificadas</i>	<i>Proporción</i>
Recolección (realizada por mujeres)	58%
Caza	25%
Pesca	8%
Caza y recolección	3%
Caza y pesca	3%
Pesca y recolección	3%

*: Muestra comparativa de 90 comunidades forrajeras tropicales.
Fuente: B. Lee, R.; De Vore, I. 1968, *Man the hunter*. Aldine Press. Chicago

Lo que la observación y medición de la contribución económica al grupo evidenció en la muestra estudiada fue que el peso de la *recolección* se constituía en la fuente económica principal del grupo, 58%, frente a los esquemas anteriores (que lo ocultaban), que se lo asignaban a la caza, obteniendo un 25%, con la consiguiente creación del estereotipo de que las mujeres eran improductivas, salvo en las labores de crianza. El estudio reveló que la subsistencia del grupo descansaba mayoritariamente en las actividades materno-filiales y en la recolección, ambas realizadas significativamente por mujeres.

Lo anteriormente señalado no podía dejar de tener repercusión, como refiere Maquieira (2001), en los modos de conceptualizar el discurso científico de la propia disciplina, en tanto discurso legitimador por excelencia. La antropología social fue un terreno privilegiado donde germinaron, desde comienzos de los años setenta, nuevos desarrollos teóricos. Particularmente, estos desarrollos cristalizaron en torno al concepto de «*etnocentrismo*»¹⁵ y la crítica sobre sus aplicaciones prácticas «*constructos etnocéntricos*»¹⁶.

El feminismo, igualmente, vino a desvelar una dimensión fundamental de las relaciones de poder¹⁷ inscritas en las elaboraciones teóricas, al plantear que el sujeto de conocimiento había sido siempre un sujeto masculino «*androcentrismo*» y que, desde esa situación de poder, elaboró discursivamente el lugar atribuido a hombres y mujeres en la vida social, a la vez que proyectó con carácter universal determinados conceptos y categorías que invisibilizaban la situación real de las mujeres y los mecanismos de desigualdad presentes en los diferentes sistemas sociales. A este respecto caben destacar los planteamientos formulados por Michelle Rosaldo (1979): «...*malogramos nuestro proyecto al no reconocernos como herederas de unas tradiciones teóricas que nos hicieron permanecer prisioneras de una serie de categorías y preconcepciones profundamente arraigadas en la sociología tradicional*» (Rosaldo, 1979).

Las aportaciones de Rosaldo inciden, o más bien hacen una llamada de atención, que entiendo no sólo es aplicable al campo de la antropología sino más bien a todos aquellos campos de la investigación social, en el sentido de que no solamente tenemos que centrarnos en el aspecto de la crítica que todo investigador debe realizar sobre lo dicho y especialmente sobre lo no dicho, como reconoce González Guardiola (2000: 20) en su respectiva área de trabajo, sino que la crítica se debe convertir también en autocrítica de todo lo que hemos asimilado en nuestra formación intelectual como profesionales de la salud, de tal forma que estén presentes e identificados nuestros presupuestos previos con respecto a nuestro saber de género.

Es en relación a esto último que la crítica feminista ha remarcado que el reduccionismo biológico, también ha contribuido a disfrazar y a legitimar las asimetrías de género presentes en la construcción del conocimiento:

“...así como el género es una representación construida socialmente del sexo, la ciencia es una reflexión socialmente construida de la naturaleza” (Kabeer, 1998: 97)

La alternativa, pues, al reduccionismo, como forma de conocimiento, según la perspectiva feminista que venimos presentando, serían los *conocimientos parciales, localizables y críticos*, como reconoce Haraway (p. 97), que admiten la posibilidad de conexiones e interrelaciones y que colocan el significado de la objetividad feminista en el campo de los «*conocimientos situados*» o contextualizados.

5. Perspectiva de género

La perspectiva de género tiene una historia de crítica conceptual sin la cual es difícil comprender el género en el momento actual, y que entendemos es necesario señalar.

5. 1. Historia de un concepto

Como hemos visto, la importancia que adquirieron los movimientos feministas de los años sesenta influyó significativamente, como reconoce González Guardiola (2000: 23), en la aparición de una nueva corriente en el seno de las ciencias sociales, promovida por mujeres feministas, cuyas primeras denuncias se centraron en el «androcentrismo» que caracterizaba a los planteamientos tradicionales de estas ciencias, así como el efecto de ocultamiento que éste provocaba sobre la vida de las mujeres.

El «*androcentrismo*» como estructura contemplaría tres niveles, según Moore: (1999: 14): el *primer nivel* correspondería a la *visión personal* del antropólogo que incorpora a la investigación una serie de supersticiones y experiencias –*presupuestos previos*– acerca de las relaciones entre hombres y mujeres, y acerca de la influencia de dichas relaciones en la percepción de la sociedad; el *segundo efecto o nivel* distorsionador del androcentrismo es inherente a la sociedad objeto de estudio. Según la autora, en muchas culturas se considera que la mujer está subordinada al hombre, y esta visión de las relaciones entre ambos sexos será la que con mucha probabilidad se transmita al investigador; por último, el *tercer nivel* de esta estructura androcéntrica hace alusión a un aspecto de parcialidad ideológica provocada por el propio referente cultural del investigador, mayoritariamente socializado en la cultura occidental; de este modo, los investigadores, guiados por su propia experiencia o referente cultural, equiparan la relación asimétrica entre hombres y mujeres de otras culturas con la desigualdad y la jerarquía que presiden las relaciones de género entre los dos sexos en la cultura occidental. Estos aportes conformaron dentro de la disciplina antropológica un campo de estudio al que se denominó Antropología de la Mujer (Ortner, 1977; Rosaldo, 1979).

De la crítica feminista dentro de la Antropología Social, surgió, pues, la crítica y el señalamiento de la falta de atención y distorsión de que era objeto la mujer y sus actividades. Aunque la presencia de la mujer en los informes etnográficos no obstante ha sido constante, debido al tradicional interés antropológico por la familia y el matrimonio –lugares preferentes de asignación del rol de la mujer–, como reconoce Rosaldo (1979: 165), “...*las mujeres llevan una vida que parece ser irrelevante para la articulación formal del orden social. Su estatus deriva del estadio del ciclo vital en que se encuentren, de sus funciones biológicas, y, en particular, de sus lazos sexuales o biológicos...*”; es decir, etnográficamente había mucho material empírico, pero el principal problema no era de orden empírico, como reconoce Moore, H. (p. 13), sino de representación; en consecuencia, el verdadero problema de la incorporación de la mujer a la antropología no estaba tanto en el terreno empírico, sino en los terrenos teóricos y analíticos de la disciplina.

Igualmente, y dentro de esta confluencia entre feminismo y antropología, es importante señalar que, durante este período de la década de los setenta, se planteaba por primera vez el “cuestionamiento de los saberes” de las denominadas disciplinas académicas, y por tanto, la necesidad de redefinirlos, con el consiguiente cuestionamiento de las instituciones académicas, como ámbitos donde se genera y transmite el conocimiento.

Así, las protagonistas de esta acción social eran a la vez no sólo parte de este movimiento, como mujeres, sino también académicas, es decir, agentes transmisores de conocimiento, que empezaron a cuestionar su actividad dentro de ese ámbito institucional. Dicho cuestionamiento generó todo un trabajo de reflexión, que entre otros evidenció los siguientes aspectos: por un lado, que los saberes no son neutrales, es decir, el saber presenta un carácter ideológico, y por otro, el papel central del conocimiento para la transformación de las relaciones sociales de desigualdad o, por el contrario, como perpetuador del estatus de la desigualdad.

Este cuestionamiento de las mujeres antropólogas a la disciplina en su conjunto cristalizó en la crítica y denuncia de la invisibilidad y distorsión de las mujeres en el discurso de la disciplina, como consecuencia del canon científico hegemónico «masculino» en cuanto a la producción de conocimiento (modos de representación ideológica, formas de conocimiento, modelos y formas de vida), así como

constatar que la ciencia, además de ser subjetiva, tiene género, y que ese género es masculino. De ello se deriva que sus productos, sus pensamientos y sus modelos lo son también.

Fruto por tanto de la relación entre feminismo y antropología, expuesta anteriormente, se materializó una reestructuración crítica de la categoría universal “mujer”, y como consecuencia de ello, la antropología feminista¹⁸ empezó a consolidar, según Moore, H. (p. 24), nuevos puntos de vista, nuevas líneas de investigación teórica así como a redefinir su proyecto de “estudio de la mujer” como estudio del género, dentro de un espacio académico identificado como Antropología del Género.¹⁹

5. 2. Perspectiva de Género

El término “género” como categoría de análisis se introdujo en los estudios feministas en la década de los años ochenta. Según Stolcke, V. (1992: 89-90), el concepto analítico de género pretende poner en cuestión el enunciado esencialista y universalista de que “la biología es destino”; trasciende pues el “reduccionismo biológico”, al interpretar las relaciones entre mujeres y hombres como construcciones culturales, al atribuirles significados sociales, culturales y psicológicos a las identidades sexuales biológicas.

Desde esta perspectiva, se hizo necesario distinguir entre “género”²⁰, como creación simbólica, término reservado para designar la elaboración cultural de lo femenino y lo masculino; “sexo” en referencia al hecho biológico de ser hembra o macho y por último “sexualidad” referido a las preferencias y a la conducta sexual.

A partir de estas premisas se realizaron diferentes aproximaciones y propuestas para enmarcar una definición del concepto de género. De entre ellas, y siguiendo los planteamientos teóricos ofrecidos por Maquieira (2001), se presenta la definición dada por Lourdes Benería (1987: 46):

“El *concepto de género* puede definirse como el conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres a través de un proceso de construcción social que tiene varias características. En primer lugar, es un proceso histórico que se desarrolla a diferentes niveles, tales como el Estado, el mercado de trabajo, las escuelas, los medios de comunicación, la ley, la familia y a través de las relaciones interpersonales. En segundo lugar, este proceso supone la jerarquización de estos rasgos y actividades, de tal modo que, a los que se definen como masculinos, se les atribuye mayor valor”.

El concepto de género en tanto categoría social de análisis constaría de varias dimensiones: en primer lugar tendría una especificidad histórica, es decir, no es algo que se haya construido en el presente, sino más bien posee un devenir histórico que lo ha ido constituyendo, lo que le conferiría, a su vez, una cualidad de modificable en función del tiempo; en segundo lugar, presenta un carácter de transversalidad social, en el sentido de que permea simultáneamente diferentes niveles sociales, confiriendo y construyendo valores y creencias socialmente estructuradas que influyen, entre otros, los procesos de elección social de las personas, las diferentes instituciones y niveles sociales (legislación, educación, religión, modelos de organización social, salud, trabajo, etc.); en tercer lugar, el género expresa la relación de desigualdad social existente entre hombres y mujeres en nuestra sociedad.

Con el concepto de género, por tanto, se pretendía acabar con las omnipresentes teorías deterministas biológicas que interpretaban el lugar de hombres y mujeres en el marco de la estructura social como consecuencia de características biológicas. De este modo, se intentaba rescatar a las mujeres del ámbito de la naturaleza al cual se las adscribía y bajo cuyos parámetros se las conceptualizaba. A través de esta operación conceptual se conseguía “*colocarlas en la cultura como seres sociales que se construyen (a través de su actividad) y son construidas (estructura) en la historia*” (Molina Petit, 2000: 259).

Una vez introducido el concepto de género, se desarrolló la teoría del género, la cual, con respecto a las anteriores perspectivas de estudio feministas, introdujo un “enfoque relacional” según el cual so-

lo pueden comprenderse las experiencias de las mujeres si se analizan en sus relaciones con los hombres (Stolcke, p. 90). Igualmente este trabajo de análisis feminista abordó la crítica a la existencia de una esencia femenina, y por extensión, se llevó la crítica a todo tipo de esencialismo entendido como la atribución de características inherentes y ahistóricas referidas a personas y grupos sociales: “*Tendemos repetidamente a enfatizar y contrastar diferencias esenciales entre hombres y mujeres en lugar de preguntarnos cómo esas diferencias son creadas por relaciones sociales y, especialmente, por relaciones de desigualdad*” (Rosaldo, 1980).

Se evidencia, pues, que la incorporación de la categoría de *género*, como categoría social de análisis, se mostró extremadamente útil, para designar la elaboración cultural de las asignaciones y mandatos atribuidos a hombres y a mujeres; dicha incorporación evidenció cómo reconoce Maquieira (2001) que la relación entre hombres y mujeres no es sólo un dato por describir, sino una construcción social por aclarar, así como permitió vislumbrar nuevos problemas de investigación en el marco de las diferentes disciplinas, y por tanto, ha contribuido a cuestionar y redefinir los marcos teóricos heredados.

6. Conclusiones

Esta aportación no plantea que el modelo biomédico, como modelo de conocimiento, sea erróneo o falso; indudablemente posee un alcance explicativo importante, pero al dejarse fuera aspectos tales como la organización social, las relaciones sociales y, por ende, la estructura social de desigualdad existente, los problemas de salud derivados o relacionados con estos aspectos, a nuestro juicio, no los puede ver, ni por tanto tratar adecuadamente.

48

La incorporación de la perspectiva de género entendemos, ayudaría no sólo a visibilizar y comprender mejor esas relaciones sociales, sino también posibilitaría la necesaria apertura, tanto en el campo de la formación en ciencias de la salud, como en el de la prestación de servicios de salud a la población, a la perspectiva de la interculturalidad. Como reconocen algunos autores (Aguado, T. 2003), tanto en pedagogía como en la capacitación de recursos humanos para la salud, es necesario tener en cuenta que “*todos los grupos y personas tenemos características culturales diferentes (visión del mundo, expectativas, creencias, significados compartidos en diferentes grupos) que influyen en nuestro aprendizaje —en nuestra salud—, en los procesos y en los resultados. Así es evidente que la enseñanza debería modularse en función de tales características*”.

No podemos seguir ignorando el progresivo avance del fenómeno intercultural en sintonía con un contexto creciente de globalización económica a nivel mundial. Quizás en el terreno que nos ocupa, haya llegado la oportunidad, tanto tiempo esperada, de que podamos contribuir al necesario cambio, que implique una apertura, un dejar atrás la visión monocultural del modelo biomédico, como modelo hegemónico de conocimiento e intervención sobre el fenómeno humano de la salud-enfermedad. Acogiendo e incorporando, tanto en los aspectos teóricos como en los de práctica, una perspectiva más amplia, más acorde al contexto actual de globalización, donde los hombres y las mujeres, con reconocimiento y respeto mutuos, iniciemos un diálogo, una nueva andadura en la construcción conjunta del conocimiento, de los significados y las relaciones en clave de salud intercultural.

Notas

- 1 Enfermera y antropóloga. Profesora titular de Enfermería Comunitaria. Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de Toledo. UCLM.
Correo electrónico: Teresa. Carames@uclm. es
- 2 Según el Modelo Occidental.
- 3 Esto incluye además la internalización de los principios éticos y morales necesarios para ganar la confianza de los pacientes, de los profesionales y de la población, así como para mantener su estatus profesional.

- 4 Falta de *equidad* o “*inequidad*”: Una inequidad es una desigualdad injusta y remediable. Las inequidades y las desigualdades se refieren a un estado de salud relativo, entre ricos y pobres, hombres y mujeres, grupos étnicos, regiones. No mide los progresos del grupo desfavorecido en términos absolutos, sino en relación con el grupo favorecido.
- 5 A pesar de la creciente diversidad cultural de nuestra realidad social, hoy por hoy no parece que tengamos razones suficientes para pensar que el tratamiento dado a la diversidad cultural en el ámbito de las ciencias de la salud de nuestro contexto de referencia sea el más adecuado, o en cualquier caso, está bastante alejado de lo que se ha definido como “*Salud Intercultural*”: conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna; que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integridad física y mental, y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familias que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural. (Lorca L., 2003)
- 6 El presente trabajo forma parte del proyecto de investigación: “*El Proceso Socializador en Ciencias de la Salud: ¿Puede la Perspectiva de Género superar los límites del Modelo Biomédico?*”, presentado por la autora para el Diploma de Estudios Avanzados, como apartado del proyecto de tesis del Programa de Doctorado en Antropología Social de la Universidad Autónoma de Madrid. (Abril, 2003)
- Existe un proceso acumulativo centrado en la enfermedad que desconecta los cuidados de salud de su contexto y los hace muy alienantes.
- 8 Los conocimientos centrados en la enfermedad constituyen la base de la «cultura general de las enfermeras», que a su vez se complementan con los conocimientos centrados en las técnicas, determinando casi en exclusiva a la práctica profesional de enfermería (Collière, p. 117-118)
- 9 *Biomedicina*: También llamada medicina occidental, científica; designa al sistema médico desarrollado en Occidente desde la Ilustración y que se caracteriza por asumir la distinción cartesiana entre cuerpo y mente y por su comprensión de las enfermedades en tanto que entidades definidas y producidas por causas únicas y de índole biológica (Comelles, JM; Martínez Hernández, A. 1993)
- 10 *Práctica discursiva* que conforma el cuerpo, la mente y las emociones.
- 11 Colin Blakemore. *Mechanics of the mind*. Cambridge University Press. 1977 p. 22.
- 12 Lejos de una progresión en el bienestar, la *medicalización* de la sociedad sólo ha conseguido una usurpación y alineación del individuo frente a sus expectativas de salud y enfermedad.
- 13 *Programas clínicos*: Constituidos por las ciencias médicas básicas: anatomía, fisiología, patología, ciencias de la conducta, farmacología, microbiología, así como diferentes pruebas (“técnicas”) de laboratorio y de diagnóstico, de cara a poder solucionar problemas clínicos.
- 14 *Feminismo*: En tanto que crítica social, crítica política y factor desencadenante de una actividad política, se identifica con las mujeres –no con las mujeres situadas en distintos contextos sociales e históricos, sino con las mujeres que forman parte de una misma categoría sociológica– (Moore, H. L., p. 24).
- 15 *Etnocentrismo*: Creencia en la superioridad de los propios valores y costumbres culturales con respecto a otros grupos, y por tanto la exclusión o infravaloración de lo ajeno.
- 16 *Constructos etnocéntricos*: Instauran una clasificación jerárquica de las realidades socioculturales y se convierten en legitimaciones poderosas de la desigualdad entre poblaciones y grupos sociales.
- 17 *Poder*: Según Max Weber, el poder significa “la probabilidad de que un actor dentro de una relación social esté en condiciones de hacer prevalecer su voluntad, incluso contra su resistencia, al margen de la base sobre la que descansa dicha probabilidad” (es decir, al margen de si el ejercicio del poder es o no justo, es o no legítimo).
- Relaciones de poder*: Relaciones sociales que hacen posible que los hombres movilicen un abanico mayor de recursos –símbolos y significados, autoridad y reconocimiento, objetos y servicios– en una gama mayor de terrenos institucionales: político, económico y familiar.
- 18 *Antropología Feminista*: Contempla el estudio del género en tanto que principio de la vida social humana. (Moore, H., 1999: 219).
- 19 *Antropología del Género*: Contempla el estudio de la identidad del género y su interpretación cultural –sin adoptar un punto de vista feminista– (Moore, H., 1999: 219).
- 20 *Género*: Construcción sociocultural de los comportamientos, actitudes y sentimientos de hombres y mujeres. (Maquieira, V. 2001: 159).

Bibliografía

- BALAGUER, E., PERDIGUERO GIL, E., et. al.
 1991 “Fenómenos Biológicos y Fenómenos Culturales: La Interpretación popular del ciclo vital” en *Mono-grafías Sanitarias*. SPT2000. Serie D (10). Generalitat Valenciana. Instituto Valenciano de Estudios de Salud Pública.
- BARTOLI, P.
 1991 “Práctica Médica y Antropología: Un encuentro posible” en Otegui, R. et. al. *La Voz Callada: Aproximación antropológica-social al enfermo con artritis reumatoide*. Madrid. Consejería de Salud. Comunidad de Madrid.
- BENERÍA, L.
 1987 “¿Patriarcado o sistema económico?: una discusión sobre dualismos metodológicos”. en Amorós, C. et. al. *Mujeres: ciencia y práctica política*. Madrid. Debate.
- BERTHERAT, Th., BERNSTEIN, C.
 1987 *El cuerpo tiene sus razones*. Barcelona. Paidós.
- BIRKE, L.
 1986 *Women, Feminism and Biology The Feminist Challenge*. Brighton. Harvester Press.
- BLACKMORE, C.
 1977 *Mechanics of the mind*. Cambridge University Press p. 22.
- BRYAN S. TURNER
 1989 *El cuerpo y la sociedad: exploraciones en teoría social*. México. Fondo de Cultura Económica.
- CABA, P.
 1992 “Nuevo paradigma en salud”. Madrid. El País. Abril.
- COLLIÈRE, M. F.
 1993 *Promover la vida: la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid. Interamericana MacGraw-Hill.
- COMELLES, J. M., MARTÍNEZ HERNÁEZ, A.
 1993 *Enfermedad, cultura y sociedad*. Madrid. Eudema.
- CORRAL CORRAL, C.
 1994 *El razonamiento médico*. Madrid. Díaz de Santos. 1994.
- CUESTA, C. de
 2002 “La salud reproductiva de los jóvenes: naturaleza de la evidencia e implicaciones” en Mesa Redonda: Promoción de la salud en la infancia y en la adolescencia. Madrid. VI Encuentro INVESTEN.
- DOSSEY, L.
 1986 *Tiempo, espacio y medicina*. Barcelona. Kairós.
- ESCOBAR, A.
 1996 *La Invención del Tercer Mundo*. Bogotá. Norma S. A.
- FERNÁNDEZ-MONTRAVETA, C.
 2000 “Psicología, género y biología evolutiva: Una revisión crítica”. *Psicología General y Aplicada*, 53 (3), pp. 425-436.
- FOUCAULT, M.
 1984 *Vigilar y castigar*. México. Siglo XXI.
- FOUCAULT, M.
 1989 *El Nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México. Siglo XXI.
- GIMENO, JC.
 1995 “Antropología y medicina: una revisión de sus relaciones en el siglo XX”. *Actas de II Reunión Científica de Antropología y Ciencias Sociales en Castilla León*. Palencia.
- GIMENO, JC., MONREAL, P.
 1999 *La controversia del desarrollo. Crítica desde la antropología*. Madrid. IUDC/UCM, Los Libros de la Catarata.
- GIMENO, JC.
 1998 “Chiapas: razones y sentimientos”. *Exilios*, 2/3, pp. 43-50.

- GOLEMAN, D.
 1997 *La Salud Emocional*. Barcelona. Kairós.
- GONZÁLEZ GUARDIOLA, L.
 2000 *De Bartolina Sisa al comité de receptoras de alimentos de "El Alto"*. Cuenca. Universidad de Castilla La Mancha. Colección Humanidades.
- GWATKIN, D., GUILLOT, M.
 1998 "The burden of tropical diseases and the poorest and richest of the global population", en *Informe para el Programa Especial de Investigación y Adiestramiento en Enfermedades Tropicales del Banco Mundial*, PNUD y la OMS. Ginebra.
- HARAWAY, D.
 1995 *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Madrid. Cátedra.
- HARTIGAN, P.
 2001 *Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud*. Washington, DC. OPS.
- ILLICH, I.
 1984 *Némesis médica: La expropiación de la salud*. México. Planeta.
- KABEER, N.
 1988 *Realidades trastocadas: las jerarquías de género en el pensamiento del desarrollo*. Barcelona. Paidós.
- KLEINMAN, A.
 1980 "Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Boderland between Anthropology", *Medicine, and Psychiatry*. Berkeley. University of California Press.
- KUHN, Th.
 1975 *La estructura de las revoluciones científicas*. México. Fondo de Cultura Económica.
- LUQUE, E.
 1985 *Del conocimiento antropológico*. Madrid. CIS. Siglo XXI.
- MAQUIEIRA D'ANGELO, V.
 2001 "Género, diferencia y desigualdad" en Maquieira, V. y Beltrán, E. (eds): *Feminismos: Debates teóricos contemporáneos*, pp. 127-184, Madrid. Alianza-Ciencias Sociales.
- MENÉNDEZ, E.
 1978 "El modelo médico y la salud de los trabajadores" en Basaglia et. al. *La salud de los trabajadores*. México. Nueva Imagen.
- MENÉNDEZ, E.
 1986 "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de auto-atención, caracteres estructurales; un sistema de transacciones sociales permanentes". En *Antropología Médica en México*. México. UAM.
- MENÉNDEZ, E.
 1991 "Familia, participación social y proceso de salud-enfermedad: acotaciones desde las perspectivas de la Antropología Médica". *Seminario de Promoción y Educación para la Salud: una perspectiva antropológica*. Madrid. Centro Universitario de Salud Pública (CUSP).
- MOLINA PETIT, C.
 2000 "Debates sobre el género", en Amorós, C. (ed.) *Feminismos y Filosofía*. pp. 255. 284, Madrid. Síntesis.
- MOORE, H.
 1999 *Antropología y Feminismo*. Madrid, Instituto de la Mujer. Universidad de Valencia.
- ORTNER, Sh.
 1979 "¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza a la cultura?" en Harris, O. y Young, K. *Antropología y Feminismo*, pp. 109-131. Barcelona. Anagrama.
- PITTMAN, P.
 1997 *Equidad de género en la dimensión socioemocional de la calidad de atención de salud*. Washington DC. OPS.
- PNUD
 1997 "Pobreza y desarrollo en el mundo". Resumen del informe tomado de la Agenda Latinoamericana 1999.

- RODRÍGUEZ ARTALEJO, F., ABECÍA INCHAÚRREGUI, LC.
2000 "Determinantes de la salud" en Colomer, C. y Álvarez-Dardet, C. *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona. Masson, p. 17.
- ROSALDO, M.
1979 "Mujer, cultura y sociedad: una nueva visión teórica" en Harris O. y Young. K. *Antropología y Feminismo*, pp. 153-180, Barcelona. Anagrama.
- SABATÉ MARTÍNEZ, RODRÍGUEZ MOYA, DÍAZ MUÑOZ
1995 *Mujeres, espacio y sociedad: hacia una geografía del género*. Madrid. Síntesis.
- SCHEPER-HUGHES, N.
1997 *La muerte sin llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona. Ariel.
- SHIVA, V.
1989 *Staying Alive. Women, Ecology and Development*. London. 7^{ed} Books/Delhi Kali for Women.
- STOLCKE, V.
1992 "¿Es el sexo para el género como la raza para la etnicidad?" *Rev. Mientras tanto*, 48, pp. 87-111.
- TAUSSIG, M.
1995 *Un gigante en convulsiones: "La reificación y la conciencia del paciente"*, pp. 110-146 Barcelona. Gedisa.
- VALLE, T. del; Sanz Rueda, C.
1991 *Género y sexualidad*. Madrid. UNED, Fundación Universidad Empresa.
- VALLE, T
1993 "Mujer y nuevas socializaciones: su relación con el poder y el cambio". *Kobie*. Serie: Antropología Cultural. N° 6, pp. 5-14.
- VALLE, T.
2001 *Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de género*. Madrid. Narcea S. A.
- WOLF, E.
1987 *Europa y la gente sin historia*. México. Fondo de Cultura Económica.

SALUD Y MIGRACIONES

Sobre algunos enfoques en uso y otros por utilizar¹

Arancha Meñaca
Universitat Rovira i Virgili
España

En la actualidad, en países receptores de migrantes, como Estados Unidos, Canadá, Francia, Alemania, Países Bajos, Suiza, Inglaterra o Australia, se cuenta con un gran número de publicaciones que aplican a su ámbito sanitario términos como *multiculturalidad*, *comunicación intercultural*, *relaciones transculturales*, *etnicidad* o *competencia cultural*. Esta producción reflexiona sobre ciertas preocupaciones y problemas que los profesionales sanitarios encuentran al fijar su atención en los sujetos de procesos migratorios vigentes, así como en otras minorías formadas en los procesos migratorios-colonizados previos. Para una mejor comprensión de estas propuestas, es necesario contextualizarlas histórica y geográficamente, así como vincularlas con la producción, desarrollo y debate de las teorías de las ciencias sociales donde dichos términos tienen su origen.

A lo largo de las próximas páginas pretendo exponer una pequeña parte de estos contextos y vínculos, entre los que incluyo las recientes inquietudes de los profesionales sanitarios españoles en su interacción con sujetos inmigrantes. Busco también analizar algunas de las aportaciones y olvidos que traen consigo estos enfoques culturalistas. Para, en una segunda parte de este artículo, llamar la atención sobre otro tipo de propuestas de investigación antropológica, menos utilizadas en el ámbito sanitario, que abren nuevas posibilidades de comprensión de las relaciones entre los procesos de salud-enfermedad-atención y los fenómenos migratorios. Ejemplificaré este tipo de propuestas con algunos de los primeros datos obtenidos en una investigación que estoy llevando a cabo entre el área metropolitana de Barcelona y distintas zonas de Ecuador.

53

Migraciones y salud: focos de interés habituales

El estudio de las relaciones entre salud y migraciones es hartamente reciente en el Estado español. No ocurre lo mismo en otros países europeos, ni en Norteamérica, donde los distintos sistemas de salud tienen ya una amplia trayectoria planteándose y enfrentándose a las situaciones novedosas que supone la inmigración, en un primer lugar en el contexto de los especialistas en salud pública y posteriormente en otros ámbitos del sistema sanitario. Ahora bien, las propuestas de los distintos países no son idénticas. Las posiciones relativas en el contexto global, los desarrollos históricos, los planteamientos políticos y legales, las organizaciones de sus sistemas sanitarios, las tradiciones en investigación sociosanitaria y otros elementos del contexto sociocultural inciden en las diferencias de planteamientos de unos y otros. Así, por ejemplo, el concepto de competencia cultural, *cultural competence*, tan extendido en la literatura biomédica de los Estados Unidos, no parece cuajar en la tradición europea de Estado del Bienestar (Comelles et. al., 2003).

Realizando las simplificaciones necesarias para un abordaje teórico de las distintas propuestas, se puede decir que son tres los focos de atención principales al estudiar las situaciones de salud de los migrantes y/o las minorías étnicas, siempre desde la perspectiva de la sociedad receptora, y en este caso

concreto, de su sector sanitario: el hecho mismo de migrar, las desigualdades socioeconómicas y las diferencias culturales.

Así, uno de los primeros enfoques que se tomó y sigue presente, cuyos antecedentes históricos podrían llegar a situarse en la Edad Media (Keane y Gushulak, 2001), es el de la preocupación por la importación de enfermedades. Preocupados por el transporte de posibles agentes patógenos, el énfasis en este caso se pone en el acto de migrar, en el viaje, en el traslado tanto de enfermedades tropicales a un entorno donde tienen una prevalencia casi inexistente, o ya se han erradicado —como es el caso de la malaria— o en el riesgo de enfermedades infecciosas que, presentes ya en el país, se consideran necesarias de controlar, como es el caso de las infecciones de transmisión sexual, el VIH o la tuberculosis. En los Países Bajos, por ejemplo (van Dijk y van Dongen, 2000), en un primer momento, los años sesenta, los problemas de salud de los migrantes sólo salen a la luz cuando suponen una amenaza a la Salud Pública, instaurándose controles de la tuberculosis para inmigrantes recientes en 1966. Controles y cribados que siguen formando parte de los protocolos de asistencia sanitaria a los refugiados. En la literatura sanitaria española hay un amplio interés por este tipo de enfermedades, a pesar de que se reconoce que no constituyen más que una pequeña parte de las demandas de salud de los inmigrantes. Llama la atención el caso de *Guía de atención al inmigrante* (Alonso et. al., 2003), uno de los primeros libros temáticos publicados en España sobre el tema de la inmigración y destinado a los médicos de Atención Primaria. En uno de sus capítulos iniciales se reconoce que los problemas por los que los inmigrantes demandan asistencia son muy similares a los de la población joven que acude a las consultas de Atención Primaria, y que las enfermedades importadas no representan un peligro para la salud pública del país receptor (Díaz, 2003). Sin embargo, más de la tercera parte del libro se dedica a detallar posibles patologías importadas: desde la tuberculosis, el VIH, las hepatitis y las infecciones de transmisión sexual, hasta la lepra, una amplia variedad de parasitosis y otras enfermedades transmitidas por distintos artrópodos.

En el estudio de este tipo de enfermedades vinculadas, no sólo a las migraciones sino también a otras culturas del viaje: turistas, cooperantes, etc., las ciencias sociales deben aportar el análisis de los componentes políticos, económicos, sociales y culturales vinculados a las mismas. Así, por ejemplo, los procesos de regulación legal de los controles pertinentes, las prácticas y el lugar que en los imaginarios médicos y sociales tienen las enfermedades importadas, pueden ser mejor comprendidos desde las distintas teorías que los científicos sociales han ido desarrollando sobre el riesgo.

Se pone también el foco en el acto de migrar, pero esta vez centrándose no en las enfermedades que se puedan importar sino en el individuo migrante, en toda una serie de propuestas referidas a posibles problemas de salud mental que se consideran específicos de los inmigrantes, como el duelo migratorio, el estrés aculturativo, el síndrome de Ulises (Achotegui, 2000) o la condición migrante (van Dongen, 2003). En todas ellas se plantean los efectos negativos que el cambio de contexto sociocultural produce, tanto por la pérdida de un contexto cultural relevante, como por el enfrentamiento con otro novedoso. Algunos científicos sociales y representantes de la medicina social han llamado la atención sobre la insuficiencia de plantear y tratar de resolver este tipo de sufrimientos de los migrantes desde la perspectiva de la biomedicina, aplicando en muchos casos meras soluciones farmacológicas (Sayad, 1999, Campaña, 2001). Asimismo, en este tipo de propuestas se puede entrever un componente de medicalización de las experiencias migratorias, entendiendo como medicalización el proceso “según el cual cada vez más áreas del comportamiento social e individual son patologizadas” (Menéndez, 1990, p. 37).

En segundo lugar, existe la posibilidad de poner el énfasis en los factores socioeconómicos. La situación de pobreza, marginación y exclusión en que, en muchas ocasiones, se encuentran los inmigrantes en el país receptor. En el Reino Unido, un país donde la etnicidad se define por adscripción y no por país de nacimiento, al contrario que en otras partes de Europa, está abierto el debate sobre si las diferencias étnicas en salud, encontradas en los estudios epidemiológicos, van o no más allá de las diferencias socioeconómicas. Chandola (2001) plantea que si se utilizaran medidas de clase social más elaboradas, capaces de valorar, por ejemplo, las condiciones del autoempleo, se podría explicar, a partir de

ellas, todavía una mayor parte de las diferencias que, en los trabajos actuales, se consideran étnicas –dependientes del grupo cultural al que una persona se adscribe–. Por otra parte, antropólogos críticos estadounidenses como Farmer (1999) han planteado cómo distintas infecciones –entre las que se encuentran la tuberculosis, el VIH y otras de las enfermedades infecciosas que anteriormente incluíamos dentro de las enfermedades importadas– están fundamentalmente relacionadas con situaciones de pobreza y desigualdades, también en países occidentales.

Las condiciones de ilegalidad, precariedad e inseguridad laboral, el hacinamiento y las malas condiciones de vivienda, que experimentan una notable cantidad de inmigrantes; la pertenencia a los más bajos estratos socioeconómico, como les sucede a gran cantidad de las personas incluidas en las llamadas minorías étnicas, están sin duda entre los factores relacionados con las condiciones y vivencias de salud / enfermedad. A la hora de llevar a cabo estudios que se centren en las desigualdades estructurales en salud, no debemos olvidar que éstas no sólo han sido el foco de interés de los antropólogos críticos estadounidenses, sino que históricamente ya se había incidido en su estudio desde planteamientos marxistas, y que la medicina social de América Latina lleva muchos años trabajando sobre ellas, abogando por una epidemiología socioestructural (Menéndez, 1990) o crítica (Breihl, 2003).

La mayor parte de los libros generales sobre salud y migraciones destinados al público sanitario reconoce la existencia e influencia de este tipo de factores tanto en las condiciones de salud de los inmigrantes y grupos étnicos, como en su acceso a los cuidados sanitarios. Sin embargo, una vez admitidos, pierden protagonismo en los desarrollos así como la búsqueda de soluciones. Teniendo en cuenta que el modelo biomédico hegemónico centra sus conocimientos, técnicas y prácticas en lo biológico del cuerpo, la salud y la enfermedad, y, en menor medida en lo psicológico, resulta comprensible que el grueso de los profesionales sanitarios consideren que los factores socioeconómicos forman parte de las condiciones previas a su trabajo, ante las cuales no tienen poder o competencia para actuar. Tendencia que, probablemente, esté relacionada con el amplio interés que el sector sanitario ha puesto en el tercero de los focos en que dividí esta exposición: la “cultura”.

Lo “cultural” aparece tanto en los llamados síndromes culturalmente delimitados como, de una manera más general, en el proceso de comunicación sector sanitario-usuarios. En el primer caso hablamos de aquellos padecimientos *folk* no reconocidos por la biomedicina. Principalmente han sido estudiados en las sociedades tradicionales de países periféricos, aunque también forman parte de los conocimientos, prácticas y creencias de los sectores folk y popular (conceptos de Kleinman, 1980) de partes de las sociedades occidentales. En la actualidad los inmigrantes y minorías presentes en los países occidentales también son objeto de este tipo de análisis. Es muy amplia la bibliografía psiquiátrica y antropológica dedicada a este tipo de estudios sobre, a modo de ejemplos, la *caída de mollera* en inmigrantes mexicanos o las *agonías* en inmigrantes portugueses (Baer y Bustillo, 1998; James, 2002). Otros problemas que se asocian a las creencias exóticas sobre la salud y la enfermedad de quienes tienen un origen no occidental son las somatizaciones (van Moffaert y Vereecken, 1989) y las explicaciones sobre la enfermedad que hacen referencia a lo que nosotros llamaríamos causas últimas, como la brujería (Streit et. al., 1998). Josep M. Comelles² señala cómo los síndromes de Ulises, junto con la manifestación de síndromes culturales en una consulta médica añadiría yo (Meñaca, 2003), son tan excepcionales como la patología importada; cómo los procesos de somatización no son exclusivos de los inmigrantes, y cómo el principal problema en las consultas de psiquiatría está relacionado con cuestiones comunicacionales.

La comunicación, tanto por las barreras que puede suponer la presencia de lenguas muy diferentes, como por las diferencias culturales, parecería entonces, según lo visto hasta el momento, ser la más importante causa de problemas en la atención a los inmigrantes. Así lo ve una gran parte de los profesionales sanitarios, que están preocupados por los posibles errores en el diagnóstico, y las faltas de seguimiento adecuado de los tratamientos. En Estados Unidos, tal y como comentábamos anteriormente, se ha desarrollado el concepto de competencia cultural: con el objetivo de garantizar que todo usuario del sistema de salud reciba un tratamiento efectivo e igualitario de una manera cultural y lingüísti-

camente apropiada, han ideado un sistema de estándares *for Culturally and Linguistically Appropriate Services* (CLAS), que pueda ser un medio de corrección de las desigualdades frente a dicho objetivo (Office of Minority Health, 2001). Entre las recomendaciones lingüísticas que incluye, se encuentran algunas referidas a los intérpretes, a los materiales e informaciones que se editan y las lenguas en las que se atiende a los usuarios. Entre las referidas a aspectos culturales, se propone que haya en las plantillas profesionales representativos de las características demográficas del área, que se incluyan en la historia clínico datos relativos a la raza, etnicidad y lenguas que el paciente escribe y habla, y que se prepare y eduque al personal sanitario en materias de diversidad cultural. No es Estados Unidos el único país donde se han propuesto medidas para eliminar las barreras lingüísticas y de diferencias culturales. En otros países receptores de inmigrantes también se han puesto en marcha diferentes recursos lingüísticos y se ha hecho llegar a los profesionales sanitarios información sobre las culturas de los distintos grupos de inmigrantes o minorías.

Ahora bien, en lo que respecta a la información y educación sobre la diversidad cultural, ¿cómo se ha llevado a cabo ese tipo de educación? Tomando el ejemplo de los Países Bajos, van Dijk (1998) apunta que tanto el concepto de cultura que en repetidas ocasiones se ha manejado, como los conocimientos culturales enseñados a los profesionales, no han resultado tan útiles como se esperaba: en numerosas ocasiones se ha reducido la información cultural acerca de los inmigrantes a sus culturas tradicionales, estereotipadas y exotizadas; se ha dado excesiva importancia a los componentes religiosos de las mismas en detrimento de otros tipos de saberes, prácticas y valores; se ha hecho uso, en definitiva, de un concepto de cultura esencialista, presentándolas como conjuntos de conocimientos, valores y creencias inflexibles y rígidos. En lugar de resultar buenas herramientas para el profesional sanitario, muchas veces le han podido llevar a malentendidos, a ser más rígido que los propios migrantes en la interpretación de sus normas y tabúes culturales. A mi modo de ver, el principal error de estos planteamientos es que, con la mirada centrada en el profesional biosanitario occidental, se ha empleado un doble rasero “cultural”. Explícitamente se habla de “la cultura” de los inmigrantes: tradicional, exótica, rígida, en la que no cabe el cambio. E implícitamente, se presenta a los profesionales como portadores de unos conocimientos, que no cultura, científicos, racionales y que pueden aumentar y enriquecerse en la medida que se enfrentan con nuevas situaciones como, en este caso, la de las migraciones. Ambas concepciones toman exclusivamente una pequeña parte del universo cultural de los inmigrantes o de los sanitarios. La situación comunicativa que se dibuja con esta unión tiene dos actores claramente desiguales.

En la actualidad existen múltiples propuestas que son críticas con el concepto de cultura rígido y exotizado que, en relación a los inmigrantes y minorías, se maneja en el sector biosanitario, profundizando en el papel de la cultura en la comunicación con el paciente. Rob van Dijk apunta que es necesario una concepción de cultura dinámica y situacional, que permita incorporar los cambios culturales que el proceso migratorio implica, así como los diferentes conocimientos y estrategias que ponen en juego distintos actores en situaciones diversas: no utiliza los mismos recursos ni se comunica de igual manera una joven magrebí, de origen urbano, con estudios secundarios y varios años de estancia en el país en un servicio de urgencias, que una, también magrebí, madre de familia con menor nivel de estudios, recién llegada, tramitando la asistencia a un centro de atención primaria. Por otra parte, Comelles³ y Allué (2001) hablan de la importancia de no exotizar a los pacientes inmigrantes y consideran necesario hacer ver a los profesionales del sector salud que lo cultural está presente en el contacto con todo usuario del sistema sanitario, sea o no inmigrante. En otras ocasiones se propone a los profesionales de la medicina trabajar habilidades como la empatía, la capacidad de ponerse en el lugar del otro, la sensibilidad cultural y la reflexión acerca de sus propios valores culturales, como un ejercicio necesario para traspasar las barreras culturales. Estos tres enfoques brevemente expuestos, siguen teniendo en su aplicación práctica el mismo destinatario: son conocimientos -nuevas formas de entender lo cultural de los inmigrantes- y habilidades que el personal sanitario puede aprender, desde los libros, las conferencias, los cursos y talleres y luego aplicar a la práctica, en la consulta en su relación con el inmigrante.

Los enfoques interculturales, por su parte, incorporan a los inmigrantes en el proceso de aprendizaje, buscan la solución en el diálogo, en la implicación y la colaboración entre profesionales médicos e inmigrantes en un proceso conjunto de aprendizaje. Para lo cual se hace necesario la participación de los migrantes, pero... ¿cómo se materializan este diálogo y esta participación? Es necesario revisar críticamente los procesos mediante los cuales unos planteamientos teóricos se llevan a la práctica (Menéndez, 2000). Ya que en muchas ocasiones su significado se pierde al quedar reducidos a técnicas, constreñidos en unos momentos de educación formal: cursos, charlas, grupos de discusión, que no llegan a articularse con las prácticas cotidianas ni de los sanitarios, ni de los inmigrantes. Se corre, entonces, el riesgo de que el diálogo intercultural quede reducido a unos momentos puntuales en los que unos determinados profesionales del sector salud y unos muy concretos inmigrantes tienen una conversación.

También hay que ser cuidadosos en el análisis de las formas concretas que toma la participación de los inmigrantes en salud. En los Países Bajos (van Dongen, 2003) se ha constatado poco interés por parte de los inmigrantes y sus asociaciones para implicarse en proyectos institucionales; instituciones que, por su parte, principalmente demandan información, más que participación, a las asociaciones y organizaciones de inmigrantes. Menéndez (1993), refiriéndose a la participación que los servicios de atención primaria en salud, demanda de la poblaciones de América Latina, relata cómo “*el servicio de salud continúa estableciendo una relación y uso de la población en términos de recurso*”, y cómo, si realmente se pretendiese una participación distinta, “*el servicio de salud debería modificar sus políticas, sus actividades y reorientar realmente sus recursos, inclusive sus recursos ideológicos*” (pág. 155). De igual manera se podría plantear que, si realmente se busca la participación de los inmigrantes en una dinámica de diálogo intercultural, se hacen necesarios planteamientos que sobrepasen el ámbito micro de los procesos comunicativos y la influencia de la cultura en ellos, y se planteen reorientaciones de políticas, actividades y recursos en los distintos niveles del sistema de salud.

En múltiples ocasiones los profesionales médicos reconocen que las dificultades que encuentran a la hora de trabajar con pacientes inmigrantes no sólo se encuentran en las características de la nueva población –con su cultura, dificultades socioeconómicas y procesos migratorios– sino también en la estructura, políticas y recursos del sistema sanitario, así como en la relación entre inmigrantes y sistema sanitario. En el Estado español, entre los primeros manifiestos de los trabajadores sanitarios al enfrentarse a las nuevas situaciones llegadas con la inmigración, se encuentra la demanda de recursos personales, formativos y de organización para atender con calidad a los nuevos contingentes de población (Martín Laso, 2001; Jansà y Borrell, 2002). También consideran necesario que no sólo se forme a los profesionales sobre las características diferenciales de los inmigrantes, sino que se informe también a los segundos de las normas, funcionamiento y posibilidades del sistema sanitario. Esta doble mirada hacia los dos componentes de la situación conflictiva: migrantes y sistema sanitario, es fundamental para llevar a cabo estudios relacionales⁴ de la misma. Desde este tipo de concepciones de la realidad, una de las medidas que se considera necesaria para comprender las situaciones consiste en estudiar a los distintos actores presentes, teniendo además en cuenta sus diferentes puntos de vista y consideraciones sobre la situación. Resulta necesario desarrollar posiciones sociológicas y antropológicas centradas en el actor inmigrante –abordando su perspectiva *émic* y aportando interpretaciones *étic* a sus discursos y prácticas– que vayan más allá de lo reseñado hasta el momento, donde sólo hemos hablado de las preocupaciones y planteamientos de estudio de los profesionales sanitarios cuando encaran las dificultades que encuentran en su relación con los grupos migrantes, es decir, de la perspectiva profesional. Asimismo, sería necesario llevar a cabo interpretaciones de sus discursos y prácticas profesionales desde la antropología, sociología, historia y filosofía de la ciencia.

La intención de esta primera parte del artículo es la de caminar en esa dirección. Recapitulemos. Al plantearse los problemas que encuentran en su atención a los inmigrantes y/o minorías, el sector sanitario ha centrado su mirada, principalmente, en el “otro”. En las ocasiones en que se cuestiona a sí mismo, principalmente se ha centrado en aspectos de gestión de recursos, y en algún caso también en aspectos legales. También sería necesaria la reflexión sobre aspectos ideológicos y culturales del sistema sa-

nitario y los grupos profesionales que lo forman: cómo los conocimientos, valores y prácticas incorporadas al quehacer diario, influyen en las maneras de relación con las personas inmigradas. Con la mirada puesta en el inmigrante, el sector salud ha reconocido tres posibles focos problemáticos: el acto migratorio, las condiciones socioeconómicas y las diferencias culturales. Es en ellas donde ha concentrado una gran parte de sus intereses, como lo demuestran la diversidad de estudios centrados en lo inter, trans y multi-cultural, así como en los distintos grupos étnicos –que estarían caracterizados por su identidad y diferencias culturales.

Este concepto de cultura y énfasis en lo cultural tiene sus orígenes en la antropología. Una disciplina en la que las tendencias hegemónicas actuales también ponen el énfasis en las diferencias grupales e identitarias, el relativismo cultural, la etnicidad, etc., y ha dejado de lado el estudio de las condiciones socioestructurales donde se enraizan todas esas “culturas” (Menéndez, 2002). Es necesario seguir investigando en las definiciones concretas y los usos que se hacen del término “cultura”. En el caso de los profesionales de la salud, hemos podido ver que, aunque en gran parte de las ocasiones ha resultado ser un concepto esencialista y limitado a una serie de rasgos exóticos, se puede enriquecer, haciéndolo más complejo, lo que le posibilitaría tomar en cuenta también la situación dinámica que el proceso migratorio implica, así como la heterogeneidad dentro de los grupos de migrantes y las similitudes con la población local. Asimismo, hay que profundizar en la interrelación entre el individuo y su cultura que aparece en las distintas propuestas; en la capacidad de acción y de transformación de las situaciones que considera, implícita o explícitamente, que tiene el sujeto. Tanto cuando se insiste en la importancia de la formación de los profesionales, como cuando se plantean estrategias interculturales participativas, se debe cuestionar el recurso a la (in)formación y a la educación como principal manera de solucionar los problemas, así como el salto que existe entre los discursos y las prácticas. Como en otros muchos ámbitos, aprender y decir nuevos y más complejos discursos sobre la relación del sistema sanitario con los inmigrantes no va necesariamente unido con la transformación de dichas realidades.

Migraciones y salud: una propuesta antropológica

Desde la antropología, al igual que desde otras ciencias sociales, podemos realizar un cambio de la perspectiva desde la que miramos las relaciones entre los diversos sistemas sanitarios y sus pacientes inmigrantes. Desde fuera, desde el no ser ni sanitarios, ni inmigrantes, podemos aportar nuevos elementos interpretativos y articular distintas propuestas explicativas. Por ejemplo, en lo que se refiere a la situación española, existen trabajos antropológicos que ponen el énfasis en los aspectos estructurales de dichas relaciones y no en las condiciones culturales de la comunicación. En un trabajo sobre la salud de la población inmigrante ecuatoriana en Murcia se plantea que es necesaria la reflexión sobre “*tres factores fundamentales: en primer lugar, el significativo incremento de inmigrantes ecuatorianos en las comarcas señaladas en el período 2000-2002; en segundo lugar, la interrelación entre determinadas condiciones estructurales del CIE (colectivo de inmigrantes ecuatorianos) y sus condiciones de vida junto con otros factores laborales y socioeconómicos que están repercutiendo de forma significativa en la conformación de determinados patrones de morbilidad diferencial y en ciertas condiciones y perfiles de demanda asistencial del colectivo; en última instancia, las enormes dificultades con que los dispositivos sanitarios se encuentran para asumir la cada vez mayor y diferencial demanda sanitaria procedente del CIE y de otros colectivos de inmigrantes*” (Rufete, 2003, pág. 242). Factores demográficos, como es el incremento de la población de un determinado origen en una determinada área, factores laborales y socioeconómicos, así como características de los dispositivos sanitarios, se encuentran articulados en el centro de su propuesta, un centro bien distinto al que ponen la práctica totalidad de los textos sanitarios.

Es más, podemos cambiar el foco de la mirada, y, recordando que el ámbito de la salud no es exclusivamente el de las formas biomédicas, alejarnos del sistema sanitario, para incluir en el análisis otras relaciones existentes entre los procesos de salud / enfermedad / atención (s/e/a), y las dinámicas y expe-

riencias migratorias. En este camino, en el que son los inmigrantes quienes toman un mayor protagonismo –como en los trabajos donde se estudia sus modelos explicativos de las enfermedades, sus vivencias y estrategias para con las enfermedades, sus procesos de autoatención o sus itinerarios terapéuticos (Browner y Preloran, 2000; Zhang y Verhoef, 2002; Bartoli, 2001)–, se hace necesario tener cuidado en no caer en el exotismo y la rigidez explicativa que antes criticábamos.

A mi modo de ver, todavía es necesario un paso más, y recoger para la antropología de la medicina aportaciones que han realizado distintos estudiosos de las migraciones⁵. Hace falta reconocer, como defendió Sayad, que los inmigrantes son siempre primero emigrantes, y que por tanto los estudios sobre migraciones no deben comenzar por las preocupaciones de las sociedades receptoras, sino en las comunidades de partida, con su historia, estructura y contradicciones (Bourdieu y Wacquant, 2000; Herrera, 2002).

La antropología de la medicina puede volver la mirada hacia los países de origen de distintas maneras. Para comenzar, es necesario realizar investigaciones en el contexto de las comunidades y redes transnacionales, ya desarrollado en múltiples trabajos sobre los procesos económicos, políticos y culturales asociados a las migraciones. Utilizo el concepto más genérico⁶ de comunidades y redes transnacionales: el que plantea que, en el marco de la globalización, con el desarrollo de los nuevos medios de transporte y de las tecnologías de la información, las relaciones entre los miembros de una comunidad que emigraron a distintos países y los que permanecen en el lugar de origen, se han hecho más intensas que en tiempos precedentes, cambiando, al menos en parte, su significado y utilidad. Puede resultar muy valioso analizar los papeles de las comunidades transnacionales en los procesos de s/e/a tanto de los que permanecen en el lugar de origen como de los que emigran, y los cambios que en estos procesos están teniendo lugar por influencia de las dinámicas migratorias (González Chévez, 2002).

Ahora bien, teniendo en cuenta distintas limitaciones de los estudios transnacionales (Vertovec, 2001), no debemos olvidar los aspectos estructurales que vinculan los procesos migratorios y los de s/e/a. Ni tampoco los resultados y expresiones de la histórica relación de dominación internacional, tanto material como simbólica (Bourdieu y Wacquant, op. cit.) que encontramos tanto en los procesos de salud / enfermedad / atención con la hegemonía del modelo biomédico, como en los procesos migratorios, como en las relaciones que entre ambos existen. Esbozaré brevemente estas propuestas con algunos datos generales de la situación de Ecuador⁷.

Se puede considerar que en torno a 1998 comienza un nuevo proceso migratorio en Ecuador que diversifica tanto los lugares de destino como las provincias de origen de la migración internacional. En una etapa anterior, además de un fuerte movimiento de migraciones internas, se dio una migración internacional de la región del Sur (Azuay y Cañar) hacia Estados Unidos. En el nuevo proceso, el fenómeno migratorio se generaliza por todo Ecuador y se dirige a distintos países europeos, principalmente España e Italia. (Herrera, op. cit.). Otras características diferenciales de esta nueva etapa podrían ser la feminización de los procesos migratorios, de amplias repercusiones en el ámbito de la salud, así como la fuerza de las redes y conexiones transnacionales, y los roles emergentes del Estado y de otros actores no estatales en la formalización del proceso migratorio (Jokisch y Pribilsky, 2002). Detrás de este fenómeno de migración masiva se encuentra la fuerte crisis económica y política vivida en Ecuador a partir de 1997 (Centro de Investigaciones CIUDAD, 2001), que se superpone a los procesos previos de estancamiento económico y deterioro de las condiciones de vida y salud (CEAS, 1990), que habrían comenzado en torno a 1982, cuando el Ecuador inicia nuevos planes de ajuste neoliberal.

Entre los años 1995 y 2000 el porcentaje de población pobre se incrementó, del 34% al 71%, y la que vive en condiciones de pobreza extrema de un 12% a un 31% (ILDIS, 2003). Mientras tanto, en esos cinco años, el gasto público social no supera el 6, 1% del PIB –cifra que corresponde a 1999– ni el gasto público en salud del Gobierno Central el 1, 1% del PIB –1995–. En una situación de crisis económica, en la que además la inversión social (educación, salud, trabajo y bienestar) tiene un descenso a la mitad entre 1996 y el 2000 –del 36% al 17%– (v. v. a., 2001), ¿qué sucede con las familias, con sus con-

diciones de vida y salud, con sus recursos para hacer frente a la enfermedad? La emigración internacional ha sido una de las respuestas de la población a la crisis. Así, un 83% de los receptores de remesas que respondieron a una encuesta (Benedixen & Associates, 2003, pág. 31) estaban de acuerdo en que *una de las principales razones por las cuales la gente emigra del Ecuador es para poderle mandar dinero a sus familias*.

Estas remesas tienen su significado en lo que se refiere a los recursos destinados para la salud. Si tenemos en cuenta que en este tiempo ha habido una disminución del gasto en salud –según los estudios de las Cuentas Nacionales en Salud, en 1997, el gasto total en salud⁸ habría sido equivalente al 3, 8% del PIB, un 21% menos que en 1995–; que de ese gasto casi un 40% correspondería a gasto directo de los hogares, en adquisición de medicamentos, pagos de atención médica y otros insumos y exámenes (v. v. a. a., op. cit.); y que más del 61% de los receptores de remesas las utilizan en gastos diarios, como son pagar la renta, comprar comida o medicinas (Benedixen & Associates, 2003). Resulta evidente el papel que las remesas están jugando como sustitutas del gasto social en general (ILDIS, 2002), y en concreto, del gasto en salud.

No sólo se trata de un envío de dinero que les permite a las familias receptoras de remesas afrontar ciertos gastos necesarios en salud. Una parte importante de las migrantes ecuatorianas -habíamos señalado anteriormente la feminización de las migraciones en esta nueva etapa- están dedicadas en España al cuidado de niños y ancianos, así como al servicio doméstico. Los aprendizajes que realizan desde esta posición también pueden revertir en sus familias, ya que en algunos casos en lugar de dinero envían medicamentos concretos: aquéllos que utilizan con las personas a las que cuidan, personas que comparten características etarias con las que se suelen quedar en Ecuador. El flujo de recursos para el cuidado de la salud no se da exclusivamente en una dirección: medicinas, remedios naturales y recursos tradicionales como los brazaletes para el mal de ojo, parten desde las familias en el Ecuador hacia Europa, principalmente de madres y abuelas, en las que puede que, en un momento previo, hubiese caído la responsabilidad de cuidar de sus nietos. La circulación de medicinas es una práctica coherente con otras que se llevan a cabo en Ecuador; allí la automedicación⁹ y la venta de medicamentos sin receta médica son procesos habituales.

En el estudio de una comunidad nahua multisituada entre Estados Unidos y México, González Chévez (op. cit.) describe cómo no sólo circulan recursos materiales, sino también pueden llegar a hacerlo los enfermos: en dirección a Estados Unidos, donde algunos adultos pueden ser diagnosticados y/o tratados, o en dirección donde una vez retorne algún migrante enfermo sus familiares no dejan de brindarle sus formas de cura. También existe un flujo de profesionales. Junto con los trabajos que muchas inmigrantes ecuatorianas realizan en el sector de cuidados, hay que tener en cuenta que entre los emigrantes ecuatorianos hay personas con distintos grados de estudio en el ámbito de la salud, incluyendo licenciados médicos y odontólogos; sin embargo, por lo costoso y largo de la equiparación de títulos en España, se ven forzados a aceptar trabajos mucho menos cualificados o, en algunos casos, trabajar de manera irregular al servicio de compatriotas. La circulación de profesionales en sentido contrario no está estrictamente asociado al fenómeno migratorio, sino a distintas maneras de cooperación internacional, a través de las distintas ONGs españolas que trabajan por el territorio ecuatoriano.

Debe quedar claro que ninguno de estos flujos es simétrico, lo que se envía en una dirección no es equiparable a lo que se manda en la otra. Se podría decir que mientras en un sentido se envía dinero, tecnologías sanitarias y medicamentos modernos, en el otro se envía tradición cultural y cariño; mientras excepcionalmente pueden algunos enfermos beneficiarse de los derechos adquiridos por algún familiar migrante –y regularizado–, los niños y ancianos, quienes más altas cotas tienen de morbilidad se quedan en Ecuador; mientras los profesionales ecuatorianos se sitúan en puestos de salud devaluados o no obtienen los derechos para llevar a cabo su profesión de manera reglada, los profesionales españoles encuentran respeto y gratitud. Considero necesario seguir profundizando en el estudio de estos desequilibrios, que son producto y expresión de las relaciones de dominación económica y simbólica a las que nos referíamos con anterioridad, para ver cómo dichas relaciones se articulan en ejemplos con-

cretos.

Es importante también señalar que no son todos los beneficios lo que, en cuestión de salud, reciben los emigrantes y sus familiares del proceso migratorio, aunque en una primera mirada superficial y etnocéntrica pudiera parecer que sí. La desestructuración familiar que resulta del proceso migratorio, considerada especialmente grave cuando es la madre de familia la que se va, se piensa la causa, en las comunidades de emigración, “*de graves desórdenes psicológicos en los niños y niñas y del alcoholismo, la drogadicción y los embarazos precoces en los y las adolescentes*” (Herrera y Martínez, 2002), mientras que, como vimos anteriormente, también se considera que la migración, por las pérdidas y el enfrentamiento a situaciones nuevas que supone, es causa de malestares mentales en los inmigrantes. Teniendo en cuenta que desde la obra de Durkheim existe una larga tradición de estudio que relacionan a la familia con los procesos de s/e/a como factor explicativo de los mismos (Menéndez, 1993 op. cit.), los procesos migratorios son, sin duda, un buen campo donde profundizar en dicha relación. Reconocer el papel de la familia y las redes sociales en los procesos de salud es importante, pero también lo es tratarlo en su complejidad. Herrera y Martínez (op. cit.) apuntan que esta imagen de la migración como la causa principal de ruptura y desestructuración de las familias, que lleva asociada una importante estigmatización social de los hijos e hijas de los emigrantes, no es tan real, y que son necesarios trabajos de investigación que aporten datos sobre las distintas estructuras familiares que existían previamente, así como las que se conforman a partir de los procesos migratorios. También es necesario realizar investigaciones en los contextos receptores que nos faciliten el reconocimiento de los distintos factores que permiten a muchos inmigrantes organizar su vida, gestionar sus duelos y procesos de adaptación, sin la necesidad de ser diagnosticados ni tratados de trastornos mentales.

Para finalizar con las aportaciones que una mirada al origen puede suponer para el estudio de las relaciones entre salud y migración, quisiera volver al problema de la comprensión de las culturas de los inmigrantes. El análisis en su complejidad de los contextos de partida nos facilita el paso de tomar en cuenta exclusivamente los factores exóticos de las mismas: sus religiones, sus medicinas folk, sus remedios tradicionales..., a tomar también en cuenta que en los países de origen existen sistemas de salud biomédicos, y que muchas veces no son demandas exóticas las que generan los malentendidos entre los profesionales sanitarios europeos y los pacientes inmigrantes, sino diferencias en las prácticas y organizaciones de unos y otros. Pongamos como ejemplos, para el caso de la pediatría, las diferencias entre el sistema médico catalán y el ecuatoriano en el calendario vacunal; en los exámenes considerados necesarios para otorgar certificados médicos escolares; en el uso de la desparasitación -sistemática cuando las parasitosis son endémicas y posteriores a unos análisis y diagnóstico en España, donde en su mayoría son excepcionales-; o en el uso de los complementos alimenticios y vitaminas (Meñaca, op. cit.).

En definitiva, a lo largo de estas páginas he tratado de mostrar los distintos focos donde han puesto su interés múltiples investigaciones sobre salud y migración; y cómo una perspectiva que incluya el lugar de origen, que utilice un mismo nivel de complejidad para el análisis de los conocimientos, las prácticas y las culturas presentes en la relación, y que tenga en cuenta las condiciones históricas y estructurales en las que esta relación sucede, puede aportar nuevos elementos de análisis y comprensión.

Notas

- 1 Este trabajo lo ha hecho posible una beca predoctoral FPU del Ministerio de Educación y Cultura que está vinculada a los proyectos financiados con fondos europeos Partners for Health I y Partners for Health II. Así como la asociación, en calidad de investigadora, a FLACSO-Ecuador, durante una fase del trabajo. Quiero agradecer, en especial, el apoyo recibido en Quito tanto por parte de la citada universidad, como por el CEAS, así como el recibido en Cotacachi por distintos participantes del Sistema Descentralizado de Salud.
- 2 Comelles, J. M. (2003), comunicación personal, comentarios a un borrador del trabajo que coordinan Balanzó, X., Faidedas, M. T. y Guayta, R., que lleva por título provisional: *Quadern de bona praxi. La immigració i els immigrants i la seva salut*.
- 3 Comunicación personal citada.

- 4 Propuesta de E. L. Menéndez (2002) en el doctorado en Antropología de la Medicina de la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona.
- 5 Resulta inquietante la falta de comunicación que, en gran medida, existe entre la especialidad de antropología de la medicina y la de las migraciones; los primeros tardan mucho en recoger los nuevos planteamientos teóricos que se van desarrollando en el ámbito de las migraciones en general, y los expertos en procesos migratorios no muestran prácticamente ningún interés en los vínculos de éstos con la s/e/a.
- 6 Hay autores que plantean que el uso del apelativo transnacional se debe restringir a “actividades de tipo económico, político o cultural *siempre que los protagonistas les dediquen la mayor parte de su tiempo de manera regular*” (Portes, 1999) (traducción y subrayado mío). Sin embargo, otras muchas veces, se habla de redes transnacionales, así como de comunidades multisituadas, diásporas, etc., de manera equivalente y más genérica, tal y como me planteo hacer en estos momentos.
- 7 Los datos que se presentan a continuación son generales, y pueden ser objeto de múltiples matizaciones en la medida que la investigación etnográfica avance. No hay que olvidar la diversidad presente en el Ecuador entre los contextos de Costa, Sierra y Selva; entre las situaciones rurales y urbanas; entre las poblaciones indígenas, afroecuatorianas y mestizas; o entre distintas etapas del proceso migratorio con sus características y tiempos diferenciales.
- 8 Entre los proveedores de salud en Ecuador, dentro del sector biomédico, se encuentran: 1) Los seguros públicos: el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, los Institutos de Seguridad Social de la Policía Nacional y las Fuerzas Armadas, y el Seguro Social Campesino; 2) Otras instituciones públicas, como el Ministerio de Salud Pública (MSP) y los municipios, que realizan servicios fundamentalmente para población no asegurada; 3) Instituciones privadas sin ánimo de lucro, como la Junta de Beneficiencia de Guayaquil, la Cruz Roja Ecuatoriana, SOLCA, INFA, etc., y 4) La medicina privada, dentro de la cual se incluyen aseguradoras, medicina pre-pagada y servicios directos. Existe también un sector de medicinas alternativas y tradicionales. En algunos lugares se están llevando a cabo proyectos interculturales de salud, integrando, por ejemplo, las medicinas tradicionales y/o alternativas, a las prestaciones del MSP (como en Guamaní, Quito) o a los planes municipales de salud (como en Cotacachi, municipio donde además se han descentralizado las competencias en salud).
- 9 Comunicación personal de la prof. Nilda Villacrés, FLACSO-Ecuador. También en España, si bien existen algunas restricciones más que en Ecuador, pero menos que en otros países occidentales, a la venta de medicamentos, también nos encontramos con múltiples situaciones de automedicación.

Bibliografía

- ACHOTEGUI, J.
2000 “Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial”, en Perdiguero, E. & Comelles, J. M. (eds). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Edicions Bellaterra.
- AILONSO, A., HUERGA, H., MORERA, J. (coords)
2003 *Guía de atención al inmigrante*. Madrid, Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria, Novartis.
- ALLUÉ, X.
2001 “Cultural competence in medicine”, en *Medical Anthropology and Anthropology. AM, rivista della Società italiana di antropología medica*, 11-12 pp. 243-254.
- BAER, R. D. & BUSTILLO, M.
1998 “Caída de Mollera among children of mexican migrant workers: implications for the study of folk illnesses”. *Medical Anthropology Quarterly*, 12 pp. 241-249.
- BARTOLI, P., PAQUINI, C., ZÚÑIGA Valle, C.
2001 “Health-seeking behaviours of immigrants in Umbria. Practices of domestic management of health and illness and recourse to health and social services”, en *Medical Anthropology and Anthropology. AM, rivista della Società italiana di antropología medica*, 11-12, pp. 255-272.
- BENDIXEN & AASSOCIATES
2003 *Receptores de remesas en Ecuador. Una investigación de mercado*. Quito, Fondo Mutilateral de Inversiones, Banco Interamericano de Desarrollo, Pew Hispanic Center.
- BOURDIEU, P., WACQUANT, L.
2000 “The organic ethnologist of algerian region”. *Ethnography* 1-2 pp. 182-197. <http://sociology.berkeley.edu/faculty/wacquant/algerian.pdf>.

- BREILH, J.
 2003 *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e intercultural*. Buenos Aires, Lugar Editorial S. A.
- BROWNER, C. H., & PRELORAN, H. M.
 2000 “Latinas, amniocentesis and the discourse of choice”. *Culture, medicine and Psychiatry* 24, pp. 353-375.
- CAMPAÑA, A.
 2001 “Salud mental y migración”, conferencia del Cuarto Curso Internacional *Nuevos Paradigmas en Psiquiatría*. Quito, Asociación Latinoamericana de Psiquiatría y Asociación Ecuatoriana de Psiquiatría.
- CEAS
 1990 *El deterioro de la vida: Un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la salud*. Quito, Corporación Editora Nacional y Asesoría en Salud (CEAS).
- Centro de Investigaciones CIUDAD
 2001 *El proceso migratorio de ecuatorianos a España*. Quito, Proyecto «Migración, Comunicación y Desarrollo»: ILDIS-FEPP-ALER-Cáritas España-Intermón-Oxfam.
- CHANDOLA, T.
 2001 “Ethnic and class differences health in relation to British South Asians: using the new National Statistics Socio-Economic Classification”. *Social Science and Medicine* 52, pp. 1285-1296.
- COMELLES, J. M., MASCARELLA, L., & ALLUÉ, X.
 2003 “Estado del bienestar y culturas organizacionales. Efectos de las migraciones extracomunitarias en el sistema de salud español”. *Medical Anthropology at Home 3. Medical anthropology, welfare state and political engagement*. Ponencias del congreso. Perugia, Fondazione Angelo Celli.
- DÍAZ OLALLA, J. M.
 2003 “Situación actual de la inmigración. Desigualdades en salud”, en Alonso, A., Huerga, H., Morera, J. (coords). *Guía de atención al inmigrante*. Madrid, Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria, Novartis.
- FARMER, P.
 1999 *Infections and inequalities: the modern plagues*. Berkeley, The University of California Press.
- GONZÁLEZ CHÉVEZ, L.
 2002 “La atención a la salud y sus transformaciones: impacto de la migración en una comunidad nahua multisituada”, en *Cultura y Política, Actas del IX Congreso de Antropología*. Barcelona, Institut Català d'Antropologia.
- HERRERA, G.
 2002 “La migración vista desde el lugar de origen”. *Íconos* 15, pp. 86-94, FLACSO-Ecuador, Quito.
- HERRERA, G., MARTÍNEZ, A.
 2002 *Género y migración en la región del sur. Informe final revisado*. Quito, FLACSO.
- ILDIS
 2003 *Causas del reciente proceso emigratorio ecuatoriano*. Quito, Cartillas sobre migración 3, Plan migración, comunicación y desarrollo.
- ILDIS
 2002 *Las remesas de los emigrantes y sus efectos en la economía Ecuatoriana*. Quito, Cartillas sobre migración 1, Plan migración, comunicación y desarrollo.
- JANSÀ, J. M., & BORRELL, C.
 2002 Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades. *Atención Primaria* 29(8), pp. 463-468.
- JAMES, S.
 2002 “Agonias: the social and sacred suffering of azorean immigrants”. *Culture, Medicine and Psychiatry* 26 pp. 87-110.
- JOKISCH, B. & PRIBILSKY, J.
 2002 “The panic to leave: economic crisis and the new emigration from Ecuador”. *International Migration* 40(4), pp. 75-101.
- KEANE, V. P., GUSHULAK, B. D.
 2001 “The medical assesment of migrants: current limitations and future potential”. *International Migration* 39, pp. 29-42.

- KLEINMAN, A.
1980 *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley, University of California Press.
- MARTÍN LASO
2001 “El paciente inmigrante en atención primaria. ¿Estamos preparados? *Atención Primaria* 28(2), pp. 89-90.
- MENÉNDEZ, E. L.
2003 *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona, Edicions Bellaterra.
- MENÉNDEZ, E. L.
2000 “Factores culturales, de las definiciones a los usos específicos”, en Perdiguero, E. & Comelles, J. M. (eds). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Edicions Bellaterra.
- MENÉNDEZ, E. L.
1993 “Familia, participación social y proceso de salud /enfermedad / atención. Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica”, en Mercado, F. J., Denman, C. A., Escobar, A., Infante, C., y Robles, L. (coord.) *Familia, Salud y Sociedad. Experiencias de investigación en México*. México, Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de Salud Pública, CIESAS y Colegio de Sonora.
- MENÉNDEZ, E. L.
1990 *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México, Cuaderno 179 de la Casa Chata.
- MEÑACA, A.
2003 “¿Dónde están las diferencias? Inmigrantes en una consulta de pediatría”. *Medical Anthropology at Home 3. Medical anthropology, welfare state and political engagement. Ponencias del congreso*. Perugia, Fondazione Angelo Celli.
- PORTES, A.
1999 «La mondialisation par le bas. L'émergence des communautés transnacionales». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 123, pp. 15-25.
- SAYAD, A.
1999 *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Paris, Editions du Seuil. 1999.
- STRESIT, U., LEBLANC, J., & MEKKI-BERRADA, A.
1998 “A morrocan woman suffering from depression: migration as an attempt to escape sorcellerie”. *Culture, Medicine and Psychiatry* 22, pp. 445-463.
- VAN DIJK, R.
1998 “Culture as a excuse: the failures of health care to migrants in Netherlands”, en van der Geest, S., & Rienks, A. *The art of medical anthropology. Readings*. Amsterdam, Het Spinhuis.
- VAN DIJK, R., & VAN DONGEN, E.
2000 “Migrants and health care in the Netherlands”, en Vulpiani, P., Comelles, J. M., & van Dongen, E., eds. *Health for all, all in Health. European experiences on health care for migrants*. Perugia, Cidis/Alisei.
- VAN DONGEN, E.
2003 “At the bottom of the gap. Repertoires and the creation of cultural differences in Dutch mental health”. *Medical Anthropology at Home 3. Medical anthropology, welfare state and political engagement. Ponencias del congreso*.
- VAN MOFFAERT, M. & VEREECKEN, A.
1989 “Somatization of psychiatric illness in mediterranean migrants in Belgium”. *Culture, Medicine and Psychiatry* 13, pp. 297-313.
- VERTOVEC, S.
2001 “Transnationalism and identity”. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 27(4), pp. 573-582.
- VVAA.
2001 *Perfil del sistema de servicios de salud de Ecuador*. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud.
- ZHANG, J., & VERHOEF, M. J.
2002 “Illness management strategies among Chinese immigrants living with arthritis”. *Social Science & Medicine* 55 pp. 1795-1802.

INTERCULTURALIDAD Y SALUD

Xavier Albó

Centro de Investigación y Promoción del Campesinado
(CIPCA). La Paz. Bolivia

En la mayoría de nuestros países y ciudades convive gente de diversas extracciones culturales. No viven encapsulados, cada uno dentro de su propio grupo, sino que establecen relaciones entre sí, unas positivas, otras negativas. Aquí presentaré primero algunos conceptos básicos sobre qué es y que implica la interculturalidad¹ y en una segunda parte añadiré algunas aplicaciones de ello al campo de la salud.

1. Interculturalidad

Interculturalidad es cualquier relación entre personas o grupos sociales de diversa cultura. Por extensión, se puede llamar también interculturales a las actitudes de personas y grupos de una cultura en referencia a elementos de otra cultura.

Algunos hablan también de interculturalidad, en términos más abstractos, al comparar los diversos sistemas culturales, como por ejemplo la cosmovisión indígena y la occidental. Pero éste es un uso derivado del anterior, sobre todo desde una perspectiva educativa.

Las relaciones interculturales son negativas si llevan a la destrucción del que es culturalmente distinto (como en la ex Yugoslavia) o por lo menos a su disminución y asimilación, como sucede en nuestras sociedades neocoloniales. Son, en cambio, positivas si llevan a aceptar al que es culturalmente distinto y a enriquecerse mutuamente, aprendiendo unos de otros. La simple tolerancia del que es culturalmente distinto, sin un verdadero intercambio enriquecedor, no llega a ser todavía una interculturalidad positiva.

Los dos polos básicos: identidad y alteridad

La interculturalidad así entendida es un caso específico de las relaciones de alteridad o –como otros prefieren– de otredad, es decir, entre los que son distintos, sea por su cultura, por su género, su afiliación política, etc. Estas relaciones son positivas si unos y otros aceptan su modo distinto de ser. En todos estos casos, unos y otros aprenden de los “otros” distintos, pero sin perder por ello su propio modo de ser. Todos se van enriqueciendo y transformando mutuamente, pero sin dejar de ser lo que son. Para ello deben fortalecerse los dos polos –el de la propia identidad y el del “otro” distinto– y asegurar que se producen intercambios constructivos entre ambos.

El polo de la propia identidad

El reconocimiento de la propia identidad es echar raíces hacia adentro. Empieza en el reconocimiento y aceptación de la propia personalidad, del “yo”, pero tiene enseguida su expansión social natural al sentirse parte de un grupo social básico de referencia, de un “nosotros” compartido entre varios.

Los grupos de expansión de la propia identidad hasta formar un “nosotros” pueden ser muchos: la familia, la comunidad, la región o país, el grupo cultural; el género, la clase social; el colegio, el equipo de trabajo; el partido político. Pero dentro de esas múltiples referencias, la identidad con el propio grupo cultural suele aglutinar otras muchas formas comunes de convivencia –la familia, la comunidad, el territorio, la lengua común...–, por lo que constituye un mecanismo básico para fortalecer la estructura interna personal y grupal.

A este nivel de grupo ocurre lo mismo que al nivel personal. Todo pedagogo y psicólogo sabe que el primer requisito para el desarrollo personal es que uno se conozca y acepte tal como es, con sus luces y sombras. Y lo mismo debe ocurrir con su grupo cultural de referencia.

Es particularmente necesario trabajar en esa autoidentificación cultural en el caso de los miembros de las culturas subordinadas. Por serlo, es más común que sus culturas sufran distorsiones y que ellos se sientan discriminados por los miembros e instituciones de la cultura dominante. En consecuencia, tienden más fácilmente al autorechazo, como resultado de tantos siglos de sentirse despreciados por los otros. Valorar lo propio, aunque otros les rechacen, es entonces el punto de partida desde el que empieza a ser posible construir una relación de genuina interculturalidad.

El polo del “otro distinto”

Bien asentada la propia identidad hacia adentro, la otra cabeza de puente es hacia afuera, es decir, la actitud de apertura hacia los otros, que son distintos por provenir de culturas distintas, quizás incluso desconocidas. Esto implica ante todo que se entra en alguna forma de comunicación con ellos, es decir, aunque siguen siendo “otros”, ya empiezan a ser vistos al mismo tiempo como tú, ustedes. Si, además, esta relación es de respeto y acogida, ya ha surgido un relacionamiento positivo.

No se acepta a alguien simplemente por ser “mejor” ni se lo rechaza por ser “peor”, sino que, por principio, se lo acoge con apertura a pesar de ser distinto y quizás desconocido. De ahí, esta actitud de apertura se extiende también hacia las realizaciones provenientes de otras culturas, en cuanto son distintas: ciertos hábitos y costumbres, lenguas, música, ritos, instituciones, artículos de intercambio, etc.

Los dos polos se necesitan

Si falla alguno de los dos polos, no podemos hablar de interculturalidad positiva. Habrá simplemente:

- Fundamentalismo, si un grupo (o miembros de él) se cierra en sí mismo como el único que vale. De ahí, surgirán conflictos crónicos, que pueden llegar incluso al etnocidio cultural, si el grupo más poderoso elimina o absorbe por la fuerza al otro.
- Alienación, si un grupo (o miembros de él) se asimila y deja absorber en otro grupo más poderoso con pérdida de la propia identidad.

En cambio, si se mantienen ambos polos, empieza a generarse una dinámica nueva, que enriquece a ambas partes sin pérdida de ninguna de ellas. Los miembros de un grupo amplían sus horizontes por el mero hecho de aceptar a los del otro. A partir de ello, y a medida que van descubriendo las alternativas que ha desarrollado el otro, pueden dar un sentido más relativo y contextualizado a sus propios logros, al tiempo que los del otro grupo hacen otro tanto. Se percibe y vive la complementariedad (más que oposición) entre unos y otros. Surgen apropiaciones selectivas de algunos logros de un grupo por parte del otro, en ambos sentidos.

Nótese que esta interculturalidad positiva no implica transculturación, es decir, el paso de la propia cultura a otra, por considerarla mejor o superior. Exige a la vez el mantenimiento y fortalecimiento

de la propia identidad cultural y la apertura a la gente distinta de otras culturas sin que ello suponga ya la pérdida de la identidad de unos u otros.

Naturalmente, todos esos mecanismos tienen que funcionar en ambos sentidos, con alguna forma de mutua reciprocidad y basarse en cierta simetría de relaciones, para que llegue a funcionar adecuadamente a lo largo del tiempo. De lo contrario, tarde o temprano la relación se deteriora hacia alguna de las desviaciones arriba mencionadas: fundamentalismo y conflictos crónicos; alienación y asimilación. Pero es posible que la simetría sólo se logre después de largos, pacientes y quizás dolorosos procesos.

El nivel estructural de la interculturalidad

Para lograr todo esto hay que trabajar simultáneamente en varios planos: el interpersonal, el grupal y el estructural.

La raíz fundamental de la interculturalidad positiva está ciertamente en las relaciones interpersonales, es decir, entre personas y entre grupos de personas; éstos son los dos niveles más inmediatos de la interculturalidad. Pero no podemos quedarnos sólo en ellos.

Se debe llegar también a penetrar y transformar las instituciones y estructuras que constituyen todo el edificio social. Es decir, lograr que las instituciones estén estructuradas de tal forma que reflejen y a la vez facilitan las relaciones positivas entre los diversos grupos de personas. Este es el nivel estructural de la interculturalidad. Por ejemplo, toda la organización del sistema educativo, los medios de comunicación, las iglesias, el sistema judicial, el sistema político, la policía, el ejército y otros aparatos de seguridad del Estado, etc.

Finalmente, la plenitud intercultural se dará cuando, a través de este trabajo simultáneo en los tres niveles, se llegue a transformar toda la sociedad y su modo de pensar y proceder; cuando llegemos a ser iguales sin dejar de ser distintos: iguales en nuestra aceptación pública y en nuestras oportunidades pero distintos en nuestras identidades personales y de grupo. Cuando nos sintamos todos felices y orgullosos de vivir en una sociedad basada y organizada en función de este respeto por su diversidad cultural que a todos nos enriquece.

El cruce con la estructura socioeconómica

Dentro de este nivel estructural, el punto más complejo pero clave para consolidar la interculturalidad positiva de toda la sociedad es el de su estructura socioeconómica. Lograr relaciones de interculturalidad positiva sería más sencillo si se tratara de gente de culturas distintas pero de igual posición y prestigio social; por ejemplo, entre dos países o dos pueblos indígenas semejantes en contacto. Pero lo común es que cada grupo esté en una posición social y económica distinta y entonces hay que superar mayores bloqueos. Así ocurre, por ejemplo, en los países coloniales, en otros ya independientes pero que mantienen una estructura neocolonial, en los países del Primer Mundo receptores de inmigrantes de otros países, en países y áreas con refugiados políticos de otro origen, en países pluriétnicos con un grupo hegemónico, o incluso por migraciones internas de tipo laboral dentro de un mismo país, etc. Podríamos concluir que, de una manera cada vez más generalizada, las relaciones interculturales asimétricas son un ingrediente presente en cualquier parte de ese mundo cada vez más globalizado y a la vez injusto.

Entonces los que se sienten de la cultura “dominante” difícilmente aceptarán como iguales a los que ellos consideran “inferiores” y los discriminan. Les falla el polo “otro distinto”. A su vez, los que sufren tal discriminación (por ejemplo, por ser indígenas o de origen africano), tienden a subvalorar su propia cultura, olvidarla y adoptar sólo la de los que les dominan, siquiera para no sufrir ya tanta dis-

criminación. Les falla el polo “nosotros”. No se puede entonces hablar de interculturalidad positiva ni en unos ni en otros.

Esta situación nos recuerda el típico brindis colectivo, en que, mientras mueven las copas en la dirección indicada, todos brindan al unísono: “arriba, abajo, al centro, adentro”. Pero, al aplicarlo a un “brindis intercultural”, el orden lógico es otro: adentro, arriba, abajo y todos al centro. Cada una de estas direcciones indica una actitud que debemos aprender a desarrollar:

(a) La actitud *hacia adentro* de la propia cultura es para fortalecer la estructura interna personal y grupal: la propia identidad. Es la primera cabeza del puente intercultural, al que ya tanto nos hemos referido.

La otra cabeza de puente –los otros distintos– implica acentos y actitudes diferenciadas si tenemos en cuenta la estructura socioeconómica y de poder.

(b) La actitud *hacia arriba*, como primera situación social para acercarse al otro, es la más típica de los grupos oprimidos, siquiera como un mecanismo para escapar de las marginaciones y discriminaciones que les hacen sufrir los que se sienten “arriba”. Pero sólo será una actitud intercultural positiva cuando no implique el rechazo de la propia cultura ni tampoco la imitación servil de todo lo que hacen los de arriba sino una *apropiación selectiva* de aquellos rasgos culturales que les parezcan buenos para su propio fortalecimiento.

(c) La actitud *hacia abajo*, como segunda situación de acercamiento al otro, desde una situación de mayor poder, es la más difícil pero a la vez la más necesaria para llegar a establecer relaciones interculturales de equidad en el conjunto de la sociedad. Para que esta actitud sea plenamente positiva tiene que superar no sólo las habituales discriminaciones sino también una actitud de simple servicio salvador de quien se siente con todas las soluciones, y aceptar más bien al distinto como tal, aunque esté socialmente ubicado en una situación desfavorable.

68

Finalmente, como ideal resultante de todo lo anterior, deberían desaparecer las relaciones hacia “arriba” o “abajo”, para aceptarse unos a otros, como iguales en calidad y derechos, desde sus identidades distintas. Por eso hablamos de:

d) La actitud ideal, *hacia el centro*. Cada uno se acepta a sí mismo, tiende desde ahí un puente a los otros, y todos se encuentran en el centro de una sociedad realmente pluricultural e intercultural.

Pero no debemos engañarnos. La raíz de estas actitudes contrapuestas entre los que se sienten “arriba” y “abajo” es la *estructura injusta de dominación* económica, política, social y cultural que tiene nuestra sociedad desde la Colonia, si no antes, hasta los actuales esquemas de globalización excluyente. Mientras persista esta estructura desigual e injusta, seguirá generando estas actitudes contrapuestas. Hay que trabajar, por tanto, en transformar esta estructura hacia otra más equitativa. Pero esto nos lleva mucho más allá de nuestro tema. Limitémonos de momento a recordar que esta tarea implica un cuidadoso trabajo interdisciplinario para la sólida formación ética, social, política y económica de docentes y alumnos y que ésta debe desembocar en una acción interinstitucional coherente.

2. Hacia un enfoque intercultural de la salud

No se necesita mucha perspicacia para ver que también en el caso de la salud se necesita desarrollar un enfoque intercultural. En este caso no sólo está en juego la buena relación social y convivencia entre los interlocutores de distinto origen cultural. Con frecuencia tener o no una buena comunicación y actitudes entre distintos puede acarrear también consecuencias en la futura calidad de vida y hasta en la sobrevivencia misma del enfermo.

Como vimos, una primera dimensión en la que deben fomentarse relaciones interculturales positivas es en las actitudes entre personas. Éstas son un factor terapéutico fundamental cuando se trata de curar a un paciente. Sin embargo, las relaciones interpersonales entre médico y paciente están también en crisis desde que el viejo concepto de “médico de cabecera” o “médico de la familia” ha quedado

sustituido por la relación más impersonal e institucional que prevalece en los hospitales, el sistema de seguros, etc. Cuando, sobre todo en el Primer Mundo, está además de por medio el riesgo de que un paciente abra un juicio legal millonario contra el médico que lo atendió mal, la relación de partida entre éste y sus pacientes puede enfriarse todavía más. Los médicos evitan entonces cualquier relación e información innecesaria al paciente, si perciben que en algún momento ésta podría ser utilizada en su contra.

En las siguientes páginas esbozaré muy brevemente algunos problemas y pistas de solución tomando en cuenta, muy particularmente, la problemática y las experiencias que yo he conocido en Bolivia. Pero de ahí no resulta difícil inferir lo que podría hacerse tanto en otros países de características comparables como incluso en países del Primer Mundo, que ya no pueden reproducirse sin el aporte cada vez mayor de inmigrantes llegados desde las culturas del tercer mundo.

Bloqueos culturales

Si el personal de salud y sus instituciones pertenecen a culturas distintas a la de sus pacientes, los bloqueos de comunicación ya mencionados tenderán a aumentar. Distingamos entre la perspectiva del médico más su personal de apoyo y la de los pacientes de otro origen cultural, junto con sus familiares.

La perspectiva médica

Lo primero que en estas diversas circunstancias suele ocurrir es que cada interlocutor ignora la situación y supuestos del otro, lo cual es particularmente grave en el caso del médico y demás personal de salud que supuestamente debe ponerse al servicio de sus pacientes y clientes. Con frecuencia se parte ya de un bloqueo casi general debido a la ignorancia de la lengua del otro, lo que obliga al silencio mutuo o a recurrir a intérpretes pocas veces disponibles y, si los hay, no siempre fiables.

Pero, se conozca o no la otra lengua, esta ignorancia puede expandirse a otros muchos ámbitos relacionados con la salud y la enfermedad, como las creencias y expectativas en torno a los procesos de curación, la expectativa de que se realicen determinados ritos curativos o el rol que deben jugar los familiares en todo ello.

Si, por añadidura, estos pacientes sufren algún tipo de discriminación y desprecio social por su origen cultural, las relaciones se vuelven todavía más enrarecidas. A lo anterior se suma entonces la subvaloración del mundo del paciente, conózcase o no, por parte del personal médico. Ésta suele ser la situación habitual en aquellos países con una historia colonial y neocolonial y ocurre también cada vez más en países del Primer Mundo que reciben inmigraciones masivas de determinados países. La reacción del personal médico ante un paciente “negro”, “indio”, “sudaca” o “moro” puede que se inicie ya con una serie de prejuicios quizás inconscientes pero muy activos, originados por el simple hecho de su origen cultural.

Si la relación entre las dos culturas es ya habitual pero con esa carga de discriminación, las particularidades culturales del paciente, aun cuando tal vez ya se conozcan, se subvalúan, se desprecian o incluso se prohíben en las premisas del hospital o centro de salud. A estos pacientes se los tildará de ignorantes. La causa de su falta de reacción tenderá a justificarse con frases como “ese no entiende nada”, sin darse cuenta que quien no quiere entender al paciente diferente es el propio médico o enfermera que emite tal juicio. Se le considerará “sucio”, tal vez se le gritará como a la empleada doméstica en el hogar.

No sobra mencionar que a veces algunos misioneros de orientación fundamentalista, si bien suelen dar una atención más esmerada y manifiestan más sintonía con los pacientes, puede que actúen así por afanes proselitistas. Su eficaz acción médica es su anzuelo. Si curan mejor que la medicina tradicional local, su dios también debe ser mejor... Por suerte este enfoque es cada más raro. Pero todavía existe.

La perspectiva del paciente

Desde la perspectiva del propio paciente surgen también otros bloqueos. Pensemos en el caso frecuente en Bolivia de enfermos provenientes de alguna comunidad indígena que, por su pobre condición de salud, deben internarse en un hospital. La aceptación o no de esta medida dependerá de cuáles hayan sido sus experiencias previas.

En muchos lugares rurales el médico es un sujeto raro que reside por un tiempo corto en la población central realizando su “año de provincias”, que de hecho ahora se reduce a tres meses o incluso menos. La gente local suele ver caras distintas cada vez que se acerca al centro de salud en que reside el doctor. Éste, por otra parte, está más preocupado por su futuro que por las responsabilidades que momentáneamente está asumiendo en aquel preciso lugar. Encontrar a un buen médico en esas circunstancias es cuestión de lotería. Sólo ocasionalmente en determinados lugares bien atendidos por un médico o enfermera estable, dedicado y cercano, vinculado tal vez a alguna iglesia o alguna ONG, los pacientes se sienten en casa y entonces puede llegar a crearse una relación muy fuerte y familiar.

Cuando, por la gravedad o complejidad del caso, el doctor decide que un paciente debe ir al hospital, la reacción de éste y la de sus familiares suele ser negativa, con mucho susto e incertidumbres: el traslado al hospital, en la distante ciudad, es visto como una antesala de la muerte. ¿Quién le atenderá? ¿Le vamos a dejar sólo? ¡Y el gasto! ¿Cómo podremos pagar tanto?

Sólo cuando ya existe una relación previa y más personal con el personal de salud aumenta la probabilidad de que el paciente y sus familiares acepten la recomendación de ir al hospital. Entonces ya se fían de quien se lo recomienda y, posiblemente, le acompaña hasta ahí. Una vez internado, tendrá que sufrir pacientemente y en silencio la probable discriminación. Tal vez llorará no tanto por el dolor físico –la mayoría resiste con un admirable estoicismo y autocontrol, aprendido en el duro ambiente rural de los Andes o la selva– sino más bien por su soledad en medio de tantos desconocidos o por el temido costo, si no se ha logrado un arreglo favorable... Subrayemos que en este punto hemos visto también bastantes casos de una solidaridad ejemplar.

Dentro de las culturas oprimidas, sólo algún intelectual más ideologizado puede que tome una actitud –o más exactamente, un discurso retórico– de pleno rechazo a la medicina “occidental” que se enseña en las facultades de medicina. Remeda así a contrapunto la actitud e ideología fundamentalista de tantos médicos que piensan ser sólo ellos los poseedores de toda la verdad médica. En una ocasión realizábamos un diagnóstico de la salud en una región rural de Bolivia y tuvimos la audacia de pedirse-lo simultáneamente a un médico universitario y a un especialista en medicina tradicional. Nuestra idea era poder dar después un paquete de recomendaciones que tomaran en cuenta las dos vertientes. Pero fracasamos. Ninguno de los dos aceptaba el punto de vista del otro, al que atribuía todas las deficiencias observadas en el diagnóstico.

La dimensión institucional

Mucho de lo anterior implica ya el nivel institucional. Las estructuras y el ambiente o paisaje cultural y lingüístico de los establecimientos de salud tienen mucho que ver con la aceptación o rechazo por parte de pacientes de otro origen cultural.

¿Qué lenguas se escuchan? ¿Hay algún lugar adecuado para los familiares visitantes, sobre todo si éstos llegan del campo y no tienen familiares y amigos en la ciudad? Seguro que el hospital tendrá una capilla y un capellán católico, probablemente es frecuentado también por pastores evangélicos. Pero ¿dará también alguna facilidad para que yatiris, ipayes u otros especialistas religiosos realicen rituales propios de la cultura y religión originaria de los pacientes?

La calificación lingüística y cultural del personal que atiende a los enfermos de diversos orígenes tiene también su dimensión estructural. ¿Cómo puede apoyarse el proceso de curación si el personal del

hospital ni siquiera puede comunicarse con sus pacientes? Con frecuencia los únicos intérpretes a mano son personal de limpieza de las salas y otros subalternos, sin ninguna preparación específica en el campo de la salud. Debería existir una política institucional de cupos mínimos de personal médico (no sólo subalternos) idóneo en determinada lengua y cultura, de acuerdo al origen cultural de los pacientes que llegan o deberían llegar a cada establecimiento.

El currículum

Toda esta problemática arranca desde la formación de los futuros médicos, enfermeras y demás personal en la respectiva facultad. Se pretenderá justificar la prematura y exclusiva especialización en sólo su rama médica por razones prácticas de recursos y tiempo. Pero si esta formación no se complementa con una debida calificación intercultural y otros correctivos, los efectos pueden ser fatales.

Volviendo al aspecto lingüístico, no faltan a veces dentro de la carrera ofertas de cursos en alguna lengua más hablada en el entorno local. Pero no suelen ser cursos eficaces para enseñarla. Tal vez sería mejor potenciar más a quienes ya la saben. Volveremos después a este tema.

Un primer capítulo, regularmente descuidado, que debiera incorporarse en el currículum es el análisis de conceptos básicos vigentes en la esfera de salud y enfermedad en las culturas en que el futuro personal médico deberá después desempeñarse. Dentro de ello juega casi siempre un papel fundamental toda la esfera psicológica y religiosa. Todos sabemos que para curar a un enfermo hay que tomar en cuenta a toda la persona, no sólo al órgano afectado. Si el paciente no tiene “ganas de vivir”, hay que ayudarlo para que vuelva a tenerlas. Si, dentro de su cultura, está convencido de que su dolencia es un embrujo o “mal puesto” por otros, no bastarán las pastillas o inyecciones. El enfermo deberá también convencerse de que se ha atacado adecuadamente a estas otras causas de su dolencia, tal vez sólo culturales para otros pero muy reales para el paciente.

Pero más allá de esta formación cognoscitiva lo más fundamental que debe asegurarse a lo largo de toda la formación de los futuros médicos y enfermeras, en este campo de la salud intercultural, es una actitud de apertura, aceptación y sintonía con los pacientes culturalmente distintos, aun en el caso de no comprenderles.

El bloqueo de fondo

Pero también en el campo de la salud intercultural, como en los demás ámbitos, el principal bloqueo estructural de fondo es la estructura misma de la sociedad, que refuerza las desigualdades de su composición socio económica con la persistencia de discriminaciones culturales. Seguimos siendo neocoloniales en lo económico, político, social y cultural.

En términos económicos es evidente que los que más necesitan de médico son los que menos pueden pagarle. Por tanto, si el nivel de atención queda librado a las leyes de la oferta y la demanda, seguirán muriendo antes de hora los que siempre murieron antes. Este factor de suyo económico tiene, sin embargo, también sus consecuencias culturales porque los más pobres suelen ser además los miembros de otras culturas distintas de la hegemónica.

En general puede afirmarse que, por toda la estructura socioeconómica, los niveles de atención son mucho más bajos en las regiones rurales con alto porcentaje de población indígena. Los dos últimos censos de población y vivienda en Bolivia (1992 y 2001) han permitido medir el nivel de necesidades básicas insatisfechas en el ámbito de los servicios básicos de salud. Se lo ha medido en términos de la proporción de mujeres que han sido atendidas por médicos, enfermeras o auxiliares de enfermería –sea o no institucional– con los siguientes resultados diferenciados en el área rural (con alta concentración de población indígena) y en el área urbana:

% con necesidades básicas de salud insatisfechas:

	1992	2001
en área urbana	44, 2	31, 2
en área rural	66, 6	54, 5

El porcentaje de población mal atendida no sólo es mucho mayor en el campo, mayormente indígena, sino que además el ritmo de mejora de un censo a otro es ahí mucho más lento que en la ciudad, pese a los notables esfuerzos que ha realizado el Estado en este campo.

En concreto, ¿qué médico querrá realmente ir al campo, de manera espontánea, careciendo allí de todas las comodidades básicas, teniendo además pocas posibilidades de ganarse la vida a un nivel razonable y sintiéndose para colmo totalmente en corral ajeno, sin comprender a la gente ni entender su forma de vida? Si los egresados van para su año –mejor, meses– de provincia, es sólo por ser éste un requisito indispensable para el título. Pasan entonces por ese trance como gato sobre brasas quedando vacunados para el resto de sus días.

Se puede discutir el sesgo etnocéntrico del método mismo adoptado para esta medición. Por ejemplo, quienes sólo han acudido al yatiri, partera o a otros curanderos “empíricos”, han sido automáticamente clasificados como mal atendidos. Pero indirectamente ello muestra también la distancia psicológica entre las dos medicinas. No es raro que en los centros intermedios del campo las pocas camas hospitalarias existentes estén subutilizadas. El médico de turno no se preocupará por ir a las comunidades del contorno o exigirá para ello pagos superiores a lo que los pacientes podrían darle y éstos se resistirán también a quedarse en el hospital. La combinación entre actitudes y estructuras interculturales no deja de generar paradojas como ésta.

Esta estructura socioeconómica que genera una brecha creciente se reproduce además a sí misma con su doble ropaje cultural de rasgos neocoloniales. ¿Cómo es la composición étnica y cultural de Colegio Médico, del profesorado y del alumnado en la Facultad de Medicina? ¿Se hace algo para modificar esta composición? Los pocos indígenas que llegan a la facultad, ¿fortalecen allí su identidad o acaban más bien rechazándola y rechazando a los suyos cuando retornan para el año/meses de provincia?

Pistas de solución

Por suerte no todo es negativo ni partimos siempre de cero. Existen ya experiencias muy positivas en la dirección correcta. Una de ellas es lo que algunos han llamado los “médicos descalzos”, que se inició ya hace años en Guatemala. De manera más general, todos reconocen que en países pluriculturales donde el sector rural es a la vez el más pobre y el más distinto en términos culturales, esta doble circunstancia bloquea mucho más su atención. Tal es la situación de Guatemala o de Bolivia. En tales circunstancias, el personal clave para superar la brecha es cabalmente el personal médico auxiliar surgido del propio campo y de su cultura. Es cercano a la gente y a la vez abierto a médicos y enfermeras. Llámense médicos descalzos, promotores de salud, responsables populares de salud [RPS] o sanitarios, constituyen ellos la bisagra clave.

Nuestra propuesta iría más lejos. Hemos mencionado más arriba las dificultades irresueltas para lograr que médicos y enfermeras manejen las lenguas de cada lugar con la debida soltura. ¿Qué será más práctico? ¿Enseñar eficazmente las lenguas a todos esos médicos o lograr que surjan nuevos médicos calificados de entre este personal auxiliar brotado de las propias comunidades? Pensamos que esta segunda vía ofrece más posibilidades no sólo en el campo lingüístico sino en todo el de un enfoque realmente intercultural, siempre que se lo acompañe de manera adecuada de principio a fin. Pero una condición *sine qua non* es que en toda su formación se respete y valore su origen y experiencia cultural previa, también en el campo de la salud. Cumplirla supone cambios drásticos en el actual esquema formativo y –algo quizás más viable a corto plazo– un acompañamiento cercano y personal a estos futuros médicos con raíces en la tierra fresca de cada pueblo.

Como un complemento para superar los bloqueos de la actual estructura socioeconómica, que llevan a la crónica marginación del campo en la salud, habría que fomentar y estructurar con audacia y seriedad una rama especializada de salud intercultural y/o de salud rural, según las características de cada país. Es evidente que el estilo previo de “año de provincias” es sólo un parche y de mala tela. Ahora se lo está suprimiendo pero sin sustituirlo por algo mejor. Se dejan simplemente los agujeros y desgarres a la vista sin parche alguno.

Una pregunta es si habrá candidatos para tal especialidad. Una primera cantera podrían ser el personal brotado ya de las propias comunidades, al que me refería en el párrafo anterior. Pero no es la única. Aquí la condición indispensable para que los haya es que tengan una retribución estimulante y condiciones adecuadas de trabajo. Todo ello no puede dejarse a las leyes del mercado neoliberal, porque –como vimos– éste a la larga acaba dando mejores servicios sólo a los que mejor puedan pagarlos; pero no a los que más los necesiten. El Estado, con el apoyo de organismos internacionales solidarios, debe hacer una discriminación positiva a favor de estos sectores más pobres y culturalmente distintos, que son ahora los más olvidados.

A este propósito cabe resaltar otra experiencia positiva que se inició hace varios años en Potosí, Bolivia, con apoyo de la OMS/OPS y de la cooperación italiana y con la participación de docentes visitantes llegados desde México o Chile. Me refiero al diplomado en salud intercultural ofrecido conjuntamente por la Universidad Tomás Frías y el Hospital Bracamonte. Su principal resultado es que un grupo muy entusiasta de jóvenes médicos y otro personal de salud tuvo la vivencia muy positiva de compartir sus conocimientos y prácticas con parteras, *yatiris* y otros especialistas de salud tradicional. En el seminario de cierre del programa resultaba altamente estimulante escuchar, por ejemplo, a un médico cirujano explicando cómo los *yatiris* atendían también a sus pacientes. Como resultado de aquel programa, el Hospital Bracamonte de Potosí es ahora pionero en tener una sala especial de atención a los pacientes y familiares que llegan desde el campo quechua.

Lamentablemente, aquella experiencia no ha podido proceder hasta ahora en el siguiente paso previsto de ofrecer una maestría internacional en salud intercultural. Pudieron más las restricciones de la estructura socioeconómica dominante que, con demasiada frecuencia, se contenta con resultados rápidos y espectaculares sin llegar a incidir en las causas de fondo. Habrá que seguir bregando.

En esta misma línea convendría poder avanzar hasta llegar realmente a desarrollar una interculturalidad de fondo en el campo de la salud, de manera que médicos tradicionales y académicos lleguen a compenetrarse y complementarse, de modo que uno y otro ofrezcan lo que puedan dar y a la vez tengan la hidalguía de avisar al paciente cuándo deben más bien (o también) acudir al otro. “Interconsulta” lo llama el Dr. Jaime Zalles, muy bregado en esas lides.

Para ello deberán también fomentarse talleres y encuentros regulares entre los representantes de una y otra(s) medicina(s) como fuentes complementarias del saber médico, asegurando que en ellos se dé un ambiente de equilibrio intercultural, de modo que ningún sector quede marginado o subordinado al otro. A la larga, estos talleres debieran permitir avanzar en el conocimiento de los respectivos diagnósticos y tratamientos, en las distintas lógicas y concepciones subyacentes, tanto médicas como religiosas e incluso filosóficas, y de los contextos sociales y ecológicos en que discurre y se desarrolla cada cultura.

No es tampoco ajena a todo ello la diversa concepción y sentido metafísico que pueda tener el momento trascendental de la muerte para unos u otros. ¿Qué sentido puede tener, por ejemplo, para tantos pueblos indígenas seguros de que la muerte es el paso a otra forma de vida y de relación con la comunidad y con el cosmos renovador de vida, esta especie de obsesión del Primer Mundo para mantener de manera artificial la vida de un paciente terminal con un bosque de tubos y sondas?

Basten de momento estas rápidas pinceladas para subrayar que el enfoque intercultural, en sus diversas dimensiones, tiene también mucho que caminar en el campo de la salud y la enfermedad.

Nota

- 1 Retomo ahí partes de mis textos *Iguals aunque diferentes* (La Paz: Ministerio de Educación, UNICEF y CIPCA, 4ª edición, 2002) y *Cultura, interculturalidad, inculturación* (Caracas: Federación Internacional de Fe y Alegría, 2003).



Prevención dental. Equipo de Salud Altiplano. Pampas de Jesús de Machaca. Bolivia

SALUD INTERCULTURAL Y PUEBLOS INDÍGENAS

La experiencia de un programa de salud de atención primaria con Comunidades Aguarunas de la selva amazónica en Perú¹

Luisa Abad González
Universidad de Castilla La Mancha
España

I. Introducción

La problemática de la salud es, sin duda, una de las mayores preocupaciones que priman en nuestra sociedad actual. Esa misma preocupación no es ajena a los pueblos indígenas que, hasta hoy, padecen una situación de vulnerabilidad clara en el campo de la salud –y en otros. Un elevado nivel sanitario, una mejora en la calidad de vida de las personas son metas que todos los países desean obtener mediante determinadas políticas. Los pueblos indígenas aspiran también a conseguir esas metas.

Una de las razones principales de esta situación de vulnerabilidad es, por una parte, el abandono y la falta de acceso a los recursos públicos y, por otra, la imposición de un sistema de salud ajeno que no se adecua a la idiosincrasia cultural de estas poblaciones. Es necesario que se pongan en marcha verdaderas líneas de aplicación interculturales para Centros de Salud y Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo que trabajen en poblaciones indígenas.

En estos últimos años, los proyectos de cooperación en salud en áreas indígenas reproducían –salvo honrosas excepciones– el sistema de salud emanado por los Estados y se copiaban las pautas y esquemas de infraestructuras de salud que se podían dar en zonas urbanas o urbano-marginales. Se imponía la medicina “académica” en detrimento de las prácticas locales de salud. Otros muchos proyectos “jugaban” con la introducción de figuras como *parteras nativas*, *chamanes* o *yerberos/as* para dar ese “toque” de interculturalidad a sus programas.

Nuestro análisis se centra en que, para aplicar realmente la interculturalidad en estas poblaciones, es necesario estudiar a fondo la etiología de enfermedades, las formas de terapia indígenas y su farmacopea correspondiente, las relaciones existentes entre patologías, medio ambiente y espacio terapéutico; las variables de género en la consideración de la enfermedad y su tratamiento; las relaciones institucionales y de poder entre médicos, pacientes y especialistas médicos nativos, etc². Es necesario analizar la interacción entre el sistema de salud formal y el indígena y para ello también debemos tener en cuenta las experiencias que en este campo están surgiendo en países como Chile, Honduras, Bolivia, México o bien el Programa de Salud Indígena (que no intercultural) que ha puesto en marcha AIDSESP³ en la Amazonía peruana.

II. Los programas de salud en zonas indígenas y los profesionales médicos

Las primeras experiencias de salud en zonas indígenas han ido casi siempre de la mano de proyectos puestos en marcha por las distintas iglesias o grupos religiosos que se encontraban trabajando en

la zona. Los recursos e infraestructuras estatales de salud prácticamente no llegaban –ni llegan hoy– a estos territorios. De haberlos, estaban cerca de un centro urbano o su cobertura era muy escasa. Las segundas instituciones en poner en marcha programas de salud en zonas indígenas fueron las Organizaciones no Gubernamentales, que, en la mayoría de los casos, reproducían los mismos esquemas a la hora de aplicar sus programas de salud⁴.

Los primeros trabajos de estas instituciones fueron, mayoritariamente, elaborar censos de población para tener una idea cuantitativa del alcance que debían tener sus programas. La principal labor propiamente de salud fue poner en marcha sistemas de atención médica asistencial descentralizada mediante la construcción y dotación básica de postas comunales y la capacitación de promotores locales en salud, dirigidos por un misionero/a, pastor, médico, monja, enfermero o técnico sanitario no indígena.

Las infraestructuras sanitarias que se asociaban a este tipo de programas de salud reproducían en pequeña escala aquellas infraestructuras de las que se disponía en las zonas urbanas: hospitalillo, farmacia, sala de curas, zona de consultorio, laboratorios rudimentarios e incluso modestas instalaciones de agua potable y luz eléctrica, todo ello sostenido económicamente por financiación externa y ajena a la propia economía indígena.

Una vez que estaban puestas en marcha estas infraestructuras, las coordinaciones con los respectivos Ministerios de Salud para integrar a estas postas dentro de los sistemas estatales era inmediata o paralela al proceso de construcción. La mayor parte de las acciones de los Ministerios iban encaminadas a las campañas de vacunación, control de enfermedades infecciosas (diarreicas y respiratorias) y a facilitar personal y recursos para los cursos de capacitación de promotores. El seguimiento y supervisión de estos programas permitía, en cierta medida –aunque no siempre se hacía–, elaborar diagnósticos de salud de estas zonas.

En esos momentos, ni por parte de los pueblos indígenas ni por parte de los técnicos foráneos que colaboraban con estos programas podía hablarse de criterios de salud intercultural tal y como se manejan hoy, aunque había intentos por lograr esa vía alternativa e integral de atención en salud para estas poblaciones.

La salud (y los recursos en salud), que es/son un *derecho* de todos los seres humanos, se convertía –entonces y ahora– en un poderoso *mecanismo de control* de la población, generaba una gran dependencia económica e institucional y, paulatinamente, creaba nuevas pautas de terapia y consumo ajenas al sistema sociocultural indígena.

La capacidad de autogestión de estos programas por parte de los propios indígenas ha sido muy limitada o nula. Una vez retiradas las ayudas, o desaparecidos los técnicos foráneos, las infraestructuras creadas iban cayendo en desuso por la imposibilidad de mantenerlas. Esto ha ocurrido en mayor grado con aquellos programas puestos en marcha por ONGs, dado que las postas creadas por órdenes religiosas suelen mantener el tutelaje mayor tiempo o siempre, sobre todo si las comunidades de referencia son satélite de un centro misional.

Otro de los problemas asociados a estos programas fue el efecto de “mimetismo” que se dio entre comunidades o entre organizaciones indígenas. Paralelamente al crecimiento y multiplicación en Europa –y sobre todo en España– de múltiples ONG⁵, van surgiendo y fortaleciéndose las organizaciones indígenas en el ámbito de las bases y a escala nacional. Todas quieren que se les financien proyectos. Los programas de salud son una prioridad para las ONG y, por tanto, unos de los “productos” más solicitados o más consumidos. El modelo de proyecto de salud se repite: infraestructuras cuasi hospitalarias, farmacias llenas de “remedios” y la aparición de un elemento importante a escala social: la figura del *sanitario* o *promotor local*, que, al igual que el profesor de escuela, va a adquirir un prestigio social y un sueldo por parte del Estado –si éste es reconocido mediante los respectivos cursos de capacitación–. No sólo se mitifican ciertas infraestructuras, sino que se idealizan ciertos medicamentos “occidentales” y ciertos aparatos como, por ejemplo, fonendoscopios y tensiómetros, auténticos símbolos de la práctica médica, que todo sanitario o promotor local quiere llevar.

En estos momentos, se da la coexistencia entre la medicina occidental o académica y las formas de terapia indígenas, pero estas últimas quedan solapadas por la primera y tienen escasa cabida en los proyectos.

Como se ha dicho anteriormente, el abandono por parte de los Estados de las poblaciones indígenas en el campo de la salud ha sido siempre una constante. Sin embargo, una de las maneras que han tenido los Estados de América Latina para paliar este abandono ha sido mediante la figura del estudiante recién licenciado en medicina, el cual debe realizar un servicio rural obligatorio, si quiere posteriormente ejercer profesionalmente en la ciudad. Esta prestación se da en la mayoría de los países latinoamericanos con población indígena y, como veremos, tiene muchas limitaciones.

Los jóvenes estudiantes que se incorporan a este Servicio Rural (o también llamado “Año de provincias”) suelen ser de clases medias urbanas que, como ya hemos dicho, se ven obligados a acudir por un año a una zona alejada de su ciudad a prestar este servicio. Las plazas suelen adjudicarse por sorteo y el estudiante no siempre puede “controlar” dónde va a ser enviado. Casi todos quieren puestos de salud cercanos a sus ciudades de origen o incluso en zonas urbano marginales antes que desplazarse a recónditos lugares donde la dificultad de los accesos y la escasez del transporte hace muy difícil los retornos a casa en períodos de vacaciones o festivos. Ser enviado a una zona de selva, andina o de altiplano es considerado toda una condena, salvo que la persona se lo tome como unas “vacaciones de aventura” o “un rito de paso”.

Hay que tener en cuenta también otros factores: los sueldos de estos jóvenes son escasos; algunos de ellos, debido a sus estudios, no han salido jamás de sus ciudades y, probablemente, tengan ciertos prejuicios sociales debido a su educación y falta de conocimiento de la propia realidad social de su país. Prácticamente ningún estudiante de medicina recibe durante la carrera nociones de etnomedicina o de antropología médica, por lo tanto, desconocen los rasgos socioculturales de la enfermedad. Adaptarse al puesto rural donde son enviados supone para estos jóvenes un auténtico “choque cultural” y, la mayoría de ellos, acceden a ello por ser el único puente que les separa de esa ansiada plaza de hospital mejor remunerada o clínica privada urbana; los sentimientos de solidaridad o filantropía no están en la primera línea del pensamiento. Aun así, hay que decir que la actuación médica de estos jóvenes es correcta y muchos de ellos cambian de actitud al acabar su año de servicio rural.

Por parte de las sociedades receptoras, es decir, los pueblos indígenas, estos médicos/as son vistos como individuos ajenos a su sociedad, que les cuesta adaptarse al medio, que no representan para ellos una continuidad en el trato y una asunción de sus costumbres y con los que, diariamente, tienen que “negociar” para obtener un “remedio”.

Para estos jóvenes estudiantes, este Servicio rural supone su primera andadura profesional y, por tanto, la primera vez que tienen toda la responsabilidad para diagnosticar y pautar tratamientos. Esa falta de experiencia muchas veces es detectada por la población indígena que recela de la idoneidad de los mismos. Por otra parte se añade el hecho de que estos jóvenes son, mayoritariamente, castellano parlantes, lo que supone una nueva barrera para el entendimiento con las poblaciones locales. Dentro de esa “falta de comunicación” estaría la propia barrera que se crea en la relación médico-paciente, que no atiende tanto al carácter de si se es o no indígena sino a factores de relación/demostración de poder.

Se observa un claro rechazo a acudir a los hospitales o postas sanitarias. No es difícil escuchar comentarios como: –“quien entra allí es para que salga muerto”– o cosas similares o incluso el rechazo se da porque al acudir a la posta en busca de ayuda lo que se recibe es una “reprimenda” cuando no insulto, de por qué se lleva a un paciente en determinado estado, o de si está sucio o mal vestido...⁶.

III. Estado de la cuestión

Ya hemos visto cómo la tendencia ha sido –y es– la deficiente preparación y conocimientos sobre la realidad indígena de los profesionales de salud destinados en esas zonas. No sólo por parte de los mé-

dicos locales sino de los cooperantes o técnicos foráneos que han ido a trabajar allí. No basta con tener criterios de solidaridad ni muy buena voluntad, hace falta ir bien preparado y conocer la realidad socio-cultural de las poblaciones con las que vamos a trabajar de modo conjunto. La aplicación de criterios de interculturalidad se hace cada vez más necesario, más aun cuando vemos que las cifras de mortalidad infantil, morbilidad, etc. en territorios indígenas, incluso en aquéllos donde llevan años trabajando ONGs, no se han reducido lo que fuera deseable. El azote de ciertas enfermedades sigue siendo el mismo y, lo más importante, el grado de satisfacción sanitaria de estas poblaciones no es el deseado.

Los proyectos de cooperación destinados a programas de salud deben ir encaminados a mejorar la relación y aceptación mutua entre ambos sistemas médicos –académico e indígena– intentando evitar conscientemente el continuo rechazo de uno u otro. Comprendemos que esto no resulta fácil a primera vista y que para ello se requiere de un amplio conocimiento del sistema médico indígena por parte de los equipos de salud foráneos o no indígenas. Si la aplicación de la llamada educación bilingüe-intercultural no resulta fácil en la práctica en las escuelas, del mismo modo la convivencia de ambos sistemas médicos debe hacerse progresivamente y sobre la base de una estrecha colaboración entre todos los agentes implicados en la mejora de la calidad de vida de estas poblaciones. En primer lugar, por parte de las propias organizaciones indígenas que deben tener la iniciativa y el control de la aplicación de estos sistemas y, por otra parte, de los agentes o equipos de salud no indígenas.

No hay que olvidar en este proceso la participación importantísima de los especialistas médicos indígenas y sus conocimientos sobre el tratamiento de las enfermedades, su concepción de la persona, sus criterios acerca de la salud y la enfermedad y su opinión sobre la calidad de los servicios sanitarios no indígenas que se puedan estar aplicando en sus comunidades⁷.

Es necesario comprender también que la salud debe entenderse como un todo integral y que ésta no se limita exclusivamente a tratar al cuerpo o a la persona, sino que forma parte de un todo en consonancia con la tierra, el medio ambiente y su cosmovisión⁸. Conocer estas dimensiones y comprenderlas ayudará también a aplicar mejor estos criterios de interculturalidad en los programas de salud.

IV. Estudio de un caso: la experiencia de un programa de salud de atención primaria con comunidades Aguarunas de la selva amazónica en Perú

Varios han sido los intentos por parte del pueblo Aguaruna por paliar esa situación de abandono en el campo de la salud, poniéndose en marcha en su territorio distintas acciones o proyectos que a continuación se van a describir.

En el caso concreto que nos afecta, mencionaremos la experiencia que en 1990 se puso en marcha en el Alto Amazonas: el “*Proyecto de Salud Manseriche-Perú*”, financiado por la ONG española *Prosalus* y dirigido netamente por una organización indígena de base: *Ijunbau Chapi Shiwag*. Este programa se integró en otro mayor llamado “Programa de Salud Indígena AIDSESEP Región San Lorenzo”, financiado por la ONG italiana *Terra Nuova*.

Si bien es cierto que, en esos años, aún no se manejaba plenamente en el contexto de las organizaciones indígenas –ni en el contexto de los técnicos foráneos que colaboraban con ellas– el criterio de la interculturalidad como hoy lo entendemos, ya se esbozaban en las acciones estas nuevas vías alternativas a través, no sólo de desarrollar áreas relacionadas con la salud, sino también la capacitación direccional y la información continua a la población. Se pretendió crear, mediante la construcción de una Posta de Salud Indígena llamada “*Ampimatai Yámpan*”, un espacio para la tolerancia atendiendo a las necesidades no sólo de la población indígena Aguaruna local y vecina, sino a cualquier peruano que lo requiriera sin discriminación de origen, etnia o religión. Se completaba el proyecto con el desarrollo y fomento de la medicina tradicional Aguaruna, especialmente a través del cultivo y conservación de especies vegetales destinadas tradicionalmente a fitoterapia.

El desarrollo del proyecto se realizó satisfactoriamente, a pesar de las dificultades creadas ese año en Perú por la epidemia de Cólera, que alteró enormemente el ritmo normal de la población y de las instituciones sanitarias. Sin embargo, la consecución y mantenimiento del mismo no fueron los esperados debido a la falta de apoyo posterior y barreras propias creadas y mantenidas por el propio sistema de salud peruano, que no aceptó reconocer oficialmente este puesto de salud y que, por tanto, no pudo nunca beneficiarse de los recursos institucionales. Por el contrario, alentó a los promotores indígenas de salud a trabajar en las dos postas oficialmente reconocidas por el Ministerio en la zona –Félix Flores y Saramiriza–, ambas situadas en poblaciones mestizas y una de ellas dirigida –entonces– por una secta Pentecostal Noruega (Iglesia de Salem), con lo cual se cohartaba totalmente la libertad de actuación del pueblo indígena, que tenía derecho a poner en marcha sus propios criterios de salud y que nuevamente caía en una dependencia social e institucional.

4. 1. Los Aguaruna

Los Aguaruna pertenecen al llamado grupo etnolingüístico Jíbaro o Jibaroano. Culturalmente se incluyen en este grupo otros pueblos, como el Shuar, en Ecuador, y los Huambisas y Achuales, en Perú. De todos ellos el más numeroso es el pueblo Aguaruna, con una población total estimada en 45. 137 habitantes⁹, localizados fundamentalmente en las cuencas de los ríos Marañón, Cenepa, Mayo, Potro y Apaga. Representan un 8% de la población indígena de la Amazonía peruana, precedidos de los Coca-ma-Cocamilla (15%), los Quichua del río Napo (17%) y sus vecinos los Chayahuita, del Departamento de Loreto, con un 22%.

El término Aguaruna no le es propio a este pueblo, sino que es una antigua imposición, aceptada con el tiempo, de la unión de la palabra española *agua* y la palabra quéchua *runa* que significa hombre. Aguaruna significaría *hombre o gente del agua*. Tradicionalmente ellos se autodenominaban como *ii aents* o *aentstí*, que significa *nosotros la gente* y, en la actualidad, se autodenominan *Awajún* –aguaruna– o *Wampís* –huambisa–.

El pueblo Aguaruna sufrió históricamente diversos intentos de conquista y dominación. Primeramente a manos del Inca Tupac Yupanqui¹⁰ y el Inca Huayna Capac¹¹, los cuales fueron fallidos. En segundo lugar, a manos de los conquistadores españoles que llegaron hasta territorio Aguaruna con vistas a tomar cada uno de los confines del entonces imperio incaico. En 1549 alcanzaron una de las entradas a territorio Aguaruna y fundaron la ciudad de Jaén de Bracamoros y, posteriormente, Santa María de Nieva –en pleno territorio indígena–.

Debido a los innumerables abusos cometidos por los españoles, obsesionados con la idea del oro que abunda en estas regiones, en 1599 se produce un levantamiento del pueblo Jíbaro que acaba con la vida del entonces Gobernador de Logroño de los Caballeros. La zona fue abandonada ante el rotundo éxito de las incursiones defensivas de los Jíbaro.

Fueron muy numerosos los intentos por lograr reducirlos desde el año 1600 en adelante. En 1619 se funda la ciudad de San Francisco de Borja¹², que fue principio de las misiones jesuíticas en el Marañón, y que empiezan a adoctrinarlos en el 1638.

La resistencia indígena fue constante y las llamadas “cacerías de Jíbaros” se sucedieron por espacio de varios años, hasta que en 1704 se pone freno a estas campañas por ser perjudiciales a la misión¹³.

La primera mitad del siglo XIX se caracterizó por una “cierta tranquilidad”, hasta que en 1865 se estableciera en Borja una colonia agrícola que quedó destruida a manos de los Aguaruna al año siguiente.

El siglo XX no quedó exento de circunstancias violentas dentro del territorio de este pueblo. Fue momento para la progresiva entrada de agentes externos –misioneros, militares, caucheros, regatones, aventureros, antropólogos, etc.– y para la “forzosa” asunción y tolerancia de los Aguaruna ante la entrada de elementos no nativos.

4. 2. Situación actual

Podemos decir que el territorio Aguaruna conforma uno de los más importantes espacios geopolíticos y estratégicos del país –no hay que olvidar que se sitúan en la frontera con el Ecuador y que esta zona ha sido escenario de varios conflictos bélicos muy recientes–. Contradictoriamente, este territorio fronterizo constituye una de las zonas más deprimidas y olvidadas desde el punto de vista social.

Un 93% de la población que habita este territorio es Aguaruna-Huambisa y, si nos atenemos a las cifras, su situación socio-económica no es muy alentadora. La tasa de mortalidad infantil es del 88, 8/mil; la tasa de desnutrición crónica es del 73%. El ingreso per cápita promedio fluctúa, según zonas, entre los 14, 58 a 34 dólares, lo que supone un ingreso de unos cuatro soles al mes por habitante. Si tenemos en cuenta parámetros de zonas urbanas o semi urbanas, la carencia de luz, agua potable y servicios básicos es del 99%. La alimentación básica de la población consiste en un 80% en sólo yuca y plátano. Este hecho, agravado por la creciente degradación del medio ambiente, ha hecho que la caza y la pesca disminuyan espectacularmente y, por tanto, la posibilidad de acompañar de estos alimentos la ingesta diaria¹⁴.

Según datos del INEI de 1993, el analfabetismo en las comunidades indígenas de la selva peruana afecta a un 33% de la población, de los cuales, un 44% son mujeres y un 23%, varones. Todas estas cifras ponen de manifiesto la situación de vulnerabilidad de estos pueblos y justifican sobradamente todas las acciones que están llevando a cabo las organizaciones indígenas de la selva amazónica, que en Perú vienen representadas principalmente por la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP), entre otras.

4. 3. Antecedentes del programa de Salud

4. 3. 1. El grupo DAM

Durante la década de los setenta se puso en marcha en territorio Aguaruna una interesante experiencia en el campo de la salud: el proyecto del grupo denominado *Desarrollo del Alto Marañón (DAM)*. Este proyecto pretendió apoyar el desarrollo integral de la población Aguaruna y, durante su labor, se llevaron a cabo diversas acciones, tales como:

- a) Elaborar el primer censo de población Aguaruna que, para entonces, arrojó un cómputo de 22.000 personas¹⁵.
- b) Crear una granja de serpientes venenosas –*el serpentario*– para obtener la materia prima indispensable para la fabricación de sueros antiofídicos.
- c) Poner en marcha un sistema de atención médica asistencial –para ello se construye la Posta de Yampits que funcionará de 1971 a 1980–, un programa de viajes sanitarios del personal de DAM y atención médica descentralizada basada en promotores comunales (a partir de 1977).
- d) Poner en marcha programas dirigidos a lograr infraestructuras mínimas de salud: hospitalillo, farmacia, sala de curas, consultorio, laboratorio, instalación eléctrica y de agua potable, un equipo médico fluvial, letrinas escolares, botiquines comunales, etc.
- e) Organización de una red sanitaria: servicio médico fluvial, campañas de vacunación, supervisión, promoción y coordinación. Se constituyen Comités de promotores de Salud y de orientación organizativa. Las acciones se realizan coordinadas con el Consejo Aguaruna y Huambisa.
- f) Puesta en marcha de diversos cursos de capacitación.
- g) Programa de investigación dirigido a elaborar diagnósticos de salud de la zona.

El proyecto DAM fue pionero en este tipo de acciones en el territorio Aguaruna y marcó notablemente su influencia en el área, haciendo que otras zonas más alejadas del territorio también quisieran poner en marcha iniciativas similares a ésta. El objetivo final del proyecto era llegar a ser innecesario, de tal forma que el pueblo Aguaruna fuese autogestionario y tuviese la capacidad de solucionar sus propios problemas. Para ello se había potenciado la formación y se habían fomentado las relaciones intercomunitarias, a fin de fortalecer sus capacidades organizativas. Para que el esfuerzo no quedase aislado, se realizaron contactos con sectores gubernamentales para la posterior continuidad de las acciones.

No obstante, al tener el proyecto un enfoque marcadamente asistencialista, no se puede hablar en estos momentos de criterios interculturales, puesto que todo el desarrollo del programa se centra en términos de salud desde el punto de vista académico u occidental. No parece que se hayan contemplado en estos tiempos la coexistencia del programa con terapias indígenas o el uso de medicamentos tradicionales. Una vez finalizado el proyecto y desaparecidos los técnicos foráneos, poco a poco todas las infraestructuras creadas van dejando de funcionar paulatinamente debido al abandono institucional por parte del Estado y a la falta de recursos por parte de las organizaciones indígenas.

4. 3. 2. *Napuruka y el Consejo Aguaruna Huambisa*

El Consejo Aguaruna y Huambisa es una organización indígena que surgió en 1977 para luchar a favor de los derechos de su población. Empezó trabajando en su propio desarrollo sin ningún apoyo económico exterior –retomando sin duda las experiencias aprendidas del grupo DAM–. Ante los graves problemas de salud que atravesaban las comunidades, se decidió construir una posta médica en la comunidad de Napuruka (entonces sede del Consejo) para que pudiera ser atendida la población de la zona. Para tal objeto, el Consejo pidió apoyo a instituciones estatales y no consiguió nada. Entonces pidieron apoyo a un representante de una institución financiera y les dijo que para poner en marcha la posta deberían aportar por lo menos la construcción del local o casa donde se iba a desarrollar la labor sanitaria. Entonces, con la participación de toda la comunidad, construyeron una casa grande e hicieron pequeñas divisiones. Con aportaciones de cada comunero implementaron una pequeña farmacia. Posteriormente, y a la vista de este esfuerzo, llegaron apoyos estatales para mejorar la infraestructura, pagar un sanitario, etc. Al final, la publicidad estatal ensalzó la gran obra que se suponía ellos habían construido, cuando en realidad habían sido los Aguaruna sus autores.

Estos mismos esfuerzos se repitieron con escuelas, locales comunales, construcción de embarcaciones para transporte de productos, etc. Pero las aportaciones de los comuneros tenían un límite y nunca llegaba nada del Estado.

El éxito de la posta de Napuruka trascendió nuevamente a todo el territorio Aguaruna y, del mismo modo que había sucedido con el grupo DAM, otras zonas querían imitar el ejemplo y solicitaban, a través de la organización de ámbito nacional (AIDSESEP), que se les brindase apoyo para poner en marcha iniciativas similares. Todas las comunidades más representativas querían tener su posta y sus sanitarios capacitados, incluso laboratorio y farmacia, tal y como la tenían en Yampits o en Napuruka.

Es un momento en el que, si bien es cierto los problemas de salud integral eran graves, se mitificaba e idealizaba en extremo la medicina “académica” y se dejaba de lado la medicina tradicional aunque no deja de practicarse en ningún momento. La figura del sanitario, “sanicho”, como se les llama coloquialmente, adquiriría socialmente un prestigio que muchos querían obtener, además de que si lograban ser reconocidos por el Ministerio de Salud, conseguían un sueldo, lo cual no era nada despreciable dada la precaria situación económica en la zona y el paulatino incremento de la sociedad de mercado en territorio indígena.

4. 3. 3. El Ministerio de Salud del Perú y el SERUMS.

Como ya venimos avanzando, el abandono por parte del Estado respecto a estas zonas indígenas ha sido una constante en la historia del Perú. Es un hecho que las distancias en Perú y las características geográficas hacen muy difícil el acceso a múltiples lugares, sobre todo en zonas andinas y de selva. La falta de infraestructuras viarias, una red de ferrocarriles casi inexistente, el elevado costo del transporte aéreo, hace que se reduzca a las grandes zonas urbanas y zonas periféricas la mayor parte de la atención. Muchas de estas carencias intentan paliarse a través de la cooperación al desarrollo y la labor de ONGs e instituciones de carácter religioso.

Otro de los factores que ha determinado este abandono ha sido el hecho de que los pueblos indígenas, hasta hace pocos años (década de los noventa) no habían sido oficialmente censados, es decir, para el Estado peruano eran “inexistentes”, esos territorios estaban “vacíos”.

Una de las vías que tiene el Ministerio de Salud para llegar a las comunidades más alejadas y brindar sus servicios es a través del SERUMS –*Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud*–. Las personas que van a brindar físicamente estos servicios van a ser los jóvenes de distintas áreas de las Ciencias de la Salud que acaban de terminar sus estudios universitarios. Este servicio a la comunidad es de carácter obligatorio, más aun si se tiene la intención de realizar una especialidad médica, obtener algún tipo de beca o ingresar en la administración pública. El Serums –desde su puesta en marcha en 1981– está dirigido a profesionales de la Medicina, Odontología, Enfermería, Obstetricia y Farmacia. Posteriormente¹⁶ se amplió a otras licenciaturas como Nutrición, Tecnología Médica (fisioterapeutas y técnicos de laboratorio) y Trabajo Social. Las últimas incorporaciones han sido en los campos de la Biología, Psicología, Veterinaria e Ingeniería sanitaria¹⁷.

82

El Ministerio distribuye y asigna las plazas a nivel nacional mediante un sorteo. Los serumistas pueden optar por hacer este servicio por cuatro vías:

- a) Plazas correspondientes al Ministerio de Salud.
- b) Plazas correspondientes al Seguro Social.
- c) Plazas correspondientes a Sanidad Privada: empresas petroleras, hidroeléctricas y mineras principalmente.
- d) Plazas correspondientes al Ejército peruano.

Si atendemos a las preferencias de los postulantes, éstos optan, por orden de importancia, por la sanidad privada, dado que se pagan buenos sueldos y las condiciones de vida son generalmente agradables. En segundo lugar, el Seguro Social en sueldo es mejor que en el Ministerio de Salud y sus plazas suelen estar en zonas urbanas y periféricas. En tercer lugar estaría el Ministerio de Salud en condiciones de ofrecer el mayor número de plazas, muchas de ellas en zonas alejadas y de difícil acceso. Y, por último, las plazas del ejército, que suelen estar en zonas de frontera, conflictivas, de muy difícil acceso y donde se añade el hecho de que además de prestar servicios sanitarios, el serumista debe hacer algo de instrucción de tipo militar.

Geográficamente se suelen preferir aquellas plazas que están cerca de los centros urbanos y áreas periféricas y casi nadie quiere irse a las zonas más alejadas. La elección de las plazas se hace por sorteo, a cada postulante se le asigna un número y, si tiene la suerte de sacar su número de los primeros, podrá elegir plaza en los lugares de preferencia; los que se van quedando los últimos se tienen que conformar con las plazas que nadie quiere.

La mayoría de las veces no se cubre la demanda total de plazas, es decir, hay más centros de salud necesitados de personal sanitario que serumistas disponibles para brindar estos servicios.

El perfil del serumista está bastante definido:

- Joven hombre o mujer de clase media-alta (hay que tener en cuenta que la carrera de medicina puede durar 10 años y no muchas familias pueden sostener estos estudios). Dependiendo de la familia y de la educación que hayan tenido, pueden tener o no ciertos prejuicios sociales y de clase respecto a las poblaciones rurales o indígenas.
- Jóvenes acostumbrados al medio urbano y cuya edad oscila entre los 23-25 años.
- Jóvenes que, normalmente, debido a sus estudios, no han tenido oportunidad de viajar por el país y que desconocen la realidad social de las zonas más alejadas.
- Jóvenes que por su edad y circunstancias desean ganar dinero cuanto antes y establecerse, si es posible, en la ciudad a realizar una especialización o a trabajar en algún centro médico privado.
- Una minoría suele estar casada y con cargas familiares y, por tanto, anhela una plaza lo más cerca de un centro urbano o con fáciles vías de comunicación.
- Una minoría se suele quedar a trabajar en aquella zona donde ha sido enviado a hacer Serums.

La obligatoriedad del Serums hace que este servicio sea considerado como un “rito de paso” imprescindible para alcanzar otras metas¹⁸.

4. 3. 4. Iglesias y salud

Otras de las instituciones que durante tiempo vienen prestando servicios de salud a la población más alejada de los centros urbanos y, más específicamente, a la población indígena, son las distintas iglesias o sectas religiosas que abundan por el territorio peruano. Las más antiguas son las misiones católicas que cuentan con postas o dispensarios médicos que atienden a la población feligresa y de las que surgen posteriormente centros de salud debidamente reconocidos por el Ministerio. Por otra parte, las postas creadas por la Iglesia Evangélica principalmente, en las que varios Aguarunas se fueron capacitando como sanitarios y luego desarrollaron esta labor en sus propias comunidades. En ambos casos, se ofrece salud a cambio de fe y no siempre han estado claros los principios de igualdad o imparcialidad, pues cada iglesia daba prioridad a sus propios feligreses para cualquier campaña de salud o atención personalizada en detrimento de aquella población que se mantenía al margen de las creencias. Muchos de los sanitarios capacitados ejercían a su vez de pastores en sus comunidades. Muchas campañas de vacunación sólo llegaban a aquellas comunidades que profesaban una determinada religión. Sólo eran evacuados en avionetas para ser operados o tratados de enfermedades graves aquellos enfermos o familiares que practicaban una determinada religión, de una u otra índole.

Esto hizo que en muchas comunidades llegaran a surgir rivalidades entre hermanos, parientes o familias por el sólo hecho de compartir o no una determinada creencia y por crearse esas notorias desigualdades de trato.

En el área donde se desarrolló el proyecto “Manseriche”, concretamente en el pueblo ribereño mestizo de Saramiriza, surgió un centro de salud creado por una Secta Pentecostal Noruega perteneciente a la Iglesia de Salem. El trabajo misionero estaba dirigido por el matrimonio John y Gro Agers-ten. Primeramente construyeron una iglesia en 1987; posteriormente, en 1989, comenzó la construcción del centro de salud con financiamiento del NORAD, la cual fue inaugurada en agosto de 1990. En 1997 este centro de salud fue entregado a las autoridades peruanas y hoy forma parte de la red de salud del Ministerio.

Este centro de salud seguía el mismo esquema que los vistos anteriormente. Contaba con médico, matrona, enfermeros, ayudante de laboratorio y farmacia. Durante sus inicios contó con personal auxiliar indígena (un sanitario Aguaruna), pero eso no garantizaba en absoluto la atención integral a estas poblaciones, incluso, para su mantenimiento, el centro de salud cobraba por sus servicios y eso implicó una gran barrera para la población indígena carente de recursos.

4. 3. 5. *PetroPerú*

Otro de los centros no indígenas que brindaban salud en la zona era el Hospital de Campaña de la Estación N° 5 de PetroPerú. Incluso hasta la construcción del Centro de Saramiriza, el único lugar a donde acudían los Aguarunas del distrito de Manseriche a paliar sus problemas de salud era en este hospital de los petroleros. Pero la atención médica en PetroPerú estaba precedida por una serie de “barreras” físicas y sociales que hacían que no fuera una atención idónea. Además, hay que redordar que Petroperú es una empresa privada dentro del sistema de salud, es decir, sus pacientes potenciales son sus trabajadores y el hecho de atender a otro tipo de población se consideraba como mera labor social y buena imagen institucional.

El Hospital de Campaña de Estación 5 está situado en uno de los tramos del famoso Oleoducto Nor-Peruano que lleva el petróleo de la selva hasta la costa de Puerto Bayovar y cuya construcción finalizó en 1977. La Estación N° 5 tiene la finalidad de acopiar y bombear ese petróleo por el tramo restante de oleoducto. La zona está protegida militarmente, habiendo un destacamento en el interior de la estación y, para el acceso a la misma, hay que pasar un control policial. Precisamente en los años en que tuvo lugar el proyecto, esta estación fue lugar estratégico en los conflictos armados con Ecuador y objetivo de las acciones terroristas de los grupos subversivos, como Sendero Luminoso o MRTA. El clima que se vivía dentro de la estación era de cierta tensión.

El hospital disponía de sala de consultas, sala de hospitalización con baños, farmacia y laboratorio. Algunos Aguarunas también se capacitaron como sanitarios o hicieron prácticas en él. Para los Aguarunas de Manseriche era uno de los ejemplos a seguir junto con la posta de Napuruka.

4. 4. *Desarrollo del Programa de Salud “Manseriche”*

4. 4. 1. *Los primeros pasos*

El distrito de Manseriche está situado en la provincia de Alto Amazonas, en el Departamento de Loreto, y se encuentra justamente a la derecha de la llamada Cordillera del Cóndor o Condorcanqui, territorio legítimo y ancestral del pueblo Aguaruna. Muchas de las familias que hoy componen las comunidades que integran esta zona provienen del otro lado de la cordillera, muchos de sus habitantes habían visto ya el desarrollo de los proyectos de salud antes citados y conocían también el progresivo “poder” que iba obteniendo el Consejo Aguaruna y Huambisa a la hora de obtener recursos económicos para poner en marcha sus iniciativas de desarrollo. Por esta razón, en Manseriche se crean dos organizaciones de base: la primera, *Ijunbau Chapi Shiwag*, situada en los márgenes de la carretera marginal del oleoducto nor-peruano; la segunda, ONAPAA (Organización Nativa Aguaruna de la Provincia de Alto Amazonas), situada en los márgenes de los ríos Potro y Apaga.

La situación de salud de estas comunidades, para los años 1988 y 1989, se podría resumir en los siguientes puntos:

- a) Existían algunos sanitarios capacitados, ya fuera por las iglesias, ya por PetroPerú.
- b) No había botiquines comunales en todas las comunidades y, de haber éstos, carecían de materiales básicos para realizar un trabajo de promoción de la salud y atención primaria.
- c) Debido a las distancias hasta el hospital de campaña de Petro y a la accidentabilidad del terreno, algunos pacientes graves morían en el trayecto o llegaban en pésimas condiciones.
- d) La atención en PetroPerú era más o menos satisfactoria dependiendo de qué médico estuviera ese mes prestando sus servicios. La queja más frecuente de los Aguaruna era que caminaban horas bajo el sol o la lluvia para recibir atención médica y lo único que siempre conseguían eran, como mucho, bolsitas de suero de rehidratación oral.

- e) Era frecuente que el médico increpase o regañase a una madre o a un enfermo por su estado, apelando a su dejadez o ignorancia y culpándole prácticamente de su mal estado de salud¹⁹.
- f) Debido a los controles policiales, muchos enfermos debían esperar en la garita de control hasta más de dos horas para poder pasar al hospital de campaña y ser atendidos.
- g) Aun así, para casos graves, PetroPerú ponía a disposición de la población la posibilidad de evacuación por vía aérea a la ciudad de Piura o Iquitos. El problema era pagar los costos de la atención médica una vez allí.
- h) Existía una idealización o mitificación de ciertos medicamentos –“remedios”, como son llamados coloquialmente– y los comerciantes mestizos especulaban con ellos, vendiendo algunos de ellos caducados o de dudoso origen y composición.
- i) También estaba mitificada e idealizada la figura del médico de bata blanca, a los que todos los sanitarios querían parecerse. Todos anhelaban tener un fonendoscopio y un tensiómetro en sus botiquines comunales.

De esta manera, y teniendo claro que la situación de la salud en la zona era de absoluta precariedad, la organización decidió elaborar un proyecto de salud para ver si era financiado. El modelo de proyecto fue prácticamente copiado de los que se realizaban en el Consejo Aguaruna y Huambisa. En el proyecto se contemplaban, a grandes rasgos, los siguientes objetivos:

- a) Capacitación de promotores de salud.
- b) Construcción de infraestructuras mínimas y locales.
- c) Obtención de equipos de atención primaria.
- d) Obtención de fondos para poner en marcha una farmacia central que abasteciera a los botiquines comunales.
- e) Realización de convenios institucionales que garantizaran el desarrollo y mantenimiento del programa.

En cuanto a los equipamientos solicitados en el proyecto, se vió que eran una copia del “escaparaté” que los sanitarios habían visto en el hospital de campaña y que, muchos de los equipos o de las medicinas que se solicitaban, estaban muy por encima de los conocimientos y atribuciones de un sanitario específico para atención primaria. Otro de los materiales que se solicitaba con insistencia era el conocido libro de David Werner, *Donde no hay doctor. Una guía para los que viven lejos de los centros médicos*, que en Perú estaba editado por el Centro Bartolomé de Las Casas y que era muy utilizado en el medio rural andino. De hecho, el libro estaba adaptado para comunidades campesinas andinas, pero dado su sencillo lenguaje era el más deseado por los sanitarios²⁰.

Ante estos hechos y antes de que se pusiera en marcha el programa de salud, tuvo lugar en San Lorenzo, en 1989, una asamblea para definir realmente las necesidades de salud en la zona y los errores que se estaban cometiendo a la hora de planificar estos proyectos. En esta asamblea participaron representantes indígenas de toda la selva norte: Aguarunas, Achuales, Chayahuitas, Candoshis, Cocamas y Shapras, además de representantes de AIDSESP, de ONGs y del centro de salud de San Lorenzo perteneciente al Ministerio. Los resultados de esta asamblea fueron básicamente los siguientes:

- a) Necesidad de realizar investigaciones sobre las prioridades de salud en las distintas zonas.
- b) Necesidad de identificar qué tipo de enfermedades requerían ser tratadas por el médico y cuáles por el brujo (sic). Para ello se debía contar con equipos de investigación mixtos.
- c) Necesidad de contar con expertos en medicina tradicional y curanderos.
- d) Reivindicar las enseñanzas de los antepasados y reivindicar el valor de las plantas medicinales.
- e) Necesidad de elaborar cartas de entendimiento con los centros de salud oficiales.
- f) Promocionar la prevención de enfermedades a través de la vacunación.
- g) Capacitación de sanitarios.

- h) Creación e implementación de postas sanitarias.
- i) Creación de fondos de salud para el mantenimiento de dichas postas.
- j) Promocionar los estudios de secundaria para que jóvenes indígenas puedan acceder a los estudios de: medicina, enfermería y laboratorio.
- k) Mejorar la producción de alimentos y la alimentación.

Con estas premisas asumidas por los directivos de las organizaciones, se puso en marcha en 1990 el Programa de Salud Manseriche, con apoyo de la ONG española Prosalus y con gestión netamente indígena²¹.

4. 4. 2. Dificultades y logros

Si bien es cierto que en el proyecto no se hablaba específicamente de salud intercultural, se intentó en todo momento tener en cuenta la idiosincrasia del pueblo Aguaruna para su realización. La influencia del “escaparate” del hospital de PetroPerú y de iniciativas anteriores era muy fuerte y se tendía constantemente a la imitación de esos modelos. La idea de poder poseer un hospital como aquéllos o de parecerse al médico era un criterio de prestigio sin embargo, era sólo una cuestión de apariencia porque, realmente, la medicina académica como tal no estaba asumida.

Siguiendo las premisas de potenciar y reivindicar la medicina tradicional, se decidió poner en marcha una chacra comunal donde se cultivasen ciertas plantas medicinales; el terreno fue preparado en las inmediaciones de la posta central –Ampimatai Yámpan– con el objeto de que los sanitarios pudieran hacer uso de ellas cuando el caso lo requiriese, pero jamás se plantó nada en él. Las razones eran obvias: el uso de las plantas medicinales se ha dado siempre en el ámbito doméstico y la encargada de prepararlas era la madre de familia o pariente experto. Las plantas medicinales las cultiva cada mujer con una finalidad específica y una carga simbólica específica. La chacra de plantas medicinales al lado de la posta –con supuestas plantas medicinales con sabe dios qué carga simbólica– y la mediación de un sanitario extraño (a pesar de ser Aguaruna) rompía el esquema tradicional de administración de este tipo de terapia y su consiguiente eficacia.

También se habló de recuperar las enseñanzas en salud de los antepasados, sobre todo la figura del héroe mitológico *Bikut*. *Bikut* fue el personaje que dio las pautas al pueblo Aguaruna para la salud medio ambiental, cuidado de las casas y alrededores, consumo de alucinógenos, pautas de comportamiento e higiene personal, etc. En charlas comunales se habló de la figura de *Bikut*, los viejos recordaban su historia, pero *Bikut* no curaba la leishmania, no quitaba la fiebre, no evitaba la transmisión de la hepatitis B, no curaba el cólera, por tanto, no era válido en su totalidad y se hacía necesaria la presencia del “medicamento”.

El tercer y último intento por reivindicar la medicina tradicional se hizo con una campaña de desparasitación intestinal a base de consumo de leche de oje²², que es probadamente un excelente vermífugo. En asamblea comunal se puso de acuerdo para la iniciativa a toda la comunidad y se extrapolaría la experiencia a otras comunidades. El encargado de administrar la leche de oje a los niños con parásitos fue el sanitario. La jornada se llevó a cabo satisfactoriamente y hasta resultó lúdica y agradable, pero el tratamiento con oje debe darse a largo plazo para que se obtengan resultados y –¿para qué esperar tanto tiempo si tomando el famoso ‘Penalcol’²³ en cosa de unos días los niños botan las lombrices?–

Durante el tiempo que duró el programa asistimos varias veces a sesiones de curación de diversos enfermos por parte del curandero. Parecía estar asumido por los presentes que había determinadas enfermedades que no podían ser curadas ni con “remedios” ni por el médico de Petro. Nosotros también asumimos la necesidad de combinar las terapias cuando fuera necesario y jamás manifestamos rechazo alguno ante las prácticas tradicionales. Los propios sanitarios Aguarunas sospechaban cuándo una enfermedad era de su competencia y cuándo debía ser tratada por el brujo. Pero el brujo no podía,

ni quería, ni tendría eficacia su terapia si hubiera trabajado coordinadamente con el sanitario en la posta. Hubiera supuesto un conflicto de intereses y, además, nuevamente sería sacar de su propio contexto y marco simbólico una situación.

Por otra parte, la mayoría de los pacientes que acudían a la posta llevaban la idea preconcebida de que se les iba a administrar o regalar un medicamento, del mismo modo que así lo esperaban cuando iban al hospital de campaña de PetroPerú. Los médicos de Petro se quejaban de que muchas veces estos pacientes no seguían los tratamientos y lo único que hacían era acumular medicamentos en sus casas, los cuales solían tomar después aleatoria e indiscriminadamente siguiendo criterios tales como el color o la forma de las píldoras²⁴.

Los médicos de PetroPerú cambiaban anualmente, salvo el jefe o encargado de los puestos de salud del oleoducto y algunos enfermeros. Este personal rotaba constantemente al mes, cada mes entraba un médico/a y enfermero/a nuevo para que el saliente descansase. Salvo honrosas excepciones, la relación entre estos médicos y los pacientes Aguarunas no eran muy fluídas. La comunicación era escasa y frecuente el trato prepotente, aunque esto se podía dar al mismo nivel con un paciente que no fuera Aguaruna; era una cuestión de mantener una posición de poder entre médico y paciente. La mayoría de estos médicos/as eran Serumistas que habían optado por la vía privada por el aliciente económico –en primer lugar– y por el afán de aventura –en segundo lugar–. El sistema de rotaciones de los médicos de Petro hacía que el escaso contacto con el paciente Aguaruna tuviese constantes rupturas.

También se daba el caso de que un médico tuviera fama de “bueno”. Los criterios eran:

- a) Un trato agradable y humanitario.
- b) Porque exploraba y examinaba de verdad a los enfermos.
- c) Porque regalaba medicamentos.
- d) Porque se acercaba a visitarlos a la comunidad.

En estos casos, los Aguaruna podían esperar el mes o meses que fuera necesario hasta que ese médico volviera, pues su grado de confianza hacia él era absoluto. Sólo acudirían al hospital en su ausencia en caso de extrema necesidad.

Este tipo de situaciones no se establecen por medio, criterios interculturales específicos, sino premisas lógicas propias de la relación médico-paciente de cualquier origen.

Otro de los problemas que se detectaron durante el desarrollo del programa fue la falta de coordinación con las autoridades sanitarias del área y la imposición de ciertas actuaciones sin previa consulta, a pesar de existir un comité de salud y un proyecto en marcha. El caso más notorio fueron las campañas de vacunación.

Se llegaron a dar situaciones absurdas que sólo trajeron como consecuencia la reticencia y rechazo a las vacunaciones. En primer lugar y sin previo aviso, llegaban los médicos de PetroPerú a una comunidad –siempre alejada a la carretera marginal del oleoducto– exigiendo que en el menor plazo posible se reuniera a todos los niños de determinadas edades. En ningún momento se tuvo en cuenta el tipo de poblamiento disperso de los Aguaruna y que muchas casas estaban alejados del núcleo comunitario. Si se solicitaba un aplazamiento para así poder reunir en su totalidad a todos los niños, éste era rechazado “porque tenían prisa o porque no estaba planificado”.

Al final se vacunaba a los pocos que en ese momento había, sin mediar una mínima charla previa que explicara en qué consistía lo que se les iba a hacer y los efectos secundarios de algunas vacunas en algunos niños (posibles reacciones).

Si alguna persona que vivía en alguna comunidad alejada de la carretera solicitaba que se fuera a vacunar a sus niños, se aducía que “para 11 o 20 niños no iban a fletar un helicóptero”²⁵.

Un caso similar se dio con el personal del centro de salud Saramiriza, cuando estaba gestionado por los pentecostales. Sin previo aviso ni previa coordinación llegaron a la comunidad, ordenaron poner a mujeres gestantes y niños en fila en la posta comunal, con amenazas de que si no se colaboraba in-

formarían al Ministerio de que las organizaciones indígenas se negaban a cooperar en salud. Sin mediar más palabras que las propias amenazas, vacunaron a todos aquéllos a los que se pudo reunir y se marcharon. En ambos casos, jamás volvieron a poner las segundas o terceras dosis y jamás vinieron a dar charlas de educación sanitaria previas a la vacunación.

Este tipo de situaciones deterioraba enormemente cualquier intento de hacer factible una aceptación y coexistencia de la medicina académica con la tradicional, pues un solo caso de mala experiencia se extrapolaba a toda posible actuación futura.

Finalmente y antes de un año de la puesta en marcha del proyecto, se había construido la posta central *Ampimatai Yámpan* y se había implementado con el material solicitado, excluyendo aquel material y medicamentos que no podían ser empleados por sanitarios de atención primaria.

En la ceremonia de inauguración de la posta se obsequió a cada sanitario capacitado con un fonendoscopio (como así había sido su propio deseo) y al encargado de la posta central se le dio además un tensiómetro, símbolos de prestigio en sí mismos pero artefactos inútiles a la hora de solucionar los problemas integrales de salud de la población.

4. 5. Final del proyecto y conclusiones

Desde el punto de vista logístico y administrativo, el proyecto se finalizó con éxito. Se realizó a su debido tiempo, gastando menos dinero del presupuestado, con la participación de toda la población, consolidando la capacidad organizativa de la federación indígena, dejando abiertas las debidas coordinaciones con el sector ministerial de salud para su consecución y mantenimiento y con la organización indígena a nivel nacional.

88

La realidad fue que, aun contando con la posta debidamente implementada, se seguía recurriendo al médico de Petro o a Saramiriza para la obtención de un diagnóstico o la obtención de medicamentos.

Algunos sanitarios capacitados, en su celo por realizar su trabajo lo más “clínicamente” posible, fueron acusados de “querer tocar a las mujeres” cuando lo que intentaban hacer era explorarlas tal y como habían visto hacer en el hospital de campaña.

El Ministerio de Salud, a pesar de reconocer la existencia de la posta y del programa para así enviar los medicamentos correspondientes a los diversos programas institucionales (Infección Respiratoria Aguda, Zoonosis, Paludismo, Enfermedad Diarréica Aguda, etc.), jamás reconoció a *Ampimatai Yámpan* como centro de salud y, por tanto, no reconoció la figura del sanitario capacitado y este nunca recibió el sueldo del Ministerio. Al trabajar voluntariamente muchas veces no cumplía “un horario”²⁶ y se les acusaba de “flojera”, “abandono” y cosas similares, lo que llevaba al enojo y deserción de la persona en cuestión.

Durante años posteriores han habido varios intentos para que *Ampimatai Yámpan* saliera adelante y fuese reconocida oficialmente, todos inútiles. Se han aprovechado las instalaciones para dar cursos y charlas sanitarias a cargo del personal de Saramiriza, pero poco más²⁷.

Todas estas circunstancias, que se repetían, más o menos, no sólo aquí sino en otros lugares de la Amazonía, llevaron a AIDSESEP a replantearse su política de salud. Se analizó la situación y primeramente definieron qué era para ellos el concepto de salud indígena, mencionado en páginas anteriores.

Posteriormente, llegaron a una serie de conclusiones:

- 1) Persiste el hecho de la vulnerabilidad de la salud de estos pueblos tanto a la hora de enfrentarse a enfermedades tradicionales como nuevas.
- 2) La distribución de los recursos oficiales sigue siendo mínima.
- 3) Se evidencia el paulatino deterioro del sistema cultural indígena como transmisor básico de sus sistemas de salud.

- 4) Se hace necesario revitalizar la cultura sanitaria y el uso y manejo de las plantas medicinales desde la tradición familiar (chacras familiares).
- 5) Se evidencia la incapacidad (por falta de recursos, ajenidad, insuficiente capacitación...) para hacer frente a los problemas de salud; por tanto, se plantea la necesidad de la búsqueda de recursos propios.
- 6) El sistema preventivo de salud indígena se traduce en el conocimiento de los elementos, de las normas, del cumplimiento y transmisión de la cultura.
- 7) Por ello es necesario potenciar la figura del shamán o experto en salud indígena como persona que atesora la mayoría de conocimientos²⁸.
- 8) Se complementará todo lo anterior con charlas educativas, talleres de formación, demostraciones, etc., teniendo en cuenta los relatos o historias de vida propias del acervo cultural de cada pueblo.
- 9) El Programa de Salud Indígena coordinará con el Instituto Nacional de Salud para poner en marcha programas de control de las principales enfermedades que afectan a los pueblos indígenas. Se deberán elaborar indicadores de salud para estas poblaciones y se plantea el hecho de trabajar coordinadamente también con universidades e instituciones afines.
- 10) Para todo lo anterior, es necesario el fortalecimiento de las instituciones indígenas y la defensa de sus derechos, tales como la propiedad intelectual, la diversidad cultural y biológica.

En estos momentos, este nuevo planteamiento del Programa de Salud Indígena está en pleno desarrollo y aún es pronto para valorar los resultados. El proceso es lento y costoso y habrá que esperar unos años para ver los efectos sobre la población. Una cosa está clara, las organizaciones indígenas no desean ni quieren ser meros receptores pasivos de ayuda humanitaria y están sentando las bases para gestionar su propio sistema de salud. Es necesario que las instituciones oficiales reconozcan, asuman y comprendan estos nuevos planteamientos que sólo pretenden la mejora de la calidad de vida de estas poblaciones.

V. Conclusiones

1. Durante los últimos 25 años, los programas de salud en zonas indígenas se han caracterizado por su tendencia a extrapolar modelos urbanos (urbano marginales) ajenos a la realidad social e idiosincrasia de estas poblaciones.
2. Las propias organizaciones indígenas, llevadas por las pautas marcadas por las ONG y demás entidades financieras, han ido repitiendo estos modelos ajenos (“desarrollistas”), los cuales se han ido abandonando y han sido objeto de frustración por la imposibilidad de poder darles una continuidad basada en la autogestión.
3. En estos programas no se tenían en cuenta las opiniones, concepciones y percepción de la salud y de la enfermedad que tienen los propios pueblos indígenas, incluso cuando éstos tuvieran presentes figuras tales como parteras tradicionales, yerberos o sanadores.
4. Los verdaderos ejecutores de esos programas eran los agentes foráneos y no los verdaderos destinatarios; de ahí sus frecuentes fallos a la hora de retirar la ayuda exterior. Hoy día, teóricamente, estos agentes pasan a ser “facilitadores” y los indígenas los reales ejecutores y protagonistas de los programas.
5. Sería necesario que los Estados facilitaran, mediante la creación de un marco legal, la puesta en marcha de programas de salud interculturales donde ambos sistemas de salud se complementen y no se confronten.
6. Debe llevarse a cabo un constante diálogo con los diversos actores sociales para valorar el grado de satisfacción sanitaria de la población y la mejora en los indicadores de salud de estos países.

7. Sería fundamental que se replantearan los criterios para enviar a zonas rurales e indígenas a licenciados de medicina, y que se priorizaran estudios de antropología médica en las facultades de medicina.

Notas

- 1 Parte de este artículo fue presentado en el VIII Encuentro de Latinoamericanistas Españoles, dentro del área “Pueblos, culturas y desarrollo en América Latina” y del grupo de trabajo sobre “Desarrollo y relaciones de cooperación”, celebrado en la Casa de América en Madrid, del 13 al 15 de noviembre de 2001, organizado por IEPALA.
- 2 En este sentido nos acogemos a los planteamientos de Gerardo Fernández Juárez para los estudios de salud e interculturalidad.
- 3 AIDSESEP (Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana).
- 4 Hay que tener en cuenta, por lo menos en el caso de España, que las primeras ONGs españolas que han trabajado mayoritariamente en la promoción de la salud, han derivado, la mayoría, de instituciones de carácter religioso: jesuitas, hermanos de San Juan de Dios, dominicos, etc.
- 5 Sobre todo desde finales de los años ochenta y principios de los noventa (paralelo a la conmemoración del V Centenario del llamado Descubrimiento de América o Encuentro entre dos mundos –en versión “light”–).
- 6 Y ni siquiera entramos en la polémica de aquellos programas de salud o postas sanitarias que han sido utilizadas para esterilizar mujeres indígenas sin su conocimiento y consentimiento, alegando que se trataba de métodos de planificación familiar.
- 7 Observemos que hasta hace poco se ha estado utilizando la palabra “brujo” para referirse a quien hoy se reivindica como “especialista en medicina indígena”. El término brujo ha sido utilizado desde un punto de vista peyorativo por las iglesias, sectas y misiones para identificar a esos especialistas rituales y asociarlos con toda clase de connotaciones negativas y dañinas, del mismo modo que en Europa o en América del Norte se empleaba tradicionalmente el término. El brujo era un ser demonizado y que provocaba el rechazo social.
- 8 *La salud indígena es el estado de normalidad, de equilibrio del hombre con su propio espíritu, con su familia, con su grupo social, con la naturaleza y con los espíritus y fuerzas que la rigen. Esta armonía, es consecuencia del cumplimiento de un conjunto de normas de conducta transmitidas culturalmente. La pérdida de este equilibrio trae sufrimiento y la necesidad del restablecimiento de uno nuevo.* AIDSESEP (Programa de Salud Indígena) Véase *www.coppip.rcp.net.pe*.
- 9 La población Aguaruna en Perú se distribuye de la siguiente manera: Departamento de Amazonas: 37. 453 habitantes; Dpto. Cajamarca: 646; Dpto. Loreto: 6. 249; Dpto. San Martín: 1. 789. Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos nacionales de 1993.
- 10 Probablemente en su marcha hacia la conquista del reino de Quito. El mandato de Tupac Yupanqui fue de 1471 a 1493.
- 11 El mandato de Huyana Capac fue de 1493 a 1525, intentos de consolidación de la soberanía incaica.
- 12 Cabeza del Gobierno y Provincia de los Maynas.
- 13 Véase Maroni, 1988 (1738): 279-280).
- 14 Datos ofrecidos por el Ministerio de la Presidencia y el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura - IICA- 1999.
- 15 Se realizó en 1977.
- 16 1986.
- 17 1993.
- 18 Prácticamente comparable al Servicio Militar. Muchos serumistas reconocen volver “distintos” después de hacer su Serums. Se han visto solos, se han tenido que desenvolver por su cuenta, han tenido que tomar sus propias decisiones, etc.
- 19 El médico representa la posición de autoridad y es “el listo”. El paciente representa la posición de inferioridad y es “el ignorante”, en cualquier contexto cultural en la relación médico-paciente.
- 20 En el año 1989, AIDSESEP editó un libro de similares características, pero adaptado a la realidad de la selva amazónica. El libro se tituló *Manual de Salud para la selva*.
- 21 La Dirección del Programa la asumía la Directiva de la Organización y un Comité de Salud donde participaban: el Director del Programa de Salud, la Directora del Programa Materno Infantil, un tesorero y la cooperante de la ONG colaboradora.
- 22 Savia de las especies *Ficus Insipida* y *Ficus Máxima*.
- 23 Fármaco a base de Mebendazol o Albendazol.
- 24 Hay que tener en cuenta también que los médicos de Petro tenían restringida la entrega de medicamentos a los trabajadores de la estación y éstos últimos no veían con buenos ojos que “sus medicinas” fuesen entregadas alegremente a

- los indígenas. Hubo algunos médicos que consiguieron medicinas por otros cauces y las reservaban para las donaciones o tratamientos para los indios. Pero eran pocos los casos.
- 25 Paradójicamente se daba el caso de que el piloto que comandaba el helicóptero de la base aceptase un traslado a alguna comunidad indígena con el único objeto de conseguir una mascota exótica (loros, monitos, etc.) para la novia o esposa de algún colega.
- 26 Para un Aguaruna el hecho de cumplir un horario es algo muy relativo puesto que siempre han sido libres de su tiempo.
- 27 Según datos de la enfermera jefe del Centro de Salud San Lorenzo en 1997.
- 28 Ya no se emplea el término brujo, que, como hemos dicho, es ajeno a la propia terminología indígena.

VI. Bibliografía

ABAD GONZÁLEZ, Luisa

- 1989 *Plan de desarrollo de las Federaciones Aguarunas de Chapi Shiwas y ONAPAA*. (la autora). Madrid.
- 1999a “Antropología, Derechos Humanos y la Celebración del V Centenario”. *Indigenismo*. Nº 9, marzo, pp. 21-23. Seminario Español de Estudios Indigenistas. Madrid.
- 1990b “Los Aguaruna”. *PROSALUS Informativo*. Año 6, Nº 16, pp. 16-18, Septiembre. Madrid.
- 1990c “Los Aguaruna. Mujer y terapia natural”. *PROSALUS Informativo*. Año 6, Nº 17, pp. 12-15, diciembre. Madrid.
- 1992 “Proyecto Manseriche: cumpliendo objetivos”. *PROSALUS Informativo*. Año 7, Nº 22, marzo, pp. 12-14. Madrid.
- 1995 “La cooperación a debate”. *Pueblos Indígenas. Nuestra visión del desarrollo*. Colección Antrazyt 79. Icaria-Mugarik Gabe. Barcelona.

AIDSESEP

- 1991 “Política Indígena de Salud”. *Voz Indígena*. Año 10, Nº 28-29, octubre-noviembre, pp. 22. Boletín AIDSESEP. Lima.
- 1992 “Territorio: Vida y destino de los Pueblos Indígenas”. *Voz Indígena*. Nº 30-31, mayo, pp. 30-33. Boletín AIDSESEP. Lima.

BERLIN, Eloise Ann y Edward K. MARKELL

- 1982 “Parásitos y nutrición; dinámica de la salud entre los Aguaruna-Jívaro”. *Amazonía Peruana*. Vol. III, Nº 6, marzo, pp. 51-57. CAAAP, Lima.

CARAVANTES GARCÍA, Carlos

- 1995 “Cooperación y Pueblos Indios: Revisión del papel del antropólogo”. *Pueblos Indígenas. Nuestra visión del desarrollo*. Colección Antrazyt. Mugarik Gabe-Icaria Editorial. Barcelona.

COMELLES, J. M.

- 1993 *Enfermedad, cultura y sociedad: un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Madrid, EUDEMA.

CHIRIF, Alberto, Pedro GARCÍA y Richard Chase SMITH

- 1991 *El Indígena y su territorio son uno solo*. Oxfam América-COICA. Lima.

FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo

- 1999 *Médicos y Yatiris. Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara*. La Paz, Ministerio de Salud y Previsión social, CIPCA, Equipo de Salud del Altiplano (ESA).
- 1998 *Los Kallawayas. Medicina Indígena en los Andes bolivianos*. Cuenca, Universidad de Castilla La Mancha.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

- 1998 *Memoria Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una política nacional intercultural en salud*. (Serie Salud de los Pueblos Indígenas 7); Washington DC. OPS.

SIVERTS, Henning

- 1972 *Tribal survival in the Alto Marañon: The Aguaruna Case*. International Work Group for Indigenous Affairs (IWGIA). Documento Nº 10. Copenhague.

VII. Direcciones de interés en internet

- *www.minsa.gob.pe*
- *www.inei.gob.pe*
- *www.coppip.rcp.net.pe*
- *www.usuarios.tripod.es/ozonas/DAM*
- *www.petroperu.com*
- *www.ombudsman.gob.pe*

“WILLAQKUNA”¹

Un programa de formación en salud intercultural en Bolivia

Roberto Campos Navarro. UNAM. México
Luca Citarella. Pontificia Universidad Católica de Chile



1. Introducción

Uno de los problemas fundamentales de la práctica biomédica en las regiones indígenas de América Latina es la ausencia parcial o total de una capacitación específica de los médicos, enfermeras y dentistas, sobre las características socioculturales de los pueblos indígenas con los cuales se pretende trabajar en forma cotidiana. La formación universitaria no contempla en sus contenidos curriculares el aprendizaje de elementos, herramientas y metodologías cuali-cuantitativas. Ciertamente aparecen algunas materias como “salud pública”, “medicina preventiva”, “desarrollo comunitario”, “medicina social”, “sociología de la medicina”, “antropología de la salud” y “antropología médica”, pero, en conjunto, ellas constituyen una minoría absoluta con respecto a las materias técnicas de orden clínico. Únicamente interesa el cuerpo humano en detrimento del contexto social y cultural donde se desenvuelve el hombre concreto. En otras palabras, se desestima su cuerpo social.

En esta presentación, damos a conocer una experiencia concreta de sensibilización y capacitación intercultural en una de las regiones más pobres de nuestra América: el Departamento de Potosí, en Bolivia.

2. Contexto

El Departamento de Potosí es una área de pluralidad étnica y cultural conformada por grupos quechuas y aymaras, el 83% es hablante del quechua y el monolingüismo alcanza una tercera parte de la población departamental. Esta pluralidad se refleja en múltiples concepciones del proceso salud-en-

fermedad y en la coexistencia de varios modelos médicos (doméstico indígena, curanderil y biomédico). Tiene los indicadores sanitarios más bajos de Bolivia y de América Latina, por lo que su morbimortalidad es elevada, sobre todo en enfermedades infecto-parasitarias. Y el acceso a los servicios de salud es sumamente limitado: sólo el 40% de los partos los atienden las instituciones, y la cobertura institucional es baja en los programas materno-infantil y en el control de enfermedades diarreicas y respiratorias.

A todo esto debemos añadir la conocida desconfianza y rechazo de la población indígena hacia los servicios que brinda el Estado. En el caso concreto de los servicios médicos existen múltiples barreras socio-culturales en cuanto a cosmovisión, lengua, comunicación intercultural, información médica limitada y otras.

Con la ayuda técnica y financiera de la Cooperación Italiana, el hospital regional Bracamonte de Potosí ha modernizado sus instalaciones físicas. Y desde el año 2000 se aplican acciones que contribuyan a disminuir las barreras culturales, mediante la creación de una oficina intercultural de guía, apoyo y orientación al paciente hospitalizado, pero también intentando modificar la formación de pre y postgrado de médicos y enfermeras.

En este sentido, a partir del año 2001, con la participación de organismos internacionales (OPS, OMS, ONU, UNESCO y Cooperación Italiana), autoridades gubernamentales bolivianas y universidades latinoamericanas (Universidad Autónoma Tomás Frías de Potosí y Universidad Nacional Autónoma de México) se desarrolla un proyecto de educación de postgrado dedicado a trabajadores de salud (médicos, enfermeras y otros) del Departamento de Potosí y La Paz, con la finalidad de elevar la calidad de atención en sus respectivas áreas de trabajo (asistencial, académico, etc.).

Por ello, el *Curso de Postgrado en Salud Intercultural* pretende no sólo mejorar el nivel de competencias de los profesionales sanitarios en el tratamiento de las problemáticas de salud y contribuir a mejorar la calidad de la atención y a humanizar los servicios de salud del departamento, sino también formar un grupo de docentes locales que puedan progresivamente hacerse cargo de la coordinación técnica y académica del curso, en vista de una posible extensión regional de la iniciativa y de la creación de un polo de referencia a nivel regional (latinoamericanos) en las temáticas de salud intercultural (1).

Es preciso señalar que desde su comienzo el programa se generó con un enfoque teórico-práctico. La idea era generar una serie de nuevos conocimientos y habilidades que pudiesen ser aplicadas por los equipos de salud en sus ámbitos de trabajo; así mismo, el curso se pensó en la perspectiva de generar cambios en los modelos de gestión de los servicios de salud que están afectados por problemáticas de tipo interculturales.

El programa de estudios se ha articulado en torno a 12 módulos didácticos que han sido implementados por docentes de distintos países y disciplinas académicas. Los contenidos académicos del curso han sido los siguientes:

- Metodología de la investigación-acción.
- Interculturalidad, nación y acceso a los servicios del Estado.
- Experiencias de salud intercultural en América Latina.
- Modelos y sistemas médicos.
- Bases y prácticas de la medicina indígena.
- Farmacopea indígena y remedios herbolarios.
- La eficacia terapéutica y el enfoque biosicosocial de la enfermedad.
- Las enfermedades prevalentes y la interculturalidad.
- La relación medico-paciente: enfoques y experiencias.
- El enfoque intercultural en el desarrollo de programas de educación para la salud.
- La alimentación en contextos interculturales.
- Metodología de planificación y presentación de proyectos.

El número total de tiempo- aula fue de 240 horas. A ello, hay que agregar el tiempo que los tesis-tas-becarios invirtieron para hacer el trabajo de campo (recolección de datos etnográficos mediante entrevistas y observación en terreno), que se estima en un promedio de 250 horas, más las horas que le dedicaron al trabajo de revisión bibliográfica y trabajo de gabinete (sistematización e interpretación de datos etnográficos) que se estiman en otro promedio de 250 horas. Por lo que horas aula, más horas de trabajo de campo y más horas de trabajo de gabinete, hacen un total de 740 horas académicas.

Cada taller fue dirigido por un docente responsable y varios invitados, quienes han desarrollado el taller en tres o cuatro días, generalmente en un fin de semana para asegurar la presencia de los estudiantes becados que provenían de lugares alejados del Departamento de Potosí.

El auxilio académico provino de la universidad local (Universidad Autónoma Tomás Frías) y la Universidad Nacional Autónoma de México (que proporcionó docentes experimentados, así como la documentación oficial que validara el curso). Los organismos internacionales (la Cooperación Italiana, la OPS, la UNICEF, el UNFPA) han proporcionado apoyo técnico y financiero a la iniciativa, facilitando además la generación y legitimación de un espacio institucional en el tema de salud intercultural, no solamente a nivel del departamento de Potosí sino en el sistema de salud pública boliviano. Otras instituciones de salud pública y académicas universitarias han participado en el curso a través de la participación de docentes y expertos: quisiéramos recordar, entre otras, el Ministerio de Salud y el Hospital de Maquehue de Chile, la Universidad de Castilla-La Mancha en España, la Fondazione Angelo Celli en Italia.

3. Resultados

Participantes

La convocatoria atrajo a más de 70 profesionales de diversas ramas del conocimiento, aceptándose finalmente 33 plazas de profesionales de la salud (entre ellos, médicos -generales, pediatras, cirujanos- enfermeras, docentes universitarios, una arquitecta, una antropóloga). Para la realización del curso se dispusieron 30 becas que fueron financiadas por los organismos internacionales que respaldaron la iniciativa.

Un primer resultado importante del curso guarda relación con la participación de los alumnos seleccionados: de los 33 alumnos iniciales, 29 finalizaron con éxito el ciclo académico, y 25 presentaron proyectos de investigación acción cumpliendo con el programa previsto.

La participación de los estudiantes fue entusiasta, amplia y constante. Se les brindó no sólo la información necesaria, sino también elementos formativos para un cambio que favorezca el mejoramiento personal e institucional de la práctica biomédica. Todos los académicos docentes del curso ofrecieron asesoría permanente para el desarrollo de los proyectos de investigación-acción.

Cabe mencionar que, si bien el curso ha sido diseñado para la capacitación de profesionales de la salud, con docentes nacionales e internacionales que no son indígenas, en el curso participan los facilitadores interculturales del hospital regional, que son hablantes del quechua y el aymará. Además se han incorporado en forma espontánea de dos a tres oyentes indígenas, a quienes también se les proporcionó una constancia de asistencia y participación. Su presencia fue invaluable porque en forma permanente se convirtieron también en educadores-docentes e, incluso, han desarrollado socio-dramas relativos a la atención médico-paciente, con la necesaria perspectiva indígena.

Experimentación exitosa de un currículo y una metodología didáctica

Un segundo resultado importante de Willaqquna fue el haber experimentado exitosamente un currículo y una metodología didáctica que se ha demostrado adecuada a las necesidades formativas y a

los requerimientos de los profesionales de la salud que se encuentran trabajando en áreas rurales o de contacto intercultural.² Los alumnos, por lo general, han manifestado conformidad con la articulación temática de los cursos y han participado activamente en la mayoría de los talleres y sesiones académicas.

En lo que se refiere a la metodología didáctica, hay que destacar dos aspectos: por una parte, se ha trabajado para integrar en el curso, además de la tradicional didáctica de aula, otras metodologías de enseñanza-aprendizaje: en los talleres se manejaron diversas técnicas pedagógicas, especialmente aquellas referidas a la participación grupal, la exposición docente tradicional, seminarios bibliográficos y el aprendizaje por problemas. La mayoría de los módulos didácticos han contemplado momento de aprendizaje activo y los alumnos han sido constantemente requeridos en la aplicación de los contenidos didácticos en situaciones-problemas vinculados con su realidad laboral.

Por otra parte, hay que destacar el gran esfuerzo realizado para activar una *estrategia de seguimiento de los alumnos en el terreno*: en este ámbito el equipo responsable del curso se ha centrado en una metodología que apuntaba a la aplicación de los contenidos didácticos en los servicios de salud y al desarrollo de un ciclo de investigación-acción. En forma obligatoria, todos los alumnos formularon un proyecto que tenía que ver con algún aspecto de mejoramiento de la calidad de los servicios en sus respectivos centros laborales. En concreto, el ciclo de proyecto contemplaba: el diagnóstico y análisis de problemáticas relevantes desde el punto de vista de la salud intercultural, la elaboración de hipótesis de trabajo, la aplicación de instrumento de investigación, el procesamiento de los datos y finalmente el diseño de proyectos de intervención que pudiesen contribuir a la mejoría de los servicios y programas de salud. Es importante señalar que el trabajo de seguimiento ha implicado activar un equipo de supervisores que han mantenido un constante intercambio con los alumnos para la elaboración de sus investigaciones y proyectos de intervención.

El elemento más innovador y exitoso del Postgrado Willaqkuna ha sido el haber logrado que los nuevos conceptos y competencias adquiridas a nivel de aula fueran efectivamente moldeándose en propuestas y proyectos de cambio en los establecimientos de salud, ONGs y otras instituciones de los cuales provenían los participantes. Varios fueron los temas abordados: el personal directivo de un hospital rural planteó la introducción de facilitadores interculturales que hablen el idioma indígena y que puedan orientar, apoyar, aconsejar a los pacientes que asisten al nosocomio. Otros estudiantes plantearon la búsqueda de los factores culturales que condicionan y determinan los comportamientos sociales con respecto a enfermedades infantiles (diarréicas y respiratorias) prevalentes en el Departamento, con la finalidad de establecer cambios que favorezcan su atención integral desde un punto de vista de técnica médica y de adecuación cultural. Con este mismo sentido, otros alumnos trabajaron cuestiones relativas a la salud reproductiva (e incluso esos proyectos fueron apoyados financieramente por organismos internacionales). Otros se abocaron a cambios en los espacios arquitectónicos para transformar la sala de atención de partos en el Hospital Regional “Jatún Jampina Wasi” –“Daniel Bracamonte” en un lugar adaptado a los usos y costumbres indígenas. Un grupo más se dedicó al tema del acercamiento con los médicos indígenas del Departamento para el inicio de un intercambio respetuoso de saberes y prácticas curativas, y que este intercambio ayude asistencialmente a los enfermos hospitalizados. Por último, otros se aproximaron a los recursos herbolarios regionales para su conocimiento e introducción en el medio hospitalario. Todos estos trabajos (con sus respectivos resultados parciales e incluso finales) fueron presentados como tesinas, para acceder a la acreditación académica del curso. A continuación se presenta el listado de los proyectos presentados:

Autor	Lugar de trabajo	Tema de investigación acción	Breve resumen de objetivos y contenido
1). Dr. Rubén Durán	Hospital Eduardo Eguía-Tupiza.	Relación médico-paciente rural.	Describir y analizar los elementos culturales que intervienen en la relación médico-paciente rural que se produce en el Hospital Eduardo Eguía de Tupiza, a fin de diseñar estrategias de comunicación intercultural entre médicos y pacientes rurales quechuas.
2). Dr. Milán Román	Hospital Eduardo Eguía-Tupiza.	Creación de la Oficina Intercultural.	Determinar las relaciones del Hospital E. Eguía de Tupiza con la comunidad, y crear la Oficina Intercultural de Salud, a fin de mejorar y elevar la calidad de los servicios de salud con enfoque intercultural.
3). Lic. Olga Bustamante	Hospital Eduardo Eguía-Tupiza.	Evaluación y reorientación del Fondo Comunitario de Salud.	Describir y analizar los factores que inciden en la disminución de las atenciones del Fondo Comunitario de Salud en el municipio de Tupiza, a fin de re-lanzar su promoción y desarrollo, tomando en cuenta la interculturalidad regional.
4). Dra. Daly Santa María	CARE-Potosí.	Concepciones y prácticas en torno a los problemas durante el embarazo.	Describir y analizar las concepciones y prácticas populares en torno a los problemas durante el embarazo y determinar los principales factores de riesgo obstétrico que reconocen las mujeres del área peri-urbana de la ciudad de Potosí, con el objeto de crear materiales educativos culturalmente validados.
5). Dr. Edwin Pacheco	Centro de Salud de Calcha.	Conocimientos, actitudes y prácticas (CAP's) en torno a las diarreas.	Describir y analizar los CAP's en torno a las diarreas que se producen en la región de Calcha, así como los factores socio-culturales que inciden en la ineficacia de las campañas de educación sobre las EDA's, con el objeto de introducir componentes interculturales que permitan mejorar la calidad y eficacia de las campañas educativas, y consiguientemente, disminuir los cuadros de morbi-mortalidad diarreicas.
6). Lic. Ana Dewulf de Bejarano	Investigación Social y Asesoramiento Legal (ISALP)-Potosí.	Administración intercultural del nuevo hospital de Yura.	Determinar los factores sociales, políticos, económicos y culturales que posibiliten la administración intercultural del hospital de Yura recientemente construido, con la participación compartida del personal de salud institucional, comunidades indígenas, organizaciones sociales y políticas de la región.

Autor	Lugar de trabajo	Tema de investigación acción	Breve resumen de objetivos y contenido
7). Lic. Ingrid Tapia	Unidad Departamental de Asistencia Indígena y Pueblos Originarios (UDAIPO)-Potosí.	Procesos de continuidad y cambio entre curanderos tradicionales.	Describir y analizar los procesos de continuidad y transformación sobre salud/enfermedad/atención de médicos kallawayas y médicos tradicionales del departamento de Potosí, a través del levantamiento de historias de vida de algunos de los asistentes al proceso de organización de curanderos tradicionales, promovido por WILLAQKUNA.
8). Dr. Ismael Gonzáles	MCDI-Cotagaita.	Articulación entre la biomedicina y la medicina tradicional.	Determinar los factores sociales, políticos, económicos y culturales que posibiliten la coordinación y articulación del personal de salud biomédico y el personal de salud tradicional de la región de Cotagaita, con el objeto de reducir los índices de morbi-mortalidad materno-infantil.
9). Dr. Iván Salguero	Servicio Departamental de Salud (SEDES)-Potosí.	Relación médico-paciente en centros de salud de la ciudad de Potosí.	Describir y analizar la relación médico-paciente que se produce en centros de salud de barrios periféricos de la ciudad de Potosí, a fin de diseñar estrategias de comunicación intercultural entre médicos y pacientes.
10). Lic. Sonia Rocha	Carrera de Enfermería, Universidad Nacional de Siglo XX - Llallagua.	Diseño curricular de la carrera de Enfermería.	Determinar los factores sociales y académicos que posibiliten un nuevo diseño curricular de la carrera de Enfermería de la UNSXX que contenga componentes interculturales, a fin de fortalecer procesos de aproximación y comunicación de los nuevos profesionales en enfermería con la realidad cultural e indígena de la región de Llallagua.
11). Lic. Ruth López	Carrera de Enfermería, Universidad Nacional de Siglo XX - Llallagua.	Barreras lingüístico-culturales en el reconocimiento de las diarreas.	Describir y analizar las barreras lingüístico-culturales que se presentan entre los estudiantes de enfermería y los pacientes de origen quechua en torno al reconocimiento y tratamiento de las diarreas, y elaborar un diccionario local quechua sobre las diarreas.
12). Lic. Anatolia Ayllón	Carrera de Trabajo Social, UATF-Potosí.	Currícula intercultural en la carrera de Trabajo Social.	Identificar los factores socio-culturales y académicos, así como las tendencias favorables a la interculturalidad en la carrera de Trabajo Social, a fin de introducir y modificar el plan curricular con enfoque intercultural.

Autor	Lugar de trabajo	Tema de investigación acción	Breve resumen de objetivos y contenido
13). Lic. Olga Ibañez	Carrera de Trabajo Social, UATF - Potosí.	Trabajo Social y Perfil Comunitario en Salud.	Determinar las características del Perfil Comunitario de Salud de la ciudad de Potosí, y establecer las formas de participación de los trabajadores sociales en la problemática regional de salud y de los grupos indígenas y urbano-populares de Potosí.
14). Dr. Marco Valencia	Hospital Obrero N° 5 Caja Nacional de Salud (CNS).	Relación entre personal médico cirujano y pacientes indígenas.	Describir y analizar las distintas concepciones que hay entre el personal de salud cirujano y los pacientes indígenas en torno a las prácticas de cirugía, con el objeto de establecer formas de comunicación intercultural y rescatar las concepciones y prácticas que tienen los indígenas con relación al cuerpo y las prácticas de cirugía.
15). Lic. Plácida Quiroz	Carrera de Enfermería, UATF-Potosí.	Materiales educativos en salud sexual y reproductiva (SSR).	Describir y analizar las concepciones indígenas y populares sobre SSR y determinar la eficacia de los programas educativos en SSR y si éstos se adecuan a la realidad cultural de las comunidades rurales y urbano-marginales de Potosí, a fin de desarrollar instrumentos y programas educativos con enfoque intercultural.
16). Lic. Isabel Delgado	Carrera de Enfermería, UATF-Potosí.	Manejo de herbolaria en el tratamiento de diarreas.	Determinar cuáles son los tratamientos herbolarios que maneja la población de la ciudad de Potosí para resolver problemas de diarreas, y validar su eficacia terapéutica, a fin de incorporarlos en los protocolos de atención de los centros de salud de la ciudad de Potosí.
17). Arq. Ruth Velasco	Hospital Daniel Bracamonte (HDB).	Rehabilitación del servicio de maternidad del HDB con enfoque intercultural y construcción de casa de partos.	Indagar los pensares, sentires y haceres de las mujeres que fueron atendidas en el proceso de pre-parto, parto y puerperio en el HDB, con el objeto de: a) implementar un servicio de obstetricia que brinde una atención de calidad y calidez con enfoque intercultural y, b) construir una casa de partos.
18). Lic. Zenaida Pérez	Investigación Social y Asesoramiento Legal (ISALP)-	Potosí.	Aplicación de conocimientos y prácticas de la medicina indígena yura en la atención de diarreas. Rescatar y fortalecer las percepciones y prácticas de los habitantes del Ayllu Yura acerca de las diarreas, con el objeto de encontrar su relacionamiento y articulación con la biomedicina en el tratamiento de diarreas de niños menores de cinco años del municipio de Tomave.

Autor	Lugar de trabajo	Tema de investigación acción	Breve resumen de objetivos y contenido
19). Dr. José Calle	Hospital Daniel Bracamonte (HDB).	Introducción de herbolaria en los protocolos de atención del HDB.	Identificar medicamentos tradicionales, particularmente medicamentos herbolarios, que son utilizados por la población indígena y popular de la ciudad de Potosí, y validar su eficacia terapéutica, a fin de incorporarlos en los protocolos de atención del HDB en el tratamiento de patologías prevalentes.
20). Dr. Mario Zambrana	Hospital Daniel Bracamonte (HDB).	Vivienda temporal para familiares de pacientes indígenas internados en el HDB.	Determinar la importancia de la construcción de una vivienda temporal para pacientes provenientes del área rural de Potosí, con el objeto de mejorar la calidad y calidez de atención a pacientes y familiares indígenas que llegan al HDB.
21). Dr. Jesús Balderrama	Hospital Daniel Bracamonte.	Prácticas de discriminación y mal trato en el HDB.	Determinar los factores sociales, culturales y económicos que posibilitan la presencia de prácticas de mal trato y discriminación social y étnica por parte del personal de salud del HDB, a fin de realizar abogacía en favor de los derechos de los usuarios, mejorar el servicio de atención y erradicar las prácticas discriminatorias y de mal trato.
22). Dra. Roxana Torres	Oficina Intercultural Willaqkuna, HDB - Potosí.	Concepciones y prácticas en torno al recién nacido.	Describir y analizar las concepciones y prácticas que tienen las parteras tradicionales, las mamás y el personal de salud durante el parto y en torno al recién nacido, particularmente conocer las maniobras que desarrollan para ayudar a los neonatos, con el objeto de desarrollar talleres de capacitación intercultural destinado a las parteras, mamás y personal de salud.
23). Lic. Guadalupe Mendizábal	Centro de Salud "San Benito" - Potosí.	Concepciones populares en torno a las diarreas y educación en salud intercultural.	Describir y analizar las concepciones y prácticas que tienen los habitantes del barrio de "San Benito" de la ciudad de Potosí en torno a las diarreas, a fin de incorporarlas en los programas de educación del personal de salud de los centros de salud de la ciudad de Potosí.
24). Dra. Carmen Ovando	Hospital de Clínicas-La Paz.	Concepciones y prácticas indígenas y populares en torno a la tuberculosis.	Describir y analizar las percepciones y prácticas de los pacientes de origen rural y popular en torno a la tuberculosis y otras patologías emparentadas a ésta, y validar su eficacia terapéutica, a fin de incorporarlas en los protocolos de atención de pacientes tuberculosos del Hospital de Clínicas de La Paz.

Autor	Lugar de trabajo	Tema de investigación acción	Breve resumen de objetivos y contenido
25). Lic. Blanca Kremsberger	Hospital La Paz-La Paz.	Consultas pre-natales con calidad y calidez y satisfacción de las usuarias.	Determinar cuál es la calidad de atención que otorgan los proveedores de salud y el grado de satisfacción de las usuarias de consulta pre-natal en el Hospital La Paz, a fin de mejorar servicio de atención, introduciendo componentes interculturales.

La revisión de los contenidos de los proyectos permite destacar una vez más el carácter aplicado y práctico que ha guiado el Postgrado Willaqkuna: la mayoría de las iniciativas presentadas han abordado problemáticas centrales para el mejoramiento de la atención clínica de los pacientes, la humanización de los servicios, la mayor eficacia de los programa de salud preventiva, y han propuestos acciones de cambio que en muchos casos tienen la ambición de beneficiar no sólo a la población indígena, sino más en general a los usuarios de los servicios de salud. Este resultado se ha obtenido sin afectar la calidad científica y académica del curso que, al contrario, ha mantenido un nivel de excelencia en lo que se refiere a los aportes técnicos y docentes.

Impacto en las políticas formativas de la Universidad

El curso de Postgrado Willaqkuna también ha generado un importante cambio en las carreras de la salud de la Universidad Tomás Frías y de la Universidad Siglo XXI de Llalagua. Luego de la participación en el ciclo formativo, la mayoría de los docentes involucrados en el proceso han planteado la necesidad de ir introduciendo modificaciones y cambios en el pensum de las cátedras de su responsabilidad e incluso en la malla curricular de las carreras (enfermería, trabajo social, medicina)

Impacto en las políticas de salud pública locales

Otro elemento que es necesario relevar guarda relación con el hecho que el Postgrado Willaqkuna ha contribuido a poner el tema de la interculturalidad en las agendas de las instituciones regionales y nacionales que se ocupan de la salud pública. Hoy en día, tanto el Ministerio de Salud como los servicios regionales, los municipios, las ONGs locales han avanzado en el reconocimiento de la diversidad cultural como un desafío fundamental de trabajo: esto, tanto en lo que se refiere a atención de salud como en los programas de promoción y educación.³

4. Comentarios finales

El Postgrado, luego de haber cumplido con todos los talleres modulares, finalizó con una presentación pública de los resultados durante el *Seminario Internacional de Salud Intercultural* que se realizó a finales de abril del año 2002 en la ciudad de Potosí.

Este Seminario cumplió satisfactoria y exitosamente con los objetivos planteados, en particular por lo que se refiere a la presentación de 25 propuestas de trabajo sobre temas de salud pública e interculturalidad.

Como parte de los éxitos logrados en este evento, está la asistencia de alrededor de 500 personas en calidad de expertos, participantes y equipo técnico de apoyo. Llegaron 22 expertos internacionales provenientes de países como EE. UU., México, Guatemala, Panamá, Venezuela, Colombia, Ecuador, Pe-

rú, Chile, Argentina, Brasil, España, Italia y Japón. Y más de cincuenta expertos nacionales provenientes de Beni, Santa Cruz, Tarija, Chuquisaca, Cochabamba, La Paz y Oruro. Además de estos expertos, asistieron también otras personalidades del departamento de Potosí, pertenecientes a organismos gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en el ámbito de la salud y la educación intercultural. Igualmente asistieron alrededor de 30 médicos tradicionales de la región andina del país, quienes compartieron sus experiencias en salud, enriqueciendo el debate en las mesas de discusión.

Asimismo, en este evento, se sentaron las bases para la creación de una red latinoamericana sobre salud e interculturalidad, que está conformada por personalidades que trabajan en universidades latinoamericanas, instituciones gubernamentales y ONG's, El objetivo de esta red es promover experiencias de salud intercultural a nivel latinoamericano y gestionar políticas de salud intercultural que pudieran implementarse desde el Estado y la sociedad civil. Como efecto de los buenos resultados obtenidos, el curso de postgrado en Salud Intercultural WILLAQKUNA constituye hoy en día una trascendental experiencia de interculturalidad en salud y una referencia latinoamericana en lo que se refiere a políticas de salud en zonas indígenas y rurales.

Para un siguiente ciclo se pensaba transformar el postgrado en una maestría en salud intercultural, y extender su matrícula a toda Bolivia e incluso a otros países latinoamericanos. Sin embargo, problemáticas de financiamiento han estancado un proceso que parecía proyectarse hacia futuros muy promisorios.⁴

En función de los resultados alentadores, igualmente deseamos extender dos polos más de desarrollo: uno en Chile (que ha desarrollado ya un programa gubernamental de medicina intercultural) y México-Centroamérica.

Creemos trascendente que esta experiencia boliviana pueda ser ampliada en países centroamericanos, donde la presencia indígena es importante en términos cuali y cuantitativos. Y que los servicios de *salud intercultural adecuada* puedan ser incorporados en forma completa e integral en términos socio-culturales.

Notas

- 1 Willaqquna es una palabra quechua que significa "el que orienta o el que informa".
- 2 Esta apreciación se basa sobre las opiniones recopiladas por los responsables académico, durante el desarrollo del curso.
- 3 Vale la pena señalar (a modo de ejemplo) que a raíz del Proyecto Willaqquna se está implementando en el municipio de Tinquipaya (Potosí) una iniciativa de formación sobre salud intercultural liderada por varios de los docentes y participantes del Postgrado.
- 4 El financiamiento del Ministerio de Relaciones Exteriores Italiano al Hospital de Potosí y al Proyecto Willaqquna se encuentra estancado desde el año 2002.

ANEXO

MÓDULOS DIDÁCTICOS DEL POSTGRADO WILLAQQKUNA

En el plano académico, este curso de postgrado desarrolló doce módulos académicos (diez módulos planificados y dos módulos extraordinarios), de acuerdo con el siguiente detalle:

Módulos Fechas Horas	Docentes Titulares e Invitados	Temario	Breve resumen de contenido
Módulo I 18-19 Abril, 2001 16 horas aula	TITULARES Dra. María del Carmen Daroca Lic. Luca Citarella INVITADOS Dr. Oscar Velasco Dr. Roberto Campos Dr. Jaime Ibacache Dra. Margarita Sáez M. C. S. Iván Castellón	Metodología de la investigación-acción	Validez de la investigación-acción en el conocimiento y transformación de los procesos de salud, enfermedad y atención en zonas indígenas y pluriculturales. Introducción a la metodología cualitativa. Técnicas etnográficas: observación, entrevistas, grupos focales y otros. Elaboración de guías de entrevistas sobre la base de la metodología del RAP.
Módulo II 20-21 Abril, 2001 24 horas aula	TITULAR Dr. Roberto Campos INVITADOS Dr. Jaime Ibacache Dra. Margarita Sáez Lic. Luca Citarella Dr. Oscar Velasco M. C. S. Iván Castellón	Experiencias de salud intercultural en América Latina	El desarrollo del enfoque intercultural en la región de la Araucanía (Chile). La formación del médico general, el proyecto mapuche, la oficina intercultural Amuldungum. El desarrollo de políticas sanitarias hacia la población indígena en México, experiencias de los años cincuenta y setenta. Experiencias de hospitales mixtos. Los distritos sanitarios indígenas en Brasil. Aproximaciones finales para la implementación de políticas interculturales en salud.
Módulo III 11- 13 Mayo, 2001 24 horas aula	TITULAR Lic. Luca Citarella INVITADOS Dr. Oscar Velasco M. C. S. Iván Castellón	Modelos y sistemas médicos	Introducción al concepto de cultura y medicinas. Introducción al concepto de modelo y sistema médico. Bases ideológicas, etiología, agentes terapéuticos, enfermedades. Medicina tradicional indígena, medicina popular y medicina occidental. Interacción entre sistemas: estudio de casos e itinerarios terapéuticos.

Módulos Fechas Horas	Docentes Titulares e Invitados	Temario	Breve resumen de contenido
Módulo IV 15-17 Junio, 2001 24 horas aula	TITULARES Dr. Oscar Velasco M. C. S. Iván Castellón INVITADOS Lic. Luca Citarella M. C. S. Iván Castellón Kallawaya Hugo Ticona	Bases nosológicas y prácticas de la medicina indígena del departamento de Potosí.	Cosmovisión indígena y religión. El pensamiento "mágico-simbólico". Modelo de salud-enfermedad en el mundo indígena quechua-aymara. Etno-clasificaciones, etiología, herbolaria medicinal y recursos empíricos, eficacia terapéutica, la curación ritual y el modelo shamánico. Procesos de transformación del patrimonio médico indígena. Elementos de contacto y de conflicto con la medicina convencional.
Módulo V 27-29 Julio, 2001	TITULAR 24 horas aula Dr. Xavier Albó INVITADOS Lic. Luca Citarella Dr. Oscar Velasco	Interculturalidad, nación y acceso a los servicios del Estado.	Multiculturalidad y Estado en América Latina. Bases históricas y sociales del Estado. Estado y nación. Estructuras de poder de las sociedades latinoamericanas. Legislación sobre multiculturalidad en Bolivia y América Latina. La administración del Estado y la interculturalidad. Procesos de desarrollo de las autonomías territoriales. Experiencias en Europa y América Latina. La utopía pluricultural.
Módulo VI 31, Agosto 1-2 Septiembre, 2001 24 horas aula	TITULARES Dra. Abigail Aguilar Dr. Bruno Parodi INVITADOS Dr. Jaime Zalles Lic. Luca Citarella Dr. Oscar Velasco	Farmacopea indígena y remedios herbolarios.	El papel integral de las plantas: hierbas, remedios empíricos y contexto cultural. Etnocategorías de plantas, nombre y uso. Propiedades terapéuticas de las plantas. Incorporación de recursos herbolarios en los protocolos de atención hospitalarios. Experiencias y estudios de casos en América Latina.
Primer Módulo Extraordinario 28-29 septiembre, 2001 16 horas aula	TITULARES Lic. Luca Citarella Dr. Oscar Velasco	Metodología de la investigación - acción	Ajustes en la elaboración de los perfiles de proyecto de investigación-acción. El trabajo de campo en la investigación etnográfica. Entrenamiento en el manejo de técnicas de recolección de información cualitativa.

Módulos Fechas Horas	Docentes Titulares e Invitados	Temario	Breve resumen de contenido
			<p>La observación, las entrevistas, los grupos focales.</p> <p>Los cuadernos de campo y el registro etnográfico.</p>
<p>Módulo VII 11-12 Octubre, 2001 16 horas aula</p>	<p>TITULAR Dr. Andrea Caprara</p> <p>INVITADOS Dr. Roberto Campos Dra. Adriana Ruíz Dr. Gerardo Fernández Lic. Luca Citarella Dr. Oscar Velasco M. C. S. Iván Castellón</p>	<p>La relación médico-paciente: enfoques y experiencias.</p>	<p>La relación médico-paciente como una relación de poder.</p> <p>La comunicación médico-paciente en áreas indígenas: encuentros y desencuentros, conflictos y armonías.</p> <p>Identificación de principales problemas en la interacción entre personal de salud y usuarios.</p> <p>Técnicas para el mejoramiento de la relación médico-paciente.</p> <p>Estrategia de comunicación intercultural, presentación y discusión de casos.</p> <p>Humanización de la relación médico-paciente.</p> <p>Mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.</p>
<p>Módulo VIII 13-14 Octubre, 2001 16 horas aula</p>	<p>TITULARES Dr. Roberto Campos Dr. Oscar Velasco</p> <p>INVITADOS Dr. Andrea Caprara Dra. Adriana Ruíz Dr. Gerardo Fernández Lic. Luca Citarella M. C. S. Iván Castellón</p>	<p>Enfermedades prevalentes e interculturalidad.</p>	<p>Aspectos psicológicos y relacionales de la enfermedad.</p> <p>Dimensiones sociales y culturales de la enfermedad.</p> <p>Los conceptos de salud, enfermedad, atención y prevención en áreas indígenas y multiculturales.</p> <p>Clasificación y conceptualización de las enfermedades prevalentes desde el punto de vista intercultural.</p> <p>Síndromes culturalmente determinados: "enfermedades indígenas" y "enfermedades occidentales".</p> <p>Estudio de casos: el empacho en México, la mancharisga en áreas andinas, la brujería y otros.</p>
<p>Módulo IX 30 Noviembre 1-2 Diciembre, 2001 24 horas aula</p>	<p>TITULAR Lic. Luca Citarella M. C. S. Iván Castellón</p> <p>INVITADOS Dr. Oscar Velasco Lic. Isabel Herman Lic. Fiorella Calderón Lic. Vicente Nicolás Lic. Patricia Amattler Lic. Justiniano Sánchez Lic. Carmen Fuentes</p>	<p>El enfoque intercultural en el desarrollo de programas de educación para la salud.</p>	<p>La educación intercultural bilingüe en zonas indígenas.</p> <p>Experiencias de bi-alfabetización en zonas quechuas.</p> <p>Educación para la salud. Los conceptos de información, educación y comunicación (IEC) y su aplicación en áreas indígenas.</p> <p>Experiencias educativas en el área de salud sexual reproductiva.</p>

Módulos Fechas Horas	Docentes Titulares e Invitados	Temario	Breve resumen de contenido
Módulo X 18-20 Enero, 2002 24 horas aula	<p>TITULARES Dr. Alberto Vargas Dr. Jaime Zalles</p> <p>INVITADOS Lic. Fiorella Calderón Dra. Denise Y. Arnold Prof. Juan de Dios Yapita Dr. Oscar Velasco Lic. Isabel Herman M. C. S. Iván Castellón Lic. Vicente Nicolás</p>	Conceptos y prácticas sobre dietas y nutrición intercultural.	<p>Las políticas alimentarias prehispánicas. Los casos mesoamericanos y andinos.</p> <p>La dieta europea del siglo XV y su influencia en los pueblos indígenas de América.</p> <p>La contribución de los pueblos indígenas a la alimentación mundial.</p> <p>Los centros de poder y la política mundial de alimentación.</p> <p>Los círculos nutricionales según la cultura y los grupos humanos: primario o básico, secundario y marginal.</p> <p>La papa y el maíz en culturas andinas y mesoamericanas.</p> <p>Otros productos: la soya, quinua, amaranto.</p>
Segundo Módulo Extraordinario 30, Marzo, 2002 8 horas aula	<p>TITULAR Lic. Luca Citarella</p> <p>INVITADO M. C. S. Iván Castellón</p>	El marco lógico.	<p>Elaboración de proyectos de desarrollo en salud.</p> <p>Identificación de árbol de problemas.</p> <p>Construcción de árbol de objetivos.</p> <p>Transformación y permanencia en el diseño de las políticas de intervención.</p> <p>Índice del perfil de intervención.</p>

Bibliografía

WILLAQKUNA

2001 Posgrado en Salud Intercultural. Mimeo. Universidad Tomás Frías. Universidad nacional Autónoma de México. Cooperación Italiana. Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Previsión y Salud Pública de Bolivia.

2001-2002 Postgrado en Salud Intercultural "WILLAQKUNA" INFORME TÉCNICO *Gestión: abril 2001 - abril 2002.*

WILLAQKUNA

2002 Maestría Aplicada en Salud Intercultural. Documento de proyecto Cooperación Italiana. Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Previsión y Salud Pública de Bolivia.

HACIA UN SISTEMA INTERCULTURAL DE SALUD EN BOLIVIA

De la tolerancia a la necesidad sentida

Jacqueline Michaux¹
Universidad Mayor de San Andrés
La Paz. Bolivia

La ineluctabilidad de la interculturalidad en Bolivia

El problema de la salud en Bolivia es comparable a un “cubo mágico”: imposible armar una cara sin afectar a los demás lados. Las caras de la problemática de la salud en un país multicultural son múltiples: políticas, económicas, médicas, cognitivas, simbólicas e imaginarias, psicológicas, históricas y legales. Cada tópico alude a los demás, y todos se articulan en un profundo desencuentro intercultural.

Mal físico, mal social

Así, por ejemplo, el costo de la salud, evocado a menudo por la población aymara para justificar su veto a la atención médica, no alude a la sola disponibilidad monetaria de los interesados, pues sabemos que ciertos tratamientos espirituales llegan a costar veinte o treinta veces más que un tratamiento médico (gratuito para niños pequeños y mujeres parturientas), sino que revela una disconformidad más general hacia el orden social. El discurso aymara sobre el precio de la atención institucional revela una crítica aguda al *biopoder*². La enfermedad se vuelve “metáfora”³: “Porque exige una interpretación, la enfermedad se vuelve entonces el soporte del sentido, signifiante cuyo significado es la relación del individuo al orden social”, y, en el contexto neocolonial que caracteriza a Bolivia, revela la relación de los pueblos indígenas al orden hegemónico criollo.

Así, toda situación local de salud, en pueblos indígenas, se hace eco de la historia política de este pueblo con el Estado. Eso no desvalida la necesidad imprescindible de un seguro universal de salud, sino que pone a luz la dimensión polisemántica de los discursos sobre la salud y la necesidad de diferenciar varios niveles de análisis: por un lado, lo explícito, lo dicho, las explicaciones de los sujetos (costo de la atención, trato inadecuado de parte del personal de salud, problemas de comunicación, diferencias cognitivas entre enfoque biomédico e indígena, etc.) y, por otro lado, lo latente, lo imaginario, las representaciones con las cuales se interpretan y relatan los hechos, y que en última instancia remiten a relaciones de poder, empezando con la desigualdad de la población boliviana frente a la enfermedad, en un país con dos ofertas de salud (pública y privada) muy diferenciadas en términos de calidad y de costo. La enfermedad está reclutada para expresar un desencuentro entre población e instituciones de salud: “el médico no nos trata bien, nos desprecia”, “nos da recetas nada más”, “no nos explica”, “mandan aprendices nomás”, “las vacunas matan a nuestros hijos”, “los anticonceptivos dan cáncer”, “los médicos no saben de *larpha*, de *katja*⁴, eso no curan”, y cada denuncia siendo acompañada de pruebas contundentes porque son vividas por algún familiar o vecino en la comunidad. El imaginario aymara de la medicina occidental es un imaginario de la dominación colonial e incluso del asesinato (“las vacunas ma-

tan a nuestros hijos”). Triste suerte de una ciencia destinada a dar la vida y la salud que ha de ser acusada de promover la muerte de sus usuarios.

Esta visión no es generalizable, y es verdad que los numerosos “cursos de capacitación en salud” organizados en las comunidades por los servicios de salud, en general privados (ONGs), llegan a disipar ciertos malentendidos. Pero éstos a su vez revelan otras dificultades, pues tienen como objetivo cambiar las actitudes o las prácticas de la población consideradas a menudo como poco saludables: higiene, uso de anticonceptivos, asepsia en el parto domiciliario (el llamado “parto limpio”), uso de sales de rehidratación, equilibrio en la dieta diaria, higiene bucal, son algunas de estas recomendaciones preventivas. Pero está claro que el aprendizaje de prácticas preventivas, sin la comprensión de los motivos científicos que la fundamentan (la existencia de microorganismos patológicos, en especial) releva más de la fe que de una real interiorización de conocimientos.

Entonces, si bien un primer malentendido reside en confundir la vocación de la medicina occidental con el uso político de esa (controlar la población de parte del Estado), un segundo problema –más profundo todavía– surge cuando el paradigma científico en el que se basa esta medicina es desconocido por la población, y más aun entra en contradicción con el paradigma de salud de los usuarios, como lo veremos más adelante.

La nueva repartija del poder

Pero si bien la enfermedad remite a relaciones de poder, éstas no son inmutables. En los últimos veinte años se ha ido gestando un nuevo pacto social entre pueblos indígenas y Estado. Bolivia ha sido reconocida como un país pluricultural y multilingüe en la Constitución Política del Estado (CPE, 1995), lo que permitió la promulgación e implementación de leyes específicas a favor de la participación y del empoderamiento de los pueblos indígenas-originarios en el país⁵. La Ley de Participación Popular (1994) fortalece el poder local de los ayllus y comunidades indígenas, reconociendo la legalidad de las organizaciones sociopolíticas indígenas; la ley del Servicio Nacional de Reforma Agraria (1996) ofrece la posibilidad legal de una tenencia comunitaria de la tierra, bajo el denominativo de Tierras Comunitarias de Origen; la ley de Municipalidades (1999) permite un real poder local, con distritos indígenas, con vista a la creación de municipios indígenas⁶. En este sentido, los ayllus y comunidades indígenas, a través de su gobierno municipal, tienen legalmente la posibilidad de proponer una política de salud original.

Este proceso está ligado a una reflexión crítica de fondo sobre el tipo de desarrollo deseable y posible para Bolivia. Aunque existe una fuerte y tenaz resistencia ante ello, tanto en el medio de las ONGs e instituciones de desarrollo como en el ámbito político, no podemos ya ignorar los análisis realizados sobre la imposibilidad⁷ de promover un desarrollo de tipo occidental, en un país en mayoría no-occidental, no-industrial, no-capitalista, cuya mayoría está enmarcada, al contrario, en un paradigma de desarrollo cualitativo basado en el principio de reciprocidad⁸, generador del lazo social.

Las cosas no son como antes de octubre, se escucha a menudo en La Paz. En el mes de octubre del presente año, más de ochenta aymaras fueron muertos por las fuerzas armadas y centenares heridos a balas, bajo las órdenes del Ministro del Interior, en la ciudad de El Alto, La Paz y en la provincia Omasuyos, del departamento de La Paz (Warisata). Estos asesinatos se inscriben en la memoria larga de las relaciones Ayllus/Estado, puntuada de rebeliones y sublevaciones reprimidas. Pero a diferencia de las demás revueltas (“guerra”, dicen algunos), ésta concluyó con la renuncia del Presidente de la República, Gonzalo Sánchez de Lozada, y de su gobierno. Mientras protagonizaba la fuga del gas natural al exterior, terminó huyendo por el aire, en helicóptero, y con él todo un modelo neoliberal. Una asamblea constituyente debería ser elaborada el próximo año para concertar una nueva Constitución con enfoque intercultural, que permita una real representación política del 62% de la población boliviana, que es indígena (Medina, 2003).

En este contexto, la interculturalidad ya no es sólo una “trasversal” introducida a regañadientes entre las líneas de los proyectos y planes de desarrollo “porque así lo exigen los financiadores (sic)”, sino la piedra fundamental en la que deberían reposar las políticas nacionales y locales. Y en este campo, los pueblos indígenas tienen ventajas, pues son cinco siglos que construyeron su identidad en relación con el “otro”, el Estado, la sociedad occidental, aprendiendo a manejar el idioma del conquistador, sus leyes, su economía, su sistema político, su tecnología, y logrando crear múltiples espacios de mediación entre sí y el otro. Al contrario, la sociedad criolla no habla hoy el aymara o el guaraní, no conoce la justicia comunitaria, ni la economía de reciprocidad, porque seguramente pensaba que la corriente de la historia llevaba a todos en el único cauce de la occidentalización. Pero, en Bolivia, el pueblo aymara jugó una mala pasada a la historia⁹. Así, si bien para los unos, los pueblos indígenas, las dos Bolivias eran concebidas como incluyentes, para los otros, las dos Bolivias eran excluyentes.

En este sentido, si la interculturalidad parte de un verdadero diálogo intercivilizacional, todos debemos aprender a hablar el lenguaje de la diversidad, de la heterogeneidad y de la pluralidad de los saberes y paradigmas, para crear luego sistemas de traducción y mediación entre estas “territorialidades mentales”. Una política de salud ya no puede pensarse únicamente a partir de inversiones en infraestructuras de salud y equipamiento. Una política de salud monocultural ya no es viable, no sólo porque genera la suspicacia de la población indígena, sino porque las relaciones de poder han sido redistribuidas, y más aun, porque es privar al conjunto de la sociedad de un abanico de capacidades y potencialidades que se desvuelven hoy en más de la mitad del sistema de salud boliviano.

Es en este contexto general, algo alborotado, que se inscribe el presente artículo en el que quisiera aportar algunos elementos de reflexión basados en estudios de carácter teórico y en una experiencia concreta realizada en el municipio de Ancoraimes desde 1999. En primer lugar, presentaremos las bases teóricas del modelo propuesto, analizando en especial los principales conceptos en los cuales reposa esta propuesta de humanización e interculturalidad en salud. Describiré luego las características del modelo propuesto, sus principales componentes y las estrategias desarrolladas para su validación en el municipio de Ancoraimes.

Bases teóricas e hipótesis

Diferencias culturales y antagonismos de civilizaciones

La interculturalidad supone la pluriculturalidad, es decir, la coexistencia en un espacio delimitado, de personas o grupos que se identifican o pueden ser identificados como pertenecientes a culturas distintas. Eso implica una clarificación del concepto de cultura. Toda persona o grupo construye su sentimiento de “identidad” a partir de relaciones concretas que establece con los demás. En todas las sociedades, estas relaciones se basan en el principio de reciprocidad que ubica a cada persona en la situación peculiar de donador o donatario, pero lo llamativo de esta situación es que el donador es un donatario potencial, y el donatario, un donador futuro, en función de las tres obligaciones del don: dar, recibir, reproducir el don (Mauss 1924). Estas relaciones de reciprocidad se organizan según distintas estructuras: binarias (entre dos partenaires), ternarias (entre más de dos), simétricas o centralizadas. Por ejemplo, la relación materna posiciona a una mujer entre su madre y su hija: la madre da a su hija lo que ella recibió de su madre (los cuidados), lo que la pone en la situación particular de ser madre de su hija e hija de su madre, es decir, que está integrada a una estructura ternaria entre generaciones. El *yatiri* (sacerdote aymara) se ubica también al centro de una relación entre un donador-consultante y la naturaleza, representada como donadora de las condiciones de la producción (lluvia, tierra fértil, sol, etc.). Y así el padrino, el ahijado, los aynis, los compadres..., de tal manera que cada familia se encuentre enlazada a las demás en una red de relaciones sociales cada vez más amplia. En el contexto andino, las relaciones familiares (filiación, alianza, parentesco espiritual), las relaciones interfamiliares económicas y

políticas, las relaciones intercomunitarias (ferias, campeonatos de fútbol, tinku, competencias festivas, etc.) corresponden a estructuras de reciprocidad particulares que, combinadas entre sí, son *sistemas de reciprocidad* propios a cada comunidad o región. La reciprocidad, como principio generador del lazo social, es universal, pero su concretización en lo real (¿qué don?, ¿cuándo?, ¿cómo?, ¿a quién?) y las expresiones simbólicas que representan el lazo social creado mediante estas relaciones serán *propias de cada comunidad* (danza, textil, música, lengua, etc.), pues reflejan los imaginarios locales. Las comunidades aymaras gozan de sus diferencias culturales, llamadas “costumbres” (*kustumri*), que las diferencian las unas de las otras, haciendo hincapié en sus variaciones rituales, lingüísticas, festivas, etc., incluso entre comunidades distantes pocos kilómetros.

En las sociedades occidentales, dominada, por el sistema de intercambio, las ocasiones de crear este lazo social se han vuelto escasas, las relaciones sociales están siendo regidas por contratos laborales o transacciones comerciales. Los espacios de creación del lazo social se han limitado a la esfera familiar y a grupos limitados de personas (amigos, por ejemplo), mientras que en las sociedades indígenas toda relación con el otro tiende a ser enmarcada en una estructura de reciprocidad, todo acontecimiento está reclutado para crear o reforzar el lazo social.

Por supuesto que las comunidades andinas, desde el siglo XVI, están en relación con la economía de intercambio, mediante la venta de su fuerza de trabajo y de sus productos, o mediante préstamos bancarios. Pero estas relaciones se diferencian de las relaciones intracomunitarias, como si existiesen dos territorialidades “mentales” diferenciadas: la una, propia de la comunidad, basada en la reciprocidad (dones y contradones, ayuda mutua, redistribuciones, etc.) y por ende a la producción material y social; y la otra, propia de la otra sociedad (intercambio), destinada a la obtención de valores materiales.

Una situación intercultural pone en contacto personas o grupos de culturas distintas, pero a menudo entendemos la interculturalidad como relaciones entre personas o grupos indígenas con personas o grupos no indígenas. Las diferencias entre ambas “culturas” no son del mismo orden que las variaciones locales entre comunidades de reciprocidad. Las diferencias entre comunidades se ubican en el nivel imaginario, mientras que entre sociedades indígenas y occidentales reflejan antagonismos fundamentales entre dos civilizaciones: la una basada en la reciprocidad y la creación del lazo social; la otra, en el intercambio y el interés privado.

Los cambios en el ámbito de los imaginarios son necesarios para lograr adaptarse a los cambios técnicos o históricos, mientras los cambios a nivel de sistema desestructuran a las comunidades, las deshumanizan. La historia de las Américas es la historia de la confrontación de dos civilizaciones antagónicas, la historia de la dominación del sistema de intercambio sobre el sistema de reciprocidad¹⁰.

Ahora bien ¿qué tiene que ver todo eso con la salud?

Medicina moderna occidental y medicina indígena: dos paradigmas opuestos

Paradigmas científicos occidentales

La medicina occidental se ha constituido sobre el paradigma científico clásico occidental, que tuvo su apogeo en el siglo XX, basado en la lógica aristotélica y los postulados de identidad, de contradicción (en realidad se debería decir de no-contradicción puesto que no reconoce la posibilidad de un valor en sí contradictorio) y del tercer excluido, que se resume a una lógica llamada binaria o bivalente. Analiza la realidad a partir de una serie de oposiciones irreducibles: cuerpo/mente, individuo/sociedad, enfermedad/salud, naturaleza/cultura, etc., que deben ser estudiados separadamente en función de una exigencia analítica: la realidad está recortada en unidades mínimas a partir de las cuales se piensa llegar a la totalidad del fenómeno o del objeto de estudio. Estos elementos aislados los unos de los otros deben ser, además, estudiados en condiciones objetivas para evitar toda influencia del contexto o del investigador (exigencia de objetividad). La medicina occidental moderna utiliza estas premisas y promue-

ve el estudio del cuerpo (dejando el estudio de la mente y del espíritu a otros campos, la religión o las disciplinas “psi-”, por ejemplo), de manera mecanicista, promoviendo una especialización cada vez mayor para el estudio de cada una de sus partes. Por un lado, el cuerpo está aislado de las demás dimensiones humanas (social, mental, afectiva, espiritual), y por otro lado, dentro de la misma biomedicina, el estudio del cuerpo humano está fraccionado en partes cada vez más pequeñas. De hecho, esta objetivización del cuerpo humano permitió los grandes adelantos médicos que conocemos hoy, y sin los cuales muchos de nosotros no estaríamos hoy discutiendo del tema. Pero a la vez, este paradigma (analítico, reduccionista, positivista, universalista¹¹) se generalizó a todos los campos de la medicina, desvalorizando aquellos campos médicos que promovían enfoques más holísticos, tales como la medicina general¹², por ejemplo.

A mediados del siglo XX, los descubrimientos de la física cuántica cuestionan los postulados de la ciencia clásica, de la física newtoniana, de la lógica binaria, de una visión mecanicista de la realidad. El llamado *nuevo paradigma científico* muestra lógicas no-aristotélicas (trivalente, polivalentes, contradictorias)¹³, una metodología sistémica (cada parte influye sobre la totalidad), la subjetividad a partir de la cual un objeto no puede ser desligado del sujeto que lo analiza, el reconocimiento del tercer incluido¹⁴. En el campo médico, se plantea la necesidad de un nuevo paradigma, más “holístico”.

Chunchei Chi (2003) ha mostrado que el nuevo paradigma médico, incluyente y holístico, parte de premisas distintas. Plantea que la mejor manera de llegar a una generalización es partiendo de la totalidad hasta llegar a las partes mínimas; porque cada parte ejerce un efecto no-independiente sobre la totalidad, esta totalidad no puede ser aprehendida mediante el análisis de cada una de sus partes independientemente; la totalidad es siempre mayor a la suma de sus partes porque cada sistema tiene propiedades o comportamientos que sus partes no tienen; todos los problemas pueden ser considerados como parte de totalidades más grandes; plantea que los problemas deben ser entendidos en sus interrelaciones con los demás problemas. Además, se basa en el principio de relatividad (Einstein, Heisenberg): no existen leyes universales sino procesos dependientes de un contexto. Finalmente, Chi constata la ineluctabilidad de la subjetividad: ni el problema estudiado, ni la metodología son independientes del investigador o de sus valores. Resume en el cuadro siguiente las principales diferencias epistemológicas entre ambos paradigmas:

	Paradigma analítico	Paradigma holístico
Concepto de salud y enfermedad	La “salud” como ausencia de enfermedad	La “salud” como un estado de bienestar y adaptación
Concepciones de los problemas de salud	Enfermedades como consecuencias de las interacciones de los organismos individuales humanos con los organismos enfermos	Enfermedades como consecuencias de las interacciones del ser humano con su ámbito social y físico
Soluciones de los problemas de salud	Soluciones individuales (comportamentales) y técnicas	Soluciones colectivas (sociales, económicas, políticas, epidemiológicas y espirituales) y soluciones individuales

Visiones analítica y holística de la salud y de la enfermedad (Chunchei Chi, 2003)

Paradigma médico andino y paradigma biomédico

El paradigma médico “amerindio” opera una suerte de relación analógica entre el cuerpo individual, el cuerpo social y el cuerpo cosmológico (Devish, 1995): un trastorno en uno de estos “cuerpos” afecta a la totalidad del sistema. En otro trabajo, he mostrado cómo los trastornos visibles, fisiológicos, refieren siempre en última instancia a un trastorno en el orden de las relaciones de reciprocidad. Las llamadas “creencias”, que son considerados por las mentes positivistas como supersticiones insensatas, son

formas concientes de recordar los imperativos de reciprocidad. Por ejemplo, en el Altiplano Norte, se considera a menudo que una granizada, destructora de la cosecha, está producida en el cielo por “angelitos”, que no son sino niños abortados no socializados, es decir, no bautizados o no enterrados, según las normas rituales específicas a esta situación. Estos angelitos harían bolitas de nube para castigar a la comunidad de su destino. Se busca la culpable en la comunidad y se pide indemnización (un don) para retornar al orden. Son en general las adolescentes que abortan porque su embarazo es fruto de un encuentro esporádico, es decir, de relaciones que no son socialmente legitimadas por la comunidad, pues no se basan en una alianza entre familias (*jaqichasiña*). Un trastorno individual (aborto), influye sobre el orden social (mala producción agrícola), mediante la intervención de las fuerzas del cosmos (el granizo, como fuerza espiritual). Todas las fuerzas de la naturaleza son representadas como fuerzas espirituales materializadas en lluvia, granizo, viento, nieve, trueno, relámpagos, etc., porque la naturaleza participa, en la visión aymara, de la reciprocidad en calidad de donadora por excelencia (*Pachamama*). Un trastorno en el orden social, es decir, en las relaciones de reciprocidad, afecta los demás niveles individual y cosmológico. Diferenciar estos niveles permite a la vez cuestionar ciertas “creencias”, en la medida en que corresponden a la expresión de un imperativo social. Las expresiones pueden cambiar, y por ende las normas sociales, mientras se respeta los imperativos primordiales de reciprocidad.

En este sentido, no existe una separación entre lo biológico y lo espiritual. El nivel físico es el soporte de la vida espiritual, que expresa a su vez la vida relacional de una persona con su entorno. Tras una enfermedad y sus causas fisiológicas, se buscará siempre la causa original del mal en el orden social. A menudo, son relaciones de reciprocidad negativa entre familias (brujería, por ejemplo) o el no respeto a la reglas de reciprocidad, que explicarán una disfunción fisiológica.

Entendemos así las diferencias fundamentales existentes entre la biomedicina tal como se la enseña y práctica hoy en Bolivia, y el enfoque terapéutico andino. De manera general, estas diferencias han sido constatadas no sólo en Bolivia, sino entre la medicina occidental y todas las medicinas tradicionales:

La medicina occidental (oficial, alopática, científica, ortodoxa) está basada en la ciencia; la curación tradicional (alternativa, complementaria, energética, holística, tradicional, y espiritual) está basada en la espiritualidad. La ciencia asume que los seres humanos emergieron de la materia; el enfoque espiritual propone que los seres humanos emergieron de la conciencia (universal). Por supuesto, la verdadera espiritualidad toma en cuenta los descubrimientos de la ciencia. La ciencia se basa en el intelecto; la espiritualidad se basa en el corazón. El intelecto usa la mente racional (lógica), mientras el corazón se basa en la mente intuitiva. La mente racional quiere ser objetiva, la mente intuitiva es necesariamente subjetiva. La objetividad es la base de la ciencia, la subjetividad es la base de la espiritualidad. Los científicos reconocen e investigan (sólo) la materia, los místicos investigan la conciencia, y aprehenden distintos niveles del ser humano: espiritual (la libre voluntad, el amor incondicional y la inteligencia universal), psíquico (mental y emocional), y físico (pranic [informacional-energético] y material). La medicina occidental considera que los seres humanos son máquinas bioquímicas; la terapia tradicional, por otro lado, considera que los humanos son seres concientes y regidos por múltiples leyes, en las cuales el cuerpo físico es sólo una dimensión. (Kononenko, 2003).

Pero cabe preguntarse: ¿a qué conciencia aluden las medicinas tradicionales, que las diferenciarían de la medicina occidental? Si la medicina occidental ha podido objetivizar la materia, desligarla de toda carga afectiva, ¿no sería acaso porque la materia dejó de ser, en el pensamiento occidental, la representación, el símbolo visible, de la vida espiritual? Y entonces, ¿de dónde viene esta vida espiritual, esta afectividad?

Temple (en prensa) ha presentado los aportes fundamentales de Stéphane Lupasco que se basan en el principio de antagonismo y la lógica de lo contradictorio:

Todo fenómeno que se actualiza está ligado a un anti-fenómeno que se potencializa. Entre las actualizaciones-potencializaciones antagonistas, aparece una tercera polaridad, la de lo contradictorio.

En los eventos contradictorios, toda actualización es aniquilada. Toda materia o energía se borra. En su lugar nace lo que los físicos llaman la energía del vacío, el vacío cuántico. Asimismo, toda potencialización está aniquilada por su contrario. Lupasco interpreta entonces la potencialización como una conciencia elemental. En el espacio contradictorio, las conciencias elementales se relativizan mutuamente para dar lugar a una conciencia de conciencia. La energía del vacío puede ser considerada hasta como una conciencia de conciencia.

Esta relativización mutua de fuerzas antagónicas, de la que emerge este espacio contradictorio, es un espacio de libertad, no de la libertad de hacer una u otra cosa, sino una liberación frente a las fuerzas de la naturaleza de las que nació. “Esta libertad sería probablemente una experiencia de la nada, si no se sintiese a sí mismo como afectividad. Y tal libertad, sin relación a nada sino a sí mismo, tiene forzosamente el carácter de lo absoluto” (Temple, *ibid.*). La conciencia revelada a sí misma es afectividad, es la conciencia afectiva.

Si el antagonismo crece en desmedro de sus polaridades no contradictorias, esta conciencia de conciencia se despliega. Si una de las polaridades no contradictorias no se anula totalmente, ésta aparece entonces como el horizonte de esta conciencia de conciencia que está definida de manera unilateral por ella. Llamaremos tal conciencia de conciencia, la conciencia objetiva.

Es decir, que la conciencia afectiva (cuyo significante es la *chuyma* en el mundo aymara) y la conciencia objetiva se diferencian en el hecho que las fuerzas que hacen intervenir ambas están orientadas de manera inversa: la primera hacia lo contradictorio, la segunda hacia lo no-contradictorio.

Tomemos el ejemplo de dos fuerzas antagónicas naturales: la vida y la muerte. En la naturaleza, estas fuerzas se relativizan en ciertas circunstancias: el animal que se sabe observado por un depredador, inmóvil, en acecho, sentirá un instante esta liberación de toda determinación de las fuerzas de la naturaleza. Pero esta libertad es efímera, puesto que directamente será sobrellevada por la actualización de la vida (la presa escapa), o de la muerte (la presa muere).

Temple (*ibid.*) muestra que es la reciprocidad que permitió a las sociedades humanas escapar de las determinaciones de las fuerzas de la naturaleza, puesto que implica la creación de una afectividad compartida entre dos o varios participantes, superior al sentimiento de existencia de cada participante. Es el sentimiento de humanidad que nace de toda relación de reciprocidad y que se expresa a su vez como espíritu, el *espíritu del don*.

Si insisto en proponer, aunque de manera demasiado resumida, esta teoría de la afectividad, es que permite explicar lo que está en juego en el campo de la salud en comunidades indígenas. En otro trabajo, he mostrado cómo el sacerdote aymara, el *yatiri*, recrea esta vida espiritual en cada ritual. El sacrificio de la llama, representado por un feto de llama ubicado al centro de las ofrendas rituales en los Andes, es el sacrificio de las fuerzas de la naturaleza, para dar nacimiento a la vida espiritual.

El espíritu del don se encuentra proyectado a todo lo que compone el universo: los cerros, los ríos, la lluvia, los productos agrícolas, los animales, los seres humanos. Todo está animado de una vida espiritual, porque todo está considerado como protagonista y partícipe de una relación de reciprocidad. Los espíritus de los productos agrícolas (*ispalla*), de los animales y de la gente (*illa*), son las expresiones del sentimiento compartido en la comunidad. Un agricultor de la provincia Camacho me explicó que la mala cosecha de papa del año se debía a la desaparición del espíritu de la papa. Antes, los pastores de Ulla Ulla tenían relaciones de reciprocidad con los habitantes de la región de Umanata, llevándoles lana y recibiendo papa. Pero las comunidades de Ulla Ulla ya no bajan, y la papa se vende en la feria semanal. Los compradores se llevan la papa, y el espíritu de la papa ya no está en la comunidad. Las relaciones de reciprocidad generan un lazo social expresado como espíritu que anima a todo lo que se produce y se hace en las comunidades aymaras.

La representación andina del desorden, del mal, remite a un desorden social fruto del debilitamiento de las relaciones de reciprocidad entre comunidades o familias. Así, las diferencias entre paradigmas de salud remiten a oposiciones más generales entre sociedades fundadas en el intercambio, que no producen sino valores materiales, y las sociedades de reciprocidad que ponen la producción material al servicio de la producción de valores humanos.

El siguiente cuadro presenta las principales diferencias entre el paradigma andino y el paradigma biomédico moderno:

Conceptos prácticas	Paradigma biomédico occidental	Paradigma andino
<i>Cuerpo</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Organismo vivo (o muerto) concebido como sustancia material visible: opuesto al alma. - Su funcionamiento interno y las manifestaciones de sus disfunciones ha dado lugar a un estudio científico, cada vez más especializado y tecnificado. - Visión segmentada del cuerpo en órganos, partes, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Soporte material de la vida espiritual que depende de las relaciones de la persona con su entorno social y cosmológico. - No se puede disociar la sustancia corporal, de lo espiritual y de lo social: su funcionamiento no puede ser analizado en su sola materialidad. - Visión holista del cuerpo.
<i>Salud</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de enfermedad = de trastornos corporales (sentido restringido). - Estado de bienestar físico, mental y social (sentido amplio). 	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones armónicas en la familia, en la comunidad, y con el cosmos (<i>pacha</i>) = respetar las reglas de reciprocidad entre humanos y con la naturaleza.
<i>Enfermedad</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de una función o de un órgano. - La enfermedad es individual (o concierne a un conjunto de individuos en el caso de las epidemias). 	<ul style="list-style-type: none"> - Síntoma de un desorden social (enemistad, no respeto de ritos, no respeto de reglas sociales –aborto, adulterio, etc.).
<i>Etiología</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Un agente externo material (bacteria, parásito, etc.). - Una deficiencia genética. - Una agresión del entorno físico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un comportamiento inadecuado en la comunidad puede tener repercusiones sobre el cuerpo individual, el cuerpo social y el cuerpo cosmológico: estos cuerpos están relacionados. - Un agente externo invisible que representa una relación social perturbada (maldición, <i>kharihari</i>, etc.).
<i>Método de detección</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico a partir de la auscultación del cuerpo del enfermo y/o de análisis de sustancias corporales (sangre, orín, heces) o exámenes que permiten observar el cuerpo. - Centrado en el cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adivinación en la coca (u otras técnicas) que permiten dar un sentido (explicación en relación a lo invisible) a la enfermedad. - Centrado en las relaciones del sujeto con su entorno.
<i>Procedimiento terapéutico</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Recuperación de la función alterada mediante el consumo de medicamentos que actúan sobre la materia o de una intervención quirúrgica (con posible extracción de la parte dañada). - Acción sobre la materia biológica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desplazamiento de la atención del individuo a lo social, de lo visible a lo invisible. - Realización de ritos que permiten al individuo restablecer en su imaginario una coherencia perdida (reincorporación del <i>ajayu</i>, por ejemplo). - Recordar las reglas sociales de reciprocidad con el entorno. - Acción sobre la energía psíquica.
<i>Rol del paciente</i>	<ul style="list-style-type: none"> - En general, pasivo porque está sometido a los conocimientos e intervenciones del especialista. - Responsabilidad individual en cuanto al cumplimiento del tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participativo y activo: el paciente debe realizar el ritual (recrear un mundo coherente con los ingredientes rituales) con el <i>yatiri</i> y vivir emocionalmente con él la curación. - Responsabilidad comunitaria: antes, los mallku se preocupaban de la salud de todos los miembros del ayllu.
<i>Relación con el paciente</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Remuneración monetaria establecida por tarifas fijas (aunque variables). 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento dependiendo de la voluntad del paciente, en dinero o en productos (a veces un plato de comida, chuño, etc.). - Depende del reconocimiento y del prestigio que el paciente quiere expresar al <i>yatiri</i>.

La interculturalidad como interfase entre civilizaciones

Definición general de la interculturalidad

Para los individuos y los grupos pertenecientes a dos o varios conjuntos culturales, reclamándose de culturas distintas o pudiendo ser referidos a éstas, llamaremos interculturación los procesos mediante los cuales, en las interacciones que desarrollan, [los individuos o grupos] involucran implícitamente o explícitamente la diferencia cultural que intentan metabolizar. (Denoux, 1994, p. 72)

El criterio fundamental de la interculturalidad, tal como la concibe Denoux, es la *implicación* de la diferencia cultural de los sujetos en interacción. Así, muchas situaciones interculturales, es decir, en las cuales intervienen personas pertenecientes a culturas diferentes, no llegan a crear un proceso de *interculturación*. Tal es el caso, por ejemplo, de un jardinero aymara empleado en la casa de una familia criolla. Su interacción con su empleador es de tipo laboral. Diríamos que el jardinero no hace intervenir sus concepciones sobre las relaciones sociales, la naturaleza y la fertilidad de la tierra divinizada, etc., sino que pone adelante sus capacidades técnicas de jardinero que permitirán satisfacer la demanda del dueño de casa. La relación laboral, regida por la ley del trabajo, permitirá establecer un contrato, borrándose las diferencias culturales de ambas partes. Lo que sí se espera del propietario, es una actitud de respeto humano hacia el empleado, sea cual sea la pertenencia cultural de éste. El respeto y el trato humano, si bien son una condición previa a toda relación (intercultural o no), no son suficientes para generar un proceso de interculturación, porque se puede realizar una transacción laboral sin conocer, apreciar o rechazar la cultura del otro. Sin embargo, en el caso mencionado, ciertas circunstancias pueden conllevar ambas partes a una relación de tipo intercultural: la ausencia del empleado por motivos festivos o porque tiene que cumplir un cargo en su comunidad, por ejemplo, puede hacer intervenir las diferencias entre derecho comunitario y derecho laboral positivo. En este caso, el proceso de *interculturación* supondrá una elaboración cultural nueva entre las dos culturas, y que no es propia ni de la una, ni de la otra.

Denoux considera este tercer espacio de la relación como la “metabolización de la diferencia”, pues la interculturación “no se resume a los efectos separados de este intercambio sobre la relación de cada uno a su cultura (...), sino que reside, a través de los actores del intercambio, en una elaboración cultura tercia de este intercambio”. Este espacio podría ser llamado también *interfase entre sistemas* culturales, pues es un espacio que nace “entre” cada cultura. Denoux ilustra su propuesta con el ejemplo de una persona bilingüe que decía tener “dos culturas” y a la que se contestó que “debía seguramente existir un tercer lugar a partir del cual estaba pasando de la una a la otra”. Este lugar sería el espacio intercultural, según el autor.

De manera más concreta, la interculturalidad implica una relativización de las concepciones, representaciones y prácticas del uno por las del otro, es decir, un proceso consciente de reflexión y análisis. Tomaremos un ejemplo de ello: los miembros del personal de salud que trabaja en área rural, los auxiliares de enfermería en el caso del municipio de Ancoraimas, conocen y manejan ambos enfoques médicos, puesto que han crecido y viven en la comunidad, y han recibido una formación paramédica. En realidad, la inserción de agentes de salud aymaras en los establecimientos de salud tenía como objetivo mejorar la comunicación con la población gracias a la mediación de estos personales “biculturales”, para decirlo así.

Sin embargo, las cosas no fueron tan sencillas: “Pensábamos que iban a solucionar los problemas de relación con la población, pero en vez de eso les hemos conflictuado...”, comenta un médico de Carabuco. Este “conflicto” se refiere a la dificultad para los auxiliares de establecer “puentes”, “interfases” entre los conocimientos y representaciones médicas y aymaras. En sí, su identidad profesional entra en contradicción con su identidad cultural. La interculturación no es un proceso espontáneo ni natural.

Requiere de un aprendizaje. El error de las instituciones de salud es haber pensado que los auxiliares de enfermería (antiguos agentes de salud comunitarios) iban a realizar una suerte de síntesis espontánea entre el paradigma biomédico y el paradigma andino. Por otro lado, el error ha sido también, a mi parecer, de integrar a estos agentes de salud dentro de la institución de salud, en vez de favorecer su dependencia hacia sus propias autoridades políticas y morales (*yatiris*, por ejemplo). En el contexto social y político actual, esta dependencia fue interpretada como cierta falta de lealtad hacia las comunidades. Fue entonces necesario crear otra categoría de agentes de salud, los responsables populares de salud, llamados comúnmente RPS, quienes trabajan voluntariamente al servicio de la institución de salud en prevención y registro de patologías y embarazos. Actualmente, estos RPS reciben una formación básica en medicina natural, a manera de agradecer sus servicios y de permitirles elaborar medicamentos naturales (pomadas, jarabes, etc.) a ser vendidos luego en su comunidad para obtener algún ingreso económico. En este contexto, llama la atención, por un lado, la falta de valoración real del grado de complejidad que implica la interculturación y, por otro lado, la marginación de la comunidad como instancia de poder, de decisión y de control. El sistema de salud se ha pensado desde un esquema verticalista monocultural encabezado por la institución de salud, mientras las comunidades conciben sus relaciones en forma de red.

La interculturación implica un triple proceso: afectivo (trato humano, no discriminatorio), cognitivo (entender el sentido de las diferencias “culturales” y metabolizarlas) y político (empoderamiento de las comunidades en asuntos de salud).

Factores determinantes del encuentro intercultural en salud

116

El campo de salud refleja las dificultades del dialogo intercultural existente en el país. Se traducen en general por una insatisfacción tanto de parte de la población como del personal de salud. Esta insatisfacción se traduce a su vez en opiniones y actitudes de rechazo hacia las instituciones de salud (“prefiero morir en mi casa que dar a luz en el hospital”, “el médico nos trata mal, nos desprecia”, etc.), y críticas del personal de salud hacia la población (“no valoran nuestro esfuerzo”, “caminamos horas y no nos dan ni un vaso de agua”, “prefieren cuidar a sus animales que a sus hijos”, etc.). En realidad, tanto la población como el personal de salud padecen de una falta de comunicación.

Estas insatisfacciones están determinadas por una serie de factores contextuales, no directamente médicos, que influyen en el encuentro intercultural, y toda intervención para mejorar el dialogo intercultural debe tomarlos en cuenta. Podemos clasificarlos de la siguiente manera:

a) Contexto político

- Ya hemos hablado de las relaciones de poder existentes entre sociedad criolla y pueblos indígenas. Cabe subrayar que mientras existan en Bolivia prácticas y opiniones discriminatorias hacia los pueblos indígenas, será imposible establecer un verdadero encuentro intercultural entre las instituciones de salud y las comunidades aymaras, pues el imaginario de la dominación invadirá el escenario de las relaciones terapéuticas. No se trata aquí de un problema intercultural, sino de un problema de respeto humano.

b) De tipo institucional

- Disfuncionamiento del sistema de salud que se plasma en el sub-equipamiento de los establecimientos rurales, la remuneración insuficiente del personal de salud, las exigencias laborales que dejan poco tiempo a la promoción de la calidad y la formación permanente, las condiciones de

trabajo difíciles en especial para llegar a comunidades aisladas, etc. De ahí que la motivación del personal para abordar la problemática cultural es reducida.

- Insuficiencia de la formación médica y para-médica, que no contempla una enseñanza mínima en ciencias sociales (antropología, psicología, sociología, idiomas nativos, etc.). Sólo la carrera de enfermería propone una materia de antropología, pero cuyo contenido no se basa en la realidad concreta a la que se enfrentan las enfermeras en las comunidades aymaras. Esta falencia en la formación médica hace que el personal de salud no logre comunicarse adecuadamente con la población, más aun si esa es de cultura aymara. Esta poca sensibilización del personal a la dimensión subjetiva y humana de su trabajo interviene directamente en la relación terapéutica, pues “en todo momento, la competencia del profesional y las técnicas que hace intervenir están mediatizadas por el encuentro con el enfermo y el clima que existe en el servicio” (Le Breton, 1989: 168). Eso incluye la poca sensibilidad de las direcciones de los establecimientos de salud para realizar cierta adecuación de la infraestructura en vista de una mayor humanización.

c) De tipo psicológico/cultural

- Gran parte del personal de salud del área rural puede ser considerado como perteneciente a la cultura aymara; sin embargo no logran asumir su propia identidad públicamente, como si ser médico o enfermera fuese sinónimo de dejar de ser aymara. A menudo, el personal de salud proyecta sobre la población estereotipos y estigmas atribuidos a lo aymara (“son sucios”, “son ignorantes”, etc.), intentando así desmarcarse de su propio origen. Indirectamente, la formación médica incita a una sobrevaloración de lo occidental, lo que impide a los estudiantes asumir su propia identidad cultural.
- Las relaciones dentro de la institución médica son sumamente jerarquizadas, entre profesiones y dentro de cada profesión, de tal manera que es difícil para el personal de salud aceptar una relación más horizontal, de tipo diálogo de saberes, con personas que no tienen una formación escolar completa. Las relaciones internas, competitivas y jerarquizadas, dentro del equipo de salud, repercuten sobre las relaciones de cada profesional con los pacientes. “El profesional, sea cual sea su rango, que no es respetado en su diferencia personal y en su competencia, no puede respetar la alteridad de los enfermos porque está permanentemente en conflicto consigo mismo. Dedicar su energía a defenderse o a restaurar una imagen deteriorada de sí mismo (...). El clima relacional de un servicio es un elemento decisivo que favorece o trava la eficacia terapéutica” (D. Le Breton, 1989, p. 168). En los servicios y equipos de salud con los cuáles trabajé, las diferencias de competencias siempre generaban diferencias de estatus, cuando en realidad, una auxiliar de enfermería o una enfermera es tan importante como un médico, si es que su competencia profesional está claramente definida y valorada.

Toda intervención en el campo de la interculturalidad debería tomar en cuenta estos factores como esenciales, y por lo menos explicitar su influencia en la resolución de los problemas interculturales. Implica a la vez movilizar el interés de instancias superiores, educativas y médicas, por enfrentar la interculturalidad desde el nivel de la formación profesional, e incluso escolar.

Los desencuentros interculturales actuales

En este contexto, las modalidades de la interculturalidad que intervienen en la relación médico/paciente suelen ser a menudo inoperantes. Estas modalidades pueden clasificarse de la siguiente manera: malentendidos o *quid pro quo* (el uno interpreta en su propio sistema de pensamiento o de representación, en función de su propio paradigma, lo que dice o hace el otro, y recíprocamente), y existen ne-

gociaciones unilaterales (se acepta sólo ciertos aspectos de la cultura del otro, sin verdaderamente entender su sentido).

a) Malentendidos o quidproquos interculturales

Como lo he explicado antes, la práctica médica procede de una definición biológica que no tiene su equivalente en el pensamiento aymara, puesto que la vida biológica aparece como el soporte de la vida espiritual. Así, los médicos interpretan las prácticas aymaras en función de su eficacia (o supuesta ineficacia) biológica. El *thalthapiña* (manteo), por ejemplo, es una práctica que consiste en sacudir ligeramente a la parturienta echada en un poncho (en general, el poncho del padre si no está presente), para ubicar al bebé en una posición más adecuada para nacer. Esta práctica, considerada ineficaz, hasta peligrosa, por el personal médico, permite en realidad que la madre, ubicada en un foro textil tal como su “bebé” lo es en su útero, provoque las contracciones necesarias al nacimiento del bebé. Más aun, el poncho paterno reemplaza la presencia real del padre, lo que, en el imaginario aymara, evita que el feto “espere el retorno de su padre”. Lo vemos, la eficacia de esta práctica proviene de la eficacia sobre el sujeto, en este caso, la madre. Pero el proceso simbólico en acción es totalmente desconocido del personal de salud; éste considera esta práctica como ineficaz, puesto que tales movimientos no podrían mover a un “bebé” al final del embarazo.

Otro quidproquo procedente del personal de salud: considerar que los yatiris (sacerdotes aymaras) son naturópatas (“Podemos intentar hacer un inventario de las plantas, en torno a eso hay que integrar a los yatiris”). Pero el yatiri no trabaja a partir de las cualidades químicas de las plantas, sino de su eficacia simbólica. El reglamento del ejercicio de la medicina tradicional (1987) refleja otro malentendido, pues otorga a los médicos el rol de supervisar y controlar a los yatiris: pero, ¿cómo un médico, cuya competencia está orientada a controlar los trastornos fisiológicos, podría evaluar la actividad de un sacerdote, cuya competencia es espiritual? De hecho, este artículo nunca fue aplicado.

La población aymara muestra una serie de quidproquos en su interpretación de la eficacia médica. A menudo, los pacientes aymaras atribuyen al médico un poder curativo distinto al que posee realmente. El médico piensa que el paciente viene a consultarlo por su competencia médica y supone entonces que el paciente aceptará y cumplirá su tratamiento. Los pacientes aymaras, al contrario, piensan que el médico se inscribe en su propio sistema de representación, o por lo menos, no entienden que un tratamiento médico pueda exigir ciertas condiciones precisas de duración, de posología, de horarios, etc. La confianza se basa entonces en fundamentos distintos. El médico piensa que el paciente tiene confianza en la medicina occidental, mientras el paciente ubica su confianza en el médico como persona, tal como lo hacen con los *yatiris*. Otro ejemplo de quidproquo consiste en asimilar los médicos a los *kharikhari*, estos seres misteriosos que adormecen a sus víctimas para sacarles la grasa (fuerza) y, eventualmente, la sangre. En la Colonia, estos *kharikhari* eran representados por los curas, vestidos de negro, acusados de extraer la grasa de sus feligreses para hacer las velas de la iglesia. Los médicos, que manipulan escalpelos, jeringas y otros instrumentos cortantes, que extraen sangre y sustancias corporales para los análisis bioquímicos, encarnan a menudo los *kharikharis* de la tradición andina.

De manera general, se ve que los malentendidos provienen de la imposibilidad de interpretar la competencia terapéutica del otro en función de criterios que no son los criterios de la cultura propia. El personal sanitario intenta valorar una práctica de orden simbólico a partir de criterios bio-fisiológicos, y la población interpreta las prácticas médicas en función de una eficacia simbólica que no tienen.

b) Negociaciones y compromisos unilaterales

Las negociaciones unilaterales son estrategias adoptadas por las personas de culturas diferentes a partir de criterios subjetivos, personales, y no así por un real entendimiento mutuo.

En los últimos años, varias instituciones de salud han intentado adecuar sus servicios y su atención a las características de la población. El hospital Bracamonte de Potosí basó su adecuación cultural en el factor lingüístico y la acogida de los pacientes en el nosocomio: los paneles del hospital han sido traducidos al quechua, y se creó una oficina intercultural a cargo de facilitadores bilingües que explican a los pacientes los pasos a seguir, y los acompaña en caso de necesidad. El CIES de El Alto humanizó su infraestructura con adornos florales, sala de espera con televisor, atención más personalizada, pintura de colores pasteles en las paredes. El Seguro Básico Materno Infantil, promovido por el gobierno anterior, preveía la entrega de la placenta a las madres que lo deseaban y la elección libre de la posición de parto (las mujeres aymaras suelen dar a luz en una posición vertical). El hospital San Gabriel de La Paz acepta la presencia de los yatiris a la cabecera del paciente, mientras sus prácticas no perturben el buen funcionamiento del servicio. Encontré una concesión más original, pues un médico del distrito III de La Paz accedió a la demanda de una de sus pacientes, quien le pidió llamar su *ajayu*¹⁵ con su manta y su sombrero. El médico tuvo que realizar dicha acción en los corredores del hospital, bajo la mirada sorprendida y burlona de sus colegas. Sin embargo, por más buena que sea la intención del médico, realizar prácticas reservadas a ciertos especialistas (o a la madre, si se trata de un niño enfermo), como llamar el *ajayu* o leer en la coca, puede llegar a acentuar las confusiones frecuentes realizadas entre la competencia médica (bio-fisiológica) y la competencia chamánica (espiritual). Un médico no está habilitado a llamar *ajayu*, como un yatiri tampoco lo es para recetar antibióticos.

Negociar con la cultura del “otro” no significa aceptar cualquier compromiso. Hay que diferenciar aquellas medidas que mejoran las *condiciones de la atención* (adecuación de los ambientes y de la atención con el idioma, la refacción de los ambientes, la personalización de la atención, etc.), y aquéllas que integran prácticas propias de las otras cultura. Si bien las primeras medidas son beneficiosas (y eso para todos los usuarios), las segundas acentúan las dificultades de ambos sectores, médico y aymara, en delimitar los alcances y límites de su propia competencia.

Del lado de la población, existen también muchas formas de transar con el sistema biomédico de salud. B. Bradby¹⁶ cuenta cómo una mujer del departamento de Chuquisaca se dirigió hacia el hospital para dar a luz, no porque creía en la necesidad del parto institucional, sino porque sabía que la medicina occidental era eficaz en caso de retención placentaria. De hecho, aprovechó la ausencia del personal de salud para dar a luz de cuclillas en su cuarto, como ella lo quería. En una reunión con habitantes de la zona de Pampajasi, en La Paz, las mujeres expresaban sus preferencias en cuanto a atención prenatal y postnatal: algunas escogían “el prenatal” para seguir el desarrollo de su embarazo, pero no veían el beneficio del control postnatal; otras privilegiaban el control postnatal para tranquilizarse en cuanto a la salud del recién nacido. Es frecuente también que las mujeres embarazadas acudan al control prenatal pero den a luz con una pariente o una partera a domicilio. Estas elecciones libres de ciertos servicios de salud parten en general de consideraciones y preferencias subjetivas y no así de un real conocimiento de los procedimientos biomédicos.

La experiencia de implementación de un sistema intercultural de salud en el municipio de Ancoraimes

El municipio de Ancoraimes corresponde a la segunda sección de la provincia Omasuyus del departamento de La Paz. Según el último censo de 2001, el 94% de la población total del municipio (aprox. 14.951 habitantes¹⁷) se identifica como indígena. De hecho, Ancoraimes es un municipio indígena.

Los servicios de salud del municipio han sido delegados por el Ministerio de Salud al Consejo Rural de Salud Andino, institución no gubernamental con financiamientos privados norteamericanos. Los servicios de salud del municipio se componen de un centro de salud, el “Hospital Frank Beck”, en homenaje a un médico metodista que lo creó en los años sesenta, y de cinco postas sanitarias ubicadas en otros cantones a cargo de auxiliares de enfermería. Los servicios se dedican esencialmente a la atención primaria.

En 1999, el CSRA contrata mis servicios para la realización de una investigación antropológica en todas sus áreas de trabajo¹⁸ para enfrentar de manera más adecuada la dimensión intercultural de sus actividades en salud sexual y reproductiva. Conjuntamente con una antropóloga norteamericana, Anne Sebert, realizamos una investigación durante un año para contrastar las opiniones, prácticas, representaciones y concepciones del personal de salud y de la población¹⁹. Esta investigación contaba con un equipo pluricultural para la investigación de campo: una lingüista, un yatiri, una naturópata, una partera, un dirigente de la provincia y dos antropólogas. Esta investigación mostró a la institución distintos niveles de desencuentro, y posibles estrategias para enfrentar el diálogo intercultural. Gracias a la voluntad decidida de la Dra. María Elena Ferrel, actual responsable de la gerencia técnica de la institución, los resultados de la investigación fueron socializados al personal de salud mediante una serie de talleres realizados durante el año 2001. En 2002, el CSRA me pidió elaborar una propuesta de intervención para el municipio de Ancoraimes.

Esta propuesta fue elaborada a fines del 2002 y su implementación-validación, prevista para el año 2003. Se trataba de trabajar las distintas dimensiones de la problemática intercultural (políticas, psicológicas y médicas) para llegar a la implementación de un sistema de salud que tendría las siguientes características:

- Concepción del sistema municipal como una verdadera red en la que estén integrados todos los actores sociales (comunidades, autoridades municipales y cantonales, ONGs, Iglesias, etc.).
- Protagonismo esencial de las comunidades indígenas en la toma de decisiones y aplicación de medidas de salud, mediante la integración de autoridades de salud dentro del sistema de cargos políticos comunitarios y cantonales y su participación efectiva en las reuniones del Directorio Local de Salud (máxima instancia de decisión desde la Municipalización de la Salud).
- Reconocimiento del pluralismo médico que, de hecho, existe en todos los municipios aymaras, mediante una política de valoración y mejoramiento de las medicinas tradicionales, y la creación de mecanismos de interacción con los servicios de medicina occidental (sistema de referencia mutua, por ejemplo).
- Adecuación cultural y humanización de los servicios de medicina alopática.
- Adopción de una política de salud intercultural municipal validada mediante ordenanzas.

Para llegar a tales resultados, hemos elaborado dos estrategias principales: la sensibilización del personal de salud en humanización e interculturalidad y el empoderamiento de la población en interculturalidad y medicinas naturales. Se trataba entonces de realizar talleres de formación en la institución de salud, con todo el personal de salud, y con la población. Hemos realizado siete talleres con el Centro de Salud de Ancoraimes y una decena de talleres con la población, con las autoridades comunitarias de cuatro cantones y con dos grupos de mujeres organizadas. Estos talleres fueron organizados por un equipo de facilitadores, compuesto de siete jóvenes antropólogos y dos naturópatas, todos aymaras²⁰ (menos dos antropólogas). Los talleres con el personal de salud fueron realizados en castellano, con materiales y metodologías diversas (cartillas para cada componente, videos, dinámicas, **invitados** externos, etc.), mientras los talleres cantonales se realizaron en idioma aymara, con prácticas en medicina natural.

Los módulos o componentes abordados son los siguientes:

Derechos comparados

El objetivo de este módulo es sensibilizar a los participantes con la existencia de varios tipos de derechos: el Derecho positivo nacional y las leyes internacionales (incluido los Derechos Humanos) que promueven los derechos de igualdad y de participación de todos en asuntos de salud; los Derechos Indígenas, que se basan en el Convenio 169 de la OIT, que recomienda la adecuación cultural de los ser-

vicios y de la atención de salud; los Derechos comunitarios, no escritos, pero que implícitamente contemplan los derechos y obligaciones de todos, incluida la comunidad, frente a la enfermedad. Este módulo implica la necesidad de promover el respaldo legal de un sistema municipal de salud con enfoque intercultural mediante ordenanzas municipales.

Paradigmas de salud e interfases

Este módulo es sin duda el más importante, y más complicado de la formación en humanización e interculturalidad, pues supone analizar las diferencias entre paradigmas occidental y andino, no sólo en el campo de la salud, sino en todas sus dimensiones: sociales, políticas, económicas, religiosas y finalmente médicas (concepciones y representaciones de la persona, del cuerpo, de la salud y de la enfermedad, del nacimiento). A partir de este enfoque contrastivo, ha surgido la necesidad de adoptar una definición intercultural de la salud, como punto de partida para la interculturación. De hecho, las nuevas reflexiones realizadas actualmente en el mundo médico occidental abren esta vía: la salud es un “estado físico y mental, relativamente exento de molestia y de sufrimiento, que permite al individuo funcionar lo más eficazmente y por el tiempo más largo posible, en el medio en el que la casualidad o la elección lo han ubicado” (Dubos en Grémy, 2002). Esta definición ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud (Ottawa, 1986) para completar la definición demasiado ideal de 1946: “Un estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades” (en Grémy, *ibid.*). La nueva definición hace hincapié en la dimensión de adaptación del individuo a su medio (natural, social, psicológico), lo que de alguna manera tiene correspondencia con la idea que la población aymara tiene de la salud como capacidad de adaptación a las agresiones externas (sociales, espirituales). Es cuando una persona, una familia o una comunidad no logra enfrentar ciertas amenazas y ataques externos que surge la “enfermedad”, individual o social, física o anímica.

Otro aspecto importante de este taller fue la elaboración de algunos puentes de comprensión entre medicinas occidental y andina. Por ejemplo, si bien resulta difícil convencer a un médico de la importancia de los ataques en brujería sobre la salud, es posible sensibilizarlo a las dimensiones afectivas y psicológicas de toda enfermedad, acudiendo, por ejemplo, a los avances en medicina psicosomática. Lograr explicar un elemento de la cultura aymara a partir de categorías médicas occidentales (y no en términos de “creencia errónea”) es un proceso de interculturación. Al revés, sin embargo, resulta difícil explicar a la población que la medicina occidental pretende combatir las dimensiones biológicas de las enfermedades sin tomar en cuenta sus demás facetas (afectivas, espirituales, etc.).

Humanización

La humanización de los servicios y de la atención de salud comprende varios aspectos: humanización de la relación personal entre profesional de la salud y paciente, humanización de los servicios de salud (infraestructura y protocolos de atención), humanización del paradigma occidental clásico de la salud. Cada aspecto ha sido trabajado de manera distinta. Por ejemplo, para la humanización de la infraestructura, el equipo de facilitadores ha realizado unas entrevistas con mujeres del cantón para conocer sus aspiraciones y preferencias en cuanto a la sala de parto. Luego se ha sistematizado la información para proponer al CSRA la refacción de la sala de parto. Hoy la sala de parto es un cuarto de nacimiento, con una cama ancha, un colchón para acompañante, una cocina, cueros de ovejas para el parto en posición vertical, cortinas y estufa (cf. foto 1 de la sala de parto original y la foto 2 del cuarto de nacimiento).

Pluralismo médico

A menudo se entiende la interculturalidad como la existencia de relaciones entre enfoques médicos distintos (alopática y tradicionales). Insistimos aquí en mostrar que el reconocimiento del pluralismo médico es sólo una faceta de la interculturalidad, y no forzosamente la más importante. Lo más destacable de este taller fue la exposición de la Dra. Mónica Aranibar, médica holística que presentó las principales características de la medicina ayurvédica, y terminó su intervención por una práctica destinada a detectar, con un péndulo, los puntos energéticos (*chakra*) bloqueados del personal de salud (foto 3). Pensábamos que la experiencia de la Dra. Aranibar, médica alopática al origen, facilitaría la aceptación del personal de salud hacia la diversidad de los enfoques médicos. La idea central de este taller era la de valorar cada enfoque médico en sus alcances y límites, para mostrar al personal de salud los límites y alcances de cada medicina.

Relaciones interinstitucionales

En Ancoraimes, los actores principales de la red de salud son: el Consejo de Salud Rural Andino, distintas ONGs tienen algunas actividades ligadas a la salud, pero en complemento de actividades de servicio; las autoridades municipales y cantonales.

El Directorio Local de Salud (DILOS) es la instancia máxima de poder en el municipio en materia de salud. Está compuesta por el Alcalde, los Concejales (cinco en Ancoraimes), la directora de la red de salud, el representante del Comité de Vigilancia (una persona), quien representa a la población. La comisión de salud del Consejo Municipal está a cargo del propio Alcalde.

El objetivo de este componente era puntual: lograr el compromiso de todos los actores para participar en la elaboración e implementación de un Sistema Municipal de Salud con enfoque Intercultural. Desgraciadamente, no se pudo contar con la participación de todos los actores *invitados*, sino sólo de las autoridades de cuatro cantones y representantes de la Iglesia Metodista, lo que muestra la importancia muy relativa que se atribuye a la interculturalidad en los niveles de decisión.

Metodología de la formación intercultural

Hoy no existen métodos y medios específicos para el abordaje de la enseñanza intercultural. La composición pluricultural del personal de salud debería ser el punto de partida para toda reflexión e intervención en este campo. Sería fundamental que equipos pluridisciplinarios y multiculturales trabajen específicamente la elaboración de medios específicos para cada sector involucrado. Si bien las autoridades cantonales que participaron en los talleres expresaron su interés en textos sobre interculturalidad (cartillas, folletos, etc.), hemos constatado que el uso real de dicho material era muy limitado. Es necesario priorizar la elaboración de materiales audio-visuales y dinámicas adecuadas a los patrones comunicacionales de las comunidades.

Conclusiones

En primer lugar, mi intervención quería mostrar que la interculturación en Bolivia es un proceso largo y complejo. Para algunas autoridades nacionales de salud, la interculturalidad es “algo muy simple (sic)”, pero si fuese tan simple, no habiéramos llegado a las matanzas del mes de octubre, y de tantos meses anteriores. Una cosa es vivir relativamente bien una situación de doble cultura a nivel individual; otra cosa es construir un país partiendo de su composición pluricultural.

En cuanto a la experiencia de Ancoraimes, resulta difícil evaluar un proceso en curso. De manera general, considero que la interculturación de los sistemas de salud municipales es una necesidad senti-

da por la población y un proceso ineluctable, tomando en cuenta el contexto político nacional y la redistribución del poder que está en proceso.

En lo que concierne al trabajo realizado con el personal de salud, en cierta medida debo reconocer que he subestimado las dimensiones contextuales de la interculturalidad, en especial la motivación del personal de salud y su dificultad personal en abordar la temática cultural, pues cuestiona aspectos muy sensibles de su propia identidad. Las relaciones existentes dentro de la institución de salud, entre profesionales que dependen de varias instituciones (Ministerio de Salud, Alcaldía y CSRA) han interferido en el interés y la motivación de los participantes de los talleres, pues para aquéllos que no dependen del CSRA, la formación en interculturalidad no fue considerada con mucha seriedad, pues no era una exigencia de sus empleadores.

Los talleres realizados con las autoridades cantonales y grupos organizados de mujeres mostraron que existen demandas y aspiraciones de parte de las comunidades en fortalecer sus capacidades en medicina natural. Creo que era el punto de partida a partir del cual se tenía que haber pensado el Sistema de Salud en Bolivia, en vez de combatir los recursos propios de la comunidad y ahogar sus potencialidades. En este campo, las comunidades y municipios indígenas deben controlar directamente sus servicios (¿familiares?, ¿comunitarios?, ¿cantonales?) de medicina natural, respetándose la idea de Red y la delimitación de competencias entre medicina alopática y medicina holística. No sería conveniente que el Ministerio de Salud controle el ámbito de las medicinas tradicionales (natural, y otras) sino una instancia interinstitucional específica, en la que el sector médico alopático tendría una representación minoritaria. La interculturalidad supone también repensar la distribución del poder médico en Bolivia. En este campo, también, hubo un interés marcado a la idea de integrar un cargo político destinado a asuntos de salud en la organización política comunitaria y cantonal. Sin embargo, esta propuesta no se ha efectivizado hasta la fecha.

De manera general, debo subrayar el interés marcado de parte de la población por los talleres realizados, lo que deja pensar que la consolidación y la formulación de una política municipal de salud con enfoque intercultural partirá de los gobiernos municipales indígenas, y no así de las instituciones de salud. Finalmente, a lo largo de los talleres con el personal de salud, he tenido la triste sensación que estábamos tratando de remedar todos los vacíos dejados por la formación médica de las Facultades de Medicina y los Institutos de Formación para-médica, y tal vez más aun de la educación primaria y secundaria. Mientras las autoridades educativas no se adapten a las nuevas exigencias de la sociedad boliviana, será muy difícil, con algunos talleres sueltos, sensibilizar al personal de salud sobre todas las dimensiones que conlleva la atención médica en un contexto pluricultural.

Notas

- 1 Doctorada en antropología en la Universidad Libre de Bruselas, investigadora en la institución Talleres Abiertos sobre Reciprocidad e Interculturalidad (TARI), catedrática en la Universidad Mayor de San Andrés de La Paz.
- 2 Entendemos biopoder en el sentido que le dio Michel Foucault, en 1976, como “la conjunción de una ‘anatomopolítica’, que representa lo que se llama el control del ‘cuerpo-máquina’ por tecnologías que intervienen sobre sus actitudes, tales como la escuela, la cárcel y la medicina, y por otro lado, de una ‘biopolítica’, que se impone a lo que se designa como ‘cuerpo-especie’, a través de dispositivos que regulan su natalidad, su fecundidad, su morbilidad, hasta su muerte y su mortalidad, haciéndolo en términos de conocimiento, gracias a la demografía o a la epidemiología, como en términos de acción, por la planificación familiar o la salud pública”. Didier Fassin, *La patetización del mundo. Ensayo de antropología política del sufrimiento*, copiado en septiembre 20, 2003, del sitio web: <http://www.colciencias.gov.co/seiaal/congreso/Ponen6/FASSIN.htm>.
- 3 Susan Sontag, citado por Claudine Herzlich en Marc Augé et Claudine Herzlich, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*, Editions des Archives Contemporaines, París, [1984] 1991, p. 202.
- 4 *Larpha*: enfermedad de causa espiritual que afecta a los niños pequeños a causa de un espíritu que hubiera entrado en el útero durante el embarazo mediante olores de cadáveres; *katja*: literalmente “agarrado”, pues el enfermo hubiera sido agarrado por la tierra. Existen múltiples enfermedades de carácter espiritual consideradas incurables por la medicina occidental.

- 5 37 pueblos indígenas andinos y amazónicos, representando, según el Censo Nacional de Población y Vivienda, 62 % de la población total.
- 6 El último Censo Nacional de Población y Vivienda (2001) mostró que 62% de la población boliviana se considera perteneciente a algún pueblo indígena, cifra probablemente más elevada si se toma en cuenta las dificultades de la población mestiza-chola en identificarse como aymara, asociado a menudo a lo campesino y pobre en el imaginario boliviano. A nivel municipal, 219 de los 314 municipios del país tienen por lo menos un 50% de su población que se auto-identifica como indígena, o sea, que el 70% de los municipios se consideran como indígenas. Existen hoy tres municipios indígenas legalmente reconocidos: los municipios indígenas aymaras de Machaca y de Mocomoco (La Paz) y el municipio indígena guarayo de Urubichá (Santa Cruz).
- 7 Meliá, Nuningo, Mirando y otros en Medina (2001, 2002, 2003), Arnold (2000), Yampara (2001), entre otros.
- 8 Temple (en prensa). Un análisis pormenorizado del llamado sector informal muestra que, en realidad, este sector se basa en mecanismos de producción y redistribución propios de la reciprocidad. Y, en Bolivia, nueve de cada 10 empleos se genera, en este sector llamado “informal” (Cfr. Javier Medina, 2002: 132).
- 9 En efecto, no se trataba de intereses personales aymaras, puesto que las reservas de gas natural están ubicadas en las tierras bajas y no así en el Altiplano, y que la explotación de los recursos hidrocarbúricos no beneficiaría directamente a los departamentos altiplánicos. Lo que estaba en juego en el conflicto de octubre era la dignidad de un pueblo que se auto-definió como guardián de la soberanía nacional frente a intereses privados transnacionales, dimensión simbólica y ética totalmente subestimada por parte de los miembros del gobierno, que pensaron que todos actuaban como ellos mismos, es decir, en función de sus intereses personales.
- 10 Cf. “El Quid pro quo histórico en los caribes”, “El Quid pro quo entre los aztecas”, “El Quid pro quo entre los guaraní”, en Temple (en prensa).
- 11 Chunhwei Chi (2003), Igor Kononenko (2003).
- 12 Van Dormael (1995).
- 13 D. Temple (“Los fundamentos filosóficos de la reciprocidad”) (en prensa), J. Medina, “Lectura de la visión indígena desde el nuevo paradigma ecológico” (2001).
- 14 Stéphane Lupasco (1996 y 1997).
- 15 En la visión aymara, el *ajayu* o espíritu vital de la persona puede salir de su cuerpo por susto o maldición. Este *ajayu* suele volver a la persona mediante llamados personalizados.
- 16 B. Bradby, *Will I return or not?: migrant women in Bolivia negotiate hospital birth*, Dublin, Trinity college, s/f.
- 17 Datos de población del Distrito de Salud Ilampu y Altiplano Valle Norte, 1999.
- 18 En 1999, el CSRA estaba a cargo de los servicios de salud de la provincia Camacho, con cuatro centros de salud (Puerto Acosta, Carabuco, Ambaná y Umanata) y varias postas sanitarias.
- 19 J. Michaux y Anne Sebert (1999).
- 20 Los facilitadores son: Edwin Mamani, Corina Layme, Graciela Mamani, Rosemary Cabrera, Raquel Nava, Nilda Gutiérrez, Víctor López; con los naturópatas Gabino Quispe y Virginia Orosco.

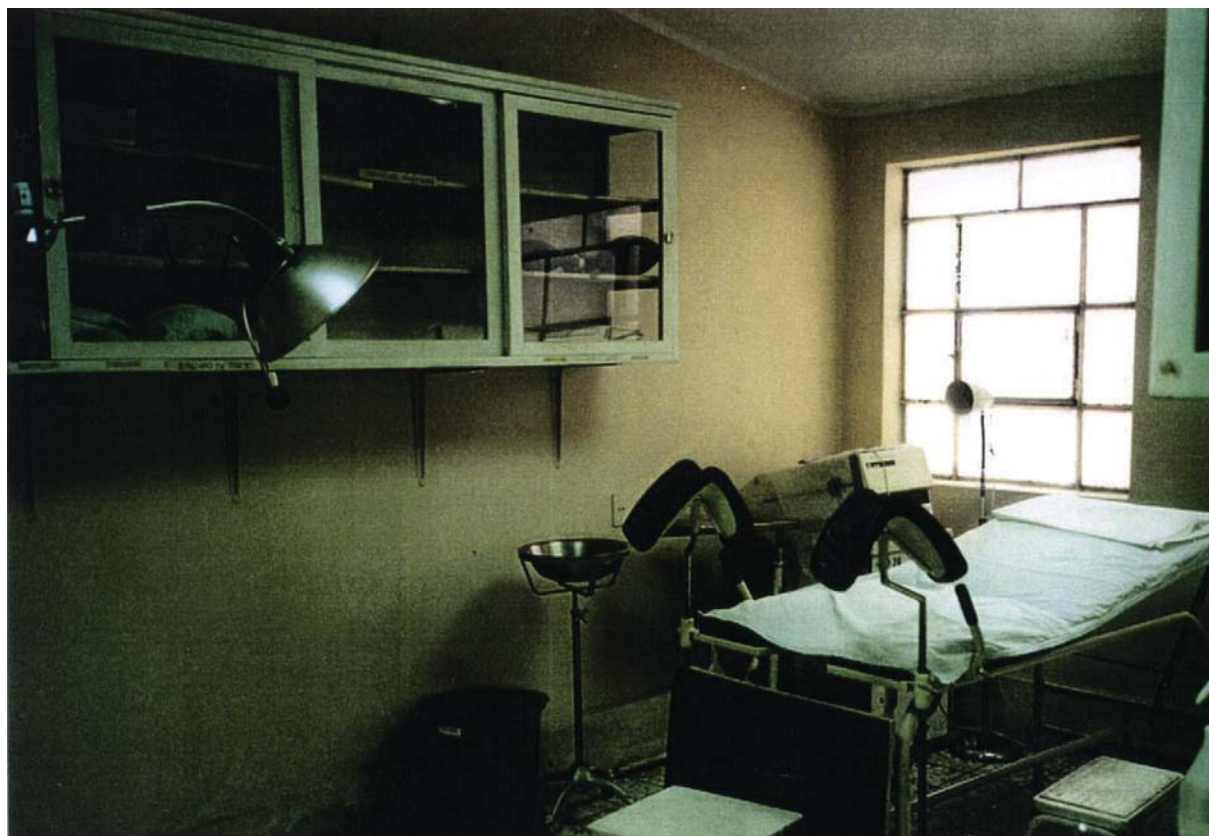


Fig 1. La sala de parto antes de la remodelación. Hospital de Ancoraimes.



Fig. 2 Sala de nacimientos. Hospital de Ancoraimes.



Fig. 3. Los saberes de Mónica. Hospital de Ancoraimes.



Fig. 4. Taller de mujeres. Hospital de Ancoraimes.

Bibliografía

- ARNOLD, Denise
 1996 “Los caminos de género en Qaqachaka: saberes femeninos y discursos textuales alternativos en los Andes”, *Ser mujer indígena, chola o birlocha en la Bolivia postcolonial de los años 90*, La Paz, Ministerio de Desarrollo Humano, [303-392].
- ARNOLD, Denise y Juan de Dios Yapita
 2000 *El rincón de las cabezas. Luchas textuales, educación y tierras en los Andes*, UMSA, La Paz.
- AUGÉ, Marc
 1986 “L’anthropologie de la maladie”, *Revue L’Homme. Anthropologie: Etat des lieux*, París, Navarin/Le Livre de Poche, [77-87].
- AUGÉ, Marc y Claudine Herzlich (coords.)
 1991 *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. París, Editions des Archives Contemporaines.
- BASTIEN, Joseph
 1982 “Exchange between Andean and Western Medicine”, s/l, *Social Science and Medicine*, N° 16 [795-803].
 1986 “Etnofisiología andina. Evidencia lingüística, metafórica, etiológica y etno-farmacológica para conceptos andinos sobre el cuerpo”, *Arinsana, revista de la Cooperación internacional en áreas indígenas de América Latina*, N° 1, Cuzco, 1986 [5-24].
 1996 *La Montaña del Cóndor. Métafora y ritual en un ayllu andino*. La Paz, Hisbol, [1° édition en anglais: 1978].
- BLOMART, J. et B. Krewer (coords.)
 1994 *Perspectives de l’interculturel*, París, L’Harmattan/ENS Fontenay-St. Cloud.
- BONFIL BATALLA, Guillermo (comp.)
 1993 *Hacia nuevos modelos de relaciones interculturales*, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- BRADBY
 s/f *Will I return or not?: migrant women in Bolivia negotiate hospital birth*, Trinity college, Dublin.
- CHI, Chunhui
 2003 *Complement of medicines: Towards an Integrative Medical System*, ponencia presentada en el XVI Congreso Internacional de Medicinas Tradicional, Alternativa y Complementaria, 20-24 de octubre, Quito.
- DENOUX, Patrick
 1994 “Pour une nouvelle définition de l’interculturalisation”, *Perspectives de l’inter-culturel*, París, L’Harmattan/ENS Fontenay-St. Cloud, [67-81].
- DEVISCH, René
 1984 *Se recréer femme. Manipulation sémantique d’une situation d’infécondité chez les Yaka du Zaïre*, Berlin, Dietrich Reimer Verlag.
- DEVISCH, René et Claude Brodeur
 1996 *Forces et signes. Regards croisés d’un anthropologue et d’un psychanalyste sur les Yaka*, París/Bâle, Editions des Archives Contemporaines.
- FASSIN, Didier
 1996 *L’espace politique de la santé. Essai de généalogie*, París, PUF.
 2003 *La patetización del mundo. Ensayo de antropología política del sufrimiento*, copiado en septiembre 20, del sitio web: <http://www.colciencias.gov.co/seiaal/congreso/Ponen6/FASSIN.htm>
- FAVRET-SAADA, Jeanne
 1977 *Les mots, la mort, les sorts*, París, Gallimard.
- FERNÁNDEZ, Gerardo
 1995 a *El banquete aymara. Mesas y yatiris*, La Paz, hisbol.
 1995 b “Modelos aymaras de salud: Ajllata Grande (provincia Omasuyos). Etiología, terapia e identidad en el altiplano aymara”, *Reunión Anual de Etnología*, Tomo 2, La Paz, Musef.

- FULLER J. H. S et P. D Toon
1988 *Medical practice in a multicultural society*, Oxford, Heinemann Professional Publishing.
- GODBOUT, Jacques
1992 *L'esprit du don*, Paris, Editions La Découverte.
- HOURS, Bernard et Monique Selim
1989 *Une entreprise de développement au Bangladesh. Le centre Savar*, Paris, L'Harmattan.
- HOURS, Bernard
1990 "Anthropologie des systèmes de santé", *Interventions sanitaires et contextes culturels*, Toulouse AMADÉS.
1992 "La santé publique entre soins de santé primaires et management", dans: *Cahiers des Sciences Humaines*, 28(1), [123-140].
- KONONENKO, Igor
s/f *Western medicine and the traditional healing*, Universidad de Ljubljana, Slovenia.
- LE BRETON, David
1989 "Soins à l'hôpital et différences culturelles", *Chocs de cultures: Concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*, L'Harmattan, Paris.
- LUIS-BLANC, François
1994 *Médecins et chamanes des Andes. Awankay: L'Esprit-Condor plane, immobile, sur la vallée*, Paris, L'Harmattan.
- LUPASCO, Stéphane
1986 *L'homme et ses trois matières*, Paris, Le Rocher.
1987 *Le principe d'antagonisme et la logique de l'énergie*, Paris, Le Rocher.
- MEDINA, Javier (compilador)
2001 *La comprensión indígena de la Buena Vida: Suma Qamaña*, GTZ/FAM Bolivia, La Paz.
2003 *Municipio indígena. La profundización de la descentralización en un Estado multicultural*, Ministerio de Participación Popular /Federación de Asociaciones Municipales de Bolivia, La Paz.
- MICHAUX, Jacqueline
1987 "Embarazo y parto en el Norte de Pacajes, departamento de La Paz", *Anales de la Primera Reunión Anual de Etnología*, La Paz, Museo De Etnografía y Folklore.
1994 *Enfermedad, salud y cultura en el distrito sanitario III de La Paz*, La Paz, Hospital San Gabriel/Atención Primaria de Salud, 1994 (rapport de recherche).
2000 *Santé de la femme et interculturalité. Une approche anthropologique de l'interculturalité dans le domaine de la santé chez les Aymara du département de La Paz (Bolivie)*, thèse de doctorat en sciences sociales, mention anthropologie, Universidad Libre de Bruselas, Bruselas.
- MICHAUX, Jacqueline et Sebert Anne
1999 *Salud sexual y reproductiva en cuatro comunidades aymara del área de trabajo del Consejo de Salud Rural Andino: los puntos de vista del personal de salud y de la comunidad*, La Paz, Consejo de Salud Rural Andino (Informe de Investigación).
- RANCE, Susanna
1999 *Trato humano y educación médica: Investigación-acción con estudiantes y docentes de la Carrera de Medicina*, UMSA, La Paz, Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia, La Paz.
- RETEL LAURENTIN, A. (coord.)
1987 *Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*, Paris, L'Harmattan/Société d'Ethnomédecine.
- TEMPLE, Dominique
2003 *Las estructuras elementales de la reciprocidad*, Plural/TARI/UMSA, La Paz. (en prensa) *Teoría de la Reciprocidad*, GTZ, La Paz.
- VAN DORMAEL, Monique
1995 *Médecine générale et modernité. Regards croisés sur l'Occident et le Tiers Monde*, thèse de doctorat en sciences sociales, Université Libre de Bruxelles, Faculté des Sciences Sociales, Politiques et Economiques, Bruxelles.

EXPERIENCIAS SOBRE SALUD INTERCULTURAL EN AMERICA LATINA¹

Roberto Campos Navarro²
UNAM, México

Para los fines de esta presentación, entendemos por medicina intercultural el ejercicio de la práctica médica académica (de origen occidental) con personas que poseen una cultura diferente, donde se trata de establecer una relación de diálogo con búsqueda de consenso. En otras palabras, la podemos definir como la *práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para las dos partes.*

En la relación se pretende un mutuo entendimiento y comprensión que se basa en *el aproximado o pleno respeto a los respectivos saberes, valores y creencias de los actores sociales involucrados.* En contextos multiétnicos y pluriculturales, la medicina intercultural se constituye en un proceso permanente de transacciones, en el cual se da una enorme cantidad de adaptaciones, adecuaciones e intercambios a nivel técnico, teórico e ideológico. Desde esta perspectiva coincidimos con la conceptualización que nos ofrece A. M. Oyarce, que define la interculturalidad en salud como: *“...la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional”* (1996: 79).

Con cierta rigidez y unilateralidad, las escuelas y facultades de medicina de México, y en general de América Latina, desdeñan, e incluso desconocen, los elementos socioculturales vinculados con la práctica médica cotidiana. Se concede un valor supremo al conocimiento del cuerpo biológico, de su anatomía, su fisiología, su estructura genética y las desviaciones a los patrones físicos de normalidad, olvidándose del cuerpo social y el contexto cultural donde se da la interrelación entre el médico y los enfermos. Recordemos que el biologicismo y la asocialidad son características estructurales de la medicina académica, o mejor dicho, del modelo médico hegemónico (MMH) construido por las sociedades metropolitanas europeas desde el siglo XVIII y XX (Menéndez, 1978), asociadas con las instituciones escolares con estudios superiores, es decir, las universidades.

Experiencias interculturales en México como médico general

Habiendo ingresado a la escuela de medicina de la UNAM en 1971, el plan de estudios confirmaba la hegemonía de la esfera biológica u orgánica, por encima de los contenidos psicológicos y socioculturales. El desbalance era (y sigue siendo) muy evidente: en las aulas del campus universitario nos impusieron en forma memorística la anatomía, la embriología, la histología, la fisiología, la bioquímica, la microbiología, la parasitología, la farmacología y la patología general.

Luego vendrían las materias clínicas en los hospitales, donde los enfermos son cuerpos con alteraciones en la cabeza, el cuello, el tórax, al abdomen y las extremidades superiores e inferiores, de donde nacen las variadas especialidades médicas: neurología, otorrinolaringología, oftalmología, neumología, cardiología, gastroenterología, urología, gineco-obstetricia, traumatología y ortopedia, dermatología.

Y en este panorama de células y tejidos, órganos y funciones, microbios y parásitos, malestares, y enfermedades, hospitales y centros de salud, como verdaderas islas de las humanidades aparecían algunas (muy pocas) lecciones de psicología médica, introducción a la medicina humanística, historia de la medicina, salud pública. De antropología social ni su sombra; quizá alguna materia optativa de antropología física.

Podría afirmar que mi primera –y a todas luces incompleta– experiencia intercultural fue con el cadáver de disección. Se trataba del cuerpo de una desconocida cuyos rasgos eran de una persona con rasgos físicos indígenas. Le teníamos cierta conmiseración pero abríamos sus entrañas sin contemplación alguna. Más adelante, en los ciclos hospitalarios, los enfermos de clases populares tenían que aguantarnos con nuestras baterías de preguntas para llenar las obligatorias historias clínicas, y soportar nuestras manos inexpertas en el momento de la exploración. Eran, más que enfermos, unos *pacientes*, en el completo sentido de la palabra. Por supuesto, menos accesibles eran los enfermos de las instituciones de seguridad social, y nunca los internados en los hospitales privados de primera clase.

Cuando era todavía estudiante del tercer año de medicina, visité a un querido amigo que estaba ofreciendo su servicio social médico³ en Santa Teresa, pequeño poblado ubicado en la sierra nayarita, en el occidente de México, con acceso único por avioneta desde Tepic. Atendía pacientes indígenas de origen cora, mexicaneros y algunos huicholes. En su pequeño centro de salud daba consulta a los enfermos que llegaban, pero también atendía enfermos en sus humildísimas chozas. Y de manera eventual, visitaba comunidades alejadas. Para mí es inolvidable que ahí, con estos indígenas coras, aprendí mis primeras lecciones en la aplicación de inyecciones. Resulta que de la migración frecuente hacia la costa de Jalisco y Nayarit, los hombres coras se metían con mujeres mestizas infectadas de sífilis, y cuando retornaban se daban cuenta que habían sido “premiados” con el padecimiento venéreo, y que, además, lo re-transmitían a sus respectivas esposas. Por ello, en forma diaria acudían por el tratamiento antibiótico, hombres y mujeres, siendo la penicilina inyectable el medicamento de elección. Y yo, el estudiante de medicina, el bisoño aprendiz de la técnica curativa.

Desde ese momento decidí que mi compromiso debería estar al servicio de comunidades indígenas. Por ello, semanas antes del servicio social busqué centros de salud cercanos a ciudades como Ciudad Obregón, en el Estado de Sonora (para ello visité Vicam y otros pueblos yaquis), así como Villahermosa, Tabasco, en el sureste del país, con pueblos chontales a su alrededor. Cuando mi esposa, que estudiaba también medicina, le tocó realizar su año de internado en el hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Villahermosa, mi elección se redujo al centro de salud ubicado en Nacajuca, que por desgracia, la plaza ya estaba ocupada. Por esa razón, fui a caer en el pueblo de Jalapa, Tabasco, cuyos habitantes se sentían orgullosos de no tener en sus fronteras población indígena alguna.

A estas alturas de la narración debo reconocer que cuando egresé de la Facultad de Medicina, en 1976, tenía una completa y absoluta ignorancia de los saberes y prácticas relacionados con la medicina popular-tradicional. Mis maestros nunca se refirieron a ella, ni se pensaba que aquéllo fuera necesario conocer. No formaba parte del mundo académico ni de los intereses de la ciencia. Estábamos en el terreno seguro y preciso de los métodos y las técnicas científicas. En el otro lado, y más bien en la plena oposición, se encontraba el desconocido mundo de las denominadas “medicinas primitivas”, las “medicinas paralelas”, las “medicinas folklóricas”. No valía la pena ni siquiera su mención, simplemente no existían. La exclusión era más que evidente.

En este contexto de unilateralidad, no resulta extraño que durante el servicio social el desencuentro con parteras y sobadores fuera la regla y no la excepción. Para los médicos “pasantes en servicio social”, las parteras constituían un gremio en extinción, conformado por señoras incultas e iletradas. Se les nombraba con el título despectivo de “comadronas”. El disgusto era mayúsculo cuando llegaban parturientas ya tocadas, exploradas y manipuladas por las parteras. Todos los partos deberían ser atendidos por los médicos del pueblo. Aquéllas eran unas “brutas” e ignorantes.

Años más tarde, comprendería que su papel es importantísimo en las zonas rurales e indígenas de nuestro país, y que en realidad los partos *normales*, es decir, los no complicados, deben ser atendidos por ellas.

Igualmente aprendería que ellas no sólo atienden los partos sino que juegan un papel social más profundo, que va desde la consejería prenatal hasta los cuidados de puericultura en el recién nacido. ¡Y tantas veces que les dábamos pláticas en los cursos de capacitación, cuando nosotros teníamos no más de veinte partos atendidos, mientras que ellas tenían la experiencia de cientos de partos, cuando ellas además sabían de manteos, versiones externas y baños de temascal! ¡Qué soberbia la nuestra!

Los sobadores eran famosos en todo el Estado de Tabasco, y se concentraban en Astapa, un pueblo poco distante de la cabecera municipal. Nuestra escasa experiencia en asuntos traumáticos hacía que fuéramos más tolerantes con su presencia.

Allí en Jalapa, tuve por primera vez conocimiento de las ensalmadoras. Una ocasión que convivía con campesinos de un centro ejidal del municipio, jugaba con una linda nena que se encontraba en una hamaca. Se reía a carcajadas. En eso pasaba el camión que me llevaría de regreso al centro de salud y con rapidez me despedí de la familia anfitriona. Una semana después regresé y con amabilidad me solicitaron que, antes de irme, le pusiera en la frente de la niña unas gotas de un líquido verdoso contenido en un pequeño frasco. Se trataba de una hierba medicinal aromática en una solución alcohólica. Tal y como me indicaron, hice la señal de la cruz en su frente y por supuesto pregunté qué había pasado.

Resulta que ese día que me retiré en forma repentina, la niña quedó muy inquieta y que no dejaba de llorar y llorar. El diagnóstico fue mal de ojo y el tratamiento una limpia acompañada de un conjunto de oraciones. Todo ello realizado por una experta de la comunidad, la ensalmadora. Resultado del tratamiento: la neutralización de la enfermedad. La estrategia para prevenir nuevos eventos: que el doctorcito, ojeador involuntario de niñas bonitas, le tocara en la frente con el remedio ritual.

Desde esos años, el interés por la antropología social fue en aumento. Guardaba como una joya, la primera edición en español publicada por el Fondo de Cultura Económica del libro *Antropología Aplicada*, escrito por George Foster. Leía y releía los múltiples ejemplos del cambio planificado, y deseaba hacerlos realidad en una comunidad campesina cercana a Jalapa. ¡Qué ingenuidad! No hice nada, excepto lo valioso de tener amigos y una familia en compadrazgo. La lección más importante fue dejar de pensar que el médico de pueblo es el “superman” de las comunidades rurales, y bajarle al envanecimiento que la escuela de medicina introyecta a sus estudiantes, que les hace pensar que el médico es el profesionalista más importante del universo en función de sus amplios y profundos conocimientos del cuerpo humano. Que la única medicina válida es la nuestra y que los verdaderos saberes sólo proceden de la tradición médica occidental.

En 1977, con mi esposa estaríamos viviendo en un pueblo cercano a Metepec, Estado de México. Ella haciendo su servicio social, y yo dando consulta en Atlatlauca, una localidad próxima a Tenango del Valle. Lo más recordable de ese pequeño consultorio pueblerino fue la fiesta patronal donde me invitaron a participar como “médico de plaza” en la corrida de toros. Aquel día, yo me la pasé rogando al santo patrono y demás protectores celestiales por que no hubiera accidentes. Por fortuna, los toretes eran de escasa monta, ya muy “toreados” puesto que la suerte torera no concluía con la estocada fatal, y los animales se volvían a utilizar en alguna otra fiesta local. Al final, los toreros agradecieron mi presencia, pues ello –decían– les brindaba seguridad. Terminamos el festejo con un exquisito mole acompañado de cervezas⁴.

Experiencias interculturales en México como médico familiar

Años más tarde, en 1979, cuando fui residente de medicina familiar en un hospital del IMSS, ubicado al oriente de la ciudad de México, posterior a un curso de antropología de la salud, inicié una primera aproximación ya sistematizada a la medicina popular-tradicional.

En esa época, por primera vez tuve conocimiento del susto o espanto. Era un señor de clase media, casero de un amigo mío, quien me llamó para que le consultara y recetara. En apariencia, se trataba de un problema inflamatorio articular en ambas manos que no cedió con los varios tratamientos medicamentosos que le indiqué. Meses más tarde, me enteré que su problema desapareció cuando acudió con un curandero, quien le diagnosticó susto. En efecto, el enfermo había hecho un reciente viaje por una sinuosa carretera que conduce de Oaxaca a la costa, y el trayecto había sido duro y accidentado. El curandero le obligó a recorrer nuevamente la carretera para recobrar su “alma perdida” y le hizo un tratamiento ritual. La eficacia del proceso terapéutico fue casi inmediato.

En el servicio de urgencias observé que las madres llevaban a sus hijos a consulta, pero ya traían los restos de tratamiento populares previos: azúcar en la cabeza (para el tratamiento de caída de la mollera), emplastos adheridos al vientre (para la curación de empacho), manchas circulares en la espalda (que revelaban el uso de ventosas), utilización de pulseras rojas para contrarrestar el mal de ojo.

Un estudio del hospital sobre la situación de salud de la zona, que contenía además los recursos de salud de la población, indicaba que la automedicación era elevada, y que la medicina popular era usada por más de un 50% de los usuarios del hospital. Con estos mínimos datos, nos dimos a la tarea de hacer una investigación más amplia y profunda sobre estos procesos.

El paso inicial consistió en reconocer el papel protagónico de las madres de familia en las estrategias de atención curativa. En el estudio de tesis interrogamos a 50 madres sobre su saber y prácticas cotidianas con respecto a las principales enfermedades infantiles que fueran reconocidas o no por la medicina académica. De tal manera que nos enteramos sobre sus conocimientos relativos a las enfermedades infecto-parasitarias, como las faringo-amigdalitis, gastroenteritis, ascariasis, etc., pero también de enfermedades como el susto, el empacho, la caída de mollera o el mal de ojo.

En esa investigación demostramos que el proceso de autoatención curativa es un fenómeno social generalizado; que la automedicación es creciente en los sectores populares; que existe una bien conservada cultura médica materna (que no es “mayor al 50%”, sino del 100%, puesto que todas tienen saberes y prácticas curativas); que ellas establecen estrategias particulares para cada evento de enfermedad de acuerdo a sus conocimientos y experiencias previas; que realizan complementariedad de tratamientos biomédicos y populares, y que estas estrategias curativas deben ser conocidas por el personal de salud, con el fin de establecer una mejor relación médico-paciente.

En 1980, durante el tercer año de la residencia (denominado como “año de campo”), el trabajo profesional se realizó en un hospital ubicado en los Altos de Chiapas, con énfasis en familias indígenas de los municipios de Zinacantán y Tenejapa, tzotziles los primeros y tzeltales los segundos. Allí aprendí la importancia que tiene el manejo de los idiomas locales, aprendí algunos términos indispensables, como aquéllos referidos al dolor, la fiebre, la diarrea, el dolor de cabeza, la tos, la tuberculosis, la tos ferina, etc. Ciertamente teníamos auxiliares de enfermería que nos ayudaban en la traducción, cuando el paciente o sus familiares eran monolingües, pero en la mayoría de los casos eran los parientes del enfermo quienes fungían como intermediarios bilingües. Sólo hubo un tímido intento por establecer clases de tzeltal con la inestimable ayuda de un profesor universitario local.

La correspondencia entre los saberes y prácticas locales en relación a la biomedicina era un problema constante. Con harta frecuencia, los pacientes nos manifestaban “kush kotán” (en sentido literal, “dolor de corazón”), pero cuando les pedíamos que nos señalaran con un dedo el lugar exacto del dolor, más bien correspondía al abdomen en su área epigástrica. En otras nos señalaban la presencia de “latido” como enfermedad compleja, cuando la medicina académica sólo nos enseñaba e indicaba que ello correspondía la palpación normal de la aorta abdominal. No se diga cuando la autoridades nos solicitaban si un padecimiento de una persona correspondía a hechicería, y si nuestra palabra hubiera sido positiva, las consecuencias sociales hubieran sido catastróficas para aquel individuo señalado como brujo: simplemente la muerte por lapidación comunitaria.

Algo que me impactó en el hospital fue la insensibilidad para solucionar el problema de la alimentación regional. Resulta que en todo el Estado de Chiapas, y sobre todo en las áreas indígenas, el maíz es

consumido en forma cotidiana y abundante: tortillas, atoles y pozol son elementos imprescindibles de la dieta local. El pozol (maíz cocido y martajado, que se mezcla o no con el cacao, y se deshace en agua contenido en una jícara), es la bebida preferida a medio día y desde los tiempos prehispánicos es considerado como un alimento fundamental para la vida, pues -según el Popol Vuh- los dioses crearon al hombre a partir del maíz. Como existe prohibición hospitalaria para su consumo, los familiares lo introducen en forma clandestina. Y en alguna ocasión que sugerimos su ingestión, el director exclamó: “¡Este es un hospital! ¡Que se chinguen!”

Años más tarde, cuando era funcionario del área comunitaria de la institución que administra los hospitales y unidades médicas rurales en varios estados de la República Mexicana, hice un oficio dirigido a los nueve hospitales del Estado de Chiapas para que se brindara el pozol a los pacientes que no tuvieran alguna restricción alimentaria.

El oficio fue bloqueado por la sección médica argumentando que las dietas las establecen únicamente los doctores tratantes. Que no me metiera con *sus hospitales*, pues el control del hospital correspondía a ellos, y que de las bardas del nosocomio hacia fuera eran los dominios de la acción comunitaria.

Semanas más tarde me enteré que, así como existía un Cuadro Básico de Medicamentos, de igual manera había un Cuadro Básico de Alimentos, cuyo primer componente es precisamente el maíz ¡en todas sus modalidades! Es decir, que se puede ofrecer como tortillas, atoles, tamales y la infinita variedad de formas regionales: pinole, gorditas, huaraches, totopos, uchepos y, por supuesto, pozol.

De todos modos, no se pudo convencer a los funcionarios médicos del sector central. Era (y es) una cuestión de ejercicio del poder.

Como médico familiar en una clínica del IMSS ubicada al sur de la ciudad de México, tuve la oportunidad de brindar mi servicio a enfermos de colonias populares de Coyoacán, Tlalpan, Xochimilco y Milpa Alta. La interculturalidad no podemos ni debemos reducirla a la práctica médica en los pueblos indígenas del país, pues también se da y se ejerce en los espacios urbanos. Pues hay que recordar que nuestros orígenes nacionales se alimentan de las raíces amerindias, europeas, africanas y las migraciones de grupos diversos en el Siglo XX (entre ellos chinos, libaneses, rusos, judíos, españoles republicanos, criollos argentinos, chilenos, indígenas guatemaltecos, etc.).

En mi diario de campo utilizado en el consultorio (1981-2001) aparecen frecuentes notas sobre la relación médico-paciente, y en especial, sobre la omnipresencia de las entidades clínicas populares como el susto, el empacho, el mal de ojo, e incluso, hechicería. De esos casos han aparecido artículos en revistas y libros. (Campos-Navarro, 2000a, 2001, en prensa)

Lo importante es mencionar el respeto hacia esos saberes, profundizar en las prácticas curativas popular-tradicionales para entender y comprender su significado, pero sobre todo, interactuar en forma positiva con el paciente y sus familiares. Como en las escuelas y facultades de medicina no se enseña nada sobre estos aspectos, la información es nula, y el futuro profesional médico convierte su ignorancia en evidentes prejuicios sobre los saberes populares. Los desprecia, los minimiza e incluso los rechaza.

Yo tomé un rumbo distinto. No se trataba de irme a una posición diametralmente opuesta donde la medicina popular-tradicional es considerada como una práctica maravillosa, milagrosa y llena de conocimiento, sino valorar con mesura, prudencia y una buena dosis de sentido común todo aquello que me platicaban mis pacientes. Ello brinda un espacio inigualable de confianza. Se trata de la construcción creativa de una consulta clínica intercultural donde el enfermo participa no sólo con sus dolencias y padeceres, sino también con su intervención, sus percepciones y sus saberes heredados socio-culturalmente. El enfermo y sus familiares entran en una alianza terapéutica con el médico.

Por ello no extraña que llegáramos a considerar los diagnósticos de susto y empacho, e hiciéramos el envío del paciente afectado a mis amigos curanderos de la ciudad de México. Al oriente de la ciudad con Doña Marina, quien fue mi informante y maestra en los años ochenta. (Campos-Navarro, 1997). En la delegación de Xochimilco, con Doña Flora, una linda y sonriente abuela que ejerce el cu-

randismo en Tepepan, y a quien conocí como enferma en la clínica del IMSS. Ellas fueron (y siguen siendo) mis especialistas de confianza, pese a que existen cientos de curadores populares urbanos.

Por cierto, he de mencionar que cuando había un diagnóstico de este tipo en mi consulta institucional, anotaba en el expediente y la hoja de registro estadístico la denominación popular. Así apareció: *SUSTO (Síndrome de filiación cultural)*. Por supuesto, al día siguiente aparecía el responsable de las estadísticas preguntándome que dónde colocaba ese diagnóstico en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y siempre fueron a dar al costal de las entidades clínicas psiquiátricas poco o mal definidas. Aunque al estadígrafo ya lo habíamos enterado de que se trataba de enfermedades no consideradas por la medicina académica.⁵

Precisamente para profundizar en una entidad clínica popular considerada por algunos facultativos como fantasmal, dediqué algunos meses como investigador comisionado en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), en la recopilación de textos históricos y contemporáneos sobre el empacho. No se trataba sólo de lograr un objetivo teórico (demostrar su existencia histórica y su continuidad a través del tiempo), sino de establecer, en la praxis, los fundamentos para su comprensión clínica en el presente. El resultado fue un texto con 79 artículos que fueron recopilados desde 1552 hasta 1994, donde aparecen escritos de médicos indígenas, funcionarios novo hispanos, misioneros cristianos, médicos universitarios, literatos, promotores culturales y antropólogos. (Campos-Navarro, 2000a)

Tanto no se trata de una entelequia intelectual que una investigación reciente, coordinada por nosotros, encontró registros de mortalidad por empacho en el siglo XIX (ocupando el noveno lugar de mortalidad general en la parroquia de San Jacinto, en San Ángel, durante el período de 1834 a 1867), con las características clínicas y epidemiológicas que aún se reconoce en la medicina popular contemporánea. (Campos-Navarro y Ana Liviere, 2002).

Experiencias interculturales en México como funcionario

Con la experiencia clínica intercultural y el conocimiento de la medicina indígena de México y otros países latinoamericanos, ingresé en 1995 como funcionario del IMSS-Solidaridad, a cargo de una oficina dedicada prioritariamente a continuar su programa de interrelación con la medicina tradicional y conducir las relaciones con los médicos indígenas que recién se habían corporativizado.

Los objetivos más amplios que me marqué serían los de establecer en forma explícita que la oficina se dedicaría a establecer las bases para un cambio en cuanto a la adecuación de los servicios a las culturas locales. No era sólo una cuestión de curanderos y plantas medicinales, sino también considerar hospedaje a familiares (ya existentes en el sistema hospitalario), establecer la alimentación regional como dieta normal en los hospitales (pinole, totopos, pozol, etc.), lograr una mayor participación comunitaria, introducir muebles locales en hospitales (como son las hamacas en el sureste del país), capacitar al personal sobre las adecuaciones de los servicios, etc.

Nuestra primera tarea fue dar continuidad al programa de interrelación con la medicina tradicional que funcionaba desde 1982, y que desde 1990 se había transformado en una relación más estrecha con las recientes organizaciones de médicos indígenas tradicionales, que culminó con una serie de convenios con la más fuerte organización estatal, que es la OMIECH (Organización de médicos indígenas del Estado de Chiapas) y con el CONAMIT (Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales). (Campos-Navarro et al, 1997a) En ese período se apoyaron con partidas presupuestales asignadas diversos proyectos colectivos, entre ellos la construcción de consultorios, farmacias, centros de desarrollo y museos referidos a la medicina tradicional, temascales y huertos medicinales, actividades cuyos resultados están pendientes de una honesta y reflexiva evaluación.

En líneas previas, ya hemos descrito el fracaso que representó la introducción del pozol en hospitales de Chiapas. Sin embargo, vale la pena comentar el caso del hospital de San Juanito, en la sierra ta-

rahamara. Allí las autoridades hospitalarias locales se dieron cuenta que, si no incluían el pinole en la alimentación del indígena rarámuri, el hospital estaba destinado a ser un fantasma. Por ello implementaron un programa de alimentación hospitalaria donde el pinole constituye un elemento central.

Un caso sorprendente es el hospital ubicado en Matías Romero, donde la población abomina las tortillas de harina de trigo y las carnes frías (salchichas, jamones y chorizos), y precisamente se les imponen las conocidas “sincronizadas”, que son elaboradas con esos ingredientes. Y en cambio, no les distribuyen los riquísimos totopos (tortillas tostadas), porque las señoras que las elaboran y venden carecen de registro fiscal. Estábamos en las modificaciones respectivas cuando vino mi renuncia a la institución.

En otro hospital que sirve a la población con predominio indígena distribuían pan de caja, hasta que se dieron cuenta que los pacientes no la consumían, se desperdiciaba, y en cambio, la tortilla de maíz era sumamente demandada y consumida. Tarde o temprano, siempre la realidad se impone.

Durante nuestra fugaz estancia en el IMSS-Solidaridad, intentamos capacitar al personal sobre cuestiones socio-culturales; esto se logró con algunos funcionarios medios del área comunitaria, pero fue mínima o nula en la sección médica. Con sorpresa nos enteramos que la capacitación al personal médico que ingresaba al sistema se realizaba únicamente sobre aspectos administrativos-organizacionales, y cuando se abordaba algún tema antropológico era con materiales etnográficos de los años cuarenta del siglo pasado. ¡Como si los indígenas de ahora fueran los mismos a los de aquella época!

Debemos de reconocer que la idea de tener hospedaje para los familiares de los enfermos hospitalizados surgió y se mantiene en la mayoría de los 65 hospitales institucionales, lo cual es un avance muy significativo que debe ser continuado y ampliado.

Quizá el acontecimiento más significativo de aquellos años (1995-1997) fue la tormentosa y polémica introducción de hamacas en el hospital de Hecelchakán, Campeche. La idea surgió de una pareja de médicos originarios de la Ciudad de México que habían realizado su servicio social en Yucatán. Cuando se enteraron de mi ingreso al aparato administrativo del Programa IMSS-Solidaridad, me sugirieron introducir hamacas en los hospitales ubicados en la península de Yucatán, en función de que la absoluta mayoría de los campesinos mayas las utilizan en forma cotidiana para dormir. ¿Por qué no hacerlo en un hospital?

Elaboramos un proyecto experimental detallado que abarcaba Yucatán y Campeche. Se realizaron encuestas previas a potenciales usuarios y personal hospitalario. Los resultados indicaban que el sitio idóneo era el hospital de Oxcutzcab en Yucatán; sin embargo, pese a la plena aceptación de los directivos y personal del hospital, el delegado médico de la Institución se opuso en forma obstinada, pese a que tal personaje es hablante del maya y disfruta de la hamaca en su casa. Por ello, el proyecto fue retomado con entusiasmo por los compañeros de Hecelchakán, Campeche, que cuando se enteraron de la anuencia verbal del coordinador nacional del Programa, ni tardos ni perezosos quitaron tres camas metálicas de una sala de mujeres y colocaron sendas hamacas tamaño “king size”. La respuesta fue extraordinaria, las usuarias mostraron su plena y total satisfacción. En la semana santa de 1996 los supervisores médicos enviados desde la Ciudad de México, enojados por tal atrevimiento, ordenaron la cancelación del proyecto en forma unilateral. La reacción local no se hizo esperar: enviaron un oficio a las oficinas centrales donde manifestaron su desacuerdo, porque formaba parte de un proyecto experimental aprobado por el Coordinador. La re-instalación se hizo pocas semanas después.

Se concluyó la fase experimental. Todas las mujeres usuarias de las hamacas hospitalarias expresaron su aprobación. Publicamos los resultados en revistas nacionales y del extranjero (Campos-Navarro, et al., 1997b y Campos-Navarro, 1997, 1998). Y ¿que ha sucedido con el proyecto hamacas? En un libro reciente del propio Programa se apunta la consolidación:

El servicio de hamacas, en el hospital de Hecelchakán, Campeche, sigue brindando buenos resultados: hasta diciembre de 1999, un total de 1. 158 pacientes utilizaron hamacas en el hospital, lo que representa el 13% de los egresos hospitalarios. Estos pacientes estuvieron, en su mayoría, en el área de gineco-obstetricia

y en menor medida en la de medicina interna. De acuerdo a la evaluación del director del hospital, las hamacas no representan un problema para las pacientes puérperas, ya que les permiten permanecer en las posiciones longitudinal, oblicua y transversal.

Es oportuno señalar que se pretende impulsar la instalación de hamacas en otros hospitales y albergues comunitarios de zonas calurosas, donde la población haga uso cotidiano de este mobiliario. (IMSS-Solidaridad, 2001: 340).

Todavía gozamos y nos regocijamos de esta experiencia, pero queda aún la interrogante: ¿por qué si desde hace cinco años ya están demostradas las ventajas de las hamacas en el espacio hospitalario aún no se amplían a los hospitales yucatecos? ¿Por qué continúa la resistencia de los funcionarios médicos a su extensión? ¿Siguen las manos negras?

Ahora la institución se refiere a este programa consolidado de hamacas hospitalarias en términos encomiables y exitosos; sin embargo, hubo que vencer barreras y obstáculos que no vinieron de los pacientes sino de los funcionarios médicos que mantienen sus cómodas oficinas en la Ciudad de México. (Campos-Navarro, 2001).

Mi renuncia al IMSS-Solidaridad se debió a varias causas estructurales, en especial, la subordinación y sumisión del área comunitaria al *poder autoritario* de los médicos-funcionarios (recuérdese que ingresé como antropólogo y no como médico), a la *recurrente oposición* -abierta o encubierta- a los novedosos proyectos de interculturalidad que planteamos (alimentación regional en hospitales, hamacas, hospitales amigos del indígena); a la *continuidad pasiva y acrítica* del programa de interrelación con la medicina tradicional (con una relación clientelar con los médicos indígenas y sus organizaciones, la ausencia de capacitación sobre medicina tradicional de los médicos de la institución, o bien, usando materiales etnográficos arcaicos) y la discrepancia entre el discurso institucional y la práctica real (donde se dice y escribe sobre la necesidad del cambio, pero lo observable es la ausencia del cambio, la continuidad del *status quo*).

Antes de salir de la institución pensaba en algo más que hamacas en Hecelchakán, me planteaba la posibilidad de elaborar, construir e implementar un hospital modelo donde la interculturalidad fuera completa, es decir, que inventáramos indicadores socio-culturales que fueran posibles de cumplir. De este modo, en 1997 surgió la idea de los “hospitales amigos del indígena”.

Se trataba de que los hospitales ubicados en regiones indígenas tuvieran las siguientes características: uso cotidiano del idioma local, capacitación intercultural obligatoria del personal institucional no indígena, mayor participación indígena de la administración y organización hospitalaria, consumo de alimentos regionales como dieta normal, uso del mobiliario regional, interrelación positiva con la medicina indígena, creación de huertos medicinales demostrativos, uso de arquitectura regional, adecuaciones en la relación médico-paciente, directivos sensibles a la interculturalidad, presencia de hospedaje a familiares de enfermos hospitalizados, entre otras.

De alguna manera, el hospital de Hecelchakán venía a representar esa posibilidad de hospital modelo que estamos seguros que sí se puede *calificar o certificar* como intercultural con indicadores y criterios objetivos desde el punto de vista sociocultural, e independiente de la certificación desde un punto de vista técnico biomédico (Campos-Navarro, 1999b, 2000, 2001).

Experiencias interculturales en México como docente

Uno de los puntos nodales de nuestra propuesta es la capacitación intercultural. Desde 1987 desarrollamos un programa de antropología médica en el Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la Facultad de Medicina de la UNAM. El objetivo no es convertir a los estudiantes de medicina en antropólogos ni en curanderos; simplemente que conozcan, comprendan y reflexionen sobre el proceso salud-enfermedad-atención desde una perspectiva socio-cultural; la existencia de una diversi-

dad de modelos médicos (incluidas la medicina académica y las alternativas); el papel social de los curanderos indígenas y mestizos, rurales y urbanos; los recursos materiales y simbólicos de la medicina tradicional; la existencia de los síndromes dependientes de la cultura y, sobre todo, la posibilidad de una intervención intercultural adecuada del personal de salud (médicos, enfermeras, dentistas) en pueblos indígenas y en zonas urbanas y suburbanas de nuestra República Mexicana. Creemos que existe un balance positivo (Campos-Navarro, 1999a).

Una de las experiencias más enriquecedoras tiene que ver con la excepcional clase de herbolaria medicinal que desarrollamos con la Maestra en Ciencias Abigail Aguilar Contreras. Ella es la responsable del herbario de plantas medicinales más importante de América Latina, ubicado en el Centro Médico Nacional Siglo XXI. Conduce como titular el único curso monográfico del IMSS sobre medicina tradicional y herbolaria. Pues bien, con ella implementamos una sesión anual en el Paraninfo de la Antigua Escuela de Medicina, donde los alumnos deben llevar muestras frescas de plantas medicinales adquiridas en el mercado más cercano a su domicilio, y además, deben llevar a sus padres (u otro familiar si no fuera posible) a la clase. La finalidad es mostrar las plantas medicinales, reconocerlas y saber de sus propiedades curativas. Entonces la clase es dada por los padres (especialmente las mamás) y los estudiantes caen en la cuenta de que allí los maestros no somos los profesores universitarios sino sus propios familiares, e incluso, en una ocasión, un activísimo padre se reveló como un auténtico curandero urbano.

Con este afán de construir clases que se alejen de la monotonía y que constituyan una referencia concreta a las experiencias propias que tendrán los estudiantes en su internado y su servicio social, intentamos un equilibrio entre lo teórico y la práctico.

Por ejemplo, cuando abordamos el tema de los llamados síndromes de filiación cultural, de forma inmediata resaltan el susto, el empacho y la brujería. Desde hace cuatro años, tanto en mis clases en la Facultad de Medicina como en cursos nacionales (en el IMSS y el Instituto Politécnico Nacional, Instituto Mexicano del Seguro Social) e internacionales (Casa de América / Universidad Complutense de Madrid, Universidad Autónoma Tomás Frías de Potosí, Bolivia), suelo empezar la clase haciendo la curación sencilla y simplificada que hace Doña Marina en la ciudad de México para aliviar el susto.

Primero selecciono a un alumno que haya sufrido un susto reciente, o lejano pero significativo. Le pido al estudiante / enfermo que pase al frente y nos detalle los eventos relacionados con el susto (asaltos, atropellamientos, ataque de perros, sismos, etc.). Luego, le ordeno que cierre los ojos y le realizo una “limpia” con alguna ropa que sea de su propia indumentaria (chaleco, camisa, chamarra). Después de varias vueltas alrededor, rezando y haciendo la señal de la cruz, en forma repentina le arrojo un poco de agua en su cara, pronunciando su nombre: “Juan, Juan..., regresa a ti”. Le cubro la cara y lo abrazo durante unos segundos.

El grupo de estudiantes que habían permanecido callado y expectante, también se asusta y se ríe. Mientras que el “asustado” reacciona en diversa forma, unos gritan, otros lloran, otros permanecen en un extraño mutismo. Una vez pasada la sorpresa, se pide al “enfermo” que explique lo que sintió y luego pasa a su lugar de clase.

Les pregunto: “¿Qué entendieron de la curación?” Todos comienzan con una descripción de lo observado, algunos intentan una incipiente explicación, pero ninguno sabe cuál es el trasfondo explicativo de la acción. Les digo que es poseer una tarjeta bancaria de crédito sin conocer el “NIP” o código secreto de apertura, para realizar cualquier transacción. Haber visto la curación de susto no significa entender en qué consiste. “¿Les interesa saber el secreto?” A continuación, explico que en las sociedades amerindias, a diferencia de occidente, se cree que el cuerpo es acompañado de dos o más almas (diferencia de la cosmovisión judeo-cristiana que establece un cuerpo + una alma). Entre los pueblos mesoamericanos, en particular los nahuas, se reconocen tres entidades anímicas: una ubicada en la cabeza (tona o tonalli), otra en el corazón (teyolía) y una más en el hígado (ihíyotl). Cuando la persona se espanta, sale la entidad anímica localizada en la cabeza. La persona no se muere, continúa viva, pero no es la misma, se encuentra alterada, disminuida, enferma. Se dice que se le “salió el alma”. Pero no sólo

se le escapó, sino que es atrapada por los seres sobrenaturales dueños espirituales del lugar donde sucedió el accidente.

Por tanto, en ese momento se encuentran ya los varios elementos presentes en el susto:

- a) La persona que se espanta.
- b) La salida del alma.
- c) El atrapamiento del alma por una entidad sobrenatural.
- d) Un cuadro clínico característico: alteración de la vigilia, falta de apetito, dolores inespecíficos y parestesias (sensación de hormigueo en el cuerpo).
- e) Alteraciones en el comportamiento social de la persona asustada.

Con estos datos clínicos, si la persona asiste con el médico académico, diagnosticará un cuadro de neurosis por “estrés post-traumático agudo” e indicará el uso de tranquilizantes. Es decir, atenderá los puntos 4 y 5, pero nunca atenderá ni podrá entender los puntos 2 y 3.

Cuando se llama al curandero, hará el diagnóstico de susto o espanto. Por tanto, sabrá que tiene que establecer una negociación con las entidades sobrenaturales para que le retornen esa alma que tienen presa. En la transacción, el curandero obsequiará sahumerios, alcohol, flores, alimentos y plegarias. Cuando esto se ha cumplido, pasará a retornar el alma de la persona mediante el procedimiento de aspersión, llamando al enfermo por su nombre (sea mediante un susurro, o bien a gritos).

En el caso urbano, el curandero hace esto en su consultorio, ya no hace ritualidad de negociación, excepto las plegarias durante la limpia de la persona, y el evento fundamental, será la repentina e inesperada mojada del paciente mientras le llama por su nombre.

Desde un punto de vista psicológico, se da un proceso de catarsis, y en cada dos de tres casos que hemos realizado, los resultados han sido halagadores para los estudiantes “asustados”, que confirman la bondad del procedimiento, que tiene más bien objetivos pedagógicos.

En la clase dedicada al empacho, se solicita antes a los alumnos que compren “pan puerco” en la farmacia más cercana a su casa. Este producto es una pomada elaborada por pequeños laboratorios ubicados en la ciudad de México, y que únicamente sirve para la curación -mediante sobada- del empacho. Al igual que se compran paraguas sin mencionar alguna marca comercial en particular, el “pan puerco” es un producto genérico sin marca comercial. Al igual que los paraguas, que se compran y se usan para protegerse del sol y la lluvia, lo mismo sucede con la pomada, que se vende en cualquier farmacia porque es comprada por la gente en función de que existe una demanda concreta, en este caso de algún enfermo ahitado.

Ya que los alumnos llevan el “pan puerco”, hacemos una demostración pública del masaje en la región ventral y dorsal del cuerpo, para finalizar con la denominada “tronada” o “quebradura” del empacho, es decir, levantar la piel ubicada en la región paravertebral hasta escuchar el tronido característico que corresponde a la curación del empacho. La gente dice que si truena es empacho y, si no, hay que llevarlo con el doctor. Después de la práctica se hace lectura de casos clínicos que fueron elaborados por médicos académicos del siglo XIX, así como los testimonios de años recientes.

En la clase dedicada a la brujería, empiezo quemando (o más bien, encendiendo) pastillas de metenamina en un incensario. Los alumnos se asombran que un medicamento de patente sea inflamable y levante unas pequeñas llamas a partir de su combustión. Esto da motivo para leer el testimonio del Dr. Larry Dossey, quien vio cómo un hombre anciano –posiblemente de origen mexicano–, que se decía embrujado, perdía la vida por esa causa. Narra la hospitalización, la negatividad de los estudios clínicos, de laboratorio y radiología, y cómo se iba muriendo el paciente, hasta que un colega lo rescata, deshace el hechizo y logra su plena recuperación, con un dramático ritual donde las tabletas de metenamina intervienen como un elemento ceremonial.

El testimonio que aparece en *Tiempo, espacio y medicina* (1986) demuestra que las creencias son fundamentales en la vida del hombre, y que en este caso, la creencia en la eficacia de la maldición pue-

de conducir a la muerte, pero también, como la ritualidad adecuada, acompañada de la palabra curativa, pueden aliviar y salvar al hombre enfermo.

Con todas estas clases sobre los llamados síndromes de filiación cultural, los alumnos empiezan a reconocer que el curandero no es un charlatán, que posee otro saber y otras prácticas que pueden no tener una explicación dentro del modelo biomédico y que ello no significa “primitivismo” ni mucho menos ignorancia. A estas alturas, invitamos a que asista una curandera urbana para que se entable un diálogo directo con los estudiantes. Se caen los pre-juicios al darse cuenta que la curandera lleva ropa ordinaria, que no carga con plumas e incensarios, y que está dispuesta a responder muchas de las dudas de los alumnos presentes.

Ahora lo que estoy preparando es la argumentación referida a los síndromes de filiación pertenecientes a nuestra propia cultura occidental. Como nuestras actividades las catalogamos como “normales” y no logramos reconocer el grado de enfermedad que ellas encierran. En este caso, la visualización de la pintura de Salvador Dalí sobre los relojes blandos sería el punto de partida. En nuestra cultura, el tiempo y la forma de contarlo resulta esencial. Creamos relojes, calendarios, agendas, horarios. Celebramos aniversarios y cumpleaños. El tiempo se vive como algo absolutamente natural.

El tiempo reflejado en los relojes debe ser exacto, continuo, regular. Los relojes nos señalan estabilidad y movimiento permanente. Por ello, ver en “La persistencia de la memoria” a esos relojes flácidos, nos conmueven porque están “enfermos”. La inmovilidad domina el escenario y la estabilidad se encuentra trastocada. El tiempo no se puede medir, o bien, la medida se encuentra alterada. En otros cuadros del propio Dalí, a los relojes deformes se les caen los números.

En la mayoría de las culturas del mundo, el tiempo y su marcaje serían elementos de normalidad. En tanto, su olvido o desprecio podrían aparecer como una patología o una enfermedad. Cuando los europeos en el siglo XIX preguntan la edad a los amerindios, estos dicen no saber. La respuesta resulta escandalosa. Entonces el europeo arrogante dice que estos “hombres”, que no tienen noción del tiempo, son primitivos, tontos y estúpidos.

Cuando los indígenas se asoman a nuestra “civilización”, descubren que estamos muy mal porque estamos obsesionados por el tiempo, que nos encontramos esclavizados con los relojes que se encuentran por todos lados. Así lo relata a sus paisanos Tuaiivii de Tiavea, un samoano que conoció algunas ciudades europeas:

... sienten pasión por algo que no podéis comprender, pero que a pesar de esto existe: el tiempo. Lo toman muy en serio y cuentan toda clase de tonterías sobre él. Aunque nunca habrá más tiempo entre el amanecer y el ocaso, esto no es suficiente para ellos.

Los papalagi [los blancos occidentales] nunca están satisfechos con su tiempo y culpan al Gran Espíritu por no darles más. Sí, difaman a Dios y a su gran sabiduría dividiendo cada nuevo día en un complejo patrón, cortándolo en piezas, del mismo modo que nosotros cortamos el interior de un coco con nuestro machete. Cada parte tiene su nombre. Todas ellas son llamadas segundos, minutos u horas (...).

Ésta es una historia increíblemente confusa, de la cual yo mismo no he entendido todavía los puntos más sutiles, puesto que es difícil para mí estudiar esta tontería más allá de lo necesario (...), pero creo que debe ser una enfermedad (2000: 34-36).

El tema de lo normal y lo patológico también nos da motivo para iniciar la clase, ocupando el espacio reservado a los estudiantes, con el profesor / estudiante usando una gorra de béisbol y una camiseta turística. Con ello queremos manifestar que la categoría de normalidad y sus desviaciones constituyen una construcción social.

A continuación iniciamos una pequeña encuesta sobre *identidades* de los estudiantes de medicina presentes en la clase. Nombramos a un escrutador, quien anotará en el pizarrón los resultados de las interrogantes:

- Identidad política: ¿Quiénes son mayores de 18 años? ¿Quiénes votaron en las últimas elecciones? ¿Por qué partido votaron?
- Identidad religiosa: ¿Quiénes se consideran de religión católica? ¿Quiénes asisten en forma cotidiana a misa? ¿Qué otras adscripciones religiosas existen?
- Identidad sexual y estado civil: ¿Quiénes se consideran del sexo femenino? ¿Quiénes se consideran del sexo masculino? ¿Quiénes están casados? ¿Quiénes continúan solteros?
- Actividad sexual: ¿Quiénes de ustedes llevan vida sexual activa? ¿Con qué frecuencia? ¿Quiénes se consideran homosexuales? ¿Cuántos de ustedes consideran que la homosexualidad es una enfermedad? ¿Con qué especialista lo enviarían?

Esta batería de pregunta, sirve para establecer la diversidad de identidades dentro del propio grupo. Ante las primeras interrogantes no hay problemas, pero cuando viene la identificación sexual se esbozan las primeras sonrisas maliciosas. Cuando se aborda el tema de la actividad sexual, algunos muchachos presumen de experiencia; otros callan. En cambio, las mujeres no responden con firmeza, se avergüenzan, e incluso, hace algunos años, una compañera salió del salón sintiéndose ofendida. Sobre la homosexualidad se niega, aunque el año pasado, un compañero en forma abierta y decidida asumió su orientación homosexual. La respuesta grupal fue de respeto incondicional.

Al plantearse la última pregunta que explora si la homosexualidad debe entenderse como una desviación sexual, e incluso, una enfermedad que requiere la atención por un especialista, se inicia una polémica, puesto que la biomedicina apenas acaba de reconocer que no es una patología sino una orientación más de la sexualidad individual, pero la historia de la medicina moderna muestra que la homosexualidad fue catalogada como una enfermedad psiquiátrica, y requería de apoyo especializado.

Concluimos la clase aceptando que los patrones de normalidad / anormalidad son elaboraciones grupales, y que el médico debe estar preparado para aceptar y respetar la diversidad cultural de los pueblos, de la que nacen las diferentes y enriquecedoras identidades políticas, religiosas, sexuales y otras.

Otra de las identidades culturales que exploramos se refiere al tipo de comida a la que estamos acostumbrados. Es la clase del taco de chicharrón con salsa picante. Este año (2003), solicitamos a dos estudiantes que trajeran tortillas de maíz y salsa picante; otros dos, el chicharrón, una fritura que se hace con la piel del cerdo y que se consigue en cualquier mercado público de la ciudad. El día de la clase, la mesa se llena de las viandas, pero junto a las tortillas de maíz yo coloco –sin hacer ningún comentario– una docena de tortillas elaboradas con harina de trigo. Indico que pasen uno por uno a la mesa para que formen su propio taco. Ya que pasaron todos, y que están disfrutando de la crujiente comida, hacemos un repaso de lo sucedido. Todos, excepto una alumna, elaboraron los tacos con la tortilla de maíz y desecharon las que están elaboradas con trigo.

Con ello reconocemos nuestra identidad mexicana fincada en el maíz y en los deliciosos productos que derivan de él: tortillas, tamales, atoles, quesadillas, huaraches, entre otros. Al preguntar a la única compañera que elaboró su taco con tortilla de harina de trigo, nos dijo que su familia es de Saltillo, Coahuila, y nos recordó que en el norte del país se usa el maíz, pero en ocasiones más la tortilla de trigo, en especial, en la confección de las llamadas “burritas”.

Al final de la clase, recomendamos la asistencia al Museo de Culturas Populares, donde se desarrolla una exposición alusiva, “Sin maíz no hay país”, que lean completo el texto de *México Profundo. Una civilización negada*, de Guillermo Bonfil Batalla (1994), y un corto pero excelente libro sobre la *Cosmovisión Maya*, cuyo autor es Carlos Lenkersdorf (1999). Después, todos limpiamos el salón donde se desarrolló la clase-comida, y observamos con absoluta complicidad el anuncio que está por encima del pizarrón: “Se prohíbe comer”.

Como una extensión de la enseñanza de pregrado a los estudiantes de medicina, desde 1997 y hasta el 2002, nuestro Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina ha realizado cinco diplomados de antropología médica a nivel de postgrado, y a nivel internacional, un curso académico en San José de Costa Rica, dos aplicativos en Panamá, y finalmente, el diplomado de salud intercultural en Bolivia.

Con nuestra participación, desde el año 2000 las autoridades mexicanas de la Secretaría de Salud (SS) han incluido por primera vez el tema intercultural en sus políticas y estrategias institucionales. Y desde septiembre del 2003 iniciamos cinco cursos de sensibilización y dos de capacitación dirigidas al personal directivo y operativo de veintinueve de los Estados de la República Mexicana que cuentan con población indígena. Se partió de la idea de convencer a los funcionarios altos y medios de las ventajas del enfoque intercultural en la atención de los pueblos indígenas, para continuar con la capacitación a replicadores cuya función sería llevar en forma directa esta orientación a los hospitales y centros de salud que atienden directamente a enfermos amerindios.

Conformados en una sociedad civil denominada *Yolpahtli. Servicios de Salud con calidad intercultural en pueblos amerindios*, preparamos una carpeta y un disco compacto cuyos contenidos sobre el tema de salud intercultural sirvieran de apoyo a los participantes de los cursos. Los temas que se incluyeron fueron los siguientes: “Una visión sobre la medicina intercultural”, “La cosmovisión de los pueblos indios de México”, “La pluriculturalidad y el Estado-Nación en México”, “Los modelos médicos y la interculturalidad”, “Los procesos bioculturales en México: sexualidad, embarazo, parto, puerperio, y muerte”, “La alimentación y la nutrición en contextos interculturales”, “Las enfermedades desde un enfoque antropológico: epidemiología sociocultural y síndromes de filiación cultural”, “Los tratamientos populares y el personal de salud. La relevancia de la herbolaria medicinal”, “La enseñanza de la relación personal de salud / paciente en la medicina académica”, “La relación del personal de salud / paciente: el problema de la asimetría”, “La atención del personal de salud hacia el paciente en situaciones interculturales: de la teoría a la práctica”, “La ética en la relación intercultural”, “Experiencias interculturales en América Latina” y “Metodología de la investigación-acción”.

A los cursos de sensibilización que se realizaron en las ciudades de Morelia, Tepic, San Luis Potosí, Campeche y Puebla, asistieron cerca de 200 trabajadores de salud. En la capacitación efectuada en la Ciudad de México participaron cerca de 150 multiplicadores. La evaluación de los siete cursos ha sido muy satisfactoria, y esperamos que la capacidad o competencia intercultural del personal de salud se incremente y se refleje en una mejoría de la relación que establecen con los enfermos y sus familiares.

Cabe mencionar que existen en México dos proyectos de la SS que brindan atención médica académica e indígena en el mismo espacio hospitalario. Se trata de los hospitales “mixtos” de Cuetzalan, Puebla y Jesús María en la Mesa del Nayar. En ellos se ha experimentado sobre las vinculaciones entre personal de salud institucional y médicos indígenas. Los resultados no han sido del todo satisfactorios porque precisamente no se han aplicado en su totalidad los elementos indicativos de una *interculturalidad apropiada*, es decir, indicadores socioculturales que certifiquen la calidad del servicio (oficina de facilitadores interculturales, personal bilingüe mayoritario, capacitación obligatoria del personal foráneo, interrelación con la medicina indígena, etc.). Otros cuatro hospitales en el Estado de Puebla se estarían habilitando para ofrecer servicios “integrales” con médicos indígenas y doctores (Huehuetla, Coxcatlán, Tulcingo y Ayotoxco).

Experiencias interculturales en Panamá

En el otoño de 1998 visitamos por primera vez Ailigandí, una isla ubicada en Kuna Yala, en la costa atlántica de Panamá. El director encargado del hospital era Joaquín Chén, un enérgico, tenaz y habilidoso médico panameño de origen chino, que ya llevaba poco más de quince años entre los indígenas kunas, al grado de ya dominar la lengua local. Yo le había conocido en una reunión centroamericana sobre salud indígena, y me interesaba conocer el grado de interculturalidad lograda por su hospital.

Después de una hora de vuelo desde la ciudad de Panamá, llegamos a la isla de Ailigandí. Al descender de la avioneta, se nos cobró el impuesto local que la comunidad impone a sus visitantes. Recordemos que los kunas constituyen uno de los escasos pueblos que disfrutan de la condición autonómica desde los años veinte del siglo pasado, y que cada comunidad tiene su asamblea local, libre y soberana

para tomar decisiones que competen a su territorio, en tanto que existe una asamblea general que conduce los aspectos organizativos de toda la región de Kuna Yala, además de mantener dos representantes legislativos en la capital panameña.⁶

Una lancha del hospital nos recogió y nos condujo hacia las instalaciones ubicadas en el muelle de la isla. Después del desayuno, el Dr. Chen me invitó a que le ayudara en una intervención quirúrgica. Se trataba de un hombre anciano que había padecido de un tumor en la nariz, que fue necesario quitarla, y que ahora estaba para intentar reconstruirla, pues su calidad de vida había menguado en forma dramática. Al ser experto cazador de tortugas, de día siempre aparecía con un pañuelo que le cubriera el rostro, y sólo por la noche caminaba por el pueblo sin cubrirse. Su vida ya no era vida. El día que llegué estuve como ayudante de un médico general que había aprendido de cirujanos extranjeros algunas técnicas de cirugía reconstructiva. Pero algo que me impresionó más era que la relación médico occidental – paciente kuna, durante la intervención, era muy fluida porque el doctor Chen se dirigía en el mismo idioma del enfermo, independientemente de que estaba un excelente enfermero de origen kuna. El paciente no podía sino estar feliz de recobrar un esbozo de nariz que le permitiera salir a plena luz del día sin necesidad de cubrirse la cara, y además, ser atendido por un equipo sanitario competente, tanto en las áreas quirúrgicas como en aquéllas de tipo intercultural.

Sin que yo lo supiera, sabiendo el Dr. Chen de mis inclinaciones favorables a la medicina amerindia, invitó a los inadulegan o curanderos de Ailigandí e islas más próximas para que nos reuniéramos y platicáramos sobre la interculturalidad médica. En el sótano de la iglesia local nos reunimos toda una mañana. Como intérprete bilingüe fungió un trabajador kuna del hospital. La reunión fue muy agradable y satisfactoria; intercambiamos experiencias sobre la interculturalidad en salud, y nos comprometimos para una siguiente reunión en el contexto de un seminario de capacitación intercultural al personal del hospital.

Durante la reunión, yo mencioné que, en México, nuestros curanderos reconocen una enfermedad que se inicia con un evento impactante y sorpresivo, que la persona enferma deja de comer y tiene problemas con el sueño, pues duerme demasiado o bien, tiene insomnio, y que todo esto es interpretado como la pérdida de alma. Ellos me respondieron que también esa enfermedad se presenta entre los kunas, y que se requiere de un complejo ritual para hacer retornar el alma extraviada.

Como una muestra de nuestra recién iniciada amistad, dos de los inadulegan me confiaron la existencia de una enferma con *burba kalesa* (o pérdida del alma). La reunión se había realizado en las instalaciones de la iglesia bautista, y la paciente se encontraba a unos cuantos pasos. K. L., una mujer kuna de 35 años, que había asistido semanas antes al hospital por un aparente problema de infección faríngea, indicándosele antibióticos y antipiréticos, un mes después regresa solicitando la misma inyección, y además, presenta cuadro catalogado como psicótico, que es tratado con diazepam y biperideno (Akinetón,). En su casa empieza a ser atendida por los médicos indígenas, quienes diagnostican *burba kalesa* e inician tratamiento con oraciones, rituales, pociones de plantas medicinales, participación de uchus (espíritus protectores), baños de vapor, etc. Resultados positivos tras un mes de tratamiento curanderil.

Un año más tarde, en agosto de 1999, realizamos el primer seminario intercultural en Ailigandí, con la participación del personal del hospital, de las islas cercanas, y en forma sorpresiva, de los médicos indígenas. Y decimos de sorpresa porque el Dr. Chén invitó desde un principio a los inadulegan, y no al cuarto día, como estaba previsto en un encuentro para el intercambio de experiencias. Esta modificación sustancial nos obligó a realizar un curso donde médicos indígenas y personal entrarían en una relación cualitativamente distinta desde el primer día.

Al comenzar el encuentro se notó el distanciamiento de los curanderos al abordar la cosmovisión kuna del proceso salud-enfermedad; la participación fue pobre. Sin embargo, cuando se realizó la caminata botánica donde ellos se convirtieron en nuestros profesores, la situación cambió en forma dramática, pues ellos ya entendieron que existía un completo respeto a sus saberes, a sus prácticas curativas y

que, en ningún momento, se trataría de robar sus secretos milenarios ni de llevarnos sus plantas medicinales hacia la capital panameña, o hacia México.

Durante la caminata botánica, como estábamos divididos en grupos, cada uno con su respectivo maestro curandero, en uno de ellos estaba un aprendiz que realizaría un acto ritual para convertirse en auténtico inaduled. Para ello, buscó un hormiguero, de esos que sobresalen del suelo y que forman un pequeño montículo. Después de una búsqueda nada fácil, encontraron uno del tamaño adecuado. El aprendiz se desnudó casi en forma completa, sólo dejando protegidos sus genitales. Con un palo se amplió la entrada del hormiguero, y enterró sus brazos y rodillas. Las hormigas, enfurecidas por la violenta irrupción a su hogar, atacaron al intruso, y éste salió con múltiples huellas sangrantes. Uno de los requisitos para ser aceptado en el gremio es que no grite. Mi maestro-guía recalca que, detrás de este ritual, estaba la transmisión de conocimiento que las inteligentes hormigas brindan al hombre que desea ser curador.

Otra de las enseñanzas de ese trabajo de campo fue compartir con la gente de la isla el entierro de una anciana. Entre los kuna de Ailigandí, el cementerio se encuentra en la parte continental, a los lados de un riachuelo. Se acostumbra hacer un hoyo rectangular, y después de hacer una serie de rituales de purificación, se cuelga el cuerpo del fallecido en su propia hamaca, para luego echarle encima la tierra. En la superficie se colocan algunas de sus pertenencias; tales como platos, vasos, tazas, cepillo de dientes. Todo ello protegido por una techumbre de paja sostenida por cuatro maderos.

En esa ocasión, coincidió con la caminata botánica. Con respeto pedimos permiso a los familiares para acompañarlos, y así también comprender algunos de los elementos fundamentales de la cosmovisión kuna: las concepciones y las prácticas que giran alrededor de la muerte.

Retornamos al espacio hospitalario pero, como ya dijimos, con anterioridad, el ambiente era completamente diferente. Existía un pleno entendimiento entre el personal de salud del hospital y los curanderos. Al reconstituir su propio herbario de hierbas curativas, se les entregaba una metodología para proteger, conservar y enriquecer sus mismos recursos terapéuticos herbolarios. Después de estas experiencias cruciales, los médicos indígenas nos contarían -sin límites- de sus diversas formas de concebir el mundo, la salud, la enfermedad y sus estrategias curativas.

La clausura del curso fue emotiva y se logró la finalidad de establecer un espacio de diálogo intercultural entre el hospital y los médicos indígenas kunas.

Siguiendo los pasos de Ailigandí, en agosto del 2002, realizamos -ahora en la isla de Ukupseni- un nuevo encuentro de funcionarios del sector salud y curanderos de la región. Los resultados indican que existe un genuino interés de ambas partes por conocerse más, y que los inadulegan desean intercambiar sus prácticas y saberes con sus pares ubicados en otras islas de la comarca, planteándose nuevos talleres-seminarios en los años venideros.

Experiencias interculturales en Bolivia

Nuestra relación en Bolivia se inició al conocer los notables esfuerzos de la Cooperación Italiana para modificar las condiciones físicas y humanas del hospital “Daniel Bracamonte”, un hospital público departamental ubicado en la ciudad de Potosí. Con una importante aportación financiera lograron reformar y modernizar un deteriorado y ruinoso hospital construido a mediados del siglo pasado. Lo dotaron de calefacción y pasillos comunicadores entre los pabellones antes separados. Lo equiparon con tecnología reciente e iniciaron esfuerzos para transformar sus condiciones administrativas, organizacionales y de atención médica.

Siendo la población usuaria en más de un 80% población amerindia (quechuas y aymaras), lo primero fue implementar una oficina de facilitadores interculturales (denominado Willaqkuna), tal y como ya se habían creado las oficinas Amuldungún en los hospitales ubicados en la región mapuche de Chile. El objetivo era auxiliar, apoyar y orientar a los usuarios indígenas del hospital. El segundo paso

sería crear un diplomado de interculturalidad dirigido al personal de salud departamental con extensión a los estudiantes de la recién creada escuela de medicina local.

Para lograr este diplomado se unirían la Universidad Autónoma Tomás Frías, con sede en Potosí, y nuestra Universidad Nacional Autónoma de México, mediante el Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina y la oficina de Educación Médica Continua, dependientes de la Facultad de Medicina. Más los inestimables apoyos económicos de la Cooperación Italiana, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), UNICEF y el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

El diplomado inició en abril del año 2001 y concluyó un año más tarde. Fueron 27 los alumnos, destacándose trabajos finales de investigación-acción sobre temas de interculturalidad médica: atención de las enfermedades diarreicas y respiratorias desde un punto de vista intercultural, adaptaciones del servicio de cirugía a las características socio-culturales de los pacientes indígenas, adecuación arquitectónica en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Daniel Bracamonte, el uso hospitalario de plantas medicinales, entre otros temas.

Los resultados han sido muy favorables, por lo que el diplomado se transformará este año en una maestría de salud intercultural, y se piensa en otro polo focalizador en Mesoamérica, posiblemente en Guatemala o México.

Experiencias interculturales en Ecuador y Chile

Antes de concluir este escrito, creo necesario mencionar dos relevantes experiencias de trabajo médico intercultural: el Jambi Huasi, ubicado en Otavalo (Ecuador), y el hospital Maquehue, en el sur chileno.

144

En cuanto al primero, se trata de una clínica con pacientes ambulatorios que ofrece servicio de medicina académica y medicina indígena. Hay consulta de médicos generales, dentistas e incluso atención de partos. Por parte de los médicos indígenas existe un curandero y un “fregador”, que realiza masajes y limpiezas con cuy. Se curan problemas de espanto en niños y adultos, pero también se atienden mujeres embarazadas a las que se les puede realizar “encaderamientos”. Hasta ahora, el proyecto ha funcionado, y llama la atención que en sus estadísticas se observa que los pacientes mestizos asisten con los médicos indígenas, mientras que los indígenas mejor asisten con los doctores y dentistas. Una primera explicación sería que los enfermos indígenas tienen los curadores en sus propios barrios y comunidades y desean la atención médica en un ambiente intercultural adecuado, en tanto que los mestizos tienen también un espacio donde la medicina indígena se encuentra avalada y legitimada socialmente por la propia institución sanitaria.

Con respecto a Maquehue, se trata de un pequeño hospital que pertenecía a la iglesia anglicana, y que fue retomado por la Asociación Indígena para la Salud. La mesa directiva se encuentra conformada por mapuches, quienes organizan y administran el hospital con apoyos privados y gubernamentales. El director designado es Jaime Ibacache, un médico comprometido con el pueblo mapuche. Él maneja la dirección bajo el ordenamiento administrativo mapuche, y ejerce la medicina de acuerdo a los parámetros interculturales, es decir, el uso de lengua mapuche, el entendimiento de la cosmovisión indígena, la vinculación muy cercana con las “machis”, el respeto irrestricto a los rituales colectivos, etc. Este modelo hospitalario es relevante porque en verdad son los mapuches quienes ejercen el poder y el control efectivo del hospital, demostrando que ya existe madurez de nuestros pueblos indígenas para organizar de manera autónoma y responsable sus propios y legítimos recursos.

Con los ejemplos expuestos, y otros tantos no expresados en este escrito, deseamos dar constancia a un proceso creciente de trabajo médico intercultural, que de ser aislado y anecdótico está pasando a ser una necesidad institucional que pueda y deba responder a las justas y postpuestas demandas y derechos de nuestros pueblos amerindios.

Deseo finalizar con un poema escrito por un tojolabal que murió de leucemia, y que describe mejor que nadie las penalidades de un indígena en un hospital de gobierno. El texto fue recolectado por Carlos Lenkersdorf, 1999.

En el hospital

Escuchen mis hermanos
el cuento que les digo
las cosas que yo veo
estoy en Comitán.

Enfermo estoy aquí
en este hospital
así lo veo bien
el modo de su hacer.

Pues en el hospital
enfermos muchos hay
de diferentes pueblos
con males muy diversos.

Hermanos nuestros sufren
muy fuerte es su dolor
y otros sin dolor
según la enfermedad.

En este hospital
si llega un patrón
con gusto lo reciben
pues sí se caen bien.

Si llega un hermano
que es tojolabal,
andamos bien perdidos
dentro del hospital.

La lengua no entendemos
que los doctores hablan
tampoco nos entienden
ni nuestra enfermedad.

Y si no nos entienden
tampoco nos respetan
su corazón les dice
que no sabemos nada.

La lengua de nosotros
no quieren aprender
porque ellos no respetan
así como hablamos.

Escuchen mi palabra
del corazón nació

los meros ignorantes
son ellos de verdad.

En este mundo, digo,
iguales son los cuerpos
hermanos somos todos
de una humanidad.

Hay blancos y morenos
bambaras, chinos, indios,
hermanos somos todos
de una humanidad.

Por ello ya nosotros
debemos aprender
la lengua que es de ellos
que nos respeten ya.

También les toca a ellos
el mismo aprender
la lengua que es la nuestra
hermanos, pues, seremos.

Hermanos, me despido
y que les vaya bien
y no les pase nada
por sendas y veredas.

Nos vemos, nos hablamos,
en otra ocasión
platicaremos cómo
estamos por acá.

Notas

- 1 Versión corregida y aumentada de la ponencia presentada en la ciudad de Mexicali, en septiembre de 2002.
- 2 Médico familiar con maestría y doctorado en Antropología. Coordinador de investigación del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- 3 En México, la carrera de medicina se realiza en seis años, cuatro como estudiante, el quinto como interno de pregrado en hospitales y, el sexto, en comunidades rurales atendidas por instituciones públicas de salud.
- 4 El mole es una comida típica: una pieza de pollo o de guajolote (pavo); es cubierta por una salsa elaborada a base de varios chiles secos, chocolate y otras especias. Se considera como el platillo nacional por excelencia.
- 5 Es de mencionarse que la última versión de la clasificación de enfermedades mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana ya considera algunas entidades populares dentro de un apéndice de "Enfermedades dependientes de la cultura". Véase la última edición íntegra del DSM-IV.
- 6 Véase la obra de Cletus Gregor Barié, *Pueblos indígenas y derechos constitucionales en América Latina: un panorama*. Instituto Indigenista Interamericano, México, 2000, pag. 426.

Bibliografía

- BONFIL BATALLA, Guillermo
 1994 *México profundo. Una civilización negada*, Grijalbo, México.
- Campos-Navarro, Roberto
 1996 *Nosotros los curanderos. Experiencias de una curandera tradicional en el México de hoy*, Nueva Imagen, México.
- CAMPOS-NAVARRO, Roberto
 1997a “La hamaca: historia, etnografía y usos médicos de un mueble americano”, en *Revista Médica de IMSS*. 35(4) pp. 287-294.
- CAMPOS-NAVARRO, Roberto
 1998 “Use of hammocks in a rural hospital”, en *World Health Forum*. 19(4) pp. 431-433.
- CAMPOS-NAVARRO, Roberto
 1999a “La enseñanza de la medicina popular-tradicional en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México”, en *Kallawaya*, (6) pp. 7-18, Oct. [La Plata-Salta, Argentina].
- CAMPOS-NAVARRO, Roberto
 1999b “La medicina intercultural en hospitales rurales de América Latina”, en *Salud-Problema* 4 (7) pp. 75-81.
- CAMPOS-NAVARRO, Roberto
 2000a *El empacho en la medicina mexicana, Antología (siglos XVI-XX)*. Instituto Nacional Indigenista, México.
- CAMPOS-NAVARRO, Roberto
 2000a “Notas clínicas y etnográficas sobre un caso de empacho”, en *El empacho en la medicina mexicana, Antología (Siglos XVI-XX)*, Instituto Nacional Indigenista, México.
- CAMPOS-NAVARRO, Roberto
 2000b “La calidad de vida en hospitales con atención a pueblos indígenas. Actividades en el Programa IMSS-Solidaridad”, en *Calidad de vida, salud y ambiente*. (Daltabuit, Mejía y Álvarez, coords.). Universidad Nacional Autónoma de México e Instituto Nacional Indigenista, México.
- CAMPOS-NAVARRO, Roberto
 “Medicina intercultural urbana. (Experiencias clínicas sobre el susto en la ciudad de México)”, en *Revista AM*, (Italia), en prensa.
- CAMPOS-NAVARRO, Roberto
 2001 *Resistencias a la incorporación planificada de hamacas en un hospital de la Península de Yucatán*, Actas del 4to. Congreso Chileno de Antropología, Tomo I, Colegio de Antropólogos de Chile, Santiago de Chile.
- CAMPOS-NAVARRO, Roberto. et al.
 1997a “La interrelación del programa IMSS-Solidaridad con la medicina tradicional mexicana”, en *La Participación comunitaria en salud. Experiencia del IMSS-Solidaridad en zonas indígenas y campesinas* (Flores, ed.), IMSS.
- CAMPOS-NAVARRO, Roberto., et al.
 1997b “La satisfacción del enfermo hospitalizado: empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México”, en *Revista Médica de IMSS*. 35(4), pp. 265-272.
- CAMPOS-NAVARRO, Roberto y AGUILAR, Abigail
 2001 “Prácticas y saberes populares sobre alimentación y medicina tradicional”, en *El niño sano*. (Escobar, Espinosa y Nono, eds.), Ed. Manual Moderno y JGH Editores, México.
- CAMPOS-NAVARRO, Roberto y RUÍZ-LLANOS, Adriana
 2001 “Adecuaciones interculturales en los hospitales para Indios en la Nueva España”, *Gaceta Médica de México*, 137(6), pp. 595-608.
- CAMPOS-NAVARRO, Roberto y LIVIERE, Ana
 2002 “Mortalidad por empacho en el suroeste del Valle de México (1834-1867)”, en el *Boletín Médico del Hospital Infantil*, 59, pp. 345-355.

- DOSSEY, Larry
1986 *Tiempo, Espacio y Medicina*, Editorial Kairós, Barcelona.
- GREGOR BARIÉ, Cletus
2000 *Pueblos indígenas y derechos constitucionales en América Latina: un panorama*, Instituto Indigenista Interamericano, México.
- IMSS-Solidaridad
2001 *Diagnóstico de salud de las zonas marginales rurales de México. Prioridades y resultados, 1991-1999*, Programa IMSS-Solidaridad. México.
- FOSTER, George
1994 *Antropología aplicada*, Fondo de Cultura Económica, México.
- LENKERSDORF, Carlos
1999 *Cosmovisión maya*, Centro de Estudios Antropológicos, Científicos, Artísticos, Tradicionales y Lingüísticos "Ce Acatl", A. C., México.
- LENKERSDORF, Carlos (comp.)
1999 *Indios somos con orgullo. Poesía maya tojolabal*. UNAM, México.
- MENÉNDEZ, Eduardo
1978 "El modelo médico y la salud de los trabajadores", en *La salud de los trabajadores*, Franco Basaglia y otros, Editorial Nueva Imagen, México.
- OYARCE, Ana María
1996 "Política intercultural en salud: elementos de una propuesta", en *Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas*. Saavedra, región de la Araucanía, noviembre.
- TUIAVII
2000 *Los papalagi (Los hombres blancos). Discursos de Tuiavii de Tiavea, jefe samoano, tras su viaje a Europa*. Integral, BIGSA, Barcelona.



◀ Médico indígena kuna (inaduled) enseñando a una doctora del centro de salud gubernamental las características físicas de una flor curativa.

▼ Intercambio de saberes y experiencias entre una parte-
ra Kuna y una etnobióloga mexicana.





© Roberto Campos

Paso de visita matutina en el hospital de Hecelchakán, Campeche, México.



© Roberto Campos

Oficina WillaQkuna de facilitadores interculturales. Hospital Daniel Bracamonte, Potosí, Bolivia.



Participantes en el primer curso de postgrado en salud intercultural en la ciudad de Potosí.

PROMOTORES RURALES DE SALUD EN EL ORIENTE DE GUATEMALA

de la negociación a la desorientación ante capacitaciones médicas occidentales

Julián López García
Universidad de Extremadura
España

Es de sobra sabido que los diálogos entre sistemas médicos son especialmente difíciles porque enfrentan en pie de igualdad modelos tan densamente cargados de emotividad positiva que, más que diálogos, se podría hablar de competencia. La imagen de Quesalid, ofrecida por Lévi-Strauss, enfrentándose a otros shamanes ante diferentes enfermos, hace visible la idea extendida de competencia, celos recíprocos e incomprensión mutua entre diferentes sistemas médicos que entran en contacto.

En el caso de los encuentros entre sistemas médicos radicalmente diferentes en Iberoamérica a partir de la llegada de los españoles, hemos asistido a distintas formas de canalizar el diálogo e intentar resolver el conflicto que se plantea. Aguirre Beltrán, al repasar ese encuentro, plantea que, a pesar de venir sobrecargada por la profunda religiosidad del medievo, la orientación básica de la medicina que llevaron los españoles era racionalista, de manera que “limitaba su campo de acción a la llamada esfera de lo natural, al mundo de la realidad objetiva” (1987: 255); ese racionalismo se incrementó con el desarrollo de la teoría de los gérmenes, pues dio lugar a que se tuviese en la causalidad biológica el factor único de la enfermedad, negándose la intervención de la causalidad emotiva que propugnaba la medicina *folk*. Sólo mucho más tarde, con el desarrollo de la medicina psicosomática en occidente, que demostraba que los factores puramente emotivos son capaces de producir desarreglos orgánicos, “hizo ostensible la debilidad de la motivación biológica como causa única de enfermedad y propició el advenimiento de la medicina comprensiva que engloba, en la causalidad de las dolencias, tanto los factores racionales cuanto los irracionales; los factores psicobiológicos y los emotivos culturales” (*ibid.*, 256). Por su parte, la medicina indígena enfocaría el fenómeno de la causalidad, en lo que a la enfermedad concierne, desde un marco conceptual opuesto al racional. Para ella, lo irracional-emotivo se tiene por fundamental, y lo físico-racional, por accesorio, de manera que pecaría de unilateralidad al sostener que una causalidad única, la emotiva, está en el origen de la enfermedad; la misma falta cometió la medicina occidental cuando sostuvo, como única, la causalidad físico-biológica.

Con esa divergencia en las consideraciones causales, la medicina indígena y la medicina española, en situación de contacto, logran subsistir frente a frente en lo que Aguirre Beltrán llama “adaptación comensal”, es decir, en el más bajo nivel de aculturación: “Las prácticas médicas conservan, sin alteraciones básicas, las ideas y patrones de acción que las identifican como indígenas y la interacción entre esa medicina y la científica es parca, como reflejo inexorable de los pobres niveles de integración” (*ibid.*, 274). Por su parte, el hombre mestizo, en su proceso de integración a la sociedad nacional, se vio obligado a consentir una conversión alternativa; una conversión que implicó, según el mismo autor, una “adaptación selectiva”: “Escogió, en lo que a medicina concierne, conceptos operativos de la medicina española aúlica y popular, de la medicina nativa y de la negra y, con esos elementos, construyó el siste-

ma coherente de ideas y prácticas curativas, preventivas y destructivas que hemos llamado medicina mestiza. En ella lo racional y lo irracional tuvieron cabida y esa dualidad le permitió explicar, alternativa y opuestamente, las causas y efectos de los fenómenos, sin sentir contradicción alguna” (*ibid.*, 275-276).

Aguirre Beltrán termina su repaso histórico planteando cómo a partir de mediados del s. XIX se inicia un nuevo conflicto aculturativo e integrativo que puso frente a frente a la medicina mestiza, dualista y popular y a la medicina positiva, científica y racionalista. Con ese esquema de tres sistemas, los dos unilaterales que viven en adaptación comensal (el indígena y el occidental) y el mezclado que integra racionalismo y emotividad, llegaríamos al s. XX cuando hay un empeño claro y evidente por sustituir la medicina indígena y los aspectos de ella presente en la mezclada. Ese empeño de la medicina científica no llega a cuajar y, por el contrario, vamos a asistir a partir de mediados del siglo XX a un nuevo refuerzo de las causalidades emotivas, así aparecería un tipo de medicina de fusión que no sólo caracterizaría a la practicada por el hombre mestizo sino que socavaría los cimientos unilaterales de la medicina occidental y la medicina científica.

El concepto de medicina de fusión fue propuesto por Holland en su estudio sobre los cambios médicos en los altos de Chiapas a partir de la llegada de la medicina moderna por parte del Instituto Nacional Indigenista de México. En su trabajo considera que la fusión y no la sustitución es el más importante criterio para entender el cambio médico (1989-1962). Esta misma idea será defendida, también en Chiapas, por Harman (1974). El contacto intensificado implica una medicina de transición y en esa medicina se evidencia que cuando las formas modernas y las tradicionales de curación se funden, ambos sistemas se complementan mutuamente y forman un sistema más o menos bien integrado de medicina psicosomática.

Holland habla de algunos casos en los que se aprecia claramente cómo en los sistemas médicos enfrentados en situación intercultural se producen negociaciones e integraciones. Por ejemplo, un curandero chamula que trabajó por varios años como promotor médico del INI, complementa ahora sus ceremonias curativas tradicionales con inyecciones. Las últimas noticias acerca de él, indican que ha alcanzado bastante éxito al añadir este tipo de tratamiento moderno a su práctica de la medicina tradicional, pues no ha habido ningún pariente furioso que haya atentado contra su vida hasta ahora (1963: 227). A la inversa refiere Holland un caso que mostró una excepcional compenetración de los problemas interculturales que presenta la medicina de transición, es el siguiente. El médico de Oxchuc fue requerido para atender a un indígena que se había caído y se había golpeado con una roca; al examinarlo comprobó que el enfermo no tenía nada, pero la familia y el propio enfermo hablaban de que estaba a punto de perder su espíritu; entonces el médico se dio cuenta de que debía hacer algo muy por encima de lo ordinario; se volvió rápidamente a la mujer del paciente y le pidió que le trajera una gallina. La mujer regresó unos momentos después con el ave, el doctor la tomó y, rápidamente la pasó sobre el cuerpo del enfermo formando la cruz, la sostuvo luego a su lado y la degolló tal y como lo hacen los curanderos indígenas; cuando la gallina estuvo muerta, el médico le abrió un ojo y pasó una luz sobre la pupila, permitiendo a todos los presentes que vieran cómo estaba inmóvil y no se dilataba al ser iluminada; se volvió entonces al paciente e iluminó directamente su ojo, permitiendo también que los presentes vieran cómo su pupila se dilataba normalmente y procedió a interpretar estos descubrimientos diciendo: “ofrecí el espíritu de la gallina a cambio del paciente. Fue aceptado y ahora la gallina está muerta y no tiene espíritu, pero la luz nos mostró que el paciente está bien y que su espíritu permanece en su cuerpo”. Para mayor precaución, el médico le aplicó una inyección de agua destilada que, según explicó, es muy buena para hacer que el espíritu permanezca en su lugar. La familia quedó tan feliz que insistió en que el doctor aceptara otra gallina como símbolo de su gratitud (*ibid.*: 231).

Parecería que, en esa idea de transición, se abría el camino de la verdadera medicina multilateral pero cualquiera que conozca la situación real de los diferentes sistemas médicos en las zonas de dominio indígena en Iberoamérica podrá coincidir conmigo en que el primero de los testimonios es plenamente reconocible y responde a una pauta aditiva que viene de lejos, mientras que el segunda tiene al-

go de engañoso y excepcional. Raramente encontramos en el sistema biomédico un comportamiento de ese tenor. En la obra de Rosa María Lara se comentan varios casos en Chiapas de imposibilidad de actuación biomédica: un indígena que dijo preferir morir antes de que le tomasen una biopsia, otro que al quinto día de internamiento se quejó de la comida y al día siguiente ya no estaba y, en fin, otro recién ingresado a quien se le recomendó tratamiento de metronidazol e inyecciones de emetina, se fugó un día después “con todo y ropa hospitalaria” (1994: 241).

Desde mi punto de vista, el concepto de fusión sería cuestionable y diría, incluso, que se podría hablar de una medicina indígena persistentemente aditiva y una medicina occidental estratégica y artificialmente integrativa. Puedo estar de acuerdo básicamente en la idea de unilateralidad de la medicina occidental, pero no tanto con que ésta se diese en la medicina indígena. En este campo, como en tantos otros, la curiosidad y el interés indígena por lo extraño llevaron a integrar, a amalgamar, diversos aspectos de la etiología y la terapéutica occidental en la propia, una amalgama que no implicaría hibridación o sincretismo, sino que pondría el énfasis en el pluralismo y la polifonía heteroglósica (Gutiérrez Estévez, 2003: 12). Se trataría de un tipo de adición que se mantiene diferenciada en el interior de la cultura indígena, sin mezclarse (Pitach, 2003: 69). Un tipo de apertura hacia otras versiones y otras alternativas que se correspondería claramente con el tipo de ideología aperturista y curiosa del indígena mesoamericano, al menos (López García, 2004).

Aguirre Beltrán habla de adiciones de diferentes tradiciones para justificar la idea de sistema médico mezclado como patrimonio de los mestizos: “En 1652 aceptó el uso de huesos, cráneo y tierra de sepultura, basado en concepciones aparentemente africanas; en 1661, introdujo el *chanismo* aborígen en la etiología y la terapéutica de la enfermedad; en 1693, se apropió de complejos adivinatorios, como el cedazo, la ordalía y las varas mágicas, de procedencia peninsular; en 1696, agregó el *pipiltzintli* nativo, al acervo de drogas alucinógenas; en 1725, la terapia sustentada en la ingestión de palabras sagradas escritas en latín y, en los años que restan hasta 1810, absorbió y reinterpretó un persistente conjunto de ideas y prácticas comunes a la brujería y hechicería españolas” (1987: 276). Sin embargo, eso mismo se puede decir de la medicina indígena y la consulta médica indígena; es un ejemplo de esto, pues en ella la amalgama es evidente y no es extraño que el curandero pueda recetar, junto a otros medicamentos de su entorno, medicinas de patente y no es raro escuchar en el practicante términos que proceden de la tradición médica occidental. En la consulta orientada por criterios bio-médicos, incluso en el caso en que los pacientes sean indígenas, raramente hay reacomodos y, salvo excepciones, sigue siendo el ámbito donde se verifican las incomprensiones mutuas y donde se expresa claramente el etnocentrismo y el colonialismo (Fanon, 1974; Albizu, 2000). La incuestionable efectividad de la medicina occidental, según sus practicantes y la fascinación que provoca entre los indígenas la parafernalia médica y ciertas medicinas como las inyecciones o el suero, se convertiría en una fuente de expansión de la medicina occidental que, supuestamente, acabaría sobrepasando a las medicinas indígenas. Supuestamente, porque en ese tipo de situaciones, al cabo del tiempo comprobamos que no ha sido de este modo. Así, aunque es un asunto que habría que tratar de manera más detenida, se podría decir que la consulta médica occidental, incrustada en comunidades indígenas, no ha conseguido imponerse como modelo médico dominante. En estas páginas, sin embargo, no voy a tratar la manera que tiene la medicina occidental de imponerse desde la atracción sino desde la expansión; me centraré en el modelo expansivo de la medicina occidental a través del sistema de promotores rurales de salud. Aunque utilizo datos de distintos lugares de Mesoamérica, especialmente de Guatemala, las ejemplificaciones etnográficas provienen mayormente de la región maya-cho’rti’ de Guatemala y del análisis de las cartillas de “información de paciente” (historiales clínicos) de varios promotores de salud del Dispensario Bethania, que son originarios y trabajan en esa región. Diré algo acerca de las fuentes de su competencia y me detendré, después, en el análisis de su práctica médica.

El promotor de salud y la amalgama de tradiciones médicas

Aunque se hayan querido presentar como intermediarios entre sistemas médicos, lo cierto es que los promotores rurales de salud se han utilizado como agentes de aculturación. Para el caso de estos promotores, además, el concepto de aculturación sería especialmente polisémico y, según el contexto específico, se ha hablado de ellos como agentes facilitadores de salud pero, junto a esto, de modernización, de “concientización”, de “valorización de lo propio” o de justicia social.

Como en otros lugares de Mesoamérica, la figura del promotor rural de salud va ligada inicialmente a Acción Católica que, desde mediados de los años sesenta del siglo XX, reclutará en las comunidades gentes que, convenientemente capacitadas según los métodos participativos de la educación popular y las orientaciones surgidas de una lectura crítica y renovada del evangelio, se convertirían en vectores de la modernización y el progreso en sus comunidades, luchando contra el conservadurismo que representaban las autoridades tradicionales (Wilson, 1989; Diócesis de Quiché, 1994). Una prueba de ello es que una misma persona desempeñará alternativa o consecutivamente las tareas de promotor de salud y catequista. El acercamiento crítico y social a la enfermedad desde la iglesia postconciliar dará lugar a la génesis de una conexión natural entre salud y justicia social, de la que se verán imbuidos los primeros promotores; así lo reconoce un promotor ya veterano de la región maya-ch’orti’: “Somos muchos los que hemos experimentado la pobreza en carne propia. Por eso me nació el deseo de ver cómo ayudar para que no sufrieran como yo he sufrido. Yo sé que soy persona, que tengo mis habilidades y que puedo ser útil a mí mismo, a mi familia y a los demás. Pertenezco a una familia muy pobre, mi papá era jornalero. Conozco perfectamente la situación de pobreza en que vive la gente. No pude ir a la escuela, pero me doy cuenta que los que tuvieron la oportunidad de estudiar, también les falta conocimientos prácticos, que es lo que yo sí tengo” (Cabrera, 1995: 117).

Podríamos decir que, a lo largo de los últimos treinta años en Guatemala, el promotor rural de salud se ha tratado de modelar de acuerdo a la impronta ideológica y espiritual de Pablo VI y el doctor Werner. Una impronta social que de alguna manera los alejaría sus comunidades al desechar o minusvalorar todo el componente ético que el complejo enfermedad-salud tendría para la comunidad. Esos empeños de reconversión total han fracasado y sólo se han producido conexiones más o menos congruentes cuando se ha dejado que se exprese el espíritu del viejo *Tijax* del *tonalamatl*. Así, haciendo visibles las influencias múltiples, el promotor queda legitimado comunitariamente y, en función de la sensibilidad de la institución en la que se integra, también acaparará más o menos autoridad de cara al exterior. En las situaciones más propicias para el promotor, éste podrá articular su actuación manejando la tradición y la modernidad: “La tradición se refleja en la lógica cultural que predispone a los promotores para servir a la comunidad a través del trabajo en salud. La modernidad se refleja en el impacto de la educación como un instrumento de cambio individual y social, así como en la redistribución del poder local, que implica la entrada en escena de estos nuevos agentes.” (Cabrera, 1995). Eso no siempre ha sido fácil, si en los años setenta y ochenta del siglo XX los promotores fueron instados a caminar siguiendo la senda de una sola guía: la que marcaba *Donde no hay doctor* o el *Nuevo Testamento* y cosecharon múltiples fracasos en su acción y múltiples sufrimientos personales, hoy en Guatemala, a través del S. I. A. S. (Sistema Integral de Atención en Salud) se pretende que la acción de los promotores (rebautizados como “guardianes de salud”) se guíe por los parámetros de los epigonales de Galeno: operarios mecánicos que siguen las directrices de sus jefes médicos que, a su vez, reciben instrucciones claramente impositivas en favor del sistema bio-médico por parte del gobierno que ampara el plan. Otra vez se cosecharán fracasos porque siempre se deja de lado o se subestima el peso de la cultura de origen de los promotores, se sigue subestimando al viejo *Tijax*. Los testimonios autobiográficos de promotores claramente reflejan la modulación que en ellos se opera entre distintas influencias y perspectivas. Andrés, por ejemplo, se hizo promotor movido, sí, por deseos modernizadores, pero al mismo tiempo orientado por principios que vienen de tradiciones mayormente congruentes con su contexto vital.

“Lo primero que recuerdo es que cuando era chiquito yo ayudaba a curar a mis hermanitos y también curaba a los animales de la casa. También me acuerdo de un curandero que me enseñó muchas cosas... Don Martín se llamaba el curandero, tenía como ochenta años y vivía bastante lejos en un cerro; de él aprendí muchas cosas. Él sabía cómo curar cuando no había medicinas de las que venden en la farmacia. Un día le llevé un conejo que se había quebrado su pata y me preguntó: ‘¿Quién le puso este entablillado?’ Y le conté que yo se lo había puesto. A él le pareció bien y me dijo: ‘con esto que le pusiste es suficiente, va a sanar’. ‘¿En qué día naciste, Andrés?’, me preguntó el curandero. Yo le conté que nací un día 28 de agosto de 1965. ‘Ah... eso quiere decir que tu día maya es Tijax y que podés curar’, me dijo él. Eso me alegró mucho porque eso es lo que siempre me gustó hacer. Más adelante, él fue el que me dio la idea de ser promotor de salud. Cuando tenía como 16 años, empecé a darme cuenta de que la situación en mi comunidad era muy difícil. Me preocupaba ver tantos niños enfermos, tantas personas enfermas y que no había ningún doctor que los atendiera. Una noche soñé que yo era promotor y que ayudaba a la gente de mi comunidad. Así fue que me decidí a ser promotor de salud, pero todavía estaba muy joven y no tenía la suficiente experiencia como para que la gente confiara en mí. Entonces me puse a aprender todo lo que necesitaba para ser un buen promotor de salud. Ya tenía un poco más de experiencia cuando conocí a otros promotores que trabajaban juntos. Ellos me contaron qué cosas se necesitaban para trabajar como promotor. Algunas de esas cosas eran: ser mayor de edad para que la gente me respetara y siguiera mis consejos. Vivir en la comunidad y hablar el idioma que la gente habla... Me acuerdo que fue la comunidad la que me nombró. Fue un día en que se reunieron todas las personas en asamblea y platicaron de las posibles personas para ser promotor o promotora de salud. Me escogieron porque me conocen, porque saben que me gusta ese trabajo, y porque sabía leer y escribir, todo eso me iba a hacer más fácil ayudar. También me eligieron porque hablo el mam, que es el idioma que habla la gente en la comunidad, pero también hablo castellano.

Después me fui metiendo cada vez más en lo que es el trabajo del promotor de salud, yo pensaba que sólo podía ayudar curando enfermos, pero ahora sé que también puedo ayudar enseñando a la gente a prevenir las enfermedades y a darse tratamiento en las molestias más comunes. Empecé probando la medicina tradicional y otras veces usaba la medicina moderna. Así fui aprendiendo que las dos formas de curar son necesarias y que las dos tienen sus cosas buenas y sus cosas malas.

Como yo era promotor, tenía dos trabajos: el trabajo de la salud y el de agricultor. Porque casi siempre los promotores tenemos que ganarnos la vida de otra manera, y es que los promotores no ganamos dinero, lo hacemos por la voluntad de ayudar. Ahora que ya he agarrado experiencia, lo que me interesa es buscar cada vez más conocimientos y viajar para conocer a otros promotores y compartir nuestras ideas. Y si de algo estoy convencido es de que es necesario hacer un trabajo serio y de que el trabajo de promotor no puede usarse para engañar a la gente. Ya bastante tenemos con los médicos que usan su profesión para hacerse ricos o para hacerse fama, y con los dueños de las farmacias que se aprovechan de la gente” (Acevedo, J., y Acevedo, P., 2000: 14-26)

En el siguiente testimonio del promotor de salud de Matasano, Don Juan, se aprecia cómo, junto a la influencia de la Acción Católica, hay un elemento tradicional a la hora de tomar la decisión de hacerse promotor. Como ha señalado Roberto Campos, es recurrente la existencia de una crisis vital, una enfermedad o una desgracia para justificar por qué una persona se dedica al curanderismo (1997: 28); así también le sucedió a Don Juan.

“Yo comencé a ser promotor por medio de las necesidades, los sufrimientos, porque en realidad en mi vida y en mi juventud yo viví con un papá bastante inteligente en lo que es los cultivos... en el crecimiento de patojo, no vimos hambre, crecimos, tenemos maíz, tenemos frijol, tenemos de todo lo que nosotros queríamos, solamente nos interesábamos también a buscar pescado, para ayudarnos un poquito en las crianzas de la casa que eran de gallina, chumpes, teníamos colmenares... En la ocasión de que él murió y nos quedamos solitos... mis hermanos mayores (somos tres), se dispusieron a dividir las colmenas y se agarraron sus partes y me dejaron mi partecita a mí también y les dije yo: entonces cada uno debemos poner cuidado a que prospere, pero no dejar que baje el número de cajas porque si no vamos a quedar en la miseria... Cuando llegó el caso de una desgracia terrible, que yo tenía cafetal, tenía 45 corchos de enjambre, pe-

ro de veras, estaba en una cosecha verdaderamente bondadosa, que quizás en ese año yo iba a cosechar suficiente para tener dinero, porque yo tenía también 18 quintales de café y estaba a punto de nacer y vine a sacarle venta aquí a Camotán, no había allá y me vine aquí a Jocotán y ya cuando llegué a la plaza de aquí arriba, ya el muchacho me vino avisando: mira, ¿no estás?... no, me vine al pueblo...; su casa se quemó... ¿se quemó?, ¿será cierto?, ¿usted vio si tocó el colmenar?... Míreme, las cuatro casas, se acabó todo y el colmenar también, porque como son corchos y tienen cera eso no se apaga. Eso fue el año 57, perdí todas mis pertenencias que tenía. Se quemó con un descuido de cocimiento de jabón que mi hermano estaba aprendiendo... A veces la cosa de aprendiz, si no se tiene cuidado... Entonces ya cuando los padres belgas llegaron en mi aldea a visitarme para formar un grupito de catequesis... ¿No le gustaría?... Pues bien..., le vamos a dar clase y después puede dar clase usted. Ahí comenzamos; fue en el 59, en agosto... Entonces en mi milpita yo manejaba solamente una manzana, entonces mi cosechita estaba a punto de dobla, unas cuatro tareas para la comida y acepté... Entonces comienza a estudiar... En octubre del 59 comencé; entonces el 60, 61 se empezó a construir el oratorio, estuvimos estudiando, hasta que Hna. M^a Paule me dijo si yo quería ser promotor... También acepté porque sabía que podía curar a la gente; yo conozco las dolencias de la gente y también puedo poner alegre a la gente tocando violín”.

Así, aunque con diferentes intenciones y sensibilidades se ha intentado desarraigar al promotor, lo cierto es que difícilmente se ha conseguido, y cuando se ha conseguido, el efecto ha sido limitar la efectividad de su actuación dentro de la comunidad. Lo que habitualmente sucede es que el promotor apegado a su comunidad pone en juego una serie de recursos para modular las informaciones y capacitaciones externas y adaptarlas a los principios culturales de los que van a ser sus pacientes. No quiere defraudar a su comunidad ni tampoco a la institución que lo contrata y por eso va buscando un tipo de diálogo que integre lo ajeno. Sin embargo, no siempre lo consigue; la intensidad coercitiva (más o menos intencionada) que se produce en capacitaciones y, sobre todo, la presión que se ejerce por parte de instituciones de todo tipo, ante crisis sanitarias, alteran el ritmo del diálogo y producen efectos claramente perniciosos o al menos desconcertantes. A todo ello me refiero a continuación.

Las intervenciones del promotor: negociaciones y equívocos

Si consideramos uno de los campos de acción de los promotores de salud, el curativo, y dejamos al margen en esta ocasión otro aspecto fundamental de su labor, el preventivo, podemos valorar la complejidad del diálogo en el que se ven inmersos. Vamos a considerar tres momentos en la intervención paliativa de los promotores, que se recogen consecutivamente en sus *Cartillas de Información de Pacientes*; se trata de unas cartillas que han tenido todos los promotores de salud del Dispensario Bethania y que permiten recoger, cada una de ellas, 76 casos. Ahí el promotor anota tres tipos de información básica: 1º las quejas (síntomas) del paciente; 2º determina la enfermedad que padece el doliente, y 3º) aconseja remedio. Los tres momentos son susceptibles de negociación entre los sistemas médicos que influyen en el promotor, fundamentalmente dos: el sistema que podríamos llamar tradicional y, en segundo lugar, el sistema bio-médico que le llega por capacitación de parte de los agentes occidentales (con mayor o menor influencia de los epigonales de Galeno o de Werner).

Aunque los matices del diálogo intertradiciones merecería análisis muy sutiles, en este momento pretendo adentrarme en la naturaleza de las resoluciones prestando atención a algunas posibilidades de manejo de esas tradiciones.

Respecto a los síntomas, éstos normalmente son enunciados en función de criterios tradicionales que están en la mente de los pacientes; ante eso el promotor puede anotarlos tal cual, puede traducir esos síntomas de acuerdo a los conocimientos adquiridos en capacitaciones médicas foráneas o bien puede mezclar transcripción con interpretación. El repaso de cientos de anotaciones en las *Cartillas de Información de Pacientes* demuestra que se opta por la transcripción tal cual, por reflejar los síntomas de acuerdo con lo dicho por los pacientes. Así, son síntomas: la “soplasón en los intestinos”, “dolor de humbligo”, “fatigamiento”, “bolencia”, “desganamiento”, “circulaciones de sangre”, “suspiros”, “ruidos en

los intestinos”, “como aire en las costillas de adentro”, “desfuerzamiento del cuerpo”, “circulación de sangre del cerebro”, “desesperación”, “crudeza”, “pelos parados”, “aire en los lados del estómago”, “temblor de los músculos”, “debilidad en el cerebro”, “aire en los músculos”, “retortijones en el humbligo”, “pesadera”, “fuego en el hajar”, “escalofríos en el cerebro”... (Ver cuadros-resumen 1 y 2).

Respecto a la nominación de la enfermedad, igualmente se puede dar nombre tradicional o científico o ambos. En este punto, por el contrario, se opta por la nominación bio-médica, sólo raramente se hace una doble nominación (estreñimiento/empacho, por ejemplo) y rarísimamente se nomina una enfermedad con el término de raigambre autóctona. De hecho, en los más de 300 casos revisados en diferentes cartillas, sólo he encontrado un paciente cuya enfermedad es de ese tipo, concretamente Juan López, promotor de Cajón del Río (Camotán), anota “prenlliz” (preñiz) para la enfermedad de un paciente cuyos síntomas son diarrea de color verde y calentura. Varias veces he encontrado la enfermedad llamada “mal de ojo” pero con síntomas del tipo “dolor en la vista, tiene rojo el ojo y con bastante chile [legañas]”, por lo que no responde al perfil de la enfermedad tradicional también llamada “ojo” o “calor”; habría también algunas enfermedades señaladas como “dolor de hajar” o “mollera caída o empacho”, pero en porcentajes poco significativos. En algún caso, raro también, encontramos nominaciones que no tienen referente en ninguno de los sistemas y que parecen invención del promotor; es el caso, por ejemplo, de “ancianinad”, “rinllones” –riñones–. En cambio, es sorprendente el repertorio de términos científicos que el promotor emplea para calificar enfermedades: cólico, hepatitis, anemia, dengue, gastritis, diabetes, epilepsia, artritis, oxiuriasis, disentería, diarrea viral, diarrea bacterial, embolia, fiebre amarilla, úlcera, fiebre tifoidea, etc. (Ver cuadros-resumen 1 y 2).

Por último, en lo referido al tratamiento, se da el caso singular de optar por la mezcla. En la mayoría de los casos analizados, el promotor receta y recomienda medicina de farmacia junto con remedios tradicionales: mebendazol más sábila; terramicina más sábila; aspirinas con distintos cocimientos de hierbas o mezclada con leche materna... o, en otros casos, puede recomendar indistintamente medicina de patente o “natural”. Por ejemplo, el promotor Santiago Sánchez Vásquez receta, para la diarrea bacterial, en una ocasión cocimiento de guayabo y cáscara de encino y, en la siguiente que se presenta, ampicilina; o, en fin, para tratar la tosferina, en tres casos consecutivamente tratados receta: eritromicina, hoja de tinta y, nuevamente, eritromicina (ver cuadros-resumen 1 y 2).

Podemos apreciar de esta manera el deseo de adicionar conocimientos y no despreciar ninguna tradición: los síntomas se orientan al lado tradicional, la nominación de la enfermedad, al lado bio-médico y, en la resolución, se postula la mezcla. Este cuidadoso juego de equilibrio y casi de diplomacia se rompe en determinadas situaciones, en aquéllas en que hay una crisis médica o hay un énfasis capacitador tan fuerte que desorienta al promotor y le hace perder la capacidad para matizar y adicionar.

Como es evidente, la experiencia vivencial de los promotores en sus comunidades alimenta y refuerza sus conocimientos tradicionales acerca de enfermedades y curaciones. Por su parte, los conocimientos respecto a diagnósticos y pautas preventivas y curativas de la medicina occidental los adquiere a través de capacitaciones. Normalmente el procedimiento que siguen quienes plantean la capacitación es tratar monográficamente un padecimiento. Así, se suceden a lo largo del año capacitaciones sobre parasitismo (principalmente), afecciones pulmonares y otras dolencias. El análisis de las *Cartillas de información de paciente* sugiere claramente que la capacitación influye en identificación de enfermedades. Es decir, si el tema ha sido la tosferina, las cartillas reflejan que en los momentos inmediatamente siguientes el promotor ve tosferinas, incluso llega a identificar como tal es padecimientos que pueden ser enunciados con sintomatología muy diversa; si la capacitación ha versado sobre las diferencias entre ascariasis y oxiuriasis, inmediatamente el promotor se ve impelido a notificar esa distinción y por eso rápidamente “encuentra” esas enfermedades en los pacientes que llegan. De algún modo la capacitación va en contra del diálogo y en contra de los intereses del propio promotor. En la situación de diálogo es el promotor quien se dirige a los capacitadores y va obteniendo respuestas según sus demandas; en la capacitación el tema es propuesto desde arriba y dan respuesta a preguntas que no han sido demandadas en la comunidad sino en la institución. Si la capacitación es una respuesta al deseo de paliar una dolen-

cia, el promotor tiende a pensar que la dolencia está ahí aunque él no haya reparado en ella y por ello su respuesta, políticamente correcta, es encontrar esa enfermedad que no había considerado. Por ejemplo, Santiago Sánchez, entre julio y agosto de 1991 trata siete casos, de ellos tres son diagnosticados como “artritis con aire”. Se trata de una enfermedad que no aparece antes ni después en sus cartillas y que, además, integra síntomas bastante diversos en los pacientes: paciente 1: dolor de cabeza, espalda hinchada, aire en el cuerpo, dolor en los músculos y articulaciones; paciente 2: dolor en el cuello, cerebro y espalda, nervios tensos de la mandíbula inferior (nuca tiesa); paciente 3: dolor en el tobillo hasta la cintura, pierna entumada, dolor en los huesos, dolor en el hígado derecho. Igualmente responden a esa lógica los ocho casos consecutivos de tosferina entre septiembre y octubre de 1994 y otras muchas concentraciones y olvidos, tal como se refleja en el cuadro N° 3. Podríamos decir que la capacitación pone de actualidad una determinada enfermedad y de manera más o menos forzada los promotores la encuentran para estar, podríamos decir, “a la moda”.

Igual sucede con el advenimiento de algún tipo de enfermedad que tiene tintes epidémicos. En esa situación no sólo son capacitados los promotores sino que toda la comunidad es informada de síntomas y efectos de la enfermedad. Todas las instituciones, el magisterio, ONG's, etc., se convierten en multiplicadores de información acerca de los síntomas y el tratamiento de la enfermedad. La consecuencia es que en el tiempo que sigue todos pueden llegar a interpretar un síntoma como el de esa enfermedad aunque para ello tengan que acomodar los verdaderos síntomas a los característicos de ese mal. Cuando la potencia propagandística es tan fuerte, cuando a las comunidades llega tanta gente inusual a hablarles de una enfermedad, parece hasta un acto de reciprocidad y casi de delicadeza social responder aduciendo que se tiene esa enfermedad. La epidemia de cólera que padeció la región en 1992 muy bien refleja lo que digo. Por ejemplo, entre mediados de agosto y mediados de octubre de 1992, en el cuaderno de información de pacientes del promotor Juan López Pérez, de Cajón del Río (Camotán), se refleja que fueron atendidos 12 pacientes, 10 de ellos por cólera. En los síntomas que refieren los pacientes aparece generalmente uno que se difundió en la radio, en carteles y se explicó en capacitaciones: “diarrea como horchata de masa”. Así transcribe los síntomas de los 10 pacientes de los que sospecha padecimiento de cólera: paciente 1: “asientos como horchata de masa, más que todo blanco y vómitos”; paciente 2: “como quebramiento de cuerpo después de la diarrea como horchata de masa blanco”; paciente 3: “dolor de barriga, diarrea como horchata de masa más que todo blanco”; paciente 4: “dolor de barriga, diarrea como horchata de masa más que todo blanco”; paciente 5: “diarrea como agua de arroz abundante, no para y vómitos”; paciente 6: “diarrea como blanco, como horchata de masa y muy abundante, como ser nada shuca y vómito”; paciente 7: “diarrea como agua de arroz y vómitos, calambres en todo el cuerpo, fogaje”; paciente 8: “con mal aire en el estómago y la diarrea normal y después como agua de arroz y voltura”; paciente 9: “diarrea como agua de arroz, abundante, no para y vómitos y algo de calambre”; paciente 10: “dolor de barriga, diarrea como agua de arroz y vómitos”.

Algo similar pasó con la llamada hambruna de 2001. La repercusión mediática que tuvo, aunque en realidad se trataba de algo muy similar a lo que habitualmente sucede cada año, implicó que el hambre y la desnutrición se convirtiesen en enfermedades normales. El Dr. Carlos Arriola, del Dispensario Bethania, comenta que pasó de ver 50 a 120 pacientes diarios; la enfermedad llamada “hambre” o “desnutrición” fue la referida por la mayoría de quienes en aquellos días acudían a consulta.

Este caso prueba una vez más que las distorsiones en los diálogos médicos se producen cuando una de las voces se quiere hacer escuchar más de la cuenta, alzar la voz y repetir el mensaje (“por su bien”, añaden). Actuar así no quiere decir que se entienda más y mejor y tampoco quiere decir que el mensaje sea mayormente efectivo. Por el contrario, como hemos visto, a veces, la intensidad de los mensajes desorienta, confunde y provoca efectos médicos contrarios a los que la capacitación persigue.

Cuadro 1
Resumen de las cartillas de información de pacientes de Candelario Ramos
La prensa (OLOPA) de julio de 1997 a junio de 1998

Edad Sexo	Síntomas	Nombre de la enfermedad	Tratamiento, consejo, medicina
3/F	Dolor de estómago, diarrea por las manñanas, le da soplazón en los intestinos. Incaparina.	Parásitos	Rehidratar Mevendazol
78/M	Dolor de estoma con náusea, no come.	Desnutrición y Hepatitis	Suero Buscar plantas medicinales Chichimora
21/F	Dolor de cabeza, dolor de cuerpo, tosedera, fatigamiento.	Bronquitis	Incaparina Jarabe expectorante
3/M	Color pálido, ojos decallidos, cuerpo delgado, pérdida de conocimiento.	Desnutrición y Parásitos	Incaparina Raíz de apasote
18/M	Diarrea crónica color amarillo. Nausea, dolor de humbligo.	Parásitos	Suero Rehidratar Mevendasol
74/F	Dolor de cabeza, dolor de estoma y calentura por tres meses.	Cólico	Incaparina Chichimora
55/F	Dolor de cintura, dolor de cuerpo.	Rinllones	Incaparina Cola de caballo y pelo de maíz
6/M	Golpe, desnutrición, color pálido, cuerpo delgado.	Anemia, Colmollote	Incaparina Tabaco
29/F	Dolor de estoma, dolor de cuerpo, bolencia, calambre, desmayamiento, dolor de cuerpo.	Epilesia-anemia	
58/F	Dolor de cabeza, dolor de cuerpo.	Dengue	Suero Tilenol
8/M	Diarrea por las noches, por las manñanas, diarrea leve color quebrantado.	Parásitos	Suero Mevendazol
19/F	Diarrea con náusea, dolor de estoma, calambre en los pies, bolencia.	Parásitos	Suero Mevendazol
36/M	Ardores en la estoma, con medio dolor como fuego.	Gastritis	Sábila
20/M	Desmallamiento, escuridad, bolencia, circulaciones de sangre.	Epilepsia y Diabetes	Incaparina Sábila
45/F	Dolor de cabeza, dolor de cuerpo, frillos y calentura.	Dengue	Suero Tilenol
23/M	Dolor de costilla izquierdo, color pálido, cuerpo delgado, sudor helado, suspiros, más dolor al suspirar.	Cólico	Incaparina Bálsamo de hierbas
38/M	Diarrea leve, dolor de estoma, muchos vientos en las noches y, en los días, ruidos de intestinos.	Parásitos y Gastritis	Incaparina Mevendazol y sábila
38/F	Dolor de cabesa, ojos rojos, dolor de ovarios.	Dengue y Gastritis	Sábila Tilenol

Edad Sexo	Síntomas	Nombre de la enfermedad	Tratamiento, consejo, medicina
49/F	Dolor de plasenta como aire en las costillas de adentro.	Cólico, artritis	Incaparina Antiespasmódico
50/M	En el ojo, ojos rojos, amanece con cheles, ardores en el estómago.	Conjuntivitis, Gastritis	Incaparina Sábila-terramicina
19/F	Del pezón poca leche; primero vino bastante, después poquita. El bebé está sostenido con pacha.	Causa de nervios	Incaparina Palo de mayo
37/F	Desfuerzamiento del cuerpo, dolor de estoma, dolor de cabeza.	Amebas	Incaparina Antiespasmódico
43/F	Ataque, desmayamiento, circulación de sangre del cerebro.	Epilepsia	Incaparina Sábila
3/M	Dolor, picazón en el ano, popó con sangre color parchos amarillo, parchos negro.	Causas de amebas	Suero Albendazol
44/M	Diarrea leve, dolor de umbigo, dolores de cuerpo en la espalda.	Parásitos	Incaparina Albendazol
77/M	Tristeza, desesperación, como desmayamiento del cuerpo.	Ancianidad	Incaparina Ruda
18/M	Diarrea grave, apareció de repente como crudeza por haber comido melón.	Parásitos	Suero Albendazol
1/M	Disentería blanca, color entreverado con sangre; excremento macizo, pelos parados.	Amebas	Semillas de aguacate y contrahierba
52/M	De los ganglios, inchazones y dolores de cuerpo.	Papera	Acetaminofen

Cuadro 2
Resumen de cartillas de pacientes de Santiago Sánchez Vásquez
(Tachoche, Camotán) de octubre de 1988 a noviembre de 1995

Edad Sexo	Síntomas	Nombre de la enfermedad	Tratamiento, consejo, medicina
49/M	Calentura, debilidad al caminar, desganamiento de comer.	Estreñimiento (empacho)	Aspirinas. 1 tableta de 500 mg cada 4 horas por un día. Tomar un vaso de horchata de plantas en ayunas por tres mañanas (venadillo, suiynay, santo domingo, hoja de salvia, verbena, tres puntas y una tortilla quemada (tres cogollos de casa cosa).
3/M	Se rasca el ano, empezó con comezón, triste y con un poco de sueño, desganado de comer.	Oxiuriasis	Vermox. 1 tableta en la mañana y otra en la tarde después de la comida por tres días.
23/H	Intranquilidad, mucho sueño, comezón en el ano, por las tardes y la noches, bota lombricitas finas en el popó aguado.	Oxiuriasis	Piperizina. una tableta de 150 mgr. diaria por dos días.
29/H	Retortijones en el abdomen, comezón en el ano por las noches, por el día padece mucho sueño.	Oxiuriasis	Mebendazol. 6 tabletas, una en la mañana y otra en la tarde, por 3 días.
1/H	Dolor en el cuerpo, mucha calentura, por la noche y el día; no come los alimentos. Tose más por la noche.	Tosferina o tos chifladora	Jarabe para la tos. Una cucharadita cada media hora o al toser, por tres días, y aspirinas cada 4 horas, por un día.
61/M	Retortijones de la barriga. Obra mocos con pura sangre. Sale a ensuciar cada rato. Bolencia y dolor de cabeza.	Disentería roja	Tradicional. 1 vaso de liga de mazote de caballo, con jugo de limón cada media hora hasta cortar la "salidera".
2 mes/M	Calentura, diarrea color amarillo, retortijones, llora mucho, le da dolor de cuerpo, sudor helado.	Diarrea viral	Aspirina, una tableta cada 6 h. x 24 h. y el cocimiento de hierba buena con cogollo de guayabo.
3 mes/M	Calentura, diarrea, vómitos, llora mucho, no mama, le da dolor en el cuerpo, popó verde.	Diarrea bacterial	Tradicional: una cucharadita de guayabo y cáscara de encino cocido, tres veces al día por tres días.
3/H	Bolencia o flucción, cae de repente, no le da calentura, pasa triste, sin ganas de comer.	Embolia	7 espíritus y agua florida. Frotarle el cerebro y los sentidos dos veces al día y darle una cucharadita del mismo con agua 3 veces al día por un día.
19/M	Dolor de cuerpo, dolor de la cintura, diarrea café oscuro, escalofríos, dolor de cabeza, dolor de la vista, calentura, bolencia.	Fiebre amarilla	Plantas: tomar un vaso de jugo trespuntas, chacté, tabardillo y frijolito tres veces al día por siete días.
3/H	Dolor de la vejiga, obra pura sangre, se le sale el ano al obrar, sangra al caminar y meter el ano; llora mucho, diarrea y le salen lombrices grandes y chiquitas o finas.	Ascariasis y oxiuriasis	Mebendazol. 6 tabletas, 2 al día por 3 días. Frotarle con reumodol y calentarle el ano por la noche antes de acostarse por tres días. Darle aspirinas para el dolor.
49/M	Dolor de pecho, de cintura, de músculos, coyunturas, debilidad de todo el cuerpo, calambres.	Artritis	Jengibre. plantillas de jengibre en los pies, lienzos calientes en las articulaciones, baños de agua tibia (cocimiento de cogollo de pino) hasta sentir alivio.

Edad Sexo	Síntomas	Nombre de la enfermedad	Tratamiento, consejo, medicina
33/M	Dolor de estómago, en la mañana y antes y después de la comida. Aire en los lados del estómago.	Cólicos del estómago (empacho)	Horchata de plantas. 1 vaso de horchata de plantas medicinales antes de cada comida.
2/M	Dolor del estómago y retortijones en la barriga, diarrea, calentura poca, vómitos, fatiga para dormir, vomitó una lombriz colorada.	Ascariasis y estreñimiento	Vermox y medicina natural. 6 tabletas, 2 al día por 3 días, juntada con leche materna hervida. Tomar dos cucharaditas de leche materna hervida con pepita de mango, 2 al día por tres días; 1/2 vaso de cocimiento de la hierba de toro, 1 vez al día (hasta que recupere). Aspirinitas 1 cada 4 horas. Suero.
10 días/H	Calentura, respiración entretendida de la nariz, gripe. No puede llorar con fuerza, no mama bien". Nota: "este niño dilató 5 minutos para soltar el llanto después que nació. Sólo pujaba y hacía fuerza.	Congestión nasal	Aspirinita con leche materna cada cuatro horas por día; ponerle una gotita de agua hervida con sal de cocina en la nariz 2 veces al día.
15/M	Aire en el estómago, temblor de los músculos, dolor en la cintura y vientre, mareos y calambres	Dolor de higar	Tradicional. 1 vaso 3 veces al día por 2 días de cocimiento de: altamisa, verbena, malatuense, guanilama y salvia sija y lienzos calientes en la parte afectada., y tomar 1/2 vaso de agua hervida con cilantro de castilla, mostaza, algalia y raíz de guaco, 2 veces al día por tres días.
14/H	Dolor en el brazo derecho, granos, hinchazón en el músculo antebrazo, bolas o carbuncos dentro de la piel.	Abcesos con pus (nacidos)	Aspirinas. 6 tabletas 1 cada 4 horas. Poner un parche de leche de palo de giote y comemano para que revietne y salga el pus.
10/M	Dolor de cabeza, espalda hinchada, aire en el cuerpo, dolor en los músculos y articulaciones.	Artritis con aire	Altamisa. Dos masajes al día por dos días con altamisa y agua florida. Tomar aspirinas 1 cada 4 horas.
1/H	Diarrea, dolor de estómago, enbultamiento de la barriga, vómitos.	Diarrea por empacho de leche	Tradicional. Una cucharada sopera cada media hora del agua cocida del suquinay, hoja de salvia y leche materna por dos días.
15/H	Dolor de cabeza, calentura, calambre, dolor de todo el cuerpo, gripe (fumigó gramoxón con calentura).	Convulsiones por mal aire	Tradicional. 3 tomas de maltuense. Lienzos y cataplasmas de la misma planta con ruda y apacín.
3/H	Calentura, sarpullidos en todo el cuerpo, "gripe", lloradera, granos y llagas con pus.	Infección por bacteria	Tradicional. Lavarlo con agua de palo giote
10/H	Retortijones en el estómago, en toda la barriga, aire en el cuerpo, dolor en la cabeza, cuando va a popiar hace fuerza, tiene palidez, no come.	Mal de estómago	Natural. 1/2 vaso de la horchata de guanilama, suquinay y venadillo, verbena, sto. domingo, hoja de salvia, trepunte, 2 tortillas quemadas 3 veces al día por dos días. Vermox 6 tabletas.
5/H	Retortijones, calentura, fatiga, desganamiento de comer, diarrea, tos, heladera de cuerpo.	Ascariasis	Decaris 50 mgs. 1 tableta una sola vez. Aspirinas una cada 4 horas por un día. Suero oral 4 sobres.
8/M	Tos, calentura, retortijones alrededor de la barriga, no le sustenta la comida, gana de arrojar.	Ascariasis	Piperacina. 6 tabletas, 3 tabletas al día por dos días. Aspirinitas 6 tabletas, una cada 4 horas por un día.

Edad Sexo	Síntomas	Nombre de la enfermedad	Tratamiento, consejo, medicina
21/M	Vómitos, ardor y juego en el estómago, debilidad en el cerebro, orina seguido por la noche, ardores y muy caliente, amarillo.	Gastritis y úlcera	Amargor y hierba de zapo 1/2 vaso en ayunas en el almuerzo y en la cena. Media hora antes de la comida. Aspirinas 1 cada 4 horas por un día.
7 mes/H	Calentura, respiración por golpes o por tiempo (entretenido), tos, vómitos, desganamiento de mamar y comer.	Infección respiratoria	Natural. 1 inhalación al día antes de dormir por tres días seguidos. Darle media cucharadita de agua cocida de canela y hierba buena 3 veces al día por 2 días. Inhalación: orégano, orosus y cebolla para desinflamar los bronquios.
7/M	Calentura, dolor en todo el cuerpo, mareos, diarrea muy apesosa, flemas con sangre, temblor y calambres.	Fiebre tifoidea o sigheiosis	Ampicilina. 16 cápsulas de 250 mlg. 1 cada 4 horas, media hora antes de la comida. Suero 7 sobres
32/M	Calentura, vómitos, aire en los músculos, desganamiento de la comida, diarrea y retortijones.	Diarrea bacterial	Ampicilina. 12 cápsulas 1 cada 4 horas 4 veces al día por tres días.
1/M	Retortijones, diarrea color café en puro líquido, desganamiento de comer y de jugar.	Diarrea viral	Natural. Una cucharada del cocimiento de cáscara de encino, cogollo de guayaba y manzanilla 4 veces al día hasta que se alivie.
3/M	Retortijones en el ombligo, aire en el estómago, diarrea leve, embutamiento del estómago y las tripas.	Mal de estómago (indigestión)	Medio vaso de té de manzanilla y alhucema cada 4 horas hasta que se alivie. Suero para tomar 2 sobres.
76/M	Debilidad en el cuerpo, desganamiento de comer, dolor de cabeza, mareos u oscuridad en la vista.	Sospecha de jaqueca o debilidad cerebral	1 tableta de multivitaminas diaria por 30 días. suero para tomar 5 sobres.
34/M	Pesadera, tuidez, heladera y calambres, convulsiones, cansancio, dificultad para respirar, dolor de cabeza, de cerebro, boñencia, dolor de las coyunturas, fatiga y debilidad.	Artritis (reumatis)	Natural. Tomar un vaso de té de verbena 3 veces al día por 5 días, bañar con agua caliente con cogollo de pino o ciprés, verbena, jengibre y hierba de reuma 1 vez diaria por 5 días.
1/H	Lloradera, ojos hundidos, diarrea, fatigas, desgano de mamar, malestar general.	Mollera caída o hundida	Encino una cucharadita 4 veces al día por dos días. Juntada o sobada con la flor de muerto y brellantina, subir la mollera, una sola vez.
72/M	Cólicos en el ombligo, dolor en el estómago. Fuego en el hígado, aire en las tripas, popó duro o reseco, dolor de cadera.	Estreñimiento de la tripa y posible úlcera de estómago	Piñón, alkaseltzer y azúcar. 1 vaso de horchata de piñón con azúcar y alkaseltzer para bajar el fuego. Cada hora por un día. Lavado vaginal con hierbamora y carbonato.
10 mes/ M	Diarrea, lloradera, mollera hundida, calentura, desgano de mamar y de comer.	Mollera caída	Pericón y manzanilla, 2 cucharaditas cada dos horas por 4 días. Suero oral 2 sobres.
9 mes/ H	Calentura, desganamiento de comer y mamar, juego en la cabeza, diarrea o asientos cada 4 horas color clara de huevo y verde.	Mollera caída	Pericón y manzanilla. 1 cucharadita 4 veces al día. Aspirinitas 1 cada 4 horas. Suero oral, 2 sobres.

Edad Sexo	Síntomas	Nombre de la enfermedad	Tratamiento, consejo, medicina
17/M	Acidez en el estómago, aire helado en las tripas, dolor antes y después de comer, aventazón por la tarde y ardor.	Estreñimiento por empacho o gastritis	Hierba de zapo. 1 vaso antes de cada comida, cocido. Tomar 1/2 vaso de horchata de hierba de San Antonio en ayunas por 30 días.
16/M	Pulso lento y débil, mareo, aire en los músculos, movimientos de calambre, desvarío, escalofríos en el cerebro.	Sospecha convulsiones por mala circulación.	Fenobarbital. 1 tableta 3 veces al día; suero 6 sobres.
77/M	Calentura, ronchas rojas en la cabeza con bolsitas de agua. Dolor fuerte en la nuca o cuello, debilidad general.	Nódulos linfáticos	Unicilina 2 cc x 5 días. Suero oral 14 sobres. Lavarse la cabeza con cocimiento de cáscara de palo de giote.
61/M	Calentura, escalofríos, dolor de todo el cuerpo y de la cabeza, de las coyunturas, tos, flemas, una bola en el hígado izquierdo.	Tumor en los ovarios (apendicitis), escrito sobre úlcera o hernia.	Ampicilina 500 gr. 12 cápsulas, 2 cápsulas al día por 6 días. Suero oral 14 sobres.
18/H	Ataques o convulsiones dos o tres días; dura 20 minutos para que se le venga el juicio. Tiene dos años que sufre la enfermedad.	Sospecha epilepsia por mala circulación	Fenobarbital 100 mg, la tercera parte de una tableta 3 veces al día. Suero oral 4 sobres.
5/M	Dolor de estómago, piel morada, ojos, lengua y uñas color morado e hinchado, ahogamiento para caminar.	Mala circulación de la sangre	Anís y alhucema 1/2 vaso 3 veces al día cada vez que le da el dolor. Suero oral 3 sobres.
78/M	Calentura, dolor de cabeza, de cuerpo, coyunturas, heladera o frío de la cintura a los pies, mareo y lagrimeo de los ojos, tos seca.	Artritis y gripe	Jengibre. Vapores por la tarde. Verbena, ciprés y trepunte por tres tardes. Cataplasma de jengibre molido en los pies por tres tardes en la misma tarde las dos cosas" Suero dos sobres"
8/H	Calentura, se ponen hinchados los ojos al toser, casi se ahoga cuando tose, ojos rojos teñidos de sangre en el blanco, queda débil para respirar, vomita la flema.	Sospecha tos ferina	Eritromicina 1/2 cucharadita 4 veces al día.
6/H	Ahogamiento al toser, calentura, ojos rojos e hinchados, le ataca sólo en la noche, vomita las flemas.	Sospecha tos ferina	Hoja de tiente. Tomar 1/2 vaso tres veces al día. Lienzos de tinta con sal en la frente. Suero oral 3 sobres.
13/H	Ataque de tos, calentura, ojos hinchados y rojos teñidos de sangre. Vomita las flemas al toser.	Sospecha tos ferina	Eritromicina 1 cucharadita 4 veces al día. Suero oral 2 sobres.

LA BARCA QUE SUBE Y LA BARCA QUE BAJA

Sobre el encuentro de tradiciones médicas

Oscar Calavia Sáez
Universidad Federal de Santa Catarina
Brasil

Tal vez este breve artículo no sea una prueba de cordura del autor que aceptó la invitación para escribirlo, ni del organizador del volumen que le dio ocasión. A diferencia de otros capítulos, no se basa en una investigación específica sobre el tema central de este libro. Mi trabajo de campo etnográfico entre los Yaminawa - un pequeño grupo amazónico de lengua Pano, repartido entre los territorios amazónicos de Brasil, Perú y Bolivia- se dedicó sobre todo a la historia y la organización social. Concretamente, fue en la Tierra Indígena Cabeceiras do Rio Acre, en un territorio brasileño fronterizo con el Perú, donde tuvieron lugar las experiencias aquí narradas. A partir de ellas aventuraré algunas reflexiones sobre los conceptos de salud y de enfermedad, sobre las terapias a las que los Yaminawa recurren o dejan de recurrir, y sobre el sistema general de relaciones sociales/simbólicas en que esas prácticas se sitúan. En fin, pretendo caracterizar también, sumariamente, la práctica médica tradicional del grupo, un tema sobre el que a menudo recaían las conversaciones sobre el modo de vida de los antiguos, o los numerosos mitos recogidos de boca de los animosos narradores Yaminawa. A esos datos –muy parcos o incompletos en lo que se refiere a los Yaminawa– sumo aquí otros debidos a los Yawanawa del Alto Río Gregorio, que, con una lengua y una cultura muy próximas a las de los Yaminawa, me permitieron entender mejor muchos aspectos de la vida de éstos que me resultaban antes demasiado fragmentarios¹. Aunque la historia y la organización de ambos grupos sea una buena muestra de la diferencia social y cultural que dos grupos humanos muy próximos pueden generar a partir de bases similares, creo que las nociones sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad de las que voy a tratar aquí les son en general comunes, y en buena parte –intentaré especificarlo cuando sea posible– comunes a muchos otros grupos del tronco lingüístico Pano, o de la Amazonía en su conjunto.

169

¿Dónde está la medicina indígena?

Durante uno de los numerosos viajes que hice, durante mi trabajo de campo, entre la aldea Yaminawa y el pueblo de Assis Brasil -núcleo urbano más próximo y primera etapa en los numerosos viajes de los Yaminawa hacia Rio Branco, la capital del Acre- presencié un breve diálogo que puede muy bien servir de introducción a estas páginas. Por el estrecho cauce el río bajaba una canoa indígena y subía un batelote de blancos, movido a motor. Ambos, cumpliendo la etiqueta local, detuvieron su marcha al cruzarse y sus tripulantes se preguntaron, unos a otros, adónde iban. “A la ciudad, a ver al médico”, dijeron los indios; “A la aldea, a ver al shamán”, repusieron los blancos.

Al hablar de medicina indígena, no debe suponerse sin más que ella se encuentre en las aldeas indígenas; en cierto sentido muy legítimo, la medicina está allí donde los pacientes –principales protagonistas de la medicina, por mucho que suela obviárseles cuando se trata del asunto– la buscan, y en el caso en que nos ocupa debemos tener en cuenta, evitando los presupuestos primitivistas que con frecuencia siguen manifestándose cuando se habla de pequeñas poblaciones del interior de la Amazonía, que el

panorama de la medicina indígena estaría incompleto si no nos acordásemos de incluir en él el uso que los indígenas hacen de la biomedicina.

Pero aun en el caso de que identificásemos sin más el lugar de la medicina indígena con el de sus especialistas, habría que reconocer que ese lugar es mucho más difícil de determinar de lo que puede parecer en principio. Sabemos hace mucho que las actividades de los especialistas terapéuticos indígenas se extiende a una clientela externa a su propio grupo. Pero ese aspecto solía ser instalado en un ángulo ciego de nuestras descripciones; que el shamán tuviese su clientela entre los blancos podía ser una curiosidad, pero no significaba nada. En los últimos años, con la decidida boga de las terapias *new age*, es más fácil reconocer que ese intercambio no se clausuró en alguna época lejana, inmediatamente posterior a la conquista, y es obligado buscarle un sentido a esa hibridación. Si algo de positivo puede extraerse de lo que va a ser dicho aquí, será probablemente que al hablar de lo “tradicional” y de lo “moderno” en las nociones sobre la salud y en los hábitos terapéuticos indígenas, no es fácil dar una definición de lo que tiene cabida en cada una de esas alternativas, pues cada una se ha ido alterando constantemente, mirándose en el espejo de la otra.

Comencemos por la canoa que baja. El uso de fármacos industriales, la busca de profesionales de la medicina “oficial” y de los centros de salud urbanos no es actualmente una excepción entre los Yaminawa; es más bien la regla, para un amplio abanico de problemas de salud, que van desde los muy graves a los relativamente triviales. Esa demanda de biomedicina no se justifica por el grado de integración de los Yaminawa en la sociedad nacional. En realidad, y como iremos viendo, los Yaminawa, tanto por su localización como por su economía, están demasiado lejos del mundo en que esa medicina actúa y resulta mínimamente accesible. Las dificultades que presenta el desplazamiento hasta un consultorio o una farmacia, y la falta de medios para subvenir a los gastos que el mismo exige, son muy superiores a los que, en el caso de las poblaciones urbanas de baja renta, vienen a explicar precisamente la manutención de sistemas alternativos de cura, más cercanos y más baratos. ¿Cuál sería entonces la razón de este marcado interés por una medicina casi inaccesible? Tendemos con facilidad a imaginar que se encuentra suficiente razón en la eficacia indiscutiblemente superior de esta medicina, capaz de obtener resultados inequívocamente positivos. Pero esa suposición merece ser examinada con cuidado.

¿Es eficaz la biomedicina?

Con esta otra pregunta no pretendo provocar a los partidarios de una de las instituciones más espectaculares y sofisticadas que la cultura occidental ha generado, ni traer a cuento sus limitaciones o su carácter fragmentador o reductivo. La antropología de la salud y de la enfermedad se ha ocupado de ello constantemente, lo que me parece muy justo, incluso cuando a veces pueda sentirme un poco distante de la simpatía que muestra, inversamente, por terapias alternativas, tradicionales u holísticas. Lo que quiero hacer aquí es mucho más simple: es sólo recordar que la biomedicina, como cualquier otra medicina, existe dentro de un contexto social del que depende su eficacia, no sólo en el sentido técnico, creando las condiciones para que ella se ejerza adecuadamente, sino sobre todo en un sentido cognitivo o valorativo, definiendo cuáles son los criterios por los que se mide esa eficacia, cuáles son los objetivos que ella debe alcanzar.

Es fácil ver que ese contexto —y me refiero ahora a su sentido “técnico”— raramente es satisfactorio en el caso de las comunidades indígenas. Los representantes de la biomedicina que actúan entre los Yaminawa se pueden distribuir en tres categorías: los médicos y otros especialistas que los indios encuentran en los hospitales urbanos, los especialistas itinerantes (por lo común enfermeros) que visitan las aldeas especialmente con motivo de campañas de vacunación, y los agentes indígenas de salud, formados en cursillos *ad hoc* organizados por instituciones indigenistas, y que permanecen en sus aldeas al cuidado de una pequeña farmacia.

Estos últimos suelen ser jóvenes, siguiendo la tradición de las agencias civilizadoras que, desde los tiempos de la misión, prefieren difundir su mensaje a través de agentes menos marcados por la cultura local, más moldeables y, en fin, con toda una vida por delante para proseguir con su función. Son jóvenes también porque, sin grandes compromisos familiares, disponen de más tiempo libre para las actividades de formación o reciclaje que se hacen necesarias para su función. Lo que se espera de estos agentes es que administren con el mejor criterio posible una farmacia local, que ofrezcan algunos socorros simples y urgentes, y que en la ausencia de médico realicen diagnósticos previos y encaminen cuando sea necesario a los enfermos a otras instancias. Sea cual sea el grado –muy variable– de su capacitación y su dedicación a estas tareas, los agentes indígenas de salud enfrentan el tipo de problemas que en Brasil se sintetizan en el adagio “santo de casa no hace milagro”. Por un lado, están incluidos en las redes de lealtad y desafección que conforman el grupo, y que en general no son tenidas en cuenta por las entidades asistenciales. A distancia, y en general sin mucho interés por las sutilezas sociológicas de los etnólogos, esas entidades –y quizás los indigenistas en general– tienden a ver los grupos indígenas como “comunidades”. Pero las comunidades no existen en este medio, o mejor dicho sólo existen –y no definitivamente, sino como un logro difícil y a veces efímero– en función del éxito de un jefe que se empeña en crearlas. El agente de salud no trabaja en un espacio público, políticamente neutro. Su actuación se juzga a través de un duro filtro de alianzas o enemistades, sobre todo porque, dadas las áreas en que tiene que realizar su cometido, debe aproximarse a la intimidad de las familias, a su cotidiano, a su modo de criar los hijos. Muchas veces su radio de acción posible se reduce a la administración de las medicinas puestas a disposición del grupo por las organizaciones promotoras de estos programas de salud. Aun en ese caso, su adscripción a un sector del grupo será entendida siempre como un factor esencial de su actuación. La juventud del agente es también, de un modo más marcado que en nuestra sociedad, un serio inconveniente para su prestigio: en un mundo como el Yaminawa, un joven, por definición no sabe nada; un joven, también por definición, carece de la responsabilidad necesaria para las tareas de construcción y cuidado de los cuerpos. Muchas veces, viajes a la ciudad como el de la canoa de la anécdota se hacen con la intención de solucionar problemas que deberían ser tratados por el agente local, con bajo costo de tiempo, dinero y esfuerzo, pero el recurso a agentes externos se justifica con una serie de descalificaciones: “él no sabe nada” o “él nunca está haciendo lo que debe hacer” o “él no quiere darnos las medicinas”. En términos más abstractos, podríamos decir que un joven pariente resulta, al fin, un sujeto demasiado paradójico para la administración de una medicina que para los indígenas se manifiesta sobre todo como un poder ajeno.

Los equipos volantes que cuidan de las poblaciones indígenas, mantenidos por órganos gubernamentales o por ONGs, y que muy en particular se ocupan, como he dicho, de las campañas de vacunación, deben enfrentarse siempre a las pésimas condiciones para el transporte y la conservación del material. Los Yaminawa están a medio camino entre las poblaciones urbanas o rurales incluidas en una red de carreteras precarias y las poblaciones a las que sólo se llega por vía aérea. Hay una pequeña base militar en Assis Brasil, con pista de aterrizaje y algunos recursos médicos, que en la época de mi permanencia ofrecía algunos servicios al exterior. Pero las intervenciones médicas provienen en general de la capital del Estado, Rio Branco, a casi trescientos kilómetros de distancia. Durante buena parte del año el transporte está garantizado sólo hasta Brasileia, a cerca de algo menos de cien kilómetros de Assis. En tiempo seco, la carretera –sólo en parte asfaltada– que une esos dos puntos está abierta, pero el río entre Assis y la aldea Yaminawa está seco, y presenta muchas dificultades para ser remontado. En tiempo de lluvia, por el contrario, la navegación es posible, pero debe hacerse desde Brasileia, al estar cerrada la carretera; el viaje río arriba consume días.

Por el río o por la carretera, la visita reviste el carácter de una expedición. Los agentes suelen llegar a las aldeas provistos con la pesada munición apropiada para la supervivencia en un lugar reputado como esencialmente insalubre: potabilizadores de agua, repelentes de mosquitos, sueros antiofidicos, etc. Una vez allí, suelen escandalizarse con el lamentable espectáculo de los perros –famélicos y cargados de parásitos– y como siempre abogan por su exterminio, obteniendo al final alguna promesa más o me-

nos vaga, pero nunca cumplida, de llevarlo a cabo. Con frecuencia, manifiestan su descontento con las condiciones de higiene de las casas, con el modo de manipular los alimentos o de guardarlos, con el uso o el desuso de cepillos de dientes o letrinas; en media, el éxito de estas admoniciones no está garantizado, porque si bien los indígenas entienden perfectamente el mensaje, no comparten el horror hacia microbios y parásitos demasiado cotidianos, que fundamenta en la ciudad (por cierto, habitada por microbios y parásitos en media más peligrosos) el respeto a todas esas normas purificadoras. El modo en que el mensaje se expresa no siempre es el más adecuado, dando a veces lugar a un cierto resentimiento por parte de sus destinatarios. Los agentes se instalan en alguno de los edificios públicos de la aldea. La escuela suele servir como lugar de hospedaje para los grupos que vienen de fuera, al igual que para las fiestas o reuniones; el puesto de salud –en rigor una casita donde se almacenan los medicamentos del grupo– sirve como enfermería. En general, la interacción con los indígenas se da en estos enclaves creados por los proyectos de desarrollo, a donde los Yaminawa acuden desde sus caseríos, a veces distantes, y no en su lugar habitual de residencia. Hay que advertir que, pasado el impulso del proyecto que dio origen a la actual ubicación de la aldea, la mayor parte de los vecinos fue abandonando esa sede central y distribuyéndose en caseríos mucho menores en las inmediaciones². Aparte del poco gusto de los Yaminawa por aquel gran espacio abierto y por la concentración en torno del jefe, la cría de ganado vacuno, promovida por aquel proyecto, convertía la sede central en un lugar inhóspito, plagado de moscas, estiércol y alambre de púas. La insalubridad de la vida indígena que apesadumbra a los agentes de salud es en buena parte fruto de una hibridación reciente. No hay que decir que, durante su estancia, los visitantes comen aparte, por un lado porque su presencia supondría un peso difícil de soportar por un hogar indígena, pero también para mantenerse, mientras están en la aldea, en un enclave familiar a sus costumbres y por supuesto inmune a los peligros de la selva. En ese hábito acaban por resumirse todos los problemas de comunicación que minan la acción de los equipos sanitarios, convirtiéndola en algo muy parecido a un diálogo de sordos. Si ese “comer aparte” es decididamente un obstáculo a la comunicación con la población indígena –pues acaba representando, aunque sea involuntariamente, con una de las marcas más evidentes de la avaricia y la antisocialidad de los forasteros– él contribuye también, en la modesta medida que le corresponde, a difundir el prestigio de una alimentación basada en aquellos elementos que la medicina se empeña en desterrar de la dieta de las poblaciones urbanas: alimentos industrializados, pastas alimenticias, azúcar. La versión de la gastronomía euroamericana a la que los indios son iniciados no es, ciertamente, la más digna de respeto; en otros grupos indígenas, la tendencia creciente a la obesidad es un resultado común de estas prácticas; entre los Yaminawa, las consecuencias se manifiestan por lo pronto en la dentición, invirtiendo el paisaje que parecería natural entre nosotros: las dentaduras Yaminawa sanas y completas son casi exclusivamente dentaduras de viejo.

Más que criticar la acción de profesionales o voluntarios que merecen más incentivos que censuras, lo que quiero dejar claro aquí es que las visitas ponen en evidencia las distancias o las diferencias entre los dos mundos; para encontrarse no basta coincidir brevemente en un mismo espacio, y no es raro que la efectividad de las intervenciones se vea minada por la simple y llana prisa de los agentes por volver a casa. Tomemos así esta pintura *cum grano salis*; ciertamente no faltan agentes de salud muy avezados al campo en que trabajan, y con habilidades comunicativas muy superiores a las que estoy describiendo; pero los inconvenientes señalados son datos muy comunes, no previstos y por tanto no anotados en los informes de actividades de las organizaciones de salud, y que pesan sin duda en los resultados obtenidos. Nadie debería, por lo demás, escandalizarse del escándalo de quienes se ven obligados a tratar eventualmente con un estilo de vida que no es, definitivamente, el propio, pero sería, aun así, interesante notar que la calumnia del “infierno verde” influye en exceso en el modo en que las agencias de salud se aproximan a los pueblos amazónicos. Lo mismo puede decirse de la visión –para unos, aliada con la solidaridad; para otros, con el simple prejuicio– de los pueblos indígenas como pueblos que se pueden definir cómodamente por lo que les falta.

En general, la imagen que guardo de las aldeas Yaminawa es –reconozco que es una opinión de profano, y hago notar que la región tiene la fortuna de estar libre de malaria, muy común en áreas muy

próximas— la de lugares muy saludables a pesar de las apariencias. La alimentación indígena, basada en raíces y frutas frescas y en carne de caza y pescado, suele superar en calidad, variedad y equilibrio a lo que se puede encontrar en los pueblos del interior, y en la mayor parte de las casas de comida de la ciudad. De las enfermedades que recuerdo haber contraído durante un trabajo de campo razonablemente largo —en el cual las precauciones básicas fueron pronto dejadas de lado, so pena de renunciar, si las mantenía, a una convivencia normal con mis anfitriones— las únicas de alguna consideración ya venían conmigo de fuera, y simplemente se desarrollaron por el desgaste físico ocasionado por las largas marchas y las condiciones de vida a las que no estaba habituado.

Aparte de los profesionales itinerantes a los que me he referido, hay que notar también que cualquier visitante que pasa por una aldea indígena, en virtud de nuevo de esa visión carencial de las poblaciones del cuarto mundo, se siente un poco médico o farmacéutico. A fin de cuentas, podemos pensar, más vale poco que nada. Pero no estoy seguro de que esa opinión merezca refrendo en el caso de la farmacopea industrial, que tantos viajeros suelen dejar como recuerdo de su paso por la aldea. Sea cual sea la eficacia de nuestra producción medicinal, se ve seriamente mediatizada por las condiciones en que es consumida: muy frecuentemente fuera de su plazo de validez, en dosis inadecuadas y con una periodicidad o una duración muy lejos de la que sería normalmente prescrita. En una ocasión, dediqué algunas horas a la traducción de los prospectos de una caja de medicinas que había sido dejada en el lugar por los visitantes de una ONG francófona. En cada una de las cajetillas se había escrito sumariamente la indicación del uso de cada medicina, pero no se había hecho lo mismo, con las contraindicaciones o las incompatibilidades, a veces muy graves.

En el polo contrario de los agentes indígenas de salud, los médicos de la ciudad —doctores distantes, revestidos con ropas especiales, a los que sólo es posible acceder después de largos y penosos viajes— gozan de un prestigio decididamente superior entre los indígenas, y los hospitales, aunque vistos desde Europa o desde las ciudades costeras de Brasil pueden mostrar terribles precariedades, desde la aldea pueden parecer lugares repletos de recursos y saberes ignotos. Pero sería difícil mostrarse muy optimista en cuanto a los resultados globales de ese trabajo. Como veremos más tarde, la enfermedad, y a fortiori la muerte por enfermedad, carecía prácticamente de lugar en el panorama cognitivo de los antiguos Yaminawa. En buena medida, podría decirse que ocurre lo mismo hoy en día, ya que una buena parte de las dolencias por las que los Yaminawa llegan al hospital se deben a causas técnicamente fútiles, que podrían ser prevenidas con algunos cambios en los hábitos. Entre ellos, en primer lugar, la intensa —aunque esporádica— ingestión de un alcohol inadecuado para el consumo humano, exactamente el alcohol de 97 grados que supuestamente se destina a la limpieza doméstica o a la ignición de fuegos de carbón. El consumo de esa sustancia, declaradamente tóxica, produce todo tipo de enfermedades, principalmente hepáticas, y al lado de ellas un número crecido de accidentes, muy especialmente ahogamientos; sin duda, contribuye también —por la frecuencia de borracheras dormidas al raso— a la gravedad de las enfermedades pulmonares que acometen con frecuencia a los Yaminawa. La esperanza media de vida actual de los Yaminawa está por debajo de lo que la biomedicina puede garantizar con recursos mucho más simples que los hospitalarios. La mortalidad es, en una medida decisiva, producto de “accidentes”.

Teniendo en cuenta ese panorama, podremos reconocer que la eficacia que pueda tener el tratamiento en centros urbanos o la internación hospitalaria se ve oscurecida por sus resultados perversos, ya que al acompañar a la ciudad a sus parientes hospitalizados —procedimiento habitual— son familias extensas enteras las que acceden a fuentes inagotables de ese tipo de accidentes. Rebasando los límites de número o de tiempo que las instituciones indigenistas de asistencia les acuerdan para el acompañamiento de sus enfermos en sus alojamientos, o prolongando sin más una estancia en la ciudad iniciada con ese acompañamiento, los Yaminawa pasan largos períodos de tiempo en la ciudad, o más exactamente en las calles, propicias a numerosos inconvenientes. En primer lugar, al consumo de alcohol, que consume rápidamente los recursos propios o puede continuar por medio de una fácil convivialidad (como me decía un Yaminawa, “es raro que alguien te dé de comer, pero a beber todo el mundo invita”);

una habitación inadecuada (en favelas, o debajo del puente); un régimen de alimentación muy precario, y a veces muy peligroso, como cuando se recurre a la recogida de restos de alimentos en basureros; el eventual recurso a la prostitución, etc. Los accidentes, o los episodios de violencia, se ofrecen también en abundancia a visitantes poco habituados a los vericuetos urbanos. La biomedicina puede ser tal vez eficaz para los enfermos que trata en los límites estrictos del hospital, pero hay que reconocer que su contexto es también eficaz, y en un sentido claramente negativo, para el balance general de la salud del grupo.

Las consideraciones que he presentado aquí pueden ser, ya lo he advertido varias veces, demasiado parciales. Por un lado, se trata de experiencias muy concretas a las que no puedo dar una significación más general, y se refieren a un caso, el de los Yaminawa, cuyos problemas rebasan la tónica común de las sociedades amazónicas. En otros casos, en el mismo estado del Acre, el sistema de los agentes locales puede funcionar mejor, la relación entre el grupo y las organizaciones de salud puede ser más fluida, y una mayor estabilidad política puede limitar y domesticar ese flujo hacia la ciudad que en el caso de los Yaminawa causa tantos daños.

Pero también podría decirse lo contrario: que estas observaciones son demasiado generales y demasiado obvias para quienes conviven diariamente con ese tipo de problemas; y que, mucho más allá del ámbito estricto de los pueblos indígenas, pueden aplicarse a otras poblaciones rurales o a sectores populares de baja renta. Gajes del oficio, quizás. El caso es que, sea como sea, en el encuentro de las barcas que inició este artículo hay una considerable simetría. Si la barca que sube lo hace en busca del poder simbólico que para los hombres blancos representan los habitantes de la selva secreta, y en medida aún mayor sus chamanes, la barca que baja no lo hace movida por un cálculo racional, o por la evidencia empírica de mejores resultados de un nuevo tipo de tratamiento. Sean cuales sean estos resultados, se superpone a ellos el poder simbólico de otro mundo distante y mal conocido, de especialistas dotados de un prestigio y unos métodos llenos de misterios, habitantes de una ciudad que, a su modo, es también una selva.

¿Qué cura la medicina indígena?

Pero si queremos completar esa simetría, habría que decir algo sobre las terapias indígenas, sobre su práctica y sobre su eficiencia; a fin de cuentas, el prestigio que las medicinas exóticas (las amazónicas, en particular) reúnen en nuestra sociedad debe mucho a la eficiencia empírica que se les atribuye, no circunscrita a los efectos de la fe o de la sugestión, y que sin demasiados rodeos puede ser transferida para nuestro dominio en forma, por ejemplo, de nuevos fármacos de origen vegetal. Pero hay un serio inconveniente que se opuso tenazmente a mis observaciones a ese respecto: nadie en la aldea Yaminawa parecía recurrir a la medicina tradicional.

Durante mi trabajo de campo esperaba que alguna vez surgiese la ocasión de verla en acción. Con alguna frecuencia se me mostraba una planta que se usaba como remedio para tal o cual afección: inflamaciones de los ojos, tumores, males de la piel, etc., pero aunque esas molestias no estuviesen totalmente ausentes de la vida de la aldea, nadie parecía querer paliarlas con su ayuda. Una vez pude ver a un Yaminawa, pariente del chamán, exprimiendo en sus ojos, aquejados tal vez de conjuntivitis, unas hojas que él me había presentado otra vez como apropiadas para el caso; se quejó del vivo escozor, pero lo aguantó pacientemente; él mismo, hombre resistente al sufrimiento, se ofreció alguna vez a tomar en mi presencia la “inyección de sapo”, que consiste en la aplicación sobre pequeñas quemaduras en la piel de la sustancia ponzoñosa segregada por la piel de un sapo, un remedio certero contra la incapacidad cinagética y la pereza, que provoca mareos y vómitos violentos y que tiene como resultado una purificación general del organismo. No quise animarle a que cumplierse su oferta, en vista de que, siendo el mejor cazador de la aldea, no parecía estar necesitado de tal tratamiento. Un buen día –en rigor, un mal día– se presentó al menos una ocasión en que el uso de la farmacopea tradicional parecía insosla-

yable: un joven había sido picado por una raya. Además de extremadamente dolorosa, la herida que la raya produce con su arpón puede fácilmente ser invadida por infecciones o parásitos, y en el extremo acabar produciendo mutilaciones. Transportado en una canoa, el joven gemía manteniendo el pie junto a un pequeño fuego de leña verde, cuyo humo debía espantar los insectos que acudían a cebarse en la herida; con la ayuda de sus parientes, fue llevado a su casa. De entre aquellas medicinas que se me mostraban a veces, la más común y fácil de identificar era el ibi-rao, remedio contra las heridas de raya. En el alboroto que siguió, imaginaba yo que lo vería aplicar. Pero los Yaminawa esperaban lo mismo, en sentido inverso: que yo por fin aplicase mi propia medicina, y así me lo hicieron saber. Busqué en mi botiquín, extremadamente sumario, lo que me pareció más apropiado para el caso, es decir, agua oxigenada, mercurocromo, vendas y esparadrapo. El joven salió del trance cojeando con su pie vendado; no supe en qué acabó su caso, pues poco después concluyó mi estancia en la aldea. No fueron pocas las ocasiones en que pregunté a mis anfitriones por qué aquellos “remedios do mato” de los que se me hablaba, y que tanto prestigio tenían, no eran más utilizados, o no eran en absoluto utilizados por sus concededores. La respuesta no era, como podía esperarse de un pueblo tenido como poco respetuoso de sus tradiciones, la falta de fe en su eficacia. Se aludía a la dificultad de encontrar el remedio apropiado, o al desconocimiento, o se optaba por puras y simples evasivas. Una vez, sin embargo, alguien me presentó un motivo mucho más contundente, y congruente con lo poco que yo sabía al respecto: los “remédios do mato” duelen mucho, arden, escuecen; las medicinas de los blancos, por el contrario, son más dulces y agradables, y es esa la razón de su demanda. Los Yaminawa parecían preferir la enfermedad a aquel tipo de tratamiento antiguo, tal vez eficaz pero en cualquier caso drástico.

La mayor parte de esa medicina “tradicional” entra dentro de lo que nosotros llamaríamos medicina “preventiva”, y consiste sobre todo en una larga serie de restricciones dietéticas, que invierten –con tino, me inclino a creer– el curso que nosotros damos a las restricciones dietéticas. Los tabúes Pano se aplican en su máxima potencia a los niños recién nacidos, se van aflojando para los niños mayores y los jóvenes, alcanzan a los adultos en momentos de crisis (sobre todo, cuando tiene lugar un parto o a la enfermedad de algún pariente) y prácticamente desaparecen para los viejos, que pueden comer lo que quieran, beber lo que quieran y fumar lo que quieran. En términos muy generales, todo lo que un ser humano puede ingerir se divide entre sustancias dulces (lo dulce incluyendo lo salado, en esta clasificación) y sustancias amargas. Lo dulce abarca todas aquellas sustancias que sirven a la comunicación y el intercambio entre los miembros del grupo, sean alimentos, sean fluidos corporales (leche materna, semen) que crean y sostienen los vínculos de parentesco. En conjunto, equivalen a la sangre de un cuerpo que trasciende las fronteras físicas del individuo, un cuerpo social que, a diferencia de lo que ocurre con nuestro uso metafórico de esa expresión, no deja de ser un cuerpo corporal. Lo amargo, en contrapartida, y también en términos muy generales, se vuelve hacia la comunicación con el mundo de los espíritus, o sea, con todos los sujetos que quedan fuera de lo humano propiamente dicho, incluyendo animales, muertos, yoshiwo (espíritus “sin más”, que podríamos traducir también como demonios o fantasmas). Amarga es, por excelencia, la ayahuasca³, pero también el tabaco o el picante; amargas son las sustancias “inyectadas” por los animales con aguijón que tan importante lugar tienen en la iniciación chamánica, el veneno del sapo, etc. Lo amargo equivale a nuestra noción de *fármaco*, con un acento puesto por igual en sus virtualidades positivas y negativas. Lo amargo fortalece, cura y defiende el cuerpo imbuido de él, pero también es eminentemente capaz de hacer daño, sobre todo a un cuerpo no suficientemente maduro. Lo dulce no hace daño, pero no fortalece; lo muy dulce debilita. Lo dulce se torna objeto de restricciones cuando es necesario endurecer el cuerpo; durante el proceso de iniciación chamánica, por ejemplo, deben evitarse las bananas maduras, el azúcar, la sal, la carne; debe evitarse también, y muy especialmente, la sexualidad y en general el contacto con el cuerpo social. La “dieta” de los matadores de antaño seguía el mismo patrón. La acción de los fármacos es principalmente depurativa: sirven para eliminar un exceso de sustancias dulces, o paralizadoras, como la *yupa* que dificulta las operaciones del cazador, o que por extensión induce a la pereza de cualquier tipo. Su acción, en último término, produciendo la acumulación de “amargura”, es capaz de generar un cuerpo enjuto, lige-

ro y duro, y en definitiva un cuerpo masculino, preparado para la guerra y la caza. El cuerpo femenino es un caso menor en este paradigma: aunque esté sujeto a la misma lógica, el endurecimiento excesivo es indeseable para él, sobre todo en la medida en que ese cuerpo sirve de albergue o nutre a los cuerpos inmaduros por excelencia, los de los hijos pequeños. Por lo tanto, y aunque sea recomendable evitar también reblandecimientos excesivos, es prioritario que las mujeres eviten la ingestión de la carne de animales dotados de un espíritu fuerte, o de sustancias “amargas”. Las prescripciones relativas al alimento, al modo de consumirlo o a otros aspectos del comportamiento en general⁴ manifiestan un espíritu conservador, remitiendo como modelo a costumbres propias de un modo de vida ya casi totalmente abandonado: es el caso del vestido, juzgado como un modo “debilitador” de conservar el calor del cuerpo, al que debería preferirse la exposición al calor del fuego, único medio disponible cuando la desnudez era la norma.

Si dejamos de lado esa dimensión preventiva o de endurecimiento del cuerpo, la medicina Yaminawa, muy distante de nuestras nociones médicas actuales, no deja de mostrar una cierta afinidad con una de las tradiciones terapéuticas de occidente: la que se ha llamado, muy acertadamente “medicina heroica”, que estaba en boga hasta finales del dieciocho, o incluso mediados del diecinueve, y que recurría constantemente a las sangrías y a las purgas, poniendo la purificación en el centro de la acción terapéutica, y ciertamente desafiando la resistencia de los pacientes. Aunque la sangría –recurso muy frecuente, por ejemplo, entre los grupos del Xingú– no se encuentra entre los Pano, los remedios Yaminawa parecen entrar casi en su totalidad en las categorías de purgas o cauterios. Medicina heroica exige pacientes heroicos; más que curar las enfermedades, desafía a los enfermos; y ésa es la razón de que la medicina tradicional Yaminawa permanezca más como un ideal nativista que como una alternativa en oposición a la biomedicina. La vieja buena salud Yaminawa ya no tiene espacio en el nuevo orden. Pero en ese caso habría que preguntarse cuál es el papel del especialista indígena.

¿A qué se dedica el chamán?

Hablar de medicina tradicional Yaminawa supone uno de esos errores de traducción sin los que la etnografía difícilmente podría escribirse, y aún menos divulgarse; aunque no podamos eludir ese error, tampoco nos podemos eximir de esclarecerlo un poco. Los Yaminawa suelen proponer por sí mismos un error de traducción mucho más detallado cuando aplican a sus propios especialistas las categorías profesionales que han aprendido en los hospitales de la ciudad. Así, el ñiumuã –la más alta categoría de chamán, no reconocida a nadie en la actualidad– es el equivalente de un doctor, el koshuiti es un médico auxiliar, y quienes lo secundan en sus sesiones de cantos e ingestión de ayahuasca son los enfermeros. Pero antes de entender esa traducción como una analogía más o menos evidente, vale la pena pensar en el tipo de sombras chamánicas que se han lanzado sobre la figura del médico y de sus auxiliares antes de que ellos puedan aclarar las funciones de los especialistas indígenas.

Lo que más llama la atención en esa analogía es la marcada jerarquización de las funciones, su orden burocrático. En casos muy próximos al Yaminawa, como por ejemplo el Kaxinawá, el chamanismo es una habilidad relativamente extendida, y que se actualiza más por la iniciativa de los espíritus que del propio interesado. Es la enfermedad la que obliga a un paciente a transformarse en chamán, a iniciar y perfeccionar un trato con los espíritus que, maléfico en primera instancia, puede convertirse más tarde en fuente de curación⁵. En el caso Yaminawa, por el contrario, la iniciación al chamanismo es un acto voluntario y en cierta medida planificado, que sigue a un cálculo sobre las agruras y los beneficios que la vida de chamán puede dar. La iniciación es un proceso largo, complejo y enormemente penoso, que en cierta medida reproduce artificialmente la enfermedad espontánea del chamanismo Kaxi. Bajo la dirección del chamán iniciador, el candidato atraviesa un largo período de aislamiento social, continuo o intermitente, de abstinencia sexual, y de extremas restricciones alimenticias. De hecho, su alimentación pasa a ser esencialmente amarga: toma continuamente ayahuasca y tabaco, aprende los cantos, y a mo-