

La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?

EDUARDO MENÉNDEZ*

En este trabajo se analizan algunas características del saber popular referido al proceso salud/enfermedad/atención (de ahora en adelante proceso s/e/a) y del saber médico hegemónico, a partir de la consideración de que si bien la biomedicina evidencia un continuo proceso de cambio tecnológico y de expansión, el saber popular¹ también se caracteriza por un proceso constante de modificación, en el cual se sintetizan provisionalmente concepciones y prácticas derivadas de diferentes saberes incluido el biomédico.

El proceso salud/enfermedad/atención

El proceso s/e/a constituye un universal que opera estructuralmente –por supuesto que en forma diferenciada– en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran. Aún cuando ésta es una afirmación casi obvia debe subrayarse que la enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables² que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales. Son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad; el sujeto, desde su nacimiento –cada vez más “medicalizado”–, se constituye e instituye, por lo menos en parte, a partir del proceso s/c/a.

La respuesta social a la incidencia de enfermedad, daños y/o padecimientos es también un hecho coti-

diano y recurrente, pero además constituye una estructura necesaria para la producción y reproducción de cualquier sociedad.

Es decir que tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen procesos estructurales en todo sistema y en todo conjunto social, y que, en consecuencia, dichos sistemas y conjuntos sociales no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que estructurarán un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos.

Enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte deben ser pensados como procesos que no sólo se definen a partir de profesiones e instituciones dadas, específicas y especializadas, sino como hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, una parte de las cuales se organizan profesionalmente.

Dado que los padecimientos constituyen hechos cotidianos y recurrentes, y que una parte de los mismos pueden aparecer ante los sujetos y los grupos sociales como amenazas permanentes o circunstanciales, a nivel real o imaginario, los conjuntos sociales tienen la necesidad de construir significados sociales colectivos respecto de por lo menos algunos de dichos padecimientos. El proceso s/e/a ha sido, y sigue siendo, una de las áreas de la vida colectiva donde se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas en las sociedades, incluidas las sociedades actuales.

Los padecimientos constituyen, en consecuencia, uno de los principales ejes de construcción de significados colectivos, que pueden ser referidos al proceso específico, o a otros procesos respecto de los cuales

* Profesor Investigador del CIESAS-Centro.

los padecimientos son expresión significativa. La moda reciente de considerar el cáncer, el alcoholismo y últimamente el SIDA como metáforas de la sociedad no debe ser trivializada, pese a la trivialidad de algunos análisis. Esta significación es básica para entender, por lo menos, algunas problemáticas referidas al uso de los servicios de salud, sean biomédicos o "tradicionales".

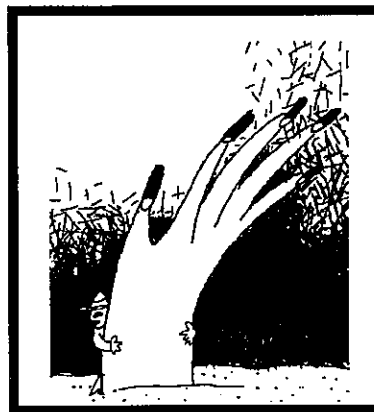
El proceso salud/enfermedad/atención, así como sus significaciones, se ha desarrollado dentro de un proceso histórico en el cual se construyen las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos (significados) respecto de los mismos. Este proceso histórico está caracterizado por las relaciones de hegemonía/subalternidad que opera entre los sectores sociales que entran en relación en una sociedad determinada, incluidos sus saberes técnicos.

Considerado en términos estructurales, el proceso s/e/a supone la existencia, en toda sociedad, de representaciones y prácticas para entender, enfrentar y, de ser posible, solucionar la incidencia y consecuencia generadas por los daños a la salud. En determinadas sociedades, en razón del desarrollo de procesos económico-políticos y técnico-científicos específicos, se construyeron sistemas académicos y/o científicos de explicación y acción sobre los padecimientos.

Estos sistemas, que devinieron hegemónicos al interior de diferentes sistemas culturales (medicina mandarina, medicina ayurvédica, medicina alopática), no condujeron a la anulación o erradicación de todas las prácticas y representaciones existentes, que eran manejadas por los diferentes conjuntos sociales, aunque sí contribuyeron a su modificación y/o al establecimiento de relaciones de hegemonía/subalternidad.

Todas las sociedades necesitan producir estrategias de acción técnica y socioideológica respecto de los padecimientos que reconocen como tales; una de ellas es la producción de curadores reconocidos institucionalmente y autorizados para atender un determinado espectro de daños a la salud individual y colectiva. No hubo que esperar a la epidemiología para determinar que los padecimientos presentan un eje individual y uno colectivo. Todas las sociedades han reconocido algunos de los padecimientos como fenómenos que adquieren carácter colectivo y que, por lo menos, en parte deben ser solucionados a nivel colectivo.

La medicina denominada científica constituye una de las formas institucionalizadas de atención de la enfermedad y, en gran parte de las sociedades, ha llegado a ser identificada como la forma más correcta y eficaz de atender el proceso salud/enfermedad. Pero desde nuestra perspectiva, tanto ésta como las otras



formas académicas y/o academizadas (homeopatía, quiropraxia, etcétera), o populares (herbolaria, espiritismo, entre otros) de atender a los padecimientos, tienen el carácter de "instituciones", es decir instituyen una determinada manera de "pensar" e intervenir sobre las enfermedades y, por supuesto, sobre los enfermos.

Todos los curadores encargados de dar respuestas técnicas a los padecimientos, estén o no organizados corporativamente, generan actividades que inevitablemente se sociologizan y culturalizan, dado que se ejercen sobre sujetos y grupos sociales que no sólo dan significado técnico a sus problemas, sino sobre todo significados subjetivos y sociales. En consecuencia, la mayoría de las actividades técnicas llevadas a cabo por curadores constituyen no sólo hechos técnicos, sino también hechos sociales más allá de que los curadores y las instituciones médicas los interpreten o no como tales.

La enfermedad, los padecimientos y los daños han sido, en diferentes sociedades, algunas de las principales áreas de control social e ideológico tanto a nivel macro como microsocioal. No es un problema de una sociedad o una cultura, sino que constituye un fenómeno generalizado a partir de tres procesos: la existencia de padecimientos que refieren a significaciones negativas colectivas; el desarrollo de comportamientos que necesitan ser estigmatizados y/o controlados, y la producción de instituciones que se hacen cargo de dichas significaciones y controles colectivos, no sólo en términos técnicos, sino socioideológicos. Esto, y lo reiteramos, no debe ser identificado con un determinado periodo o cultura, tal como suele hacerse en forma mecánica a partir de planteamientos reduccionistas y notoriamente etnocéntricos, sino que potencialmente podemos encontrarlo en una diversidad de sociedades y periodos históricos.

biomédico, es decir el referido a la salud mental, el que actualmente se caracterizaría por una actitud ecléctica según la cual y en función del objetivo terapéutico, la psiquiatría utilizaría todas aquellas estrategias y orientaciones que demuestran cierto grado de eficacia, pasando por lo tanto a segundo plano la fundamentación teórica de las características diferenciales de cada una de las mismas. Pero debe subrayarse que sólo una pequeña parte de la psiquiatría – y subrayo lo de psiquiatría – recurre a formas de atención desarrolladas desde perspectivas no médicas, ya que el eclecticismo se reduce a las diferentes técnicas desarrolladas desde la biomedicina y campos afines. Esto no ignora por supuesto la existencia de numerosas experiencias que han incluido desde técnicas shamánicas hasta rituales sociales urbanos de curación en varios países latinoamericanos, pero esta no ha sido la línea dominante especialmente en el caso mexicano (Menéndez y Di Pardo, 1996; 1999).

El proceso de apropiación y eclecticismo podemos observarlo no sólo a través de la biomedicina sino de otras formas de atención; en América Latina hay un proceso constante según el cual una parte de los curadores populares y tradicionales además de prescribir y/o realizar sus tratamientos tradicionales, recetan también antibióticos o vitaminas como parte de su forma de atención. En el caso de las parteras llamadas empíricas se observa la utilización de técnicas de inducción del parto de tipo biomédico. Debe subrayarse que este proceso de apropiación obedece a varias dinámicas entre las cuales subrayo dos: la desarrollada a partir de los propios curadores en busca de mayor eficacia, lo cual conduce, en determinados casos, a que las medicinas generadas por la industria química/farmacéutica sean incluidas y usadas en las concepciones culturales tradicionales como las de la oposición y complementación entre lo frío y lo caliente como ocurre con el uso de las aspirinas, penicilina o alka-zelzer en numerosos grupos étnicos mexicanos. Y otra impulsada por la propia biomedicina o si se prefiere por el sector salud a través de los programas de atención primaria que viene aplicando desde por lo menos los años 20' (Menéndez, 1981). De tal manera que por ejemplo en México fue el sector salud el que enseñó a parte de la población de las comunidades rurales a dar inyecciones dado que no existían recursos humanos locales para hacerlo, y parte de este personal que aprendió a inyectar eran cu-

radadores tradicionales; fue el sector salud el que adiestró a parteras empíricas de tal manera que estas utilizaron una síntesis de elementos tradicionales y biomédicos; fue el sector salud el que enseñó a sujetos de las comunidades a cortar nódulos de personas con oncocercosis o que seleccionó personas de la comunidad como agentes de salud. Fue el sector salud y un número cada vez más amplio de ONG las que formaron y siguen formando cientos de promotores de salud que suelen utilizar una mezcla de técnicas populares y biomédicas.

Este proceso complejo, dinámico y diferenciado podemos observarlo y detectarlo de conjunto sobre todo si lo registramos a través de las acciones de los grupos sociales, dado que desde la perspectiva de las diferentes formas de atender – y no sólo de la biomedicina – sólo registraremos una parte de dichas formas de atención y generalmente en forma no relacionada. Desde las diferentes formas de atención, y especialmente desde el saber e instituciones biomédicas, sólo se tenderá a reconocer algunas de las formas de atención, y no las más diversas y a veces impensables actividades curativas o sanadoras. Pero además tiende a generarse una visión estigmatizada y excluyente de por lo menos algunas formas de atención, colocando el eje de la eficacia, de la eficiencia y de la legitimidad exclusivamente sobre el propio que-hacer y no sobre el conjunto de las formas de atención. Este proceso, y lo subrayo, también ocurre con las otras formas de atención que no fundamentan su legitimidad e identidad en la racionalidad científica sino en la religiosa y/o étnica, proponiendo una eficacia comparativa inherente al uso exclusivo de estas dimensiones.

Si el eje lo colocamos en los diferentes conjuntos sociales no sólo registraremos todas o por lo menos la mayoría de las formas de atención que se usan realmente, sino que no tendremos una visión unilateral de las formas de atención que pretenden su exclusividad a través de lo científico, de lo religioso o de lo étnico, dado que las registramos a través de los diferentes puntos de vista que operan en una comunidad y que incluyen no sólo las perspectivas de la población estratificada, sino la de los diferentes tipos de curadores (Menéndez, 1990b; 1997). Pero el aspecto central, que luego desarrollaremos, es que los sujetos y grupos sociales constituyen el agente que no sólo usa las diferentes formas de atención, que las sintetiza, articula, mezcla o yuxtapone, sino que es el agente que

reconstituye y organiza una parte de estas formas de atención en actividades de "autoatención", dado que la autoatención constituye no sólo la forma de atención más constante sino el principal núcleo de articulación práctica de las diferentes formas de atención, la mayoría de las cuales no puede funcionar completamente sino se articula con el proceso de autoatención. Este señalamiento es obvio, pero tiende a ser no sólo olvidado, sino excluido del análisis de los servicios de salud. Una cosa es hablar de convalecencia y otra asumir que el papel decisivo en gran parte de las actividades de convalecencia están a cargo del sujeto y su grupo a través de acciones de autoatención.

Un análisis integral de las formas de atención que operan en un contexto determinado supondría obtener el perfil epidemiológico de los padecimientos dominantes y sus formas de atención en una comunidad determinada, según son formulados por los diferentes curadores y por los conjuntos sociales (Menéndez, 1984; Menéndez y Ramirez, 1980). Esta información nos daría algo así como un diagnóstico de situación sobre como atiende la gente realmente sus padeceres, incluida la articulación de las diferentes formas de atención generadas por la población, y más allá de los antagonismos existentes a niveles profesionales e institucionales en términos económicos, técnicos e ideológicos. En varios trabajos realizados en diferentes contextos mexicanos (Menéndez y Ramirez, 1980; Menéndez, 1984; 1990b; Osorio, 1994) se describe como, durante la carrera del enfermo, los sujetos demandan inicialmente un tipo de atención en función del diagnóstico presuntivo que manejan y de otros factores como la accesibilidad física y económica a las diferentes formas de atención que operan en su contexto de vida, pero si dicha atención no resulta eficaz la reemplazan rápidamente por la atención de otro tipo de curador, implicando este cambio una transformación en el diagnóstico y tratamiento. Este proceso puede agotarse en esta segunda instancia o dar lugar a la demanda de otras formas de atención, que puede implicar una nueva demanda de atención a los primeros curadores consultados. Los indicadores diagnósticos que los grupos manejan posibilitan una articulación práctico/ideológica entre las diferentes formas de atención estableciendo una conexión entre las mismas a través de la carrera del enfermo.

Este tipo de aproximación epidemiológica – que denominamos sociocultural – posibi-

litaría además observar cuales son las formas de atención más usadas y las que tienen mayor eficacia para abatir, controlar o disminuir determinados daños en términos reales o imaginarios. Al igual que también podríamos registrar cuales son los factores de tipo económico, técnico e ideológico que se oponen o facilitan la articulación de las diferentes formas de atención, a través de las prácticas cotidianas de los conjuntos sociales.

Pero en este trabajo no podemos desarrollar el análisis integral de las diferentes formas de atención, sino que a modo de ejemplo nos concentraremos en los que consideramos las dos formas dominantes de atención a los padecimientos en un contexto como el mexicano actual, me refiero a la biomédica y a la autoatención; asumiendo que en la sociedad mexicana encontraremos distintas formas de articulación entre biomedicina y autoatención en función de las características socioeconómicas, étnicas, religiosas, educacionales, de localización, etc. de los diferentes grupos y sujetos sociales. Lo que haremos primero es describir algunas características básicas de la biomedicina, haciendo hincapié en aquellas que limitan la posibilidad de una articulación mayor y más eficaz con la autoatención, y luego haremos lo mismo con la autoatención para concluir proponiendo algunos mecanismos de articulación posibles.

Biomedicina: algunos rasgos y limitaciones

En principio recordemos que la biomedicina en tanto institución y proceso social se caracteriza por su constante aunque intermitente modificación y cambio y no por su inmovilidad, y cuando señalo esto no me refiero sólo a cambios técnicos y científicos, sino a cambios en sus formas dominantes de organizarse e intervenir no sólo técnica sino económica, social y profesionalmente. Por lo cual el análisis que estamos realizando en este texto no refiere a la biomedicina que se practicaba en 1850, en 1920 o 1950, sino a las tendencias que se desarrollan desde los 60' y 70' hasta la actualidad.

Quiero subrayar que para ciertas miradas a-históricas, estos cambios – o por lo menos algunos de ellos – suelen ser leídos en términos de crisis, generando en algunos casos la idea que la biomedicina estaría en una situación de crisis permanente; más aun para algunas ten-

En todos los contextos las instituciones asistenciales, de cura, de protección o de control, estructuran una racionalidad que no es exclusivamente técnica ni científica, sino también sociocultural. Esto quiere decir que no sólo las representaciones y prácticas de las "parteras empíricas", de los curadores herbolarios o de los *iloles* (los curadores de más alta significación cultural dentro de los grupos de los Altos de Chiapas) estructuran un saber en el cual las actividades técnicas aparecen saturadas de contenidos sociales y culturales, sino que también la medicina alopática aparece saturada de procesos sociales e ideológicos de tipo institucional y ocupacional, así como de valores culturales e interpretaciones ideológicas estructuradas no sólo a partir del saber médico, sino generadas en las relaciones que se establecen con los sujetos enfermos y con la comunidad.³

El eje de nuestra propuesta es que, más allá de reconocer la diferente procedencia de los distintos saberes que operan en una sociedad en un momento determinado; más allá de reconocer que unos presentan una mayor científicidad o una mayor eficacia que otros, lo que nos interesa subrayar es que en todos los casos, sean curadores populares o representantes del saber biomédico, su saber se aplica a sujetos y grupos y, en consecuencia, entran en relación con representaciones y prácticas sociales que conducen necesariamente a convertir en hechos sociales y culturales una parte sustantiva de sus actividades técnicas. Suponer que la concepción de lo frío/caliente, aplicada por un curador popular en América Latina, expresa y se carga de contenidos sociales y culturales durante el acto "curativo", y que ello no ocurre con la aplicación de una concepción bacteriológica en la interpretación de la causalidad y solución de un padecimiento infectocontagioso, es ignorar lo que hemos querido subrayar hasta ahora: el hecho de que el proceso *s/e/a* constituye, en primer lugar, un fenómeno de tipo social desde la perspectiva de los sujetos y conjuntos sociales. Debemos por lo tanto recordar un hecho obvio: el saber de todo curador inevitablemente se aplica sobre sujetos y grupos, y es el saber del grupo el que articula las representaciones y prácticas recibidas del saber médico, a partir de las representaciones y prácticas que dichos sujetos y grupos manejan.

Propuestas relacionales

El proceso *s/e/a* opera en la mayoría de las sociedades actuales latinoamericanas en un campo sociocultural heterogéneo, que implica la existencia de diferentes formas de desigualdad y estratificación social, las

cuales suponen no sólo la presencia de relaciones de explotación económica, sino de hegemonía/subalternidad en términos ideológico-culturales. Esto opera a nivel de los sujetos, de las instituciones y de los conjuntos sociales.

Los factores económico-políticos son determinantes en la constitución de las formas de estratificación social dominantes, pero el reconocimiento de esto no debe conducir a considerar como subordinados ni determinados a los procesos ideológicos y culturales que intervienen en el proceso *s/e/a*.

Los conceptos de hegemonía/subalternidad, así como otros procedentes de diferentes corrientes teóricas, asumen la existencia de desigualdades estratificadas, pero incluyendo como parte sustantiva de las mismas a los procesos socioculturales que operan favoreciendo la cohesión/integración, opacando las causales que establecen las desigualdades o promoviendo procesos de oposición o de otro tipo de transacciones, que posibilitan el desarrollo autónomo de sectores subalternos.

La propuesta relacional no coloca prioritariamente el eje de análisis en las condiciones de estratificación social (entendida en términos exclusivamente económicos, y referida a los grandes conjuntos sociales: clases, estratos, niveles, "pobres", grupos étnicos, etcétera), sino que asume la existencia de toda una serie de diferenciaciones que aparecen en los niveles diádicos, microgrupales y/o comunitarios. En estos niveles se generan actividades que no pueden ser explicadas en términos puntuales a partir del análisis exclusivo de los grandes conjuntos sociales. En todos los conjuntos *micro* y/o *macro*, es a partir de las relaciones existentes entre las partes donde se debe analizar el proceso *s/e/a*, incluyendo, de ser posible, los diferentes niveles en que dicho proceso opera, así como la articulación entre niveles (para evitar generar reduccionismos *micro* y *macro*, que tienden a generar interpretaciones incorrectas, sesgadas o sólo pertinentes para algunos aspectos de la realidad estudiada).

Desde esta perspectiva la relación médico/paciente debe ser analizada en tanto relación diádica, a partir del encuentro técnico y social producido. Pero dicha relación además de ser descrita y analizada en este nivel, debe ser referida a las múltiples relaciones dentro de las que intervienen entre otras: las institucionales, étnicas o socioeconómicas, y que remiten a otros niveles de análisis que debieran ser articulados con el primero, pero a partir del análisis específico de la relación señalada.

La misma aproximación metodológica debiera aplicarse a otros niveles de relación como pueden ser el constituido por un conjunto de trabajadores en

formas de la medicina popular no constituyen sólo reacciones contra la biomedicina. Si bien no niego la existencia de procesos reactivos hacia la medicina alopática, éstos no constituyen los únicos ni frecuentemente los principales factores de este desarrollo, ya que intervienen una pluralidad de factores incluyendo la industria químico/farmacéutica, que como sabemos constituye uno de los pilares de la intervención y expansión biomédica. Así por ejemplo en el caso de las formas de atención denominadas tradicionales y populares (Menéndez, 1994), observamos que algunas de sus actividades han sido resignificadas en sus usos no sólo en el medio rural, sino especialmente en el medio urbano tanto de los países periféricos como desarrollados. Un caso típico es el de la medicina herbolaria que ha sido especialmente impulsada en los últimos veinte años por una parte de la industria químico/farmacéutica, dado el incremento del consumo de estos productos por los sectores sociales de mayores ingresos. En cada sociedad los diferentes grupos utilizan formas específicas de atención tradicionales/populares, pero me interesa subrayar que la mayoría de las mismas están dejando de ser patrimonio exclusivo de determinados sectores sociales, económicos o étnicos.

Otro proceso importante a considerar es la presencia en las sociedades denominadas occidentales de formas de atención a la salud que corresponden a saberes académicos de otros sistemas muy distintos del occidental. Los casos más conocidos son los de la acupuntura y de la digitopuntura, pero debe subrayarse que en varios países europeos y latinoamericanos se han asentado y desarrollado la medicina mandarina o la medicina ayurvédica en contextos donde previamente no existían estas tradiciones académicas. Si bien una parte de este desarrollo se debe a procesos migratorios de masa, que implican el asentamiento no sólo de trabajadores migrantes, sino también de sus sistemas de atención; en otros casos son debidos a un proceso de apropiación generado por determinados sectores sociales de los propios países "occidentales".

Estos y otros procesos han impulsado una constante diversidad de las formas de atención a la enfermedad, que por supuesto adquiere una dinámica y diferenciación específica en cada contexto. Ahora si bien casi todas estas formas de atención, incluida la biomedicina, se preocupan por la salud, dado que en el caso de la biomedicina por ejemplo busca prevenir y

educar para la salud, y otras formas de atención promueven el desarrollo de una salud equilibrada o inclusive se propone la búsqueda de mecanismos para impulsar una salud positiva; lo real es que la casi totalidad de las actividades de las diversas formas de atención actúan básicamente respecto de los padecimientos y enfermedades y no sobre la promoción de salud. Y esto no sólo porque lo proponen e impulsan los curadores, sino porque lo solicitan los sujetos y grupos sociales, ya que éstos demandan acciones sobre sus padeceres más que sobre su salud. Lo señalado no ignora que, especialmente en las sociedades capitalistas de más alto grado de desarrollo, se incrementa la población que realiza diferentes tipos de acciones en busca de mejorar y/o promover su propio estado de salud a nivel individual, aunque frecuentemente a través de una noción sumamente medicalizada del mismo pese al uso de formas alternativas.

Los conjuntos sociales como eje de la atención de los padecimientos

La identificación y descripción de las formas de atención la iniciamos a través de lo que hacen y usan los sujetos y grupos sociales para atender sus padecimientos, y no a partir de los curadores biomédicos, tradicionales o alternativos. En términos metodológicos iniciamos la descripción a través de los sujetos y los conjuntos sociales porque a partir de los mismos, especialmente de la trayectoria de la "carrera del enfermo" o "carrera del paciente" podemos identificar todas o, por lo menos, la mayoría de las formas de atención que intervienen en un contexto determinado, lo cual sería difícil de obtener – por muy diversas razones – si partimos inicialmente de los curadores. Pero además, a través de los conjuntos sociales podemos observar el uso articulado de las diferentes formas que usa cada grupo y no los usos excluyentes. Si nosotros partiéramos de cada curador, de cada forma de atención, lo frecuente sería la ignorancia o exclusión de las otras formas de atención o un reconocimiento crítico y frecuentemente estigmatizado de las mismas, así como la tendencia a focalizar la descripción en la forma específica que cada curador representa. Pero además es a través de las perspectivas y de los usos de los diferentes actores significativos (Menéndez, 1997) que podemos detectar la variedad de articulaciones que estos realizan respecto de las

diferentes formas de atención que potencialmente pueden utilizar en un contexto determinado, porque la mayoría de esas articulaciones se generan a través de las acciones que los sujetos y grupos realizan para poder reducir o solucionar sus problemas.

Considero que si el sector salud quiere conocer y/o implementar el sistema de atención real que utilizan los sujetos y conjuntos sociales, debería identificar, describir y analizar las diferentes formas de atención que los conjuntos sociales manejan respecto de la variedad de padeceres reales e imaginarios que reconocen como afectando su salud. Por supuesto que esto no supone que reduzcamos la identificación de los padeceres ni de las formas de atención sólo a los que reconocen los conjuntos sociales, sino que este es el punto de partida para establecer la existencia de los padeceres y de las formas de atención que los grupos no sólo reconocen sino que sobre todo utilizan.

Esta aproximación implicaría detectar y construir los perfiles epidemiológicos y las estrategias de atención que desarrollan en forma particular el saber biomédico, el saber de los curadores tradicionales, el saber de los curadores alternativos y/o el saber de los grupos sociales, lo cual posibilitaría observar no sólo las convergencias y divergencias en la construcción del perfil epidemiológico dominante, sino el tipo de atención utilizada en situaciones específicas. Este tipo de aproximación, que aplicamos en el análisis de comunidades rurales y urbanas en Yucatán (Menéndez, 1981; Menéndez y Ramírez, 1980) y en Guanajuato (Menéndez, 1984) contribuiría a producir una epidemiología de los comportamientos respecto del proceso s/e/a (salud/enfermedad/atención), que posibilitaría comprender la racionalidad de las acciones desarrolladas por los sujetos y grupos sociales, así como también la racionalidad de los diferentes tipos de curadores, lo cual permitiría desarrollar estrategias que articulen dichas racionalidades.

Procesos sociales, económicos y culturales posibilitan el desarrollo de diferentes formas de atención a partir de las necesidades y posibilidades de los diferentes conjuntos sociales. Y cuando decimos esto pensamos en las estrategias de supervivencia desarrolladas por personas ubicadas en situación de marginalidad y extrema pobreza, o que están cayendo en situación de pobreza; hasta sujetos que dada su búsqueda de una suerte de eterna juventud frecuentemente homologada a salud, encuentran

en ciertas prácticas la posibilidad imaginaria y momentánea de lograrla; pasando por la adhesión a prácticas religiosas que proveerían de un "equilibrio" al sujeto que va más allá de la enfermedad inmediata que padece. Las carencias económicas, la existencia de enfermedades incurables o si se prefiere todavía no curables, así como la búsqueda de soluciones a pesares existenciales conducen a la búsqueda y frecuente creación o resignificación de formas de atención. Frente a determinadas formas de alcoholismo para las cuales la biomedicina tiene una eficacia limitada, los propios conjuntos sociales desarrollaron grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos (AA), forma de atención que evidencia la mayor eficacia comparativa con cualquier otro tipo de atención específica respecto de este problema. Pero otros grupos han creado respecto del "alcoholismo" otras estrategias como son "los juramentos a la virgen" en el caso de México (Menéndez y Di Pardo, 1996) o el uso de la brujería en el suroeste de los EEUU (Trotter y Chavira, 1981), que también tienen resultados en el control del consumo patológico de alcohol, y en la disminución de los daños generados por dicho consumo.

Si nosotros partimos de los comportamientos de los sujetos y grupos respecto de sus padeceres, y cuando propongo esto pienso en conjuntos sociales estratificados y/o diferenciados a través de condiciones ocupacionales, económicas, étnicas, religiosas, etc., que operan en diferentes contextos latinoamericanos, nos encontramos con que los mismos utilizarían potencialmente las siguientes formas de atención:

- de tipo biomédica referidas a médicos del primer nivel de atención y del nivel de especialidades para padecimientos físicos y mentales que la biomedicina reconoce como enfermedades. Estas se expresan a través de instituciones oficiales y privadas. Dentro de esta deben reconocerse formas antiguas, y comparativamente marginales en la biomedicina como son la medicina naturista, la balneoterapia o la homeopatía, así como la inclusión de formas devenidas de otras concepciones como es el caso de la quiropraxia. Aquí también deben incluirse las diferentes formas de psicoterapia individual, grupal y comunitaria gestadas por lo menos en parte desde la biomedicina;
- de tipo "popular" y "tradicional" expresadas también a través de curadores especializados como hueseros, culebreros, brujos, curanderos, espiritualistas, yerberos, shamanes, etc. Aquí debe incluirse el papel curativo de ciertos san-

tos o figuras religiosas tanto cristianas como de otros cultos, así como el desarrollo de actividades curativas a través de grupos como los pentecostales o los carismáticos;

c) alternativas, paralelas o new age que incluyen a sanadores, bioenergéticos, nuevas religiones curativas de tipo comunitario, etc.;

d) devenidas de otras tradiciones médicas académicas: acupuntura, medicina ayurvedica, medicina mandarina, etc.;

e) centradas en la autoayuda: Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos, Clubes de Diabéticos, padres de niños con síndrome de Down, etc., cuya característica básica radica en que están organizadas y orientadas por las personas que padecen o co/padecen algún tipo de problema.

Esta clasificación de las formas de atención, que podría ampliarse y/o modificarse, no supone que las consideremos como formas estáticas y aisladas cada una en sí misma, dado que asumimos la existencia de un proceso dinámico entre las actividades devenidas de diferentes formas de atención; es decir que las mismas no funcionan siempre excluyentemente sino también a través de relaciones entre dos o más formas de atención. Dicha dinámica opera en por lo menos dos niveles, el que refiere a las relaciones establecidas entre las diversas formas de atención a través de uno de los diferentes operadores de las mismas; y así vemos como la biomedicina por lo menos en determinados contextos se apropia de la acupuntura o de la quiropraxia, y en otros retoma la tradición herbolaria o incluye grupos de Neuróticos Anónimos como parte de los tratamientos. Por lo cual se genera algún tipo de articulación entre diferentes formas de atención, inclusive entre algunas que en determinados momentos aparecían como antagónicas como es el caso de la actitud biomédica inicial hacia Alcohólicos Anónimos, ya que en América Latina, y en particular en México, la biomedicina y el sector salud rechazaron inicialmente en forma tácita o explícita a los grupos de Alcohólicos Anónimos; algunos epidemiólogos y psiquiatras sostenían que dichos grupos de AA no se expandirían por Latinoamérica debido a razones de tipo cultural, especialmente religiosas. Sin embargo a partir de la década de los 60', pero sobre todo de los 70' se genera una notable expansión de estos grupos, que condujo a que países como Honduras y México sean de los que tienen un mayor número de grupos a nivel mundial (Menéndez, 1990; Menéndez y Di Pardo, 1996; 1999).

El otro nivel refiere a la integración de dos o más formas de atención por sujetos y grupos que tienen algún padecimiento, lo cual puede ser sobre todo observado a través de la denominada carrera de enfermo, y constituyéndose este tipo de articulación en el más frecuente, dinámico y expandido.

Por supuesto que otras fuerzas sociales operan en este proceso de relación entre las diferentes formas de atención de la enfermedad, como es el caso de ciertas organizaciones no gubernamentales en el campo de la salud reproductiva o el de la propia industria químico/farmacéutica impulsando cada vez más los medicamentos de origen herbolario. Pero desde nuestro punto de vista son las actividades impulsadas por los sujetos y grupos sociales las que generan la mayoría de las articulaciones entre las diversas formas de atención a través de sus usos, y superando frecuentemente la supuesta o real diferencia o incompatibilidad que puede existir entre las mismas, dado que dichas incompatibilidades y diferencias son secundarizadas por la búsqueda de una solución pragmática a sus problemas. Lo cual no niega que haya diferencias significativas y hasta incompatibilidades entre las diferentes formas de pensar y actuar sobre el proceso s/e/a, pero dichas diferencias deben ser observadas siempre en las prácticas sociales y técnicas, dado que es a través de ellas que podremos evidenciar las diferencias, pero también el uso articulado de, por lo menos, una parte de las mismas. Dichas articulaciones se desarrollan a través de diferentes dinámicas transaccionales dentro de relaciones de hegemonía/subalternidad (Menéndez, 1981; 1983; 1984). Si bien, como lo señalamos, algunas articulaciones se generan a través de los propios curadores, estos tratan de mantener su propia identidad como curadores, y desde esa perspectiva más que articular se genera una apropiación de técnicas pero manteniendo la diferencia, hegemonía y/o exclusión a través de seguir proponiendo su forma de curar como la más idónea. Esta es la manera dominante de actuar de la biomedicina, que si bien en gran medida puede ser analizada en términos de un mercado competitivo de saberes y técnicas, no sólo por supuesto es una cuestión de mercado, sino que incluye procesos ideológicos, sociales y técnicos que tienen que ver con el mantenimiento y desarrollo de la identidad profesional y de su hegemonía.

Este proceso podemos observarlo en uno de los campos menos legitimados dentro del saber

En todos los contextos las instituciones asistenciales, de cura, de protección o de control, estructuran una racionalidad que no es exclusivamente técnica ni científica, sino también sociocultural. Esto quiere decir que no sólo las representaciones y prácticas de las "parteras empíricas", de los curadores herbolarios o de los *iloles* (los curadores de más alta significación cultural dentro de los grupos de los Altos de Chiapas) estructuran un saber en el cual las actividades técnicas aparecen saturadas de contenidos sociales y culturales, sino que también la medicina alopática aparece saturada de procesos sociales e ideológicos de tipo institucional y ocupacional, así como de valores culturales e interpretaciones ideológicas estructuradas no sólo a partir del saber médico, sino generadas en las relaciones que se establecen con los sujetos enfermos y con la comunidad.³

El eje de nuestra propuesta es que, más allá de reconocer la diferente procedencia de los distintos saberes que operan en una sociedad en un momento determinado; más allá de reconocer que unos presentan una mayor cientificidad o una mayor eficacia que otros, lo que nos interesa subrayar es que en todos los casos, sean curadores populares o representantes del saber biomédico, su saber se aplica a sujetos y grupos y, en consecuencia, entran en relación con representaciones y prácticas sociales que conducen necesariamente a convertir en hechos sociales y culturales una parte sustantiva de sus actividades técnicas. Suponer que la concepción de lo frío/caliente, aplicada por un curador popular en América Latina, expresa y se carga de contenidos sociales y culturales durante el acto "curativo", y que ello no ocurre con la aplicación de una concepción bacteriológica en la interpretación de la causalidad y solución de un padecimiento infectocontagioso, es ignorar lo que hemos querido subrayar hasta ahora: el hecho de que el proceso *s/e/a* constituye, en primer lugar, un fenómeno de tipo social desde la perspectiva de los sujetos y conjuntos sociales. Debemos por lo tanto recordar un hecho obvio: el saber de todo curador inevitablemente se aplica sobre sujetos y grupos, y es el saber del grupo el que articula las representaciones y prácticas recibidas del saber médico, a partir de las representaciones y prácticas que dichos sujetos y grupos manejan.

Propuestas relacionales

El proceso *s/c/a* opera en la mayoría de las sociedades actuales latinoamericanas en un campo sociocultural heterogéneo, que implica la existencia de diferentes formas de desigualdad y estratificación social, las

cuales suponen no sólo la presencia de relaciones de explotación económica, sino de hegemonía/subalternidad en términos ideológico-culturales. Esto opera a nivel de los sujetos, de las instituciones y de los conjuntos sociales.

Los factores económico-políticos son determinantes en la constitución de las formas de estratificación social dominantes, pero el reconocimiento de esto no debe conducir a considerar como subordinados ni determinados a los procesos ideológicos y culturales que intervienen en el proceso *s/e/a*.

Los conceptos de hegemonía/subalternidad, así como otros procedentes de diferentes corrientes teóricas, asumen la existencia de desigualdades estratificadas, pero incluyendo como parte sustantiva de las mismas a los procesos socioculturales que operan favoreciendo la cohesión/integración, opacando las causales que establecen las desigualdades o promoviendo procesos de oposición o de otro tipo de transacciones, que posibilitan el desarrollo autónomo de sectores subalternos.

La propuesta relacional no coloca prioritariamente el eje de análisis en las condiciones de estratificación social (entendida en términos exclusivamente económicos, y referida a los grandes conjuntos sociales: clases, estratos, niveles, "pobres", grupos étnicos, etcétera), sino que asume la existencia de toda una serie de diferenciaciones que aparecen en los niveles diádicos, microgrupales y/o comunitarios. En estos niveles se generan actividades que no pueden ser explicadas en términos puntuales a partir del análisis exclusivo de los grandes conjuntos sociales. En todos los conjuntos micros y/o macros, es a partir de las relaciones existentes entre las partes donde se debe analizar el proceso *s/c/a*, incluyendo, de ser posible, los diferentes niveles en que dicho proceso opera, así como la articulación entre niveles (para evitar generar reduccionismos micros y macros, que tienden a generar interpretaciones incorrectas, sesgadas o sólo pertinentes para algunos aspectos de la realidad estudiada).

Desde esta perspectiva la relación médico/paciente debe ser analizada en tanto relación diádica, a partir del encuentro técnico y social producido. Pero dicha relación además de ser descrita y analizada en este nivel, debe ser referida a las múltiples relaciones dentro de las que intervienen entre otras: las institucionales, étnicas o socioeconómicas, y que remiten a otros niveles de análisis que debieran ser articulados con el primero, pero a partir del análisis específico de la relación señalada.

La misma aproximación metodológica debiera aplicarse a otros niveles de relación como pueden ser el constituido por un conjunto de trabajadores en

situación de riesgo y los servicios médicos de empresa, o el representado por una comunidad indígena y un programa de atención primaria aplicado a la misma (en el caso de México el Programa IMSS/COPLAMAR). En todas estas relaciones, la decisión teórico-metodológica debiera colocar el eje en el campo relacional que opera en el nivel específico y, ulteriormente, en la articulación con relaciones que operan en otros niveles que intervienen directa o indirectamente. Esto no quiere decir que se niegue la posibilidad de que alguien trabaje más un aspecto que otro del campo relacional elegido, pero sí implica que se tenga en cuenta, al menos, la referencia al conjunto de las partes que intervienen en el campo relacional.

Un aspecto que debe ser subrayado, y que es básico para explicar determinadas características del saber popular respecto del proceso *s/e/a*, es que la descripción y el análisis del campo relacional deben tomar en cuenta las características "propias" de cada una de las partes, pero sobre todo deben enfocar su mirada sobre el sistema de relaciones construidas, que constituyen una realidad diferente del análisis aislado de cada una de las partes. Anticipando algunas de nuestras propuestas, tanto el saber popular como el médico⁴ no pueden ser entendidos si no están relacionados con el campo en el cual interactúan.

Lo "tradicional" como a-historicidad o como transformación

Por todo lo anterior podemos proponer una perspectiva de análisis que coloca el núcleo de nuestra descripción e interpretación en el sistema de transacciones producido entre las partes. La denominada medicina tradicional, en manos de un grupo determinado de gentes, no debiera ser analizada "en sí", sino referida al sistema cultural dentro del cual el grupo utiliza un espectro de representaciones y prácticas producto no sólo de dicha "medicina", sino de un conjunto de saberes que redefinen continuamente el sentido, significado y uso de la "medicina tradicional". En América Latina la aproximación dominante en el análisis de la llamada medicina tradicional opera en forma opuesta, no sólo centrándose en lo tradicional, sino ignorando frecuentemente el sistema relacional en el cual se desarrolla. Esto ha conducido a malinterpretar las funciones y significados que los grupos estudiados dan, en su práctica, a lo tradicional, dado que estos autores suelen buscar "lo tradicional en sí", aislándolo del conjunto de prácticas y representaciones operadas respecto del proceso *s/e/a* por los grupos concretos.

En consecuencia, todo análisis del saber médico popular que utilice la categoría de tradicional debiera hacer explícito qué entiende y qué busca al utilizar dicha categoría, en virtud de que ella ha adquirido una significación ideológica, más que técnica, que debiera obligar a quien la usa a proponer cuál es el sentido que le da.

Si bien la concepción de lo tradicional más extendida y persistente en la teoría antropológica puede referirse a una aproximación de tipo relacional, generalmente la misma ha sido planteada en términos tipológicos, eliminando, en consecuencia, la posibilidad de una perspectiva transaccional. Si bien tendencias como las del marxismo gramsciano, el interaccionismo simbólico y una parte del construccionismo desarrollaron propuestas relacionales, las mismas casi no han sido aplicadas a la investigación del proceso *s/e/a* por la antropología latinoamericana. En la denominada medicina tradicional, en particular, ha seguido dominando una aproximación tipologista, que diverge en cuanto al sentido ideológico que le da el manejo de los tipos. Una parte centra su interpretación en el polo moderno y se refiere en consecuencia al mismo eventual desarrollo del (o de los) tipo(s) tradicional(es), o establece una suerte de autonomía de cada uno de los tipos, de tal manera que el tipo tradicional es analizado como igual a sí mismo y escasamente afectado por los procesos de transformación.

Mientras que la primera aproximación puede referirse a las sucesivas teorías de la modernización (cuya penúltima versión en Latinoamérica se da asociada a los proyectos de desarrollo económico-político neoliberales y neoconservadores); la segunda ha tenido una variedad de expresiones que, primero en nombre del relativismo cultural y ahora en nombre de la denominada "descentración", se ha expresado también asociada a proyectos de tipo ideológico político, además de académicos de diferente signo.

La revisión de la producción bibliográfica sobre medicina tradicional para América Latina nos permite observar una serie de constantes y tendencias que dificultan la interpretación de lo que constituye dicha medicina. Podemos detectar que una de las formas –posiblemente la más frecuente– de definir lo que es medicina tradicional pasa por referirla a los grupos que a priori son definidos como "tradicionales". Esta perspectiva conduce a designar como tradicionales a una amplia gama de grupos (en forma aislada o conjunta). Así, los grupos tradicionales a partir de los cuales se define la medicina como tradicional podrían ser los grupos étnicos amerindios, el campesinado indígena, pero también el criollo y/o el mestizo, los denominados grupos folk, una parte de los "marginales urbanos"

(sobre todo referidos por algunos autores a los "indios que viven las ciudades"), etcétera, pero además, a través de una concepción comparativa, unos serían más tradicionales que otros.

Un segundo aspecto que genera confusiones (que también puede ser remitido a las teorías de la modernización y observado en las otras tendencias), es el que define a la "medicina tradicional" a partir de considerarla como diferente, opuesta, antagónica a la medicina científica. La primera tendencia definiría a las prácticas y representaciones médicas tradicionales como no científicas, mientras que la segunda propondría procesos de antagonismo y oposición que para unos son registrados como "resistencias al cambio" (producto de un proceso de evolución social), pero para los segundos son un proceso de antagonismo cultural y/o ideológico-político.

Un tercer aspecto, ya señalado, es el que opera en tendencias académicas pero también ideológico-políticas, según las cuales la medicina tradicional es pensada como no modificable, poco modificable o no modificable en lo sustantivo. Remite, conscientemente o no, a una suerte de esencialismo que en sus versiones más radicales propone la reproducción cultural de sí misma o inclusive su desaparición por incompatibilidad con los procesos dominantes.

Es casi obvio recordar que estos y otros aspectos, que no vamos a presentar, aluden a una perspectiva de análisis no relacional que centra la interpretación en una de las partes, ignorando los procesos dentro de los cuales opera, y sobre todo el rol y la función de las otras partes en juego, de tal manera que algunas de estas aproximaciones ignoran o colocan en un segundo plano los procesos de transformación que están dándose, inclusive al interior del grupo (o parte del mismo) analizado, por no adecuarse al esquema ideológico y/o académico del cual parte.

En México, por ejemplo, es cada vez más difícil encontrar grupos indígenas que no tengan que ver directa o indirectamente con el uso de la medicina alopática. Los medicamentos de patente (desde analgésicos hasta antibióticos, pasando por determinados psicotrópicos), son de uso cada vez más frecuente; una parte de estos fármacos han sido integrados a los sistemas ideológicos nativos, como ocurre con la inclusión de frío/caliente en el caso del alka-selzer, o de las vitaminas y las aspirinas. Pero además una de las constantes en las reivindicaciones sociales de casi todos los grupos étnicos mexicanos, tiene que ver con la solicitud de que el Estado financie el establecimiento y mantenimiento de servicios biomédicos de salud, no sólo de primer nivel, sino también de hospitales y de sistemas referenciales de un tercer nivel alopático.

Esto no quiere decir que tales demandas se opongan ideológicamente al uso de su "propia" medicina tradicional, sino que expresan la existencia de procesos que no pueden ser entendidos en términos de partes aisladas unas de otras, pues tal proceder puede conducir –y de hecho conduce– a no describir lo que ocurre en la realidad que se está "observando".

Hasta hace unos años la etnografía del proceso s/e/a, construida respecto de los grupos indígenas latinoamericanos, excluía intencionalmente la descripción del uso, significado y función de la medicina alopática, aún la utilizada "autónomamente" por los grupos indígenas. Algunos trabajos llegaban a mencionar la presencia y uso de estas prácticas y representaciones, pero sin desarrollar la descripción y análisis de las mismas y menos aún incluyéndolas como parte del saber médico popular. Si bien en años recientes se ha ido modificando esta manera de describir el saber médico popular –en este caso el de grupos indígenas– lo dominante sigue siendo la exclusión.

Esto significa que un determinado modelo de pensar la realidad conduce no sólo a empobrecerla sino, lo que es más grave, a no poder interpretarla, es decir, a negarla en su práctica. Partir de "lo tradicional" a priori, buscar lo tradicional definido en términos ideológicos, reducir la realidad a sólo una de las partes tiene estas posibles consecuencias, que pueden ser superadas si aplicamos una perspectiva relacional, que coloque por lo menos entre paréntesis las definiciones a priori qué es lo más tradicional en el saber médico popular y cuáles grupos son los más tradicionales. Desde el inicio dicha perspectiva debiera remitir la problemática que se analiza al sistema de representaciones y de prácticas que opera un grupo determinado en, por ejemplo, su trato con el enfermo, ya sea referido a un padecimiento tradicional como el "empacho" o a una enfermedad definida en términos alopáticos como la gastroenteritis. Es en el "sistema" funcionando que veremos operar procesos de síntesis, de yuxtaposición o de exclusión de prácticas y representaciones procedentes de diferentes saberes, pero que, en los conjuntos sociales, se organizan de una determinada manera. Es en la descripción y análisis de estos procesos relacionales que observaremos el lugar que ocupan lo "tradicional" o lo "científico", pero lo haremos en términos del sistema de prácticas y representaciones que está teniendo lugar en la realidad de un enfermo atendido en el hogar, o por una hierbera, o por un médico alópata, o por un espiritualista o, como puede ocurrir, por todos ellos en forma sucesiva (Cosminsky, 1986).

La búsqueda de lo tradicional en sí y la negación o relegación de los procesos de transformación que

operan en los diferentes grupos, conduce a problemas de los cuales sólo mencionaremos algunos. La definición *a priori* de quiénes son los grupos tradicionales y de qué es lo tradicional, puede conducir – y de hecho así ocurre – a ignorar que en todos los grupos, sean o no “tradicionales” se desarrollan, mantienen y transforman representaciones y prácticas “tradicionales”. No sólo los obreros industriales y el campesinado no indígena los manejan, también lo hacen sectores urbanos medios y altos. En todos los sectores sociales es posible observar usos del saber popular, lo que varía es la articulación que se da a los elementos del saber popular. Justamente los planteamientos en términos de hegemonía/subalternidad orientan la lectura de la realidad no en términos dicotómicos, sino en términos de relaciones donde ciertos procesos de hegemonía sólo pueden ser entendidos por la presencia de características del saber popular en los estratos dominantes y donde ciertos elementos de oposición de los grupos subalternos pueden ser explicados por esta presencia conjunta, aunque articulada de manera diferente.

Esta perspectiva que centra el eje de análisis en los procesos (incluidos los de hegemonía/subalternidad), en las relaciones, se fundamenta además en propuestas señaladas previamente: todo acto técnico, proceda de un curador popular o de un médico de tercer nivel se socializa y culturaliza en la práctica concreta con el paciente, tanto desde la perspectiva del enfermo y su grupo, como desde el funcionamiento de la institución médica. Debemos asumir en toda su radicalidad que el acto técnico, en la medida en que entra a jugar en la realidad social con sujetos y grupos, no sólo constituye un acto técnico sino un acto social. Este reconocimiento adquiere características de mayor significación cuando es referido al proceso *s/e/a*.

Un segundo aspecto relacionado con lo anterior es tratar de entender cómo procede el enfoque que estamos cuestionando para decidir qué es lo que puede ser denominado como tradicional respecto del proceso *s/e/a* en los grupos indígenas. Acaso lo tradicional ¿sólo debe ser remitido a la síntesis de representaciones y prácticas generadas por los grupos amerindios a partir de su propio saber y del traído por los europeos luego de la conquista, la cual, y lo subrayo, iba a tener que ser aplicada a un espectro de padecimientos de altísima letalidad, que en su casi totalidad eran de origen europeo o asiático, pero traídos por los europeos? ¿Es la profundidad histórica referida al periodo colonial la que garantiza la tradicionalidad de representaciones y prácticas médicas utilizadas por nuestros grupos indígenas y por otros grupos subalternos que, por lo menos en México, en su mayoría también son de

origen indígena? Pero entonces, ¿cómo considerar el notable desarrollo del espiritualismo (espiritismo) en numerosos grupos mexicanos desde fines del siglo XIX y cómo incluir el desarrollo de toda una serie de representaciones y prácticas curativas devenidas de la fenomenal expansión de las iglesias protestantes y salvacionistas desde la década de los cuarenta y en particular desde los setenta? Según la definición de tradicional manejada por las tendencias dominantes, estos nuevos saberes no serían considerados tradicionales, o para algunos autores el espiritualismo lo sería, pero no las últimas “apropiaciones” religiosas. Pero un hecho aún más problemático para dichas orientaciones es el de la presencia en el saber popular, aun en el de los grupos étnicos, de representaciones y prácticas derivadas de la medicina alopática y que, como ya lo señalamos, lo encontramos registrado cada vez con mayor frecuencia en las prácticas curativas de estos grupos (Finkler, 1985; Kearney, 1978; Lagarriga, 1975 y Mendoza, 1994).

Pero si en lugar del saber popular nos remitimos al saber biomédico nos encontramos con interrogantes similares. ¿Vamos a considerar o no como parte del saber médico científico a la homeopatía, a la balneoterapia, o a la acupuntura? ¿Cuáles son los parámetros que determinan que un saber sea tradicional –o más tradicional–, o científico –o más científico–? ¿Consideramos acaso como idénticos el saber de un médico que opera en el primer nivel de atención y la “teoría” médica o, si se prefiere, consideramos como idénticos el saber de una partera empírica y la cosmovisión construida por un antropólogo respecto del grupo al que pertenece esa partera empírica?

Desde nuestra perspectiva de análisis, y en función de nuestros objetivos de investigación e intervención, algunos de estos interrogantes no son pertinentes (aunque no negamos que se formulen) y otros no suelen ser pensados por gran parte de los autores preocupados por la medicina tradicional, pese a que la reflexión sobre los mismos podría reorientar metodológicamente las investigaciones. Para nosotros lo pertinente es remitir las prácticas y representaciones “populares” y “científicas” al campo social en el cual se constituyen y entran en relación los diferentes saberes; en este sentido, la forma en que un grupo articula su saber médico con el saber de los otros sectores es lo que posibilita entender su tipo de saber, al que, por otra parte, no se define en términos de tradicional o moderno ni de científico/no científico.

Desde nuestro punto de vista son los saberes del médico de primer nivel o el de la partera empírica los que necesitamos incluir en la medida en que los consideramos no sólo como parte del campo relacional,

sino como actividades que no expresan ni la "teoría" ni la cosmovisión en sí, sino que expresan una parte del sistema de relaciones técnicas y sociales en las que intervienen.

Consideramos que el uso del término "medicina tradicional" tiende, conscientemente o no, a la exclusión de prácticas, representaciones o de sujetos sociales, tanto desde una perspectiva empírica como teórico-ideológica.

En nuestro análisis de la producción antropológica sobre medicina tradicional en Yucatán encontramos que la mayoría de los autores se inclina a pensar la medicina tradicional en términos ahistóricos. Pareciera que suponen una suerte de inmovilidad del saber popular, como si los conjuntos sociales permanecieran adheridos a un determinado sistema de prácticas y de representaciones y como si la transformación de lo tradicional constituyera un hecho negativo. Esto implicaría que, pese a que se reconoce que los grupos se desenvuelven dentro de estructuras económico-políticas cambiantes, ello no afectaría o afectaría muy poco el saber popular referido al proceso s/e/a.

En función de varias de las propuestas analizadas, pero también considerando las características de los grupos subalternos, la transformación constituye para nosotros uno de los procesos continuos y necesarios para dichos grupos. Las condiciones de pobreza –o extrema pobreza– en que viven, las condiciones de explotación directa o indirecta y de hegemonía/subal-

ternidad en las cuales están incluidos, los obliga a desarrollar una notable variedad de actividades de supervivencia que posibiliten la reproducción biocultural de estos grupos subalternos. La modificación de su saber, el proceso de síntesis provisoria de prácticas y representaciones apropiadas de los grupos –incluidos sectores profesionales, paramédicos, maestros, etcétera– con los cuales se relacionan, constituye para nosotros uno de los rasgos sustantivos de estos grupos. Esta propuesta no niega el desarrollo de mecanismos de oposición o inclusive de prácticas de no reproducción –estudiadas tempranamente por E. de Martino respecto de grupos australianos– como forma de asegurar determinadas identidades, sino que propone considerar como una característica potencial el proceso de cambio, y que éste no supone un proceso casi inevitable de "inautenticidad" (como sugieren algunos textos que parecen ignorar la riqueza teórica y práctica de esta discusión, sobre todo en las décadas de los treinta y cuarenta, y que no se agotan en la dicotomía autenticidad/inautenticidad) (Menéndez, 1991).

Lo concluido no ignora que en América Latina –sobre todo desde fines de los años cincuenta⁵ se hayan gestado reiteradamente interpretaciones de lo "tradicional", cuyo eje de análisis está colocado en la oposición, resistencia y/o enfrentamiento a las representaciones y prácticas hegemónicas. Si bien esta perspectiva no ha tenido demasiado desarrollo explícito en el campo de la antropología médica, sí ha incluido el papel de la medicina tradicional como parte de proyectos políticos, de programas asistenciales llevados a cabo por Organismos No Gubernamentales (ONGs) o de propuestas ideológico-académicas. Podemos decir que, en cierta medida, se han gestado una variedad de tendencias, producto de diferentes yuxtaposiciones y/o síntesis entre los viejos relativismos culturales, las propuestas del culturalismo integrativo, y determinadas variantes de propuestas marxistas y populistas.



Considerando las tendencias enumeradas, éstas debieran definir su interpretación y uso del "saber médico tradicional" no sólo en función de los objetivos ideológicos, técnicos y/o académicos de los cuales parten, sino de su relación con el proceso s/e/a asumido, y no sólo en términos de continuidad/discontinuidad cultural, sino en términos de abatimiento/no abatimiento de los daños a la salud, punto decisivo para nosotros, dadas las condiciones negativas que operan sobre la salud, la enfermedad y la muerte en los grupos indígenas americanos.

Saber médico “tradicional”: elementos para ubicar el contexto

Todo discurso relativo al saber popular respecto del proceso s/e/a debiera remitir al contexto dentro del cual opera; discutir en abstracto las características y posibilidades de dicho saber conduce a conclusiones frecuentemente ideologizadas, que no sólo no dan cuenta de la realidad, sino que tienden a distorsionarla. Desde esta perspectiva, la discusión de los problemas planteados se debe referir antes que nada a las características epidemiológicas en las cuales intervendría el saber popular.

Al respecto, el primer punto a señalar es que los grupos étnicos americanos –incluidos los de Estados Unidos y Canadá– son los sectores sociales que presentan las condiciones generales más negativas respecto del proceso s/e/a, ya que a nivel de cada país presentan las tasas más altas de mortalidad general, mortalidad infantil, mortalidad en menores de cinco años, mortalidad materna, etcétera. Si bien se ha generado un descenso de las tasas de mortalidad a nivel general en la mayoría de los países de la región, inclusive entre los grupos indígenas, debe señalarse que las tasas de mortalidad de estos últimos siguen siendo las más altas.⁶ Es obvio concluir que estos grupos tienen la esperanza de vida más baja comparada con cualquier otro grupo, incluido el de los denominados “marginales urbanos”.

Además los grupos amerindios son los que tienen las peores condiciones de infraestructura sanitaria que, como sabemos, condicionan el surgimiento y mantenimiento de toda una serie de padecimientos infectocontagiosos considerados “evitables” en términos de mortalidad, ya que la mayoría son erradicables o, por lo menos, abatibles a partir de la tecnología biomédica y de las tecnologías sociales existentes.⁷

Por otra parte, pese a las modificaciones en el perfil epidemiológico que están ocurriendo en América Latina, en la mayoría de los grupos indígenas domina la “patología de la pobreza”, caracterizada por una alta incidencia de padecimientos infectocontagiosos, algunos de los cuales se expresan parcialmente a través de síndromes culturalmente delimitados como ocurre con el empacho, el mal de ojo y otros padecimientos tradicionales. Pero esta presencia dominante no supone que tanto las enfermedades crónico-degenerativas como la violencia estén ausentes o que su presencia sea reducida, dado que, por lo menos en algunos de estos grupos étnicos, la mortalidad por homicidio o por cirrosis hepática alcanza altas tasas (en términos absolutos y comparados).⁸ Por otra parte, en estos grupos la desnutrición no sólo aparece notablemente

extendida, sino que en varios de ellos adquiere características endémicas. Esto ha sido puesto de manifiesto en las sucesivas encuestas realizadas para el medio rural por el Instituto Mexicano de la Nutrición.

Dadas las condiciones señaladas, en los grupos étnicos americanos la emergencia de procesos epidémicos tiene consecuencias más letales que en otros grupos sociales, como ocurrió con el sarampión en 1989-1990 y como acontece con el cólera en la actualidad.

Podemos seguir enumerando una serie de indicadores epidemiológicos, pero consideramos que los comentarios permiten concluir que los grupos indígenas de América –y en segundo lugar los otros grupos subalternos: campesinado criollo, marginales urbanos, etcétera– son los que presentan las condiciones de mortalidad y morbilidad más negativas.

Conclusiones similares surgen del análisis de los servicios de salud, ya que los sectores subalternos y en particular los grupos indígenas son los que históricamente han tenido, y siguen teniendo, las más bajas coberturas de atención biomédica en los tres niveles de atención, incluida la atención primaria. Si bien desde la década de los años cincuenta el Instituto Nacional Indigenista y posteriormente el Programa de Bienestar Social Rural, y el Programa de Extensión de Cobertura y del IMSS/COPLAMAR (actualmente IMSS/Solidaridad), trataron de amortiguar dichas carencias de coberturas, éstas se mantienen. Los grupos indígenas mexicanos son los que reciben las menores inversiones en recursos humanos y materiales por parte del Estado, son los que tienen las menores posibilidades de acceso al segundo y, sobre todo, al tercer nivel de atención y son los que tienen las menores coberturas de inmunización, entre otros.

Ahora bien, el conjunto de las características enumeradas se potenciaron negativamente durante la década de los ochenta, dada la crisis económica que afectó a América Latina, la cual condujo a reducir los niveles de vida de la población subalterna, que en todos los países pasó a integrar la categoría de pobres o de pobres extremos en porcentajes que oscilan entre un 40 y un 50 por ciento de la población total. Debe subrayarse que, en el caso de México, son los grupos indígenas los que tienen el mayor porcentaje de población incluida en la categoría de pobres y pobres extremos.

Es obvio que en la medida que incluyamos los procesos de hegemonía/subalternidad de los grupos indígenas americanos el conjunto de características enumeradas respecto de procesos de salud/enfermedad/atención, debe ser relacionado con procesos económico-políticos que condicionan y, en algunos

aspectos, determinan estos procesos diferenciales. El conjunto de los grupos indígenas de América ha sido estigmatizado en términos no sólo sociales y culturales, sino a través de estereotipos racistas de los propios conjuntos sociales nacionales. Esto ocurre aun en los países donde la ideología de Estado promueve diferentes variedades de indigenismo. Tal estigmatización se expresa en diferentes campos, desde el económico hasta el educacional, y por supuesto se manifiesta en forma particular a través de la relación médico/paciente.

Las nuevas propuestas y el saber médico

La crisis del modelo médico hegemónico, el surgimiento de nuevos "estilos de vida", las modificaciones en los comportamientos cotidianos generados por el incremento de los padecimientos crónico-degenerativos, etcétera, condujeron desde la década de los años sesenta al cuestionamiento de la biomedicina y a la recuperación de una serie de concepciones y prácticas "curativas", que parcialmente ponen en duda, no sólo la eficacia sino la ideología de la medicina denominada científica.

Si bien determinados sectores médicos, en particular algunos que se mueven en el campo del "salubrismo", reconocieron (por lo menos en parte) la legitimidad de las críticas y de las propuestas paralelas o alternativas, el saber biomédico dominante no asumió dichas críticas sino que, por el contrario, a partir de la década de los setenta reforzó algunos de los caracteres básicos del modelo médico, en particular del biologismo, a través de los éxitos reales, potenciales o imaginarios derivados de la investigación genética.

En este trabajo no vamos a analizar los diferentes aspectos que se articulan conflictivamente en torno a la crisis de la biomedicina, pero nos interesa señalar que una parte del saber biomédico impulsó, a partir de los años setenta, estrategias de atención primaria que avalaron la inclusión de la medicina tradicional, inclusive a nivel de los servicios de salud, por lo menos para algunas áreas africanas y asiáticas, y en menor medida latinoamericanas.

Las razones que fundamentaron la utilización del saber médico tradicional expresan justamente la variedad y complejidad de los procesos que se desarrollan en torno a la crisis de la biomedicina, y a la crisis socioeconómica de los países periféricos. Por una parte se resuelve impulsar dicho saber porque se acepta que presenta características positivas para el tratamiento y abatimiento de determinados problemas y porque puede facilitar la intervención y parti-

cipación comunitaria. En segundo lugar dichos recursos tradicionales pueden ser utilizados en áreas donde no existe personal médico alópata porque el país carece de este recurso, porque existe pero no quiere radicarse en el medio rural o porque existe y no puede ser sostenido financieramente. El tercer factor se relaciona con esto último: el recurso médico tradicional resulta mucho más barato que cualquier otro recurso asistencial. Tal característica, si bien no es decisiva, cobra un papel importante en sociedades donde, como vimos, se produce un desfinanciamiento del aparato médico sanitario, dada la crisis económica de los ochenta.⁹

Los aparatos médicos sanitarios, por lo menos en América Latina, se plantean la utilización de la medicina tradicional a través de algunos de los tipos de curadores populares considerados casi exclusivamente en términos de recurso asistencial. A su vez, una parte de los curadores populares se niega a ser incluida en el sector salud, mientras que otro sector busca la legitimación profesional e ideológica. Ahora bien, es en el análisis de la posibilidad de articulación de los dos tipos de servicios que emergen, de manera explícita o implícita, cuestionamientos mutuos, así como las formas de articulación posible y los tipos dominantes, dadas las relaciones de hegemonía/subalternidad que operan entre los mismos.

En este sentido, la biomedicina sabe que puede ser eficaz —por lo menos respecto de ciertos padecimientos— sin necesidad de recurrir a las prácticas populares. Más aún, la biomedicina, a partir de sus criterios de objetividad, considera negativa y hasta perjudicial a gran parte del saber médico tradicional.¹⁰ Para ella el eje determinante de las diferencias está colocado en la naturaleza científica de su propio saber y en la naturaleza cultural de los servicios de salud "tradicionales".

Dada su concepción ideológico-técnica, la biomedicina relega o descalifica los procesos de eficacia simbólica y no parece preocupada por el papel de los curadores populares en los procesos de integración y pertenencia cultural, por lo menos desde la perspectiva del proceso s/e/a. Su interés —cuando existe— se reduce a la utilización de las técnicas y/o los técnicos populares como recurso subordinado del sector salud.

Desde la perspectiva de los servicios médicos populares las dificultades de la articulación están planteadas por sus necesidades de legitimación social y técnica, y por tratar de disminuir y, de ser posible eliminar, el rechazo del saber biomédico hacia los mismos. Si bien los curadores populares no centran su articulación en la crítica de la medicina alopática debe reconocerse que por lo menos una parte de sus actividades cuestionan, en los hechos, a la racionalidad

y eficacia de la biomedicina. Esto se halla reforzado por la cantidad de material crítico procedente de investigaciones académicas, que cuestionan el rol y la función del modelo médico hegemónico. Gran parte de esta crítica académica se fundamenta, en particular en los Estados Unidos, en la existencia de grupos que promueven estilos de vida que cuestionan algunas de las características de la biomedicina.

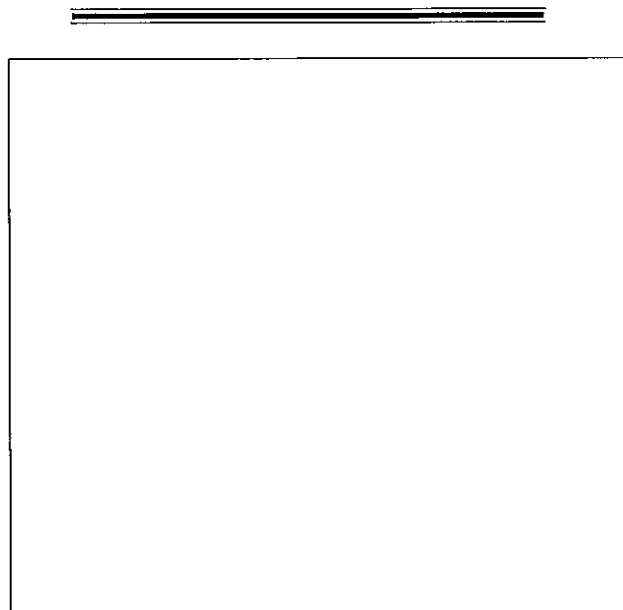
Ahora bien, el proceso de articulación funcional¹¹ que opera a nivel de las prácticas y representaciones generadas sobre todo entre los grupos domésticos, así como las articulaciones intencionales promovidas o, por lo menos, propuestas por el sector salud, operan dentro de las relaciones de hegemonía/subalternidad dominantes en cada contexto.

La biomedicina tiende continuamente a expandirse directa e indirectamente sobre las prácticas y representaciones populares; no sólo se va constituyendo en parte de las mismas, sino que su proceso expansivo suele exigir que otras formas de atención de la enfermedad adquieran un carácter subalterno, que supone en determinados casos la apropiación de dichas formas de atención, a partir de incluirlas en su racionalidad técnica e ideológica. Uno de los casos más recientes es el de la apropiación de la acupuntura.

Mientras que desde el aparato médico sanitario se desarrollan propuestas que oscilan entre la aceptación subordinada y la negación de los curadores populares, desde la perspectiva de éstos, y sobre todo de algunas tendencias etnicistas (antes se denominaban indigenistas), observamos también una variedad de propuestas. La mayoría propone la articulación en los términos señalados, pero otros grupos consideran negativa esa posibilidad y postulan el rechazo, o por lo menos una relación paralela.¹²

Dada una serie de procesos que no vamos a analizar y que tienen que ver con el desarrollo de relaciones de hegemonía/subalternidad, algunas tendencias ubican la significación de los curadores y del saber popular médico no tanto en su eficacia sino en su función de integrador cultural. Pero mientras algunas propuestas latinoamericanas enfatizan el "aislamiento" como la única forma de contrarrestar los procesos hegemónicos biomédicos, otras proponen diferentes formas de articulación, a partir de considerar que las actuales condiciones posibilitan una mayor legitimación de la medicina indígena. Sostienen que si el aparato médico sanitario legitimó (en términos de descentralización y respeto a las particularidades) algunas formas de saber popular, por lo menos a nivel de discurso lo correcto sería impulsar aún más su desarrollo.

Más aún, algunas tendencias consideran como más beneficiosas las actuales políticas neoliberales,



dado que si bien pueden disminuir la "ayuda" estatal, también reducirían el tutelaje y el control, y se haría posible el desarrollo de las particularidades y las formas de saber popular.

No obstante sin negar dicha posibilidad debe recordarse que las nuevas políticas colocan el eje de sus acciones en el crecimiento económico basado en la mayor liberalización posible del mercado. Independientemente del éxito o fracaso de esas políticas lo que nos interesa subrayar es que opera una situación conflictiva entre dos procesos que las caracterizan. Por una parte se plantea recurrentemente el respeto a las autonomías culturales, a los grupos étnicos, a las particularidades regionales, al "saber local" (Del Vecchio Good, 1992); y por ello la descentralización contribuiría a reforzar dichas autonomías en los diferentes niveles en que operan; pero simultáneamente, el eje de las políticas está colocado en procesos productivos y financieros que, para ser eficaces, deben impulsar la competitividad, el individualismo, la lucha por la imposición de mercancías, que no sólo constituyen requisitos económicos, sino que se convierten en requisitos ideológicos que divergen o se oponen frontalmente a los valores ideológicos dominantes en determinados grupos subalternos y, en especial, en la mayor parte de los grupos étnicos americanos.

El discurso de respeto a las autonomías –incluidas las autonomías culturales respecto del proceso s/c/a– es cuestionado en la práctica por las fuerzas "imper-

sonales" del mercado, que no sólo impulsan valores antagónicos, sino que sobredeterminan las formas de vida de los grupos indígenas. Es decir, intervienen funcionalmente sobre su autonomía y sus particularidades, incluidas algunas formas de enfermar, de curar y de morir.¹³

Las políticas neoliberales y neoconservadoras pueden ser respetuosas de las particularidades de los grupos subalternos básicamente en términos de discurso, ya que sus prácticas las erosionan. El reconocimiento de esta contradicción o tal vez complementación¹⁴ no supone que dichas políticas se apliquen ortodoxa y uniformemente,¹⁵ y menos aún que los conjuntos sociales subalternos respondan y acepten homogénea y mecánicamente dichas políticas.¹⁶

Los núcleos cotidianos de saber

En América Latina, pese al cuestionamiento de que es objeto la biomedicina en sus características más negativas y pese al desfinanciamiento de los servicios de salud, el modelo médico sigue siendo hegemónico. Por su parte, la mayoría de los curadores populares no sólo operan subalternamente, sino que algunos de los "especialistas" más importantes, sobre todo en términos de integración cultural y de pertenencia étnica, han casi desaparecido como en el caso de lo h'men en la zona henequenera de Yucatán o se han reducido significativamente como ocurre con los *iloles* en los Altos de Chiapas (Freyermuth, 1993). Pero además, la descripción etnográfica de las prácticas de los curadores populares evidencia que su saber incluye, cada vez más, no sólo prácticas sino representaciones de la medicina alopática en sus actividades "curativas".¹⁷

En función del conjunto de los procesos analizados la articulación entre ambos tipos de servicios debe ser pensada primero en el nivel de las prácticas y representaciones de los grupos subalternos y, posteriormente, en el de los servicios y los curadores especializados, ya que son los sujetos y grupos sociales los que, en función de sus necesidades y posibilidades, generan (en su vida cotidiana) dichas articulaciones independientemente de que los servicios de uno u otro tipo se opongan, reconozcan y/o incluyan dichos procesos de articulación (ver Campos, 1990; Mendoza, 1994; Menéndez, 1984, 1990a y 1990b, y Osorio, 1994).

Más aún, son los conjuntos sociales los que, en función de sus necesidades, construyen nuevas eficacias simbólicas. Si bien los diferentes procesos económico-políticos e ideológicos erosionan y eliminan formas "tradicionales" de eficacia simbólica "curativa", ello no supone que la eficacia simbólica desaparezca

del proceso s/e/a. Una parte de la eficacia de algunos grupos de autoayuda, de determinadas estrategias psicoterapéuticas, de los nuevos rituales religiosos urbanos, debe ser por lo menos parcialmente referida a procesos de eficacia simbólica.¹⁸

Pero si bien en los grupos sociales subalternos se genera una continua articulación de prácticas y de representaciones y pueden desarrollarse nuevas formas de eficacia simbólica, las mismas pueden ser utilizadas y/o pensadas de manera diferente, ya sea para reducir inversiones o para fortalecer etnicidades. Desde nuestro punto de vista la articulación debe tener como prioridad, por lo menos en América Latina, el abatimiento de los daños y el mejoramiento de las condiciones de vida de los que "superviven".

La permisividad y legitimación de los recursos médicos populares por parte de los aparatos médico sanitarios, sin que se mejoren sustantivamente las condiciones de vida y de salud de los grupos étnicos latinoamericanos, no constituye para nosotros un objetivo prioritario. Como tampoco es prioritario impulsar el saber popular exclusivamente en términos de integrador cultural, ajeno al mantenimiento de altas tasas de mortalidad, desnutrición o violencia en dichos grupos.

Por supuesto que ambos tipos de objetivos no son antagónicos; más aún, según algunas orientaciones, la integración cultural sería una condición casi necesaria para posibilitar el abatimiento de determinados daños a la salud. Aunque no negamos dicha posibilidad, debe quedar suficientemente claro es que la autonomía cultural *per se* y desvinculada de procesos económico-políticos, no necesariamente soluciona los problemas de salud más graves que afectan a las etnias americanas. La escisión entre economía y cultura debe ser reemplazada por una perspectiva -asumida por el Estado y por los conjuntos sociales- que asegure simultáneamente la reproducción sociocultural y biológica de los grupos étnicos.¹⁹

Notas

¹ Por razones que se desarrollan en el texto, preferimos hablar de saber popular o de saber médico popular que de medicina tradicional. Si utilizamos algunas veces este término, sobre todo en algunas partes del texto, es para poder comunicarnos, dado que convencionalmente "lo tradicional" evoca determinados saberes, que un análisis específico cuestiona no sólo en su univocidad sino en su pertinencia conceptual. Nuestro análisis se basa en especial en la situación de los grupos étnicos americanos y en particular de los mexicanos.

- ² El término "inevitable" lo utilizamos no para concluir que un determinado padecimiento no puede ser erradicado o que un sujeto no puede ser curado, sino para subrayar que las sociedades generan continuamente "padecimientos". La concepción de una sociedad "sana" o si se prefiere "sin enfermedades" constituye parte de viejas y nuevas utopías religiosas y/o genetistas.
- ³ La concepción bacteriológica dominante en el pensamiento médico desde fines del siglo XIX ha sido analizada como sistema de creencias y no sólo como sistema técnico.
- ⁴ En este caso el saber médico se refiere a las prácticas y representaciones técnicas manejadas por los médicos que atienden pacientes, y cuyo saber incluye la "teoría" médica sólo como referencia de su trabajo médico.
- ⁵ Aunque desde antes de los años veinte hallamos propuestas "indigenistas" o "nacionalistas" (inclusive producidas desde una perspectiva marxista), la producción académica de Fanon y otros autores impulsaron este tipo de interpretación a nivel regional, sobre todo desde fines de los años cincuenta.
- ⁶ Para el caso de México véanse las monografías de COPLAMAR para cada estado, así como COPLAMAR 1982, IMSS/COPLAMAR 1984 y 1988, SSA 1987/88.
- ⁷ *Ibid.*
- ⁸ En los grupos indígenas norteamericanos cuatro (accidentes, cirrosis hepática, homicidio y suicidio) de las diez primeras causas de muerte están relacionadas con el consumo de alcohol. El abuso de consumo de bebidas alcohólicas en estos grupos está relacionado con el 38 por ciento de sus muertes, mientras que en los grupos no indios lo está con el 7.8 por ciento. Los indios norteamericanos mueren cinco veces más por cirrosis hepática y tres más por accidente que el resto de la población. Entre las mujeres indias, una de cada cuatro muertes es por cirrosis. Se calcula que el 20 por ciento de la población tiene graves problemas generados por el consumo de alcohol (NIAAA, 1985).
- ⁹ El desfinanciamiento del aparato médico sanitario favorece el uso de recursos tradicionales en salud, sobre todo en sociedades con escasa presencia de médicos alópatas, o en regiones que cuentan con escasos recursos de este tipo dentro de países que sí tienen cobertura biomédica a nivel general.
- ¹⁰ Objetivamente no puede negarse que, pese a la medicina indígena, estos grupos son los que tienen las más altas tasas de mortalidad en causas técnicamente controlables, y que, por ejemplo, un porcentaje de partos atendidos por "parteras empíricas" presentan complicaciones por las condiciones de salubridad en que atienden, o por dificultades para determinar y solucionar ciertas complicaciones. Estos y otros ejemplos que podrían multiplicarse no niegan la eficacia específica de una parte de las técnicas utilizadas por los curadores populares.
- ¹¹ La "articulación funcional" se refiere al proceso que los conjuntos sociales subalternos necesitan generar para "sobrevivir". Dicho proceso se constituye por distintos tipos de actividades según cada contexto, pero en todos ellos se genera, en su práctica, una articulación de diferentes formas de atender a los padecimientos procedentes de una diversidad de saberes médicos y populares. Dicha articulación opera necesariamente, más allá de las discusiones teóricas sobre si los servicios populares y "científicos" pueden articularse en forma complementaria y no hegemónica, en la medida en que la misma constituye uno de los principales mecanismos que hacen posible la reproducción biosocial del sujeto a nivel del grupo doméstico.
- ¹² Debe indicarse que algunos especialistas en atención primaria, y por razones diferentes, también plantean como negativa la articulación de la biomedicina y de la "medicina tradicional" (Velimirovic, 1990).
- ¹³ En México, por ejemplo, el discurso oficial promueve la identidad y la pertenencia étnicas, pero simultáneamente el Estado impulsa la revisión de la reforma agraria, de tal manera que la tierra podrá ser ahora vendida y/o comercializada en términos privados, generando la posibilidad no sólo del incremento de la descampesinización, sino de que se genere una continua pérdida de tierras sobre las cuales está basada la identidad y pertenencia étnicas de los grupos indígenas.
- ¹⁴ En algunas situaciones se observa la presencia de planteamientos antagónicos en el nivel manifiesto, pero potencialmente complementarios en la práctica. Tanto la propuesta neoliberal como algunos planteamientos etnicistas afirman el respeto a las particularidades, pero los primeros juegan sus objetivos en el campo de lo económico, y los segundos en el campo de lo cultural.
- ¹⁵ En varios países de América Latina los proyectos neoliberales se manejan a través de criterios liberales en economía y de criterios autoritarios en política, por eso preferimos definirlos como neoconservadores más que como neoliberales.
- ¹⁶ Lo que no puede negarse es que son las fuerzas hegemónicas las que continuamente producen hechos y construyen situaciones respecto de las cuales los grupos subalternos necesitan actuar. Estos grupos "gastan" gran parte de su vida en responder migrando, haciendo trabajar a sus hijos desde los cuatro o cinco años, autoexplotándose, creando redes de apoyo, etcétera, etcétera.
- ¹⁷ Consultar los primeros trabajos de Gutiérrez Pineda para Colombia y de Press para Colombia y México. Ver Galán, et al, 1977 y Press, 1971 y 1975.
- ¹⁸ Considerar que solamente los grupos indígenas generan procesos de eficacia simbólica respecto de ciertos padecimientos y a través de determinadas intervenciones "curativas" es tener una visión muy restringida de los fenómenos de eficacia simbólica. Potencialmente todos los grupos culturales pueden generar estos procesos y

respecto de muy diversos padecimientos, sean alopáticos o síndromes culturalmente delimitados, así como a través de estrategias de acción que tampoco deben ser pensadas exclusivamente para los curadores "tradicionales". Recordemos que una parte del "efecto placebo" debe ser analizado en términos de eficacia simbólica. Algunas tendencias que rechazan la articulación lo hacen en parte porque consideran que la relación con el sector salud conduce a erosionar aún más los procesos de eficacia simbólica. Esta interpretación, conscientemente o no, niega el proceso de transformación que opera en los grupos subalternos.

- ¹⁹ Dado el nivel de generalidad en que está desarrollado este trabajo, debe indicarse que parte del análisis aparece planteado en términos dicotómicos, mientras que la realidad a la que alude se caracteriza por su diversificación. Hablar de los grupos indígenas americanos como si fueran una sola entidad, constituye una arbitrariedad, en virtud de las diferencias existentes entre los mismos al interior de un sólo país. Lo mismo podemos decir cuando nos referimos a grupos subalternos. Determinadas aproximaciones tipologistas, por un lado, y etnicistas, por otro, han favorecido este reduccionismo.

Bibliografía

- CAMPOS, R.
1990 *Nosotros los curanderos... Aproximación antropológica al curanderismo contemporáneo en la ciudad de México*, México, ENAH.
- COPLAMAR
1982 *Necesidades esenciales en México*. Salud. México, Siglo XXI.
- COREIL, J. y J. DENNIS MULL (EDS.)
1990 *Anthropology and Primary Health Care*, Colorado, Westview Press.
- COSMINSKY, S.
1986 "El pluralismo médico en Mesoamérica" en Kendall, et al., *La herencia de la conquista treinta años después*, México, Fondo de Cultura Económica.
- DEL VECCHIO GOOD, M.
1992 "Local knowledge: research capacity building in international health" en *S.S. & M.* vol. 35, tomo 11, p. 1359 y ss.
- FINKLER, K.
1985 *Spiritualist Healers in Mexico. Successes and Failures of Alternative Therapeutics*, Massachusetts, Bergin & Garvey Pub.
- FREYERMUTH, G.
1993 *Médicos tradicionales y médicos alópatas. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*, Tuxtla Gutiérrez, CIESAS/SURESTE.
- GALAN, R., ET AL.
1977 *Análisis de la demanda y oferta médica y odontológica para Colombia*, Bogotá, Ministerio de Salud.
- IMSS/COPLAMAR
1984 *Diagnóstico de salud en zonas marginadas*, México.
1988 *Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México*, México.
- KEARNEY, M.
1978 "El espiritismo como una alternativa en la tradición médica de la frontera" en Velimirovic (ed.) *La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense*, Washington, OPS.
- KENDALL, C., ET AL.
1986 *La herencia de la conquista treinta años después*, México, Fondo de Cultura Económica.
- LAGARRIGA, I.
1975 *Medicina tradicional y espiritismo*, México, SepSetentas.
- MENDOZA, Z.
1994 *De lo biomédico a lo popular. El proceso salud/enfermedad/atención en San Juan Copala, Oaxaca*, Tesis de maestría en Antropología Social, México, ENAH.
- MENÉNDEZ, E. L.
1984 *Descripción y análisis de las representaciones y prácticas de grupos domésticos sobre la mortalidad en menores de cinco años en una comunidad de Guanajuato*, manuscrito.
1990 *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, Cuaderno núm. 179, México, Ediciones de la Casa Chata.
1991 "Definiciones, indefiniciones y pequeños saberes" en *Alteridades*, año 1, núm. 1, México, UAM-Iztapalapa, pp. 21-32.
- NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM
1985 *Alcohol and Native Americans. Alcohol Topics. Research Review*, Rockville.
- OSORIO, R.M.
1994 *La cultura médica materna y la salud infantil*. Tesis de Maestría en Ant. Social, México, ENAH.
- PRESS, I.
1971 "The Urban Curandero", en *American Anthropologist*, vol. 73, tomo 3, pp. 741 y ss.
1975 *Tradition/adaptation life in a modern Yucatan Maya Village*, Conn. Greenwood Press.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (SSA)
1987-1988 *Encuestas Nacionales de Salud*, México, 5 vol.
- VELIMIROVIC, B.
1990 "Is integration of traditional and western medicine really possible?" en Coreil y Dennis Mull (eds.), *Anthropology and Primary Health Care*, Colorado, Westview Press, pp. 51 y ss.
- VELIMIROVIC, B. (ED.)
1978 *La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense*, Washington, OPS.