



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Menéndez, Eduardo Luiz
Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 1, enero, 2016, pp. 109-118
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63043595013>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos

Intercultural health: proposals, actions and failures

Eduardo Luiz Menéndez¹

Abstract During the 1980s, 1990s and early 2000s, various intercultural health proposals and actions emerged in most Latin American countries. These initiatives aimed to integrate biomedicine with traditional medicine based on 'parallel' relationships, as opposed to relationships based on exclusion, subordination and hegemony. These initiatives had two basic objectives: 1) to contribute to the cultural rehabilitation of ethnic groups that made effective use of traditional medicine; and 2) to improve the quality of relationships between health professionals and indigenous patients. This paper analyzes the reasons for the limited impact and, in some cases, failure of such intercultural health initiatives.

Key words Intercultural health, Traditional medicine, Biomedicine, Ethnic movements, Ideology

Resumen Durante las décadas de 1980, 1990 y primeros años del 2000 surgieron y se desarrollaron en la mayoría de los países de América Latina diversas propuestas y acciones de salud intercultural, que buscaron articular el sector salud y la biomedicina con la medicina tradicional a través de establecer relaciones paralelas, tratando de reducir o eliminar las relaciones de exclusión, de subordinación y de hegemonía/subalternidad dominantes entre las mismas. Dichas propuestas tuvieron dos objetivos básicos: 1) contribuir a la rehabilitación cultural de los grupos étnicos demostrando la eficacia cultural y técnica de la medicina tradicional; y 2) mejorar la relación personal de salud biomédico/paciente indígena. En este texto se analizan las causas que condujeron al fracaso o escaso impacto de las propuestas y acciones de salud intercultural.

Palabras clave Salud intercultural, Medicina tradicional, Biomedicina, Movimientos étnicos, Ideología

¹ Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Calle Juárez 87, Col. Tlalpan, Del. Tlalpan, 14000. México DF México. emenendez1@yahoo.com.mx

Introducción

Como sabemos, los conceptos y también los procesos y usos de la interculturalidad, emergieron y se desarrollaron en los países latinoamericanos desde la década de 1970 y, especialmente, durante las décadas de los 1980 y 1990 por varias razones y objetivos, entre ellos legitimar, defender o empoderar a los grupos étnicos, así como cuestionar a los sectores dominantes que excluían, subordinaban o discriminaban a dichos actores sociales.

Estos conceptos y objetivos, que fueron impulsados por los movimientos étnicos y, sobre todo, por sus intelectuales más o menos orgánicos tuvieron un correlato en el campo de la salud, como es el caso de profesionales ligados a programas de extensión de cobertura de salud de instituciones mexicanas como el Instituto Nacional Indigenista (INI), ligados a programas de extensión de cobertura a áreas marginales¹⁻⁴. Pero, y lo subrayo, la programación y organización de las actividades de interculturalidad en salud, estuvieron a cargo de las instituciones e intelectuales señalados, y no de los movimientos étnicos.

Como parte de este proceso surgieron diferentes, y a veces divergentes propuestas y acciones de interculturalidad en salud, parte de las cuales confluyeron en un objetivo común: la posibilidad de articular la biomedicina y la medicina tradicional a partir de relaciones 'paralelas' y no de dominación ni de hegemonía/subalternidad. Las corrientes preocupadas por impulsar esta articulación buscaron la rehabilitación cultural y técnica de la medicina tradicional como parte del empoderamiento cultural indígena, así como la mejora de la relación personal de salud/paciente de origen étnico, no solo para lograr una mayor eficacia clínica, sino también para incrementar la demanda y abatir los rechazos de la población indígena hacia la atención biomédica, especialmente en los centros de atención primaria.

Y es en función de estos objetivos, que primero revisaré algunos de los principales aspectos que limitaron o impidieron el desarrollo de las propuestas de interculturalidad. En un segundo momento analizaré algunas orientaciones metodológicas utilizadas frecuentemente por quienes estudian y aplican la interculturalidad. Trataré en ambos casos de encontrar explicaciones al limitado éxito o verdadero fracaso de varias de las principales propuestas interculturales que se aplicaron en México en el campo de la salud.

La interculturalidad como proceso social permanente

Lo primero a asumir es que los procesos interculturales son permanentes y tienen profundidad histórica. Es decir, la mayoría no es reciente ni ocasional es parte normalizada de la vida cotidiana y no procesos excepcionales que hay que construir. Los procesos interculturales existen siempre que tengamos sociedades en contacto.

Por lo cual, si queremos instrumentar la interculturalidad respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención (de ahora en adelante proceso de s/e/a-p), lo primero es detectar y analizar los procesos de interculturalidad que ya están operando en la vida cotidiana, y a partir de ellos y no sólo de nuestros presupuestos, tratar de impulsar y concretar objetivos interculturales.

Lo que ha ocurrido es que los funcionarios, profesionales e intelectuales que promovieron la interculturalidad en salud no tomaron en cuenta las interculturalidades ya existentes, sino que trataron de construir espacios y organizaciones que ellos pensaban que iban a impulsar la medicina tradicional. Pero, que luego de un tiempo, pudimos constatar que no lo hacían ya que los hospitales y centros de salud interculturales se caracterizaron por la falta de demanda de la población indígena. Y las organizaciones de curadores tradicionales en menos de diez años desaparecieron casi en su totalidad⁵⁻⁹.

Lo señalado no niega que es legítimo, y a veces necesario, impulsar procesos de cambio desde fuera de la comunidad, ya sea por funcionarios, profesionales, intelectuales del gobierno o de no gubernamentales (ONG) o de grupos políticos. Pero para ello se necesita saber cuáles son las principales limitaciones que existen para lograr los objetivos, cuáles son las fuerzas sociales que apoyan, y también, las que se oponen. Se necesita saber qué aceptación, interés o rechazo y, sobre todo, qué capacidad de agencia tienen los sujetos y grupos respecto de los cuales se quieren impulsar los cambios. Se necesita especificar qué recursos de todo tipo tienen estos grupos para que, por lo menos, luego de un tiempo, asuman autónomamente dichos objetivos de cambio. La trayectoria de la mayoría de las ONG y de otras organizaciones de la sociedad civil que han trabajado con procesos de s/e/a-p indica que luego de años de trabajar con sectores subalternos tratando de

impulsar su empoderamiento, sin embargo son dichas organizaciones las que siguen dirigiendo y proponiendo las acciones. Y no los grupos subalternos que supuestamente buscaron empoderar.

Ahora bien, propuestas similares a las impulsadas por los interculturalistas durante los años 1980 y 1990 habían sido generadas y aplicadas en décadas anteriores sobre todo por el INI⁴ y el sector salud mexicano. Pero las trayectorias y resultados de las mismas no fueron tomadas en cuenta por los que impulsaron las nuevas experiencias de interculturalidad. Al igual que en las políticas aplicadas entre 1940 y 1970, los objetivos y tipos de acciones fueron generados desde fuera de las comunidades y no como demandas de las mismas: los grupos étnicos no participaron en el diseño y organización de los programas y actividades aplicadas a los mismos.

Tal vez las actividades que con mayor continuidad e interés el sector salud impulsó fueron el adiestramiento y control de las parteras empíricas con el objetivo de reducir las tasas de mortalidad infantil y materna. Pero sobre todo, y lo subrayo, para reducir la tasa de natalidad. Durante los 1970, el sector adiestró a las parteras para realizar partos en un medio higiénico, para desinfectar sus instrumentos tradicionales, para derivar a servicios biomédicos los procesos complicados, para el uso de anticonceptivos, así como para el manejo de determinados fármacos. Esos elementos van a convertirse en parte nuclear del saber de las parteras empíricas^{10,11}.

Por lo cual, las propuestas de interculturalidad que se desarrollaron durante los años 1980 y 1990 constituyeron en cierta medida una continuidad con las que se venían desarrollando previamente en México, aunque con algunos objetivos diferentes. Mientras las experiencias generadas entre 1920 y 1970 buscaban abatir la morbimortalidad a través de la expansión de la biomedicina - aunque sea través de curadores tradicionales o de personal no biomédico - promovían una mejor relación y respeto mutuo entre la población indígena y el personal de salud biomédico. En el caso de las nuevas propuestas interculturales, si bien focalizaron también el segundo aspecto, sobre todo, buscaron revalidar, legitimar e impulsar la medicina tradicional y especialmente a los curadores tradicionales. Pero, lo hicieron partiendo de algunos supuestos y orientaciones teórico/ideológicas que no tomaron en cuenta una serie de procesos y de actores sociales que limitaba la realización de sus objetivos.

La interculturalidad que promovieron se basaba casi exclusivamente en reconocer y trabajar

sobre aspectos culturales, a partir de subrayar la 'diferencia' en los usos y costumbres, en las cosmovisiones, en las formas de vida que caracterizan a los pueblos originarios. Lo cual es correcto. Pero dejaron de lado, o solo nombraron, procesos que actuaban no solo 'junto' sino 'dentro' de las diferencias culturales. Y así, si bien podían señalar e inclusive describir las desigualdades socioeconómicas y de poder que caracterizan a la sociedad mexicana en general y a los grupos étnicos en particular, estas desigualdades no eran incluidas, analizadas y aún menos aplicadas a los procesos de s/e/a-p que estaban impulsando, en términos de interculturalidad.

Más aún, no tomaron en cuenta las desigualdades socioeconómicas, justamente durante el lapso en que las mismas se estaban profundizando cada vez más a nivel mundial y especialmente en México. Mientras los interculturalistas en salud - pero también los movimientos étnicos, así como gran parte de los intelectuales orgánicos - subrayaban el papel de las 'diferencias culturales', las políticas neoliberales también las reconocían, junto con las de género y las del movimiento gay, al mismo tiempo que profundizaban, desde los años 1970 y, especialmente, durante las décadas de 1980 y 1990, las desigualdades socioeconómicas, la pobreza y la concentración de la riqueza.

Una segunda limitación fue pensar y aplicar las relaciones de interculturalidad entre actores sociales considerados homogéneos y en ciertos casos monolíticos. Es decir, los grupos étnicos aparecían como una unidad frente al resto de la sociedad considerada también como una unidad, y esto referido a cada país en particular, así como a la relación grupos étnicos/sociedad de tradición occidental. Y así los pueblos originarios fueron pensados como si fueran una sola civilización por autores como Bonfill¹², sin tomar en cuenta las fuertes diferencias que existen entre los mismos. Podemos observar el caso de poblaciones de origen maya, como las de Yucatán y las de los Altos de Chiapas que se caracterizan por sus fuertes diferencias en varios campos de la realidad, incluido el de la salud. Además, no tuvieron en cuenta las diferencias de todo tipo que atraviesan internamente cada vez más las comunidades étnicas en términos religiosos, de género, de adhesión política, de nivel educativo, de poder o de grupos de edad.

Una parte de los interculturalistas consideró la cosmovisión indígena no sólo monolítica sino como opuesta e incompatible a la 'occidental', pensada también como un bloque monolítico. Concepción que si bien tuvo ciertos usos y logros

momentáneos de tipo ideológico fue deteriorándose cada vez más. Sus afirmaciones tenían poco que ver con la vida cotidiana de la mayoría de los pueblos originarios, no pudiendo explicar toda una serie de cambios ni enfrentar los procesos que estaban ocurriendo en la realidad. Ellos evidenciaban que no sólo hay cruciales diferencias entre los grupos étnicos entre sí, sino que los términos 'Occidente' y 'Oriente' constituyen construcciones ideológicas que no corresponden a las diversidades, oposiciones y conflictos existentes entre los actores sociales que ellos pretenden integrar. Lo cual no niega que fueron y siguen siendo utilizados, pero a partir de reconocer que lo son tanto para impulsar una interculturalidad negociadora, como para promover incompatibilidades de todo tipo entre los pueblos originarios y la sociedad dominante.

Además, los interculturalistas no asumieron que los grupos sociales, incluidos los étnicos, se caracterizan por el cambio y no por la permanencia. Por ejemplo, cambios generacionales, según los cuales los jóvenes indígenas de varios grupos estaban desarrollando usos y costumbres que tenían poco que ver con los de la generación de sus padres y de sus abuelos. Los jóvenes indígenas ya no están interesados en ser curadores tradicionales, aunque sí les interesa ser promotores de salud. Es decir, los interculturalistas no tomaron en cuenta no solo las diferencias y desigualdades de diferentes tipos que existen actualmente dentro de los grupos originarios, sino los cambios que se estaban dando en los mismos.

Otro de los procesos que no asumieron fue la paulatina y, en algunos contextos, acelerada reducción del número de curadores tradicionales, que se iba a traducir, por ejemplo, en la desaparición de los shamanes en amplias zonas de Chiapas y de Yucatán^{13,14}. Y no lo tomaron en cuenta, pese a que en varias zonas indígenas del país el proceso de reducción venía siendo observado desde las décadas de 1960 y 1970. Es el caso de comunidades yucatecas. Por ejemplo en Ticul, en 1950 existían alrededor de treinta yerbateros, mientras a mediados de 1970 solo quedaban quince^{11,15,16}.

Y recordemos, además, que las propias instituciones oficiales que impulsaron la interculturalidad contribuyeron directa e indirectamente a favorecer dicha reducción o pérdida de actividades de los curadores tradicionales especialmente durante los años 1980 y 1990. Por ejemplo, tanto el INI como el sector salud decidieron capacitar a los curadores tradicionales exclusivamente en terapéuticas herbolarias, excluyendo todo lo referido a brujería y magia¹⁷.

Los que impulsaron la interculturalidad en el campo de la salud, tampoco asumieron que en los grupos étnicos funcionan simultáneamente relaciones de solidaridad y cooperación junto con relaciones de conflicto y violencia. Por lo cual, existen en ellos numerosos rituales y organizaciones de cooperación junto con relaciones caracterizadas por envidia, venganzas de sangre y brujería. De tal manera que tendieron a subrayar el papel de las relaciones de cooperación, excluyendo las relaciones de conflicto y de división, inclusive entre los curadores tradicionales que intentaron organizar asociaciones que, sin embargo, se disolvieron.

Algunos de los principales aspectos que no incluyeron como limitantes de los objetivos de armonía y de respeto que se propusieron impulsar entre indígenas y no indígenas corresponden a las situaciones de violencia que a nivel macro y micro social operaban y siguen operando en México. No tomaron en cuenta la violencia estructural, ni la violencia generada por el crimen organizado, y tampoco, la violencia de género. Estas omisiones no son demasiado comprensibles porque se hicieron respecto de la región, incluido México, que tiene las más altas tasas de homicidio a nivel mundial. Más aún, una parte de los territorios habitados por los grupos étnicos mexicanos se caracterizan por ser zonas de producción de marijuana y amapola, o por ser parte de los espacios en que se dan las luchas entre diferentes facciones del crimen organizado con las organizaciones policiales y militares. Proceso que incide además en la captación de adolescentes indígenas por grupos criminosos.

Possiblemente, una de las principales omisiones de los interculturalistas fue, y sigue siendo, la de los aspectos racistas que caracterizan nuestras sociedades. Y lo más grave es que los omitieron o hicieron solo referencias secundarias, sabiendo de su peso en las relaciones servicios de salud/población indígena. Esta omisión es, además, una característica de nuestra antropología, que ignora el racismo en todos los campos que estudia. Por ejemplo, no contamos con etnografías que describan el racismo, y menos aún, el que domina en las relaciones personal de salud/paciente indígena¹⁸. Lo cual no niega que en los programas de salud intercultural promovidos a nivel federal y de algunos estados se hable de racismo, pero permaneciendo como parte del contexto, y sin que dichas preocupaciones pasen al plano aplicativo.

Y por último, considero que los que impulsaron la interculturalidad no asumieron - aunque varios lo señalaron - el papel de la biomedicina y

del sector salud como dos de las principales limitantes de sus proyectos interculturales, dado su continuo proceso de expansión y su tendencia a la monopolización de la atención a la enfermedad. Eso puede ser observado en la aplicación de normas oficiales que afectaron directamente el trabajo de los curadores tradicionales. En el caso de las parteras, las excluyeron del trabajo de parto, reduciendo sus actividades a aplicar sobadas (masajes), a tareas de educación para la salud focalizadas en la anticoncepción y a la derivación de las embarazadas hacia las instituciones médicas, lo cual se tradujo en que en el año de 2013 solo el 1.51% de los partos fueran realizados por parteras empíricas en México¹⁹.

Desde esta perspectiva, considero que una de las principales omisiones fue y sigue siendo no registrar y analizar la notable penetración de productos y concepciones biomédicas en la vida cotidiana de la población, incluida la vida laboral de los curadores tradicionales. Justamente en dicha penetración y apropiación están operando procesos de interculturalidad que, al ser ignorados como tal, conducen a que las instituciones y profesionales impulsores de la interculturalidad dejen de lado algunos de los principales aspectos de esa penetración, porque no tienen que ver con sus propios objetivos. Pero tienen que ver con lo que los grupos y especialmente las mujeres hacen con sus padecimientos, y habría que observar como ellos articulan la medicina tradicional y los productos biomédicos, para atender, paliar y solucionar los problemas de salud²⁰⁻²⁴.

También necesitamos reconocer la creciente biomedicalización de una parte de los curadores tradicionales, gestada por ellos mismos como estrategia de supervivencia profesional. Proceso que venimos observando desde nuestro trabajo en Yucatán, donde constatamos, ya en 1977, la tendencia de curadores tradicionales - incluidos shamanes y parteras - a utilizar medicina de paciente. Inclusive, trabajos recientes han documentado que algunos de ellos no solo se caracterizan por utilizar casi exclusivamente fármacos, sino también son dueños de farmacias en sus comunidades étnicas²⁵. Pero este proceso de biomedicalización de los curadores tradicionales es mucho más antiguo. Por ejemplo, los programas de capacitación de parteras empíricas y de personas que supieran aplicar inyecciones ('inyectadoras') se desarrollaron, en algunos estados, por lo menos desde la década de 1940^{15,16,26}.

En este proceso han incidido varios hechos. Especialmente la formación desde la década de 1970 de promotores de salud tanto por progra-

mas oficiales como por ONG que condujo a que una parte de ellos se convirtieran en curadores locales que atendían todo tipo de enfermedades con fármacos biomédicos. Es por estos y por otros motivos que considero que los interculturalistas no asumieron el pragmatismo del sector salud que incluye o excluye a los curadores tradicionales según sus necesidades, objetivos o en función de los recursos humanos y materiales de que dispone. Y así, cuando los necesitó no tuvo problemas en convertir curadores tradicionales en promotores de salud o adiestrar a parteras empíricas para impulsar el programa de planificación familiar, para luego excluirlos cuando pudo extender la cobertura de servicios biomédicos.

El reconocimiento del papel por lo menos limitante del conjunto de los procesos señalados, y especialmente de la biomedicina y del sector salud, debería haber conducido a los que impulsaron la interculturalidad a preguntarse sobre cuáles son los grupos y fuerzas sociales tanto nacionales como internacionales que pueden favorecer, facilitar, distorsionar, dificultar o oponerse a sus propuestas, respecto de los procesos de enfermar, curar y morir. Más aún, tendrían que haber observado que interés real y que poder tienen las diferentes fuerzas sociales y qué importancia tienen para las mismas no solo la interculturalidad en salud, sino también los sectores que quieren apoyar.

Ahora bien, el dominio de estas orientaciones no tiene que ver con que los interculturalistas que trabajan en salud desconocieran la trayectoria y orientación del sector salud mexicano, el papel depredador de las empresas extractivas que operan en los territorios indígenas, o el discurso ambiguo y contradictorio del gobierno hacia los pueblos originarios. Pero no los integraron como factores que limitan o se oponen a lo que los interculturalistas querían impulsar. Tampoco tomaron en cuenta los usos complementarios de la biomedicina y de la medicina tradicional que se estaban dando en la población indígena, ni la fuerte penetración de la primera en los usos y costumbres populares y en las prácticas de los curadores tradicionales.

Más aún, no analizaron las experiencias de interculturalidad referidas a los procesos de s/e/ a-p que operan en la vida cotidiana de los sujetos y grupos étnicos. Así como tampoco consideraron las experiencias de interculturalidad desarrolladas previamente por gobiernos y asociaciones civiles y que impulsaban directa o indirectamente la biomedicina. Al contrario, trabajaron con la interculturalidad como si fuera un proceso re-

ciente y, además, como algo que hay que inducir en los sujetos y grupos sociales, como si estos no los vinieran desarrollando a través de sus propias actividades y necesidades.

Considero que en esta orientación a-historicista de los interculturalistas pesaron varios procesos no solo ideológicos sino teóricos. En primer lugar, las expectativas colocadas en el reconocimiento constitucional de los gobiernos latinoamericanos de 'la diferencia indígena' y en el poder de los movimientos étnicos. Y es en gran medida por ello que impulsaron las organizaciones de curadores tradicionales y los centros de atención mixta como parte de la 'diferencia' y del poder indígena, como núcleo central de la cosmovisión e identidad de los pueblos originarios, excluyendo para ello el uso creciente de la biomedicina. Lo cual se articuló con la tendencia de gran parte de la antropología que estudia procesos de s/e/a-p, a buscar en los grupos étnicos y en los curadores tradicionales solo lo referente a medicinal tradicional.

De tal manera que los interculturalistas buscaron lo que persiste más que lo que cambia. Dado que lo primero asegura pensar en términos de identidad, cosmovisión y diferencia, sobre todo para los que buscaban legitimar los derechos de los pueblos originarios. Pero más allá de estos intentos de legitimación, que comparto, subrayo que, en función de estos objetivos, una parte significativa de las intervenciones interculturales en salud, así como de las etnografías realizadas por antropólogos tendieron a excluir de sus intervenciones y de sus etnografías los usos crecientes de la biomedicina por los grupos étnicos. Así generaron una imagen de los mismos que no correspondía a lo que realmente ocurría. Más aún, excluyeron la mortalidad, aunque a veces hablaban mucho de la muerte, lo cual resulta realmente contrastante pues, podemos tener notables descripciones de cómo trabajan las parteras, los shamanes o los curadores herbolarios, pero sin que se presenten datos y menos estadísticos de las enfermedades de las que muere la población.

Al señalar estos procesos, subrayo, no desconozco el esfuerzo, las buenas intenciones y la enorme cantidad de trabajo desarrollado por varios de los interculturalistas, así como sus logros parciales en términos de intervención. Pero considero que, además de las distintas fuerzas sociales y económicas que no incluyeron en sus intervenciones, hay numerosos aspectos de la vida cotidiana de los pueblos originarios que no fueron tomados en cuenta en la programación y en la implementación de las políticas interculturales.

Hay dos aspectos que pude observar en varias medianas y pequeñas comunidades en distintos contextos mexicanos entre 1976 y 1990 y que hubieran tenido que ser asumidos por algunas de las propuestas de interculturalidad. Y me refiero a que no solo una parte de los curadores tradicionales utilizaban fármacos de patente, sino que preferían trabajar autónomamente en sus viviendas o en las de las personas que trataban, mucho más que en los centros de salud, a menos que recibieran algún tipo de salario o de compensación material. Varios parecían más interesados en recibir los diplomas y constancias que podían obtener en los talleres en que participaban que en el propio aprendizaje. Además existían competencias y conflictos entre los curadores tradicionales que se reflejaban en el precio de las consultas y tratamientos. Y las críticas eran más frecuentes y fuertes entre los propios curadores tradicionales, que de éstos hacia la biomedicina^{6,11,14}.

El segundo aspecto se refiere al que considero uno de los elementos más decisivos en términos de interculturalidad a nivel microsocial. Es decir, a los procesos de autoatención de los padecimientos que observamos sobre todo en los grupos familiares y, a través de los cuales, se articulan, se integran o se mezclan saberes tradicionales, biomédicos y de otras formas de atención. Es a través de estos procesos de autoatención donde observamos los usos simultáneos de formas tradicionales y biomédicas de atención y curación, más allá de las posibles diferencias culturales y epistemológicas que pueden existir entre las mismas.

Lo que ocurre en los procesos de autoatención constituye una de las principales guías para entender la interculturalidad en salud y para orientarnos en posibles intervenciones en este campo. Sobre todo porque, la autoatención es realizada por los propios grupos como parte necesaria de sus procesos de reproducción social y biológica. Más aún, es una práctica basada en la capacidad de agencia de los sujetos y microgrupos, que se dá más allá de la existencia o no de actores que impulsen la interculturalidad^{20,23,27}.

A través de la autoatención podemos registrar que la interculturalidad es un proceso normalizado en los comportamientos de la vida cotidiana de los diferentes microgrupos y, especialmente, en las familias. Es por eso que mientras los funcionarios, profesionales e intelectuales que impulsaron la interculturalidad en México centraron sus objetivos en los curadores tradicionales y en sus cosmovisiones, nosotros proponemos que el trabajo intercultural debería centrarse en los procesos de autoatención. No solo porque en

ellos se desarrolla la interculturalidad en forma normalizada y rutinaria; no solo por su posible eficacia, sino porque, si bien pueden ir reduciéndose y desapareciendo los curadores tradicionales, los saberes sobre medicina tradicional persistirán, por lo menos por un tiempo, a través de la autoatención. Más aún, la autoatención evidencia las incongruencias de determinadas orientaciones teóricas, porque, puede ser que los grupos étnicos tengan cosmovisiones no solamente diferentes sino incompatibles con la cosmovisión 'occidental', pero en sus prácticas lo que se observa es que ellos utilizan, a veces simultáneamente, concepciones y productos de saberes considerados incompatibles.

La inclusión de estos y de otros aspectos de la interculturalidad es necesaria, debido a que pese su importancia, suele ser excluida de los objetivos, marco teórico e ideológico y, sobre todo, de las intervenciones institucionales, profesionales o académicas que buscan impulsar una interculturalidad armoniosa, simétrica, tolerante y basada en los curadores tradicionales. O que llegan a incluir tal perspectiva en sus programas de interculturalidad pero no es aplicada en sus intervenciones.

Respecto de la mayoría de mis señalamientos, podría argüirse que si bien las organizaciones de curadores tradicionales casi han desaparecido y los hospitales mixtos están subutilizados, es posible que en los curadores tradicionales y en la población en general se hayan dado procesos de aprendizaje, ejercicios de empoderamiento y experiencias de gestión que en algún momento pueden ser recuperados por los sujetos y grupos. Hay que demostrarlo, así como hay que asumir que varias de esas experiencias pueden haber reforzado la exclusión, la subordinación o la hegemonía/subalternidad en que viven los pueblos originarios, como lo hemos señalado en otros trabajos²⁸.

Interculturalidad: algunos problemas metodológicos

Para una parte de los investigadores y de los funcionarios que estudian o aplican la interculturalidad, la relación pueblos originarios/sociedad dominante, como señalado, se les aparece como el encuentro de 'cosmovisiones' diferentes y para muchos incompatibles, de tal manera que las cosmovisiones indígenas excluirían la cosmovisión biomédica.

Considero que el concepto de cosmovisión, así como los de identidad o diferencia, ha incidido frecuentemente en forma negativa en la

posibilidad de entender los procesos de interculturalidad pues impulsan la búsqueda de congruencias, coherencias y equilibrios que tienden a eliminar ciertos conflictos, ambigüedades y contradicciones que operan en todo grupo social, incluidos los étnicos, en vez de información que pueda evidenciarlos. Son conceptos que, reflexivamente o no, impulsan visiones a-históricas de los grupos y relaciones que estudian.

Es en función del uso de estos conceptos y de ciertas formas de obtener información, que una parte de los estudios e intervenciones interculturales aparecen sesgados desde el principio. Por ejemplo, la tendencia a buscar en los 'Otros' solo las diferencias, ha conducido a no tomar en cuenta las similitudes que existen entre los diferentes 'Otros' e, inclusive, entre los diferentes actores sociales y el propio investigador. La búsqueda exclusiva de las diferencias casi se ha convertido en una norma del trabajo antropológico, que contradice inclusive eso que llaman el sentido común, dado que si voy a estudiar o intervenir sobre la relación personal de salud/paciente indígena no solo tendría que entender las diferencias de todo tipo que existen entre los actores sociales que entran en relación, sino también las similitudes tanto en sus representaciones como en sus comportamientos. La búsqueda unilateral de las diferencias conduce a subrayar las incompatibilidades lo cual es importante para tener en cuenta las dificultades de construir interculturalidades. Pero dicho énfasis suele conducir a ignorar la existencia de similitudes a partir de las cuales poder pensar las mejores vías para el desarrollo de procesos de aproximación.

Desde que trabajo con procesos de s/e/a-p, siempre me ha llamado la atención un hecho que ocurre tanto en los grupos étnicos como en los no étnicos. Me refiero a que la mayoría de los curadores de mayor estatus social tanto en el caso de los curadores tradicionales como biomédicos son varones. Y los de más bajo estatus son mujeres. Más aún, la relación carismática refiere generalmente a figuras masculinas en ambos tipos de curadores. Esta jerarquización del trabajo curativo contrasta con el hecho de que, tanto en los grupos étnicos como en el resto de la sociedad mexicana, la enfermedad y la atención y preventión de la misma están en manos de las mujeres. Es decir, el saber jerárquico es ejercido por varones, mientras el saber popular es parte de las tareas femeninas.

Las similitudes de este tipo son más frecuentes que lo que pensamos. Pero las mismas no se documentan etnográficamente porque no se

buscan, debido en muchos casos, a que el antropólogo niega o inhibe su propio proceso de socialización. Y es en parte por ello que insistimos en que el antropólogo debe contrastar no solamente sus diferencias sino también sus similitudes con las de los actores sociales que estudia/coestudia/autoestudia/. La búsqueda exclusiva de las diferencias puede conducir a negar su propio proceso de constitución cultural como sujeto, dado que es muy posible que en su infancia no solo al antropólogo, sino al médico y a la enfermera los hayan curado de mal de ojo o de empacho. Y que de adulto, hayan solicitado algunas 'limpias' y, además, hayan acudido a alguna curandera más o menos tradicional o *new age* para intentar resolver algunos problemas. Y más aún, que se hayan tratado gripas y gastroenteritis simultánea o secuencialmente con fármacos biomédicos y con infusiones tradicionales, o que sigan manejando criterios de relación frío/caliente, por ejemplo, al beber cerveza o al tomar sopa durante las comidas. Y de allí que uno de sus aportes etnográficos y teóricos sería no solo detectar las diferencias, sino las similitudes dentro de las diferencias.

Una de las principales limitantes metodológicas de, por lo menos una parte no solo de los estudios sino de las intervenciones interculturales, es privilegiar la obtención de información o de trabajar con un solo actor social al que consideran decisivo. Y por lo tanto, la exclusión de un enfoque relacional que incluya no solo el punto de vista de un actor, sino el de todos los actores significativos que tienen que ver con los procesos y problemas que se estudian o sobre los cuales se interviene. Por ejemplo, los trabajos no se pueden limitar a presentar solamente el punto de vista de los curadores tradicionales o de los biomédicos, ya sean parteras empíricas, hueseros o shamanes, respecto de lo que hacen con sus pacientes en términos de diagnóstico o de tratamiento, sino incluir también el punto de vista de los pacientes. Pero en la mayoría de los estudios solo se cuenta con la mirada de los curadores. Y esto, lo subrayo, más allá de reconocer la calidad de una parte de los textos antropológicos generados sobre dichos curadores²⁹.

Los curadores tradicionales – igual que los biomédicos - nos presentarán siempre las pautas ideales de sus formas de diagnosticar, tratar y sanar. Pero, es posible que omitan los aspectos que evidencian que sus saberes se están modificando así como los que demostrarían sus ineficacias y sus malas prácticas. Además, es casi seguro que nos hablen solo de las enfermedades tradicionales, pese a que se incrementen sus acciones respecto de los padecimientos alopáticos.

Necesitamos obtener el punto de vista de los que son tratados por los curadores tradicionales, pero también de los que no son tratados, para saber porque ya no demandan ese tipo de atención. Reducir la información al punto de vista de un solo actor puede conducir a trabajar y establecer conclusiones sesgadas e incorrectas tanto en términos cualitativos como estadísticos. Lo cual es sumamente negativo, sobre todo si realizamos intervenciones en el campo de la salud en términos de interculturalidad.

Si bien esta manera de investigar opera en muchas orientaciones y campos, es sobre todo muy acentuada en los estudios de género que han reducido sus investigaciones y reflexiones exclusivamente al punto de vista de la mujer, aun para procesos que son por definición relacionales, como los de la violencia tanto en términos inter como intragéneros. En general, estos estudios solo describen y analizan las violencias de todo tipo que ejerce el varón contra la mujer, pero omiten las violencias que la mujer ejerce contra sus hijos y otros familiares, así como la violencia más homicida que no se da contra las mujeres sino que es de varones contra varones. En México más del 90% de los homicidios se desarrollan dentro del género masculino. Lo cual, y lo subrayo, no cuestiona sino todo lo contrario, que necesitamos seguir denunciando y tratando de eliminar la violencia del varón hacia las mujeres. Pero hay que incluir la denuncia y las formas de solución de las violencias de los varones contra otros varones, pues la mayoría de los homicidios son intraculturales.

Otra tendencia de la mayoría de los estudios e intervenciones sobre interculturalidad es comparar los usos y costumbres y la cosmovisión de los sujetos y grupos étnicos respecto de los procesos de s/e/a-p con los de la biomedicina. O por lo menos con los de los médicos, sin asumir que están comparando el saber de sujetos leigos con sujetos caracterizados por un saber especializado. Por lo cual, si realmente queremos saber lo que ocurre, necesitamos comparar los usos y costumbres y cosmovisiones de los sujetos y grupos indígenas con los de la población no indígena que vive en su mismo medio ya sea rural o urbano. Y luego, la relación que cada una tiene con el personal de salud en términos de cosmovisiones, respecto de los procesos de s/e/a-p El enfoque dominante parte del supuesto de que existen diferencias y hasta incompatibilidades entre los grupos étnicos y la biomedicina. Y por el contrario, similitudes y compatibilidades entre la población no indígena y los saberes biomédicos. Lo cual es posible que

ocurra, pero hay que demostrarlo, ya que si bien es casi seguro que se encontrarán diferencias, también es seguro que habrá similitudes entre población indígena y otros sectores sociales y que ambos difieran de los saberes biomédicos.

Por ejemplo, la escisión mente/cuerpo así como la prioridad de lo biológico respecto de lo psicológico y sociocultural, que es parte del saber biomédico, no operará, por lo menos a nivel de cosmovisión, en la población indígena pero, tampoco, en gran parte de la población no indígena. Más aún, varios autores, cuestionando que exista realmente penetración biomédica en los grupos étnicos, han señalado que desde hace años existen centros de salud en comunidades indígenas, y sin embargo, la población no maneja la teoría microbiana. Lo cual es casi seguro que es así, pero dichos analistas no se preguntan si los diferentes estratos sociales rurales y urbanos - y no solo los grupos étnicos - manejan las explicaciones basadas en virus y bacterias.

Necesitamos asumir que, por lo menos hasta ahora, la mayoría de la población latinoamericana, incluidos los estratos sociales medios y altos, al igual que los pueblos originarios, utilizan los fármacos por su eficacia y no porque sepan la composición bioquímica del fármaco, ni tampoco como actúa en su cuerpo. Y es a estos aspectos sustantivos y no secundarios, que me refiero cuando propongo la necesidad de buscar las similitudes y no solo las diferencias, lo cual también supone trabajar no solo con un actor social, sino con varios actores sociales.

Tanto los estudios como las intervenciones en interculturalidad en salud deberían establecer quiénes son los actores sociales significativos que participan en las relaciones de interculturalidad. Y luego de establecer quiénes son, trabajar con los dos, tres o más actores sociales y no reducir la interculturalidad a lo que dice solo uno de ellos. No niego la posibilidad e inclusive la necesidad de trabajar con la trayectoria o historia de vida de un solo actor. Sin embargo los estudiosos deberían señalar cuál es el objetivo de trabajar así y evaluar lo que se gana y lo que se pierde en términos del logro de información estratégica. Pues, es paradójico que gran parte de los estudios e intervenciones sobre procesos que por definición son relacionales se hacen a partir de un solo actor social excluyendo al conjunto de los que están en relación lo que ocurre por utilizar enfoques metodológicos a-relacionales.

Además, domina en las propuestas interculturales una perspectiva que parece no tomar en cuenta los procesos de cambio ni las diferencias

generacionales, de tal manera que se asume en forma tácita y en menor medida explícita que en las comunidades étnicas los sujetos que demandan atención de un shaman o de un herbolario piensan igual que los curadores tradicionales. Así, como por oposición, suponen que dichos sujetos piensan diferente que el personal de salud. Algunos analistas y líderes étnicos plantean estas diferencias en términos de incompatibilidad. Y no cabe duda que ellas existen, pero las mismas no pueden explicar, por ejemplo, por qué los sujetos de origen indígena utilizan, a veces simultáneamente, curadores tradicionales y personal biomédico y tratamientos indicados por ambos tipos de curadores. Lo cual cuestiona también las relaciones entre representaciones y prácticas. Pues, considero que gran parte de los estudios e intervenciones en interculturalidad se hace sobre lo que los sujetos dicen que hacen y no sobre lo que hacen.

De allí que las cosmovisiones que los sujetos y grupos originarios tienen respecto de los procesos de s/e/a-p, según los estudios de gran parte de los antropólogos y de los historiadores, pueden expresar diferencias radicales respecto de una parte de las prácticas que realizan dichos sujetos y grupos, dado que pueden ser biomédicas o por lo menos mixtas. Por lo cual, en todo proyecto de interculturalidad, una de las tareas prioritarias es describir y tratar de explicar, cuando ocurre, por qué las cosmovisiones indígenas que surgen de las etnografías y estudios históricos no corresponden, por lo menos, a una parte de las prácticas actuales de los grupos étnicos. Y en segundo lugar, trabajar sobre todo con lo que los grupos y sujetos dicen y hacen, pues es a través de sus prácticas que podemos observar los procesos de interculturalidad realmente existentes.

Considero que gran parte del fracaso de los proyectos interculturales radica en el dominio de preconceptos y orientaciones ideológicas que se impusieron a la realidad. Si bien toda orientación hacia el cambio que busque involucrar a sujetos y grupos necesita manejar intencionalmente la dimensión ideológica, reducir la realidad a la misma puede llevar no solo a fracasos, sino a fortalecer los procesos y actores sociales que se tratan de cuestionar.

En este texto, he enumerado y a veces analizado las limitaciones de las actividades interculturales desarrolladas respecto de los procesos de s/e/a-p. Sin embargo, recupero la posibilidad de pensar y aplicar acciones interculturales que superen dichas limitaciones. Por lo cual, considero que una tarea necesaria aunque pendiente, es que

los que llevaron a cabo los programas de interculturalidad en salud, realicen un análisis crítico de las intervenciones puntuales que aplicaron, de sus objetivos académicos, políticos e ideológicos,

y del sentido de seguir impulsando, actualmente, propuestas y actividades de interculturalidad en el campo de la salud, pese al fracaso de la mayoría de sus intervenciones.

Referencias

1. González L. *El programa IMSS-Solidaridad y la interrelación con la medicina tradicional*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 1993.
2. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)/COPLAMAR, coordinador. *Diagnóstico de salud en zonas marginadas*. México: IMSS/COPLAMAR; 1984.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)/COPLAMAR, coordinadores. *Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales*. México: IMSS/COPLAMAR; 1988.
4. Instituto Nacional Indigenista (INI), Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales (CONAMIT). *Programa Nacional de la Medicina Indígena Tradicional*. México: CONAMIT; 1992.
5. Callahan M. El hospital Kallawaya ‘Shoquena Husí’ de Curva: un experimento en salud intercultural. In: Fernández JG, coordinador. *Salud e Interculturalidad en América Latina*. Quito: Ediciones Abya-Yala; 2006. p. 289-303.
6. Güemez MA. Entre la duda y la esperanza: la situación actual de la organización de médicos indígenas de la península de Yucatán. *Temas Antropológicos* 2005; 27(1-2):31-66.
7. Ramírez-Hita S. *Salud Intercultural crítica y problematización del contexto boliviano*. La Paz: SEAT; 2011.
8. Ramírez-Hita S. Aspectos interculturales de la reforma del sistema de salud en Bolivia. *Revista Peruana de Salud Pública* 2014; 31(4):782-768.
9. Velez J. *Chamanismo, poder, resistencia en Cuetzalan, Sierra Norte de Puebla* [tesis]. México: Universidad Autónoma; 1995.
10. Güemez MA. De la hegemonía a la subordinación obligatoria. Visiones del pasado y el futuro de la partería en Yucatán. *Temas Antropológicos* 2002; 24(2):117-143.
11. Ramírez M. *Dinámica y concepto salud/enfermedad en Ticul, Yucatán* [tesis]. México: ENAH; 1980.
12. Bonfil GB. Del indigenismo de la revolución a la antropología crítica. In: Bonfil GB. *De eso que llaman antropología mexicana*. Ciudad de México: Nuevo Tiempo; 1970. p. 39-65.
13. Ortega J. *Proceso reproductivo femenino: saberes, género y generaciones en una comunidad maya de Yucatán* [tesis]. México: El Colegio de Michoacán; 1999.
14. Page J. *Políticas sanitarias dirigidas a los pueblos indígenas de México y Chiapas 1857-1985*. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia/UNACH; 2002.
15. Menéndez EL. *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: Ediciones de la Casa Chata; 1981.
16. Menéndez EL. *Hacia la hegemonía médica: formas de atención de la enfermedad en una comunidad yucateca*. México: Ministerio de Salud; 1981.
17. Gallardo J. *Medicina tradicional p'urhepecha*. Zamora: El Colegio de Michoacán; 2002.
18. Meneses S. *Semiótica de la otredad, la diferencia como diagnóstico. Etnografía de los encuentros médicos interétnicos en los Altos de Chiapas* [tesis]. México: CIESAS; 2005.
19. Berrio L. *Entre la normatividad y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero* [tesis]. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa; 2013.
20. Mendoza Z. *De lo biomédico a lo popular. El proceso salud/enfermedad/atención en San Juan Copala* [tesis]. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia; 1994.
21. Menéndez EL. *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: Ediciones de La Casa Chata 179; 1990.
22. Menéndez EL, Ramírez M. *Ideología y práctica de los sistemas de salud en una comunidad yucateca*. México: Ministério de Salud; 1980.
23. Osorio RM. *La cultura médica materna y la salud infantil en México* [tesis]. México: ENAH; 1974.
24. Press I. tradition and adaptation. *Life in a modern yucatan maya village*. Connecticut: Greenwood; 1975.
25. Cortez R. *Muertes de niños de cinco años: desigualdad étnica, económica y de género, como condicionantes de la autoatención entre familias zoques de Ocotepec, Chiapas* [tesis]. México: CIESAS; 2015.
26. Erasmus CH. *El hombre toma el control*. Buenos Aires: Omega; 1967.
27. Kroeger A, Mancheno M, Ruiz W. *Malaria y leishmaniasis en Ecuador. Un estudio interdisciplinario*. Quito: Ediciones ABYA-YALA; 1991.
28. Menéndez EL. Las enfermedades son solo padecimientos?. Biomedicina, formas de atención paralelas y proyectos de poder. *Salud Colectiva* 2015; 11(3):301-330.
29. Menéndez EL. *De sujeitos, saberes e estruturas. Uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec; 2009.