



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN: ANTROPOLOGÍA APLICADA: SALUD Y
DESARROLLO COMUNITARIO**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

MEDICINA TRADICIONAL Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL: ANÁLISIS CRÍTICO-DISCURSIVO A PARTIR DEL CASO BOLIVIANO

Autor: Antropólogo RODRIGO ALONSO BARRAZA GARCÍA

Tutoras Académicas: Dra. María Jesús Pena Castro y Dra. Lourdes Moro Gutiérrez

Junio, 2013



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN: ANTROPOLOGÍA APLICADA: SALUD Y
DESARROLLO COMUNITARIO**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

MEDICINA TRADICIONAL Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL: ANÁLISIS CRÍTICO-DISCURSIVO A PARTIR DEL CASO BOLIVIANO

Autor: Antropólogo RODRIGO ALONSO BARRAZA GARCÍA

Tutoras Académicas: Dra. María Jesús Pena Castro y Dra. Lourdes Moro Gutiérrez

Firma de tutoras:

Firma del autor:

Junio, 2013

AGRADECIMIENTOS

Sea este un espacio para ejercitar mi vena literaria, la cual seguramente podrá intuirse a lo largo de la presente investigación, que no busca ser objetiva, sino honesta, seria y profesional. Este trabajo es un primer intento, seguramente incompleto, para contribuir desde mi trinchera en la búsqueda de un mundo plural y comunicativo, especialmente en América Latina, mi región, la región de las venas abiertas.

En primer lugar, quiero agradecer a mis tutoras, la Doctora María Jesús Pena Castro y la Doctora Lourdes Moro Gutiérrez, por su paciencia, su dedicación, su ejemplo, así como su honestidad para realizar correcciones –siempre atinadas y necesarias- a este trabajo. Mi orgullo y admiración infinitos, ha sido un placer contar con su guía en este arduo camino de encuentros y desencuentros que es la investigación académica. Gracias por las conversaciones, por las charlas –presenciales y a distancia-, y por su eterna disposición para conmigo.

A la Universidad de Salamanca, en especial, al cuerpo de profesores del Máster en Antropología Aplicada: Salud y Desarrollo Comunitario. Despertaron en mí un asombro y una pasión que espero atesorar a lo largo de toda mi carrera profesional. He aprendido especialmente de su calidad humana y compromiso irrevocable con la antropología. Nos une, y nos unirá siempre, este amor compartido por la disciplina.

A mis padres, por creer siempre en mí, por apoyar mis triunfos y entender mis derrotas. Por ayudarme a crecer libre y feliz, e inculcarme disciplina, curiosidad y amor por el conocimiento. En definitiva, por enseñarme a honrar la vida.

A mi pareja, Ayelén, mi casa, por entender mis exabruptos y cambios de humor. Agradezco su capacidad para aguantar mis manías y soportar mis ausencias. Gracias por ese andar compartido y por esa fortaleza tan contagiosa, que me ayudó a terminar este trabajo. Para ti, mis días todos.

Finalmente, a mis amigos: David, María, Lidia, Karla, Carmen, Fer.... Gracias por ser mi familia y hacerme sentir menos solo y menos loco de lo que en realidad estoy. Por ustedes, todos los días me doy cuenta que el camino que he elegido es el correcto.

Gracias, una y mil veces, gracias.

INDICE

TRABAJO FIN DE MÁSTER.....	1
TRABAJO FIN DE MÁSTER.....	2
INDICE DE ILUSTRACIONES	6
INDICE DE TABLAS	6
INDICE DE DIAGRAMAS	6
INTRODUCCIÓN	7
METODOLOGIA	19
a) La Etnografía Virtual.	22
b) Análisis Crítico/Político del Discurso.	26
c) Estudio de Caso.	32
MARCO CRÍTICO-CONCEPTUAL.....	38
a) Antropología Médica.....	38
b) Modelo Biomédico de salud.....	43
c) Medicina Tradicional.	44
d) Medicina Alternativa y Complementaria	53
e) Salud Intercultural.	56
f) Salud Internacional.....	60
g) Cooperación Internacional.	63
MARCO TEÓRICO	68
a) Postestructuralismo y Deconstructivismo	69
1) <i>Foucault: el Orden del Discurso, Biopolítica y Biopoder</i>	71
2) <i>Bourdieu: El Discurso y los Mercado Lingüísticos</i>	74
3) <i>Paul Ricoeur: Narratividad y Hermenéutica</i>	76
b) Los Estudios Poscoloniales y la Deconstrucción de la Realidad Social	79
c) El grupo Modernidad/Colonialidad.....	85
1) <i>Arturo Escobar, Antropología y Postdesarrollo</i>	88
d) Cooperación internacional y Desarrollo desde las Relaciones Internacionales	99
e) David Mosse y la “Metodología Constructivista”: Etnografiando la Cooperación Internacional	102
CAPÍTULO 1. LA INVENCIÓN DE LA MEDICINA MODERNA.....	107
a) Antecedentes: Medicina y Edad Media.....	108

b)	Rembrandt y el Poder Discursivo de “La Lección de Anatomía”	112
c)	Medicina y Modernidad	115
d)	Medicina Moderna, Medicina Tradicional y Diferencia colonial	129
e)	Medicina Hegemónica: La institucionalización hospitalaria	132
f)	Conclusiones	136
CAPÍTULO 2. MEDICINA MODERNA, MEDICINA TRADICIONAL Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL: LA INTERNACIONALIZACIÓN DEL DISCURSO.		139
a)	Introducción	139
b)	Desarrollo y Salud: Estructuras hegemónicas y modernidad.....	141
	1) <i>El primer intento de “Internacionalizar” la salud.</i>	141
	1) <i>Salud y Desarrollo: La irrupción discursiva de la Medicina Internacional</i>	144
c)	Salud internacional: Combate a las enfermedades y Control de las poblaciones	147
d)	Salud Global: La Reivindicación Discursiva de la Medicina Tradicional	151
e)	El discurso “trasnacional” de la salud	153
f)	La Medicina Tradicional como discurso en el Ámbito Internacional	159
	1) <i>Modernidad, colonialidad y medicina tradicional.</i>	161
	2) <i>Medicina tradicional: del discurso colonial al discurso del desarrollo.</i>	164
	3) <i>Medicina Tradicional, Salud Internacional y Enfoque de Bienestar</i>	168
	4) <i>La Medicina Tradicional en el marco de la Globalización de la Salud.</i>	179
g)	Conclusiones	203
CAPÍTULO 3. ESTUDIO DE CASO: MEDICINA TRADICIONAL EN BOLIVIA.		208
a)	Introducción	208
b)	Bolivia: Datos Básicos	210
c)	Historia, cosmovisión andina y movimientos sociales.....	213
d)	Medicina Tradicional: Prácticas y Significados	232
e)	Política exterior y Cooperación Internacional en Medicina Tradicional	249
f)	Del Desarrollo al Buen Vivir: El Suma Qamaña	272
g)	Medicina Tradicional y Modelo Médico Hegemónico: Análisis a modo de conclusiones.....	280
CONCLUSIONES		305
BIBLIOGRAFÍA.....		323

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Determinantes sociales en Salud.....	62
Ilustración 2. La lección de anatomía del Dr. Pulp. Rembrandt, 1632	112
Ilustración 3. Esquema Temporal de la Región Andina.....	216
Ilustración 4. Médicos Kallawayas retratados por Poma de Ayala.....	233
Ilustración 5. Ayuda Oficial al Desarrollo en Bolivia.....	257

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Conjunción del Método Etnográfico y el Estudio de Caso	35
Tabla 2. Estadísticas sociodemográficas de Bolivia	210
Tabla 3. Grupos Indígenas de Bolivia.....	212
Tabla 4. Estructura social de la Región Andina.	218
Tabla 5. Clasificación Médica de la Medicina Andina en Qollasuyo.....	234
Tabla 6. Procesos de Salud en el Mundo Andino.	236
Tabla 7. Tipos de Rituales Curativos en el Mundo Andino.....	239
Tabla 8. Monto de AOD destinada a Salud en Bolivia, desagregada por Donante	263
Tabla 9. Nociones de desarrollo desde la cosmovisión aymara.....	275
Tabla 10. Recursos humanos sociosanitarios en Bolivia	282
Tabla 11. Cobertura de parto institucional e inmunizaciones a partir de la condición étnica en Bolivia.....	283
Tabla 12. Etapas del control cultural.....	294

INDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1: Proceso de construcción y análisis de los datos en el ACD.....	31
Diagrama 2. Determinantes de los resultados sanitarios.....	199

INTRODUCCIÓN

Algunos de los cuestionamientos principales que se lanzan desde los llamados “Estudios Poscoloniales Latinoamericanos”, representados especialmente por el grupo modernidad/colonialidad, son los siguientes: **¿Cuáles son los legados coloniales en los que se inscribe la producción académica del conocimiento? ¿Cómo se puede lograr una verdadera descolonización del conocimiento?** (Castro-Gómez, Schiwy & Walsh, 2002, p. 7).

El presente estudio, enfocado desde el punto de vista de la Antropología Médica Crítica, intenta avanzar en este proceso de descolonización epistémica. Lo anterior, se realizará a partir del análisis de la construcción hegemónico-discursiva de la Medicina Tradicional desde su papel dual: como saber médico “tradicional”-es decir, como patrimonio cultural inmaterial- y como “motor de desarrollo” -por tanto, como práctica susceptible a los incentivos de la Cooperación Internacional-.

Más que nunca, es innegable que el proceso de mundialización, expresado en la transformación de la idea del espacio hacia delimitaciones difusas e híbridas marcadas por la simbiosis local-global, comienza a determinar la manera en la que las culturas se desenvuelven y son incorporadas al Sistema-Mundo tal y como es planteado por Wallerstein (2005). A su vez, los problemas locales y regionales sólo pueden entenderse a partir de su relación con un horizonte global amplio que reconfigura el accionar de los sujetos, y al mismo tiempo, contribuye a formar una pluralidad epistemológica alejada de los centros tradicionales de producción del conocimiento. Sin embargo, esta bidimensionalidad no siempre es construida de manera armónica, generando asimetrías y violencias de corte estructural.

Los movimientos de reivindicación étnica por parte de los pueblos indígenas latinoamericanos, las protestas anti-globalización en Seattle y Cancún, los fundamentalismos religiosos representados en su parte más cruenta en los atentados del 11 de septiembre. Todos estos acontecimientos nos muestran de que manera dicho proceso de proliferación epistemológica viene acompañado siempre de una denuncia explícita –y en ocasiones violenta- de los procesos de subalternización puestos en marcha a partir de la radicalización del proyecto universal-moderno.

El desarrollo de tales acontecimientos, este “choque de saberes” que a menudo desemboca en el ejercicio de una violencia irracional y desmedida, desplegada incluso al interior mismo de

los Estados-Nación, plantea un reto significativo desde el estudio de las Ciencias Humanas, especialmente el campo de los estudios antropológicos: ¿Cómo dar sentido a tales sucesos? ¿Cómo generar una explicación teórica apuntalada en una vocación práctica comprometida? Más importante aún: ¿Cómo plantear límites a la modernidad desde unas Ciencias Sociales que nacen y se desarrollan gracias a la expansión y consolidación hegemónica de este paradigma?

Todas estas son preguntas cuyas respuestas sólo pueden ser construidas colectivamente. Sin embargo, a partir del desarrollo de este estudio, buscará avanzarse en el establecimiento de una “visión de paralaje” (Zizek, 2006) que permita conformar un pensamiento marginal capaz de reconocer y estudiar la subalternización de conocimientos-otros, cuyo rescate es esencial para la construcción de mundos y conocimientos de otro-modo, plurales pero en constante diálogo y reconfiguración.

Es importante aclarar que este proceder analítico no busca convertirse en una “denuncia histórica”: no es una especie de “revanchismo” que magnifica las bondades de los paradigmas no-modernos, lo que degeneraría en una nueva forma de esencialismo y totalización de la realidad. Por el contrario, nuestro análisis se sitúa a partir de un ejercicio hermenéutico crítico aplicado al ámbito de la Cooperación al Desarrollo. Desde esta perspectiva, busca dotarse de sentido interpretativo a discursos ampliamente extendidos desde la lógica desarrollista, especialmente el papel de la “interculturalidad” y la localidad como legitimadores de la medicina tradicional.

Desnaturalizando y deconstruyendo los postulados de la Cooperación Internacional, específicamente en lo que respecta a la Medicina Tradicional, es posible encontrar una fuerte vinculación con la implantación hegemónica del proyecto moderno europeo. De esta manera, es posible caracterizar a la incursión discursiva de la Medicina Tradicional en el ámbito de la Cooperación al Desarrollo desde lo que Mignolo (2002) conceptualiza como “geopolíticas del conocimiento”. De acuerdo con este autor:

La historia del conocimiento está marcada geo-históricamente y además tiene un valor y un lugar de origen. El conocimiento no es abstracto y deslocalizado. Todo lo contrario (...) La trampa es que el discurso de la modernidad creó el efecto de que el conocimiento es desincorporado y des-localizado y que es necesario, desde todas las regiones del planeta, “subir a la epistemología de la modernidad (Mignolo, 2002, p. 18-19).

Analizar estas geopolíticas del conocimiento implica entonces un triple proceso, una especie de “Trinidad Analítica-Metodológica-Experiencial” que nos permitirá entender la

multidimensionalidad epistémica de la medicina tradicional en su carácter de discurso. Dicha tríada se encuentra representada en cada uno de los capítulos de la investigación de la siguiente manera:

1. En el primer capítulo, titulado “La invención de la Medicina Moderna” se tiene por objetivo desnaturalizar la mirada del paradigma biomédico, el cual se ha instaurado como un modelo “científico” y “neutral” capaz de lidiar con los procesos de salud-enfermedad-atención en las sociedades humanas de manera efectiva e integral, por lo que su expansión –una suerte de “evangelización sanitaria alopática”- se convierte en una responsabilidad moral ineludible, aún a costa de la desaparición de otros saberes médicos vinculados desde esta perspectiva a la “creencia” y la superstición.

En palabras de Mc Keown (1978):

Modern Medicine is not nearly as effective as most people believe. It has not been effective because medical science and service are misdirected and society's investment in health misused. At the base of this misdirection is a false assumption about human health. Physicians, biochemists, and the general public assume that the body is a machine that can be protected for disease primarily by physical and technical intervention (consultado en Brown, P., 2009, p. 62).

De acuerdo con este autor, los notorios descensos en los índices de mortalidad infantil y el aumento exponencial en las tasas de esperanza de vida, pueden ser explicados a partir de la mejora en las condiciones higiénicas y otras dimensiones asociadas a lo social (disposición de los hogares, desinfección, recolección oportuna y regulada de la basura, adecuado manejo de cadáveres y tratamiento del agua, entre otras), por encima de las explicaciones de carácter fisiológico. Sin embargo, esta estrecha vinculación entre salud y determinantes sociales ha sido nulificada, y en su lugar se presenta a las patologías como anomalías orgánicas individualizadas que deben tratarse internamente, por lo que se tiene un acercamiento mecanicista e instrumental a la salud y al cuerpo humano.

Por tanto, ese primer capítulo cuenta con un doble propósito: por un lado, pretende ahondar en las limitaciones del modelo biomédico como modelo eficaz para el tratamiento de las enfermedades en la totalidad de las regiones del planeta.

Aún más importante, este primer capítulo pretende rastrear los orígenes de la Medicina Moderna en términos de los procesos de instauración discursiva que dieron sustento epistemológico a su proyecto político/ideológico. El propósito, tomando como punto de

partida los análisis de Foucault acerca de los procesos de institucionalización de los discursos hegemónicos, es generar cadenas de interpretación que vinculen la implantación del discurso de la medicina moderna a esferas socioculturales más amplias.

Así, los procesos de institucionalización de la medicina moderna y el sistema hospitalario se encuentran íntimamente relacionados con el progresivo monopolio de los saberes médicos por parte de las órdenes religiosas. En ese sentido vincular medicina y religión permite establecer un paralelismo significativo entre el modelo médico europeo y otros sistemas etnomédicos que nacen y se desenvuelven con un cariz religioso que determina su proceder.

Con el advenimiento de las Universidades como centro de control y producción de conocimientos asociados a las élites de los incipientes Estados-Nación europeos, comienza un paulatino período de secularización del saber médico. Sin embargo, su ejercicio comienza a ser ampliamente reglamentado para distinguir entre la medicina “verdadera” y las prácticas paganas/ilegítimas. La puesta en marcha de los proyectos coloniales intensifica aún más estas oposiciones, por lo que la medicina, al igual que otros saberes representativos de la espíteme moderna, se transforma en un proyecto político que justifica la expansión del Estado.

Para Zizek (2010) el nivel fundamental de la ideología no se reduce a una ilusión que encripta el estado actual de los acontecimientos, sino el de una fantasía –inconsciente- que estructura nuestra realidad social. Desde esta perspectiva una ideología no es necesariamente “verdadera” o “falsa”, pero necesita mantener ciertos elementos ocultos que permitan su funcionalidad como mecanismo hegemónico. Por tanto, el objetivo de este primer capítulo es mostrar como un sistema etnomédico anclado a un sistema cultural específico –el modelo médico alópata- se convierte en un instrumento ideológico sustentado en un proyecto político expansionista, buscando paradójicamente eliminar todo rastro de vinculación entre la salud y el elemento político-social que la determina.

Para lograr lo anterior, recurre al “individualismo ilustrado” representado en el paradigma cartesiano, en dónde el sustento científico funciona como la legitimación discursiva del alto contenido moral del proyecto expansionista europeo. En palabras de Castro-Gómez (1993): “El nacimiento de las Ciencias Sociales no es un fenómeno aditivo a los marcos de organización política definidos por el Estado-Nación, sino constitutivo de los mismos. Era necesario generar una plataforma de observación científica sobre el mundo social que se quería gobernar” (s/n).

Dentro de este contexto se crea la figura del “otro” como representación simbólica que dota de sentido al proyecto moderno. Esto da lugar a lo que Spivak (1988) define como una “violencia epistémica”, caracterizada por la subalternización de los conocimientos que en un primer momento son perseguidos y que, a partir de la invención del desarrollo como modelo universal, son colocados en una escala taxonómica que los sitúa en situación de inferioridad para con el saber moderno.

En el caso específico del modelo biomédico, su legitimación como proyecto universal se vio acompañada forzosamente de su opuesto: una medicina “no científica”, sustentada en la creencia, arcaica, estática e ineficaz. Tal es pues, el origen de la medicina tradicional.

2. El segundo capítulo: “Medicina moderna, Medicina Tradicional y Cooperación Internacional: la Internacionalización del Discurso” busca situarse en los márgenes del pensamiento post-estructuralista, para analizar cómo este proceso de institucionalización discursiva construye una realidad social determinada. En este caso, el discurso de la medicina tradicional se configura –y es reconfigurado- a partir de su vinculación con el modelo internacional de salud.

Desde esta perspectiva, la internacionalización del paradigma moderno no se vincula únicamente con la expansión del Estado-Nación como modelo de organización político-territorial, sino que responde a su vez a procesos de securitización de fronteras. De esta forma, el elemento étnico es incorporado al proyecto de la modernidad desde una perspectiva de clase: se convierte pues en un mecanismo de producción indispensable para el aprovechamiento de los recursos naturales y el establecimiento de una primera proto-industria mundial. Aunado a lo anterior, la “diferencia patológica” entre el espacio europeo y las regiones colonizadas provoca una alta tasa de mortalidad, preocupante desde el punto de vista económico y político.

Con la institucionalización del desarrollo al término la Segunda Guerra Mundial, la salud de las poblaciones es concebida como un indicador fehaciente capaz de medir el grado de avance en estos rubros. Sin embargo, la salud se enfoca desde una perspectiva asistencialista que propugna por la “modernización” de los sistemas etnomédicos locales, adecuándolos a un modelo biomédico poco consecuente con las realidades de las naciones “sub-desarrolladas”.

Así, el Modelo Médico Hegemónico, que se había legitimado a partir de la intervención política y el uso de la violencia, comienza a globalizarse mediante cauces institucionales, rodeado de un aura de solidaridad y cooperación, especialmente desde los países del “Primer

Mundo”. Es importante hacer notar que en este primer momento, la medicina tradicional adquiere un papel residual, identificándose como un obstáculo al pleno desarrollo, sustentado en la modernización y el crecimiento.

Al interior de este capítulo se busca discernir cual fue el papel de los Organismos Internacionales de salud en la conformación de un paradigma sanitario internacional que continúa legitimando el Modelo Biomédico Hegemónico como el único capaz de “generar desarrollo”. A su vez, se rastrea el cambio en los discursos asociados a la Salud Internacional, ya que al interior de su trama narrativa se detecta un giro copernicano: de un modelo de salud asociado a la modernización de los sectores, a la globalización de la lucha contra determinadas enfermedades y a la securitización sanitaria, se transita a un discurso sustentado en la “Salud para todos” dónde la medicina tradicional es recuperada en términos de productividad, gratuidad y alcance universal.

Sin embargo años más tarde, a raíz de la privatización de los Sistemas Nacionales de Salud, como consecuencia de la profundización del modelo neoliberal, se genera una reivindicación discursiva de la estrategia de “combate a las enfermedades”, desde un punto de vista descontextualizado y apolítico. En ese sentido, sucede lo que Ránciere (1996) denomina “domesticación de la política”, caracterizada actualmente por la lógica de discurso multicultural bajo la cual opera.

Por tanto, podemos notar que los mecanismos de implantación hegemónica del discurso biomédico moderno han transitado por un doble proceso:

1. Un primer momento relacionado con el ejercicio “realista” del poder, en dónde los Estados más fuertes determinan la agenda internacional mediante el uso de la fuerza y la proyección de sus intereses nacionales. En ese sentido, cuentan con el monopolio de la producción discursiva, poniendo en marcha mecanismos de censura de discursos-otros, como es el caso de los saberes médicos tradicionales, que son considerados abiertamente un “lastre” para el desarrollo nacional.

2. Un segundo momento, dónde la hegemonía se refuerza al expresarse en términos ideológicos, en el que el discurso de “apertura” e “integración” se traduce en la asimilación de saberes elegidos y clasificados en términos de funcionalidad al aparato discursivo moderno. En este sentido la novedad del discurso legitima viejas prácticas, como el asistencialismo de los sistemas de salud o la consideración de la medicina tradicional como un saber pre-moderno, útil para tratamientos puntuales de atención “primaria”, que debe rescatarse más

como un vestigio arqueológico que como un saber ecológico que simboliza la posibilidad de construir relaciones autonómicas e interétnicas en un plano de igualdad reconocida entre Estados.

De esta forma, y a partir de los trabajos de Michel Foucault (1970) vemos como la medicina tradicional transita de un procedimiento de exclusión sustentado en la prohibición –lo que ocurre en los primeras experiencias coloniales, dónde la medicina tradicional se considera una herejía a erradicar- a un segundo momento vinculado a la separación razón-locura - representado por la conformación de los Estados-Nación independientes y el nacimiento del paradigma desarrollista, dónde los saberes tradicionales se consideran prácticas irracionales basadas en la creencia, que necesitan ser modernizadas- y, finalmente, un sistema de exclusión caracterizado por la voluntad de verdad, en el que la medicina tradicional se reglamenta e institucionaliza desde una posición de inferioridad y alcance limitado frente al paradigma moderno.

En definitiva, el propósito de este capítulo es mostrar de que manera el discurso de la medicina moderna ha construido nuevas fuentes de legitimación, transitando de la negación/subalternización de los saberes a partir de la censura discursiva o el ejercicio de la violencia, a un reforzamiento hegemónico basado en la “apertura” y el respeto a la diversidad, lo que en el caso de la salud se traduce en una nueva subalternización de los saberes a partir de su reificación y su incorporación en términos de mercancía.

Al igual que los productos, las mercancías y el capital, la medicina tradicional se desregula, perdiendo su anclaje cultural, su génesis histórica y su carácter político. A partir de su proyección espacial, la temporalidad se detiene, por lo que no es posible establecer una relación dialéctica en relación con otros saberes. En otras palabras, se anula la posibilidad de insertar la mirada del pasado en el futuro, por lo que paradójicamente cualquier intento de establecer diálogos interculturales se encuentra negado de antemano.

Analizando las distintas resoluciones de Organismos Internacionales de Salud en lo que a Medicina Tradicional se refiere, podemos observar que esta es considerada aún en términos de inferioridad en relación con el modelo biomédico moderno. Desde estos Organismos, se propugna por una difusión de los saberes tradicionales en base a una institucionalización jerarquizante que ignora los contextos culturales que propician el surgimiento de estas terapias tradicionales. Por tanto, la medicina tradicional debe pasar por un “filtro modernizador” que regule sus prácticas, permita la reificación de sus terapias y se sustente en la eliminación de riesgos, para poder ser aceptada al interior de la esfera internacional.

Como ocurre especialmente en el ámbito latinoamericano, una gran cantidad de estas iniciativas internacionales basadas en la “recuperación” de la medicina tradicional, implican la puesta en marcha de prácticas de biopiratería y la privatización de los conocimientos de las comunidades, cuyos saberes médicos tradicionales se encuentran estrechamente interconectados con sistemas ecológicos que trascienden el espacio sanitario y social.

Así, a partir del estudio de la performatividad discursiva que adquiere la medicina tradicional al ser incorporada a la trama de la Cooperación Internacional y el Desarrollo, es posible situar claramente de que manera las geopolíticas del conocimiento actúan, se desarrollan y se traducen en políticas concretas. En definitiva, la internacionalización discursiva de la Medicina Tradicional busca insertar a dicho saber en un modelo de racionalidad que la reduce a los planteamientos mecanicistas y productivistas del modelo biomédico europeo, despojándola de los componentes reivindicativos que precisamente posibilitarían su instauración como “paradigma sanitario-otro”.

El discurso multicultural de la Cooperación Internacional, que aboga por la inclusión de saberes “tradicionales” o alternativos, en realidad refuerza los procesos de colonialidad epistémica implantados por el proyecto moderno. De acuerdo con Castro-Gómez (op. cit.):

La subalternización del pensar y de los conocimientos, sin embargo, no se resuelve mediante la integración de lo otro a la epistemología dominante. Si queremos descolonizar la colonialidad del poder/saber y no ser subsumidos y silenciados, las formas disciplinarias mismas, sus metodologías y tecnologías de producir y representar los discursos tienen que ser descolonizadas (p.13).

3. Toda vez que se han analizado la medicina tradicional en términos de un discurso “superestructural” que se constituye como condición de posibilidad política, al materializarse en acontecimientos anunciativos (Díaz, 2005), se procederá a observar de que manera dicha materialidad discursiva impacta en una localidad específica, representada en este caso por el Estado Plurinacional de Bolivia.

Lo anterior permitirá, en primer lugar, complementar los mecanismos de saber-discurso-poder diseccionados en los primeros dos capítulos, introduciendo la noción de “diferencia colonial” establecida por Walter Mignolo (2002) la cual puede definirse de la siguiente manera:

La diferencia colonial es, básicamente, la que el discurso imperial construyó, desde el siglo XVI, para describir la diferencia e inferioridad de los pueblos sucesivamente colonizados por España, Inglaterra, Francia y Estados Unidos. La colonialidad no consiste tanto en la posesión de tierras, creación de monasterios, el control económico, etc. sino más que nada en el

discurso que justificaba, mediante la desvalorización de la diferencia que justificaba la colonización (Mignolo, 2002, p. 221).

En el caso específico de Bolivia, esta diferencia colonial se planteará de la siguiente manera: en primer lugar, se reconstruirá todo el elemento andino que precede a la medicina tradicional, analizando este saber indígena como un metarrelato anclado en la cosmogonía de sus practicantes, con un impacto directo en las relaciones sociales, económicas y ecológicas de las comunidades. A diferencia del paradigma moderno, dónde los saberes son clasificados y analizados en su especificidad, el discurso de la medicina tradicional en realidad forma parte de una trama discursiva indivisible que metaforiza la identidad étnica andina. Es por tanto que el saber médico tradicional desarrollado en Bolivia no debe estudiarse únicamente a partir de prácticas terapéuticas concretas o “rituales”: no debe abordarse desde su materialidad, sino desde los entramados simbólicos y hegemónicos que la dotan de significado.

Bolivia, al ser uno de los países con mayor porcentaje de población indígena en el mundo, resulta un ejemplo paradigmático debido a que ha experimentado durante largo tiempo las consecuencias de esta matriz colonial sobre sus instituciones, su organización social y, específicamente, la manera en la que se orienta la Cooperación Internacional Sanitaria que reciben. Sin embargo, Bolivia es también uno de los países dónde se han puesto en marcha de manera más decidida procesos de decolonización epistémica sustentados en la reivindicación étnica, específicamente a partir de la llegada al poder del indígena aymara Evo Morales Ayma.

Lo anterior ha dado como resultado una “hegemonización del pensamiento subalterno”, posibilitado gracias a un proceso de movilización indígena, defensa de autonomía y del territorio, en el que la medicina tradicional supo posicionarse como un símbolo/metáfora de la reivindicación étnica y lucha por los derechos culturales de estos pueblos. Sin embargo, la institucionalización de sus prácticas no ha logrado erradicar del todo los procedimientos heredados a partir de la experiencia colonial: al momento de traducirse en “política pública”, la medicina tradicional ha reproducido prácticas que refuerzan la dependencia hacia la medicina alópata, además de fomentar la creación de “élites interculturales” que determinan los avatares práctico-discursivos de los saberes médicos tradicionales.

Un elemento muy novedoso sin embargo, es la instauración de un paradigma-otro de desarrollo representado por la idea de “Buena Vida” o “Suma Qumaña”, el cual comienza a posicionarse como un locus de enunciación del discurso crítico latinoamericano en su búsqueda de (re) construcción colectiva de los saberes locales. De acuerdo con Catherine

Walsh (2009, p. 217) existen cuatro principios fundamentales que orientan esta visión en los países andinos:

1. El principio de relacionalidad, que sostiene el vínculo o interconexión entre todos los elementos que conforman la totalidad.
2. El principio de correspondencia, en el que los distintos aspectos o componentes de la realidad se corresponden de manera armoniosa, mediante el establecimiento de nexos o relaciones de tipo cualitativo.
3. El principio de complementariedad, el cual afirma que ningún ente, acción o acontecimiento existe aislado o por sí mismo, sino que existe con su complemento específico. Este principio es fundamental, pues choca con la lógica occidental de “no contradicción”, impidiendo avanzar en la concreción de prácticas interculturales.
4. Finalmente, el principio de la reciprocidad –o ayni-, el cual no solo compete a las interrelaciones humanas, sino a todo tipo de interacción: intrahumana, ser humano- naturaleza o ser humano-divinidad.

El Suma Quamaña por lo tanto, alberga en su interior un potencial emancipador altamente significativo, y ha logrado traducir –al menos discursivamente- una cosmovisión indígena propia en la elaboración de una política nacional de largo alcance. Sin embargo, y cómo se ha mencionado anteriormente, la materialización institucional de su discurso aún no ha logrado traducirse en prácticas concretas.

El objetivo de este tercer capítulo es, por lo tanto, recuperar el carácter político y emancipatorio de la medicina tradicional, a partir de su consideración como saber-otro inserto en un entramado sociocultural más amplio, que contiene elementos para avanzar en una decolonización epistémica capaz de erradicar el eurocentrismo imperante en la región latinoamericana. Para lograr lo anterior debe partirse de una crítica en la que la materialización de los análisis realizados en los primeros dos capítulos posibilite el establecimiento de propuestas concretas que avancen en la decolonización de los saberes desde el terreno de lo real y no únicamente como ejercicio teórico/académico.

En ese sentido, las conclusiones del estudio intentan avanzar en la detección de alternativas específicas encaminadas hacia la construcción de una interculturalidad crítica que, desde la teoría y la reflexión filosófica, sea capaz de imaginar nuevos escenarios políticos susceptibles a su desplazamiento hacia la esfera internacional, a menudo incapaz de interpretar experiencias locales, lo que comúnmente se traduce en el fracaso de las experiencias de

Cooperación al Desarrollo. En este punto, es importante mencionar que no se trata de reivindicar la “participación” o el “desarrollo local” como alternativas dentro de la modernidad. Por el contrario, se trata de generar alternativas “no-modernas” basadas en una ecología de saberes, que tienda ya no a la fragmentación, sino al establecimiento de cadenas hermenéuticas de equivalencia capaces de fomentar una política internacional pluriversa y respetuosa de las autonomías económicas, políticas, sociales y culturales.

Analizar como un “diseño global” –el discurso de la medicina moderna, con su control de los cuerpos y racionalidad mecanicista- se fusiona con una “historia local” –desde el caso Bolivia y la idea de “interculturalidad”- permite acercarse de manera novedosa a las relaciones teoría-práctica, fundamentadas ya no en el ejercicio del “purismo” metodológico, sino en la elaboración de propuestas específicas a partir de la consideración de ambas dimensiones como indivisibles e interconectadas. En ese sentido, conviene rescatar los planteamientos de Deleuze cuando establece que: “la práctica es un conjunto de conexiones de un punto teórico con otro, y la teoría un empalme de una práctica con otra... No existe ya la representación, no hay más que acción, acción de teorías, acción de prácticas” (Deleuze, G., en Foucault, 1992, p. 84). Foucault complementa de la siguiente manera:

El papel del intelectual no es el de situarse “un poco en avance o un poco al margen” para decir la muda verdad de todos; es ante todo luchar contra las formas de poder allí dónde este es a la vez el objeto y el instrumento: en el orden del saber, de la verdad, de la conciencia, del discurso. Es en esto que la teoría no expresa: no traduce, no aplica una práctica; es una práctica (...) Lucha contra el poder, lucha para hacerlo aparecer y golpearlo allí dónde es más invisible y más insidioso. Lucha no por una “toma de conciencia” (...) sino por la infiltración y la toma de poder, al lado, con todos aquellos que luchan por esto, y no retirado para darles luz. Una “teoría” es el sistema regional de esta lucha. (Foucault, 1972, p. 105-107).

El sentido del presente estudio se orienta decididamente a lo establecido por Deleuze y Foucault: se posiciona como una denuncia al orden de verdad instaurado por el discurso de la medicina moderna, para observar como incide en contextos específicos, y de qué manera este discurso se nutre, se resiste, se reconfigura. Lo anterior, además de rescatar el potencial transformador de las Ciencias Humanas, pretende reivindicar una transdisciplinariedad que abarque no únicamente el diálogo con otras disciplinas –la historia, la filosofía, la psicología, la medicina- haciéndose extensiva hacia “antropologías-otras” que buscan desarrollar aparatos conceptuales propios, alejados de las concepciones “clásicas” de la disciplina. “Ciencia” y “Universalización” deben dejar de ser sinónimos extrapolables a todas las sociedades. Por lo

tanto, el sentido, la presente investigación consiste en decolonizar el poder, a partir de la decolonización/antropologización del pensamiento sanitario moderno:

Si la primera ruptura, realizada en los siglos XVIII Y XIX, se hizo frente a la “doxa” de los saberes tradicionales, la segunda debe hacerse frente a la primera, es decir, frente a la jerarquía de los conocimientos planteada por la episteme moderna. Lo cual significa que el reto no es ya distanciarse de las otras epistemes –con el objeto de garantizar una mayor objetividad del conocimiento- sino acercarse a ella (Castro-Gómez, Schiwy & Walsh, op, cit. p. 12).

Es pues, un intento de etnografiar el poder, desmontando los mecanismos hegemónicos que han construido el discurso de la medicina “científica”. Por tanto, el presente análisis puede considerarse “utópico” desde la definición planteada por Zizek:

There are two false meanings of utopia : one is this old notion of imagining this ideal society we know will never be realized, the other is the capitalist utopia in the sense of new perverted desire that you are not only allowed but even solicited to realize. The true utopia is when the situation is so without issue, without the way to resolve it within the coordinates of the possible that out of the pure urge of survival you have to invent a new space. Utopia is not kind of a free imagination, utopia is a matter of inner most urgency: you are forced to imagine it, it is the only way out, and this is what we need today. (2010, s/p).

Este análisis busca interpretar este sentido de urgencia, para avanzar en la denuncia de conceptualizaciones discursivas que se traducen en prácticas poco eficaces de política pública y Cooperación al Desarrollo. Es momento de dejar del lado la racionalidad instrumental denunciada por Horkheimer (1969) y la Escuela de Frankfurt, para acercarnos a los fenómenos desde una posición “inter-epistémica” que habilite la “teoría en la práctica” y la “práctica en la teoría”. Una manera de avanzar en lo anterior es desnaturalizando y desfolklorizando la medicina tradicional, para observar su importancia en términos discursivos, prácticos e intersubjetivos. Avancemos pues, en estos procesos de construcción-deconstrucción-imaginación colectiva.

METODOLOGIA

La presente investigación toma como punto metodológico de partida el enfoque cualitativo-hermenéutico basado en la interpretación etnográfica del discurso. Específicamente, se enmarca dentro de lo que Dietz (2009) denomina una “etnografía doblemente reflexiva”, la cual permite recrear discursivamente –por encima del plano meramente experiencial- las perspectivas *etic* y *emic*, propias de la ciencia antropológica. A partir de este ejercicio analítico, dichas dimensiones cesan de ser consideradas como opuestos binarios correspondientes a categorías alejadas, homogéneas y bien diferenciadas metodológicamente, adquiriendo un componente relacional que habilita su análisis conjunto.

La etnografía doblemente reflexiva pretende dar cuenta de las contradicciones actuales del conocimiento antropológico, en dónde paradójicamente esta disciplina comienza paulatinamente a desprenderse del método etnográfico -como un discurso totalizador que legitima el accionar de nuestra disciplina-, mientras que a la par, tal recurso etnográfico comienza a validarse como una metodología poderosa en el campo de otras “ciencias del espíritu” como la sociología, la psicología social o los estudios culturales. Dietz (op. cit.) afirma por tanto que este proceso ha generado “la culturización y posterior multi e interculturización de las ciencias sociales y humanas (...) y la etnografización de las metodologías cualitativas y participativas de la investigación” (p. 5).

Lo anterior es reforzado por el giro multicultural y el proceso de gestión de las alteridades característicos del capitalismo tardío -lo que se define como “multiculturalismo neoliberal” (Hale, 2006)- el cual “populariza”, esencializa y reifica la diversidad étnica/minoritaria de las sociedades, reduciéndola a un programa político que se sustenta en la necesidad de incorporar a dichas alteridades en el marco de proyectos nacionales -“inclusivos”- más amplios.

A partir de este proceso paradójico, caracterizado por el auge de las diversidades en un contexto de “fractura etnográfica” de la disciplina, la discusión del conocimiento antropológico se ha bifurcado en dos propuestas en principio contradictorias, aunque ambas con alcance limitado:

- Una etnografía de corte “post-moderno” basada en el enfoque experiencial y autorreferencial, que busca reivindicar la subjetividad teórico-práctica de los informantes, además de enfatizar la importancia del relativismo y la fragmentación cultural en los análisis de corte antropológico.

- Una etnografía anclada en lo que podemos denominar “antropología militante”, en dónde es el propio antropólogo quien reivindica su subjetividad profesional, cuestionando el alejamiento de corte positivista que ha acompañado el devenir de la antropología desde sus inicios. El antropólogo se convierte por tanto en un “sujeto político” que cuestiona la auto-representación de la que es objeto a partir de la institucionalización del conocimiento científico, denunciando de esta manera la subordinación de este conocimiento a proyectos de carácter suprahegemónico.

Ambas posturas sin embargo, presentan falencias teórico-metodológicas importantes, generando lo que Dietz (op. cit.) define como “esencialismo etnográfico”:

1. Por un lado, la antropología posmoderna a menudo presenta sus resultados bajo un esquema de “metarrelato” desconectado de los procesos históricos, económicos, políticos y sociales que lo engendran. Aunado a lo anterior, se sujeta a un estilo meramente retórico y testimonial que a menudo impide su contrastación, discusión y enriquecimiento teórico. Por tanto, el proceso metodológico se presenta exclusivamente como un ejercicio hermenéutico de autorreflexión frente a la experiencia del encuentro con el otro, en dónde la narratividad eclipsa la historicidad política de los fenómenos sociales (Crapanzano, 1977).
2. En lo que respecta al método etnográfico como herramienta de empoderamiento o “liberación”, se centra en denunciar las estructuras de dominación, de las cuales el conocimiento antropológico ha sido tradicionalmente cómplice y planificador. En palabras de Dietz (op. cit): “a diferencia de la etnografía experimental, que acaba retirándose de sus implicaciones en el campo, la antropología de la liberación opta, al contrario, por convertir estas mismas implicaciones en su interés central” (p. 9). Al interior de este enfoque activista, destacan planteamientos metodológicos como la Investigación Acción Participativa (IAP) y la intervención sociológica.

Uno de los principales problemas de este acercamiento analítico sin embargo, tiene que ver con el papel del antropólogo como “experto” o “facilitador”. En términos reales, lo que sucede es que se terminan reforzando relaciones de dependencia entre el antropólogo y las poblaciones vulnerables. Metodológicamente, lo anterior deviene en la puesta en marcha de etnografías *a la carte* o *express* que pervierten el potencial científico de dicho instrumento analítico.

Finalmente, otra de las carencias significativas de esta “antropología de la liberación”, recae en su ingenuidad metodológica: dicha postura considera que el *empowerment* o

la participación de individuos pertenecientes a las comunidades estudiadas es garantía inequívoca de desarrollo local o cambios sociales equitativos. La experiencia sin embargo, ha demostrado que muchos de estos procesos degeneran hacia la creación de “élites comunitarias” que reproducen internamente estructuras de poder de carácter externo.

Partiendo de la identificación de tales falencias en ambas posturas, Dietz (op.cit.) propone una antropología “descolonizante y descolonizada” que parta del siguiente reconocimiento de relaciones asimétricas y dialécticas a diferentes niveles de la investigación¹:

- Entre el investigador como persona, la ciencia como institución y el grupo estudiado, así como la o las sociedades –del norte o del sur- que constituyen el marco político social que articula las relaciones entre estos tres elementos (Krotz, 2005).
- Entre el sujeto investigador, el sujeto investigado y las mencionadas estructuras circundantes que condicionan y objetivizan de forma dialéctica la intersubjetiva relación de campo (Leyva & Speed, 2008).
- Entre el conocimiento antropológico de origen occidental y hegemónico, centrado en el sujeto que protagoniza la investigación, y otras formas de conocimiento contra-hegemónico, centradas en los sujetos investigados (Escobar, 1992).

Partiendo del reconocimiento de estas tensiones/contradicciones, y reivindicando la necesidad de un posicionamiento ético ante los sujetos investigados, se parte pues de una “hermenéutica doble” (Giddens, 1995) que identifique dos procesos reflexivos diferenciados en los que se discurre, por un lado, acerca de los saberes cotidianos de los actores sociales y, por otro, acerca de la actividad cotidiana correspondiente al investigador social.

Es por lo tanto, una tarea constante de introspección-exteriorización, que permite dar cuenta de los cambios epistemológico-discursivos acontecidos en las sociedades humanas, así como las prácticas y discursos de los actores que la componen, todo ello desde una perspectiva fuertemente unida a la idea de localidad y a las políticas de lugar (Escobar, 2000). A su vez, dicha herramienta contribuye a la antropologización del discurso científico, así como al desentrañamiento de los procesos de construcción y reconfiguración del mismo. De este modo, es posible abandonar la idea del trabajo antropológico como un simple encuentro documentado con la otredad. Dietz (op. cit.) lo explicita de la siguiente manera:

¹ Lo anterior se encuentra detallado a profundidad en Dietz, Gunther (2011). Hacia una etnografía doblemente reflexiva: una propuesta desde la antropología de la interculturalidad. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 6 (1), 3-26 p. 12-13.

La resultante praxis etnográfica propuesta aquí no se limita ni a la introspección estatizante ni a la externalización movilizante. Mediante la negociación recíproca de intereses académicos y políticos, es posible generar una novedosa mixtura de teoría y práctica que se traduce en fases de investigación empírica, de teorización académica y de transferencia a la práctica política (p. 14).

En el caso específico de esta investigación, la etnografía doblemente reflexiva permite oscilar entre el análisis teórico/discursivo de procesos culturales de carácter amplio, que generan estructuras de dominación con impacto internacional, y además, observar la manera en la que estas estructuras son apropiadas, resistidas, negociadas y reconfiguradas por actores específicos. Se trata por tanto, de reivindicar una simbiosis teórico-práctica que se construye paralelamente, dando cuenta de la transectorialidad de los fenómenos socioculturales, y rescatando la inter-subjetividad, interdiscursividad e intersubjetividad de los procesos.

A su vez, dicho acercamiento genera la posibilidad de realizar entrecruzamientos entre categorías “culturales” -como la diversidad o las prácticas comunitarias-, que son analizadas en relación con otras categorías de corte social, tales como el análisis de la desigualdad, incluyendo igualmente conceptualizaciones de corte político, entre las que destaca el estudio de los procesos de construcción y (re) configuración del poder, así como su impacto en un espacio local determinado. Conjunta por tanto, la necesidad de una reivindicación discursiva que se acompañe de propuestas específicas orientadas hacia la transformación práctica y epistemológica de las comunidades estudiadas.

Tomando como punto de partida este primer abordaje cualitativo y doblemente hermenéutico, se han considerado tres subelementos que permiten construir un esquema metodológico sólido para abordar el papel discursivo y antropológico de la medicina tradicional en el caso Boliviano. Dichos elementos parten de una perspectiva “macro” como acercamiento preliminar al fenómeno, hasta llegar al análisis de las particularidades asociadas a un grupo cultural delimitado. Sin embargo, estas tres herramientas no deben ser analizadas de manera aislada, por el contrario, deben ser evaluadas como un conjunto “nodal” capaz de abordar holísticamente el discurso de la medicina tradicional. Los elementos que sustentan la etnografía doblemente reflexiva de esta investigación son:

a) *La Etnografía Virtual.*

De acuerdo con Estalella & Ardévol (2007) el término “etnografía virtual” hace referencia al modo en el cual la metodología antropológica ha ido adaptándose al estudio de las

interacciones mediadas por el ordenador, así como las prácticas sociales y culturales que se asocian al uso y la producción de la internet.

Cómo un breve paréntesis, es necesario aclarar que el quehacer etnográfico desarrollado en esta investigación se alinea con la propuesta de Haraway (2004) en donde la etnografía es concebida no como un método específico en antropología sino “más bien un método de estar en riesgo ante las prácticas y los discursos dentro de los que se investiga” (p. 221). Estar en riesgo implica para esta autora:

Estar consciente sobre las diferentes posiciones que desafían previas estabilidades, convicciones o múltiples maneras de ser...Una actitud etnográfica puede ser adoptada dentro de cualquier tipo de investigación incluyendo el análisis textual. No limitada a una disciplina específica, una actitud etnográfica es un modo de atención práctica y teórica (...) Tal método no tiene que ver con “tomar partido” de una manera predeterminada, sino tiene que ver con riesgos, propósitos y esperanzas (...) anidados en proyectos de conocimiento (ibíd.).

A partir de este enfoque, una actitud etnográfica vinculada al análisis discursivo habilita la intertextualidad entre discursos y prácticas –entendidos ambos como “textos hermenéuticos”- capaces de interpretar fenómenos socioculturales particulares.

Volviendo a la etnografía virtual, el libro paradigmático de Christine Hine (2000) en donde se analiza el papel del internet como modelo de producción e intercambio de información, permite dar cuenta de las profundas implicaciones culturales relacionadas con la utilización de este medio electrónico, especialmente en sociedades occidentales. De acuerdo con esta autora:

El agente de cambio no es la tecnología en sí misma, sino los usos y construcción de sentido alrededor de ella (...) La etnografía es una metodología ideal para iniciar esta clase de estudios, en la medida en que puede servir para explorar las complejas interrelaciones existentes (...) que tome en cuenta las relaciones, actividades y significaciones que se forjan entre quienes participan en los procesos sociales del mundo (p. 14).

Al ser un campo de estudio novedoso, la etnografía virtual se ha ocupado casi exclusivamente del análisis de dos procesos: en primer lugar, el carácter dialógico y relacional del espacio virtual, un mundo cargado de sentidos y particularidades diferenciadas –como la nueva construcción del tiempo y el espacio tal y como es planteada por Giddens (1990)- y, en segundo, el impacto cultural de esta tecnología que modifica las interacciones cotidianas, construyendo nuevos significados asociados a lo que Lipovetzky (2006) denomina “hipermodernidad”.

De igual modo, la etnografía virtual involucra el reconocimiento de esa “crisis paradójica” del método etnográfico tal y como fue planteada anteriormente, en dónde el extrañamiento y el “haber estado ahí” en términos de Geertz (1991), no aseguran ya la legitimidad, validez y fiabilidad teórico-práctica de los resultados.

Sí bien el internet es abordado antropológicamente principalmente desde su rol como un espacio de interacción social, en lo que respecta específicamente a la presente investigación, este medio será analizado desde una perspectiva dual:

-En primer lugar, como un espacio de producción de textos, cercano a la idea de “campo” elaborada por Bourdieu (1987, 1988, 1991), entendido este como un conjunto de relaciones de fuerza entre agentes e instituciones, que luchan por formas específicas de dominio y monopolio de un capital simbólico movilizador (Gutiérrez, 1997). Es en el espacio virtual dónde se manifiesta de manera más significativa el poder y alcance de los discursos, ya que estos se insertan en un terreno aparentemente neutral que sin embargo reproduce las asimetrías y taxonomías hegemónicas propias de la constitución de un mecanismo saber/poder, tal y como será analizado en capítulos posteriores.

-A su vez, el internet puede considerarse un “discurso en sí mismo”, contenedor de una textualidad propia que lo habilita como un fuerte mecanismo de control social, ordenamiento de discursos y legitimación de la censura. En lo que respecta a los procesos políticos, el internet reviste a los discursos de una idea de “transparencia” y objetividad que refuerza la naturalización de las estructuras de dominación, por lo que su análisis resulta fundamental para entender el funcionamiento de los nuevos mecanismos de poder, especialmente en la esfera de la Cooperación Internacional.

Considerando al internet como un “discurso productor de discursos” –una textualidad compuesta a partir de la constitución de numerosos textos específicos-, el trabajo metodológico consistirá en rastrear el proceso de construcción de estos textos, el contexto en el cual son producidos, y su relación con otros metarrelatos hegemónico/ideológicos. La intención es pues, comprender los significados que subyacen en la creación y puesta en marcha de estos componentes discursivos.

Abordar el papel del internet como un texto, es decir, como producto cultural resultado de un proceso enmarcado en relaciones de poder, contribuye a rescatar el papel de los textos como sujetos etnográficos, por encima de lo que Hine (op. cit.) define como la “herencia romántica” de la etnografía, la cual suele dar preeminencia a los discursos orales por encima de los

escritos.² Sin embargo, estos últimos son fundamentales para el estudio de los fenómenos culturales, ya que son productos, -materialidades culturales concretas- que a su vez son capaces de generar nuevas materialidades y construir realidades específicas. De acuerdo con Hine (op. cit.) estos nuevos discursos son:

Protocolos de reglas, manuales, biografías, registros científicos, estadísticas oficiales y códigos de prácticas, pueden ser material etnográfico en tanto representan y dan forma a una realidad sustentada en prácticas concretas. Para el etnógrafo, por ende, no se trata de apartarse de los textos porque le parezcan descripciones distorsionadas, ni de aceptarlos como verdades incuestionables, sino de sustentarse en las “competencias sociales” que subyacen al acto de leer (...) interpretando así los escritos como artefactos culturales socialmente situados (p. 66-67).

Por tanto, analizar los discursos políticos a partir de una etnografía virtual contribuye a la deconstrucción del sentido que busca crearse a partir de esas prácticas, así como la construcción de legitimidad que se pretende –lo que muchas veces no se traslada al campo de lo real- y el papel de los actores como productores de discursos, deslocalizados a partir de su traslado a la internet.

Mediante un ejercicio hermenéutico y reflexivo, el análisis de los textos producidos en internet, en este caso el análisis de los discursos internacional y localmente construidos sobre lo que se ha denominado “medicina tradicional”, posibilita una labor clave del quehacer antropológico: el hacer “visible lo invisible”: la desnaturalización de los textos políticos para analizar los significados que se construyen a partir de una intertextualidad discursiva generada en la red. Mediante un ejercicio hermenéutico, el análisis del discurso de la medicina tradicional en la web permite a la vez cuestionarnos acerca de la naturaleza misma del conocimiento científico y la validez de los textos políticos que a partir del mismo buscan construir legitimidad.

La tarea principal es, por tanto, mostrar y describir objetivamente de que manera el conocimiento objetivo y la institucionalización política son en realidad resultado de un proceso encausado por el accionar específico de autores situados a diferentes niveles dentro del esquema social, de acuerdo a las cuotas de poder en constante cambio y (re) configuración.

² Esto puede explicarse por el énfasis de los estudios etnográficos en sociedades denominadas “tradicionales” en las que el conocimiento escrito funciona como un mecanismo de construcción de élites. Al enfocarse en el papel de la medicina tradicional como saber subordinado a las estructuras primarias de poder, esto no supone un problema para el acercamiento etnográfico.

De lo que se trata es, por tanto, de desmontar la visión de los textos como una simple (re) presentación de la realidad, analizando el proceso y las consecuencias mediante las cuales un discurso político busca erigirse como el “real” o el “verdadero”.

La etnografía virtual por tanto, funciona como un proceso de poder caracterizado por la selectividad de los discursos, en lo que podemos definir como un mecanismo de “jerarquización taxonómica hipermoderna” que revela lo que puede o no puede decirse acerca de un fenómeno particular.

En lo que respecta al terreno antropológico, la mayoría de los textos disponibles en internet abordan a la medicina tradicional desde una perspectiva materialista, inventariando sus distintos usos y documentando sus rituales. Asistimos por tanto a una reificación de la medicina tradicional desde el momento mismo en que es colocada discursivamente en un espacio virtual.

Es indispensable no olvidar que el texto se encuentra siempre atado a sus procesos de producción y consumo, por lo que sólo toma sentido, y puede ser interpretado correctamente, tomando como punto de partida en el contexto que lo produce. Sólo de esta manera es posible dar cuenta de las distintas prácticas disciplinarias encubiertas que rodean al proceso de producción, distribución y consumo de textualidades hegemónicas. Por tal razón es necesario recurrir a técnicas metodológicas capaces de profundizar en el impacto del texto en espacios culturalmente delimitados y socialmente construidos.

b) Análisis Crítico/Político del Discurso.

Si bien desde un punto de vista epistemológico el análisis crítico del discurso es considerado una estrategia metodológica de aplicación reciente, actualmente comienza a tener un auge significativo en un importante número de disciplinas sociales y humanas.

Saura (2008) fija los antecedentes de esta metodología dentro de la línea de investigación de los estudios críticos del lenguaje —entre los que destacan Fowler, Hodge y Trew, entre otros— y la Teoría Crítica representada por la Escuela de Frankfurt —teniendo como exponentes a Horkheimer y Gadamer, principalmente—.

En palabras de Saura (ibíd.): “el Análisis Crítico del Discurso se ha centrado en el discurso por medio del cual las instituciones y los distintos grupos sociales construyen una supuesta “realidad” como medio de llegar a descubrir el punto de vista, los intereses, las ideologías, las identidades y los propósitos implicados en dicha construcción lingüística” (p. 818)

En el caso concreto de esta investigación, el análisis crítico del discurso toma como punto de partida el concepto del poder, desplegado principalmente a través del discurso –de acuerdo a los planteamientos de Foucault (1980)- para mostrar cómo se construye el concepto de medicina tradicional desde la episteme occidental, especialmente en el contexto de las instituciones dedicadas a la Política Exterior y a la Cooperación Internacional. De esta manera es posible entender el discurso de la medicina tradicional como una invención eurocéntrica, cuyos significados perviven aún a pesar de los procesos descoloniales experimentados por los denominados países del “Tercer Mundo”.

Así, la aproximación que se realiza al estudio de la medicina tradicional, y las relaciones supuestamente “interculturales” que a partir de ella se construyen, se sustenta en la idea de una “construcción discursiva”, en la que el lenguaje permite identificar y caracterizar procesos culturales o, como en este caso, explorar sus posiciones ideológicas y las relaciones construidas ante la otredad/diversidad cultural.

Gracias al análisis crítico del discurso es posible adoptar un enfoque constructivista que dé cuenta del universo de significados que se construyen en el medio discursivo, así como las consecuencias de este para la vida social. Tomando como punto de partida dicho proceso, es posible entonces poner en marcha un acercamiento deconstructivista/posestructuralista que indague sobre la historicidad y contingencia del modelo médico hegemónico, así como el procedimiento que generó su implantación como discurso “válido” relegando y subordinando “discursos-otros” ajenos al proyecto europeo de la modernidad.

Van Dick (1999) define al análisis crítico del discurso de la siguiente manera: “el análisis crítico del discurso es un tipo de investigación analítica sobre el discurso que estudia primariamente el modo en que el abuso del poder social, el dominio y la desigualdad son practicados, reproducidos y combatidos, por los textos o por el habla en el contexto social y político” (p.23).

Atendiendo a la definición del autor, el análisis crítico del discurso se distancia de las pretensiones clásicas de objetividad o científicidad, denunciando inclusive su papel como instrumento legitimador del conocimiento, sin perder por ello la búsqueda de rigurosidad, un anclaje teórico sólido y un corpus metodológico bien delimitado.

Uno de los propósitos fundamentales del análisis crítico del discurso es el “incrustar” el trabajo investigativo y académico en las bases sociopolíticas que lo producen. Busca por lo tanto, criticar y terminar con la desconexión entre academia y sociedad, comprometiéndose

con prácticas profesionales capaces de ser útiles en los procesos de cambio político y social, sin caer en la “antropología de la liberación” cuestionada en párrafos anteriores.

Fairclough y Kodak (1994) resumen como sigue los principios básicos del ACD:

1. **El ACD trata de problemas sociales.** En este caso se alude a las dramáticas condiciones de salud en las poblaciones indígenas, así como la incapacidad de la medicina alópata para responder efectivamente a sus necesidades sanitarias. A su vez, se retoma la problemática de la interculturalidad en salud desde una postura crítica.
2. **Las relaciones de poder son discursivas.** Esto lo demuestran los discursos y conferencias de los Organismos Internacionales de Salud y de la Cooperación Internacional, cargados de elementos ideológicos que refuerzan la subordinación de los saberes “tradicionales” al modelo occidental.
3. **El discurso constituye a la sociedad y a la cultura.** A través del discurso de la “tradición” se ha construido una (re) presentación eurocéntrica de las comunidades indígenas. A través del discurso de la interculturalidad se ha totalizado el saber médico indígena.
4. **El discurso hace un trabajo ideológico.** En este caso, el discurso de la interculturalidad naturaliza las desigualdades en salud de las comunidades indígenas, disfrazándolas de respeto a la diversidad. Por otro lado, el discurso de la medicina tradicional, construido en oposición al modelo biomédico, sitúa a ambos dentro de una misma línea evolutiva en la que la medicina tradicional funge como “protomedicina”: un ancestro del saber médico moderno.
5. **El discurso es histórico.** Fuertemente relacionado con el carácter ideológico del discurso, este puede ser entendido como un proyecto asociado fundamentalmente a la expansión del paradigma moderno. En lo que respecta al ámbito latinoamericano, es al interior del grupo modernidad/colonialidad donde se denuncia el carácter histórico y contingente de la “ciencia” sustentada en la racionalidad instrumental cartesiana, deslegitimando cualquier tipo de conocimiento alternativo.
6. **El análisis del discurso es interpretativo y explicativo.** En este sentido se retoma la teoría del texto desarrollada por Gadamer (1996, 1998) y Ricoeur (2001), en el que el paso de la fenomenología a la hermenéutica permite establecer una mediación entre la función (de carácter científica) y la interpretación (de carácter hermenéutica). De acuerdo con Villarroel (2000): “la acción humana en cuanto acción significativa (...) está concebida como una obra abierta, abierta a que cualquiera la pueda leer, y por lo

mismo siempre dotada de un significado en suspenso, y resistiendo a cualquier pretensión de encapsulamiento unívoco” (p. 152).

- 7. El discurso es una forma de acción social.** Por lo tanto, se encuentra en constante dinamismo, continuamente apropiado, resistido y reconfigurado por los actores sociales, cuyo eje político consiste precisamente en introducir demandas y modificaciones a este discurso.

El elemento central que subyace al ACD es la relación entre discurso y poder, en dónde el simple acceso a los discursos funciona de entrada como un recurso de poder. Retomando los planteamientos de Van Dijk (op. cit.): “el ACD se centra en la explotación del poder, y en particular en el dominio, esto es, en los modos en que se abusa del control sobre el discurso para controlar las creencias y acciones de la gente en interés de los grupos dominantes” (p. 26).

En ese sentido el ACD retoma necesariamente el análisis político del discurso, como un instrumento de control del contexto que permite definir y construir conceptualizaciones políticas como espacialidad, temporalidad, participación, etc. Por tanto, el discurso de las elites es siempre un discurso de (re) presentación que esencializa a la alteridad, por lo que el papel del ACD es generar nuevas interpretaciones que cuestionen dicha transmutación discursiva. En definitiva, se trata entonces de conceder primacía a los “procesos” socioculturales por encima de los “productos” culturales.

Una línea metodológica específica que se desprende del ACD es el “Análisis Político del Discurso” (APD) desarrollado por Laclau & Mouffe (1985), en el que la noción del discurso trasciende el lenguaje, escrito o hablado, para hacerse extensivo a toda acción portadora de sentido³, y en dónde lo político se constituye como una institución hegemónica no fundante. Siguiendo a Laclau (op. cit.): “Si el momento político de la institución requiere movimientos retóricos y estos presuponen el discurso como terreno de operación, está claro que el campo de lo discursivo es un requisito indispensable para entender lo político”⁴.

Por tanto, el autor considera que el discurso político se estructura como un “esfuerzo articulador antagónico” que marca principios de alteridad a priori, que necesitan ser superados como un esfuerzo de voluntad política.

³ El autor lo define de la siguiente manera: “por lo discursivo no entiendo lo que se refiere al texto en el sentido restringido, sino al conjunto de los fenómenos de la producción social de sentido que constituyen a una sociedad como tal” (Laclau, 1985, 39)

⁴ Referencia tomada de la Entrevista a Ernesto Laclau realizada por Guillermo Olivera y publicada electrónicamente en <http://www.designisfels.net/designis2.htm>

Cómo se mencionará más adelante, una de las principales contribuciones del análisis político del discurso consiste en la identificación de discursos/significantes “vacíos”, definidos como signos sin significado, “significados flotantes” cargados de sentido a partir de luchas de poder. En la presente investigación, se parte de la consideración de la medicina tradicional como un significante vacío debido al uso diferenciado y a menudo contradictorio que adquiere dependiendo del grupo social que lo utilice, para mostrar cómo es cargado de sentido por los diferentes actores sociales, así como las consecuencias de este acto.

De esta manera, el proceso de conformación de identidades colectivas no puede pensarse por fuera del discurso que las crea/legitima/subordina. En palabras de Retamozo (2010): “Si originaria, (y althusserianamente) el discurso interpelaba a los individuos para convertirlos en sujetos, en la actualidad Laclau se inclina por concebir que es la lógica de la articulación (equivalencia y diferencia) la que ayuda a comprender la formación de identidades” (s/p)⁵.

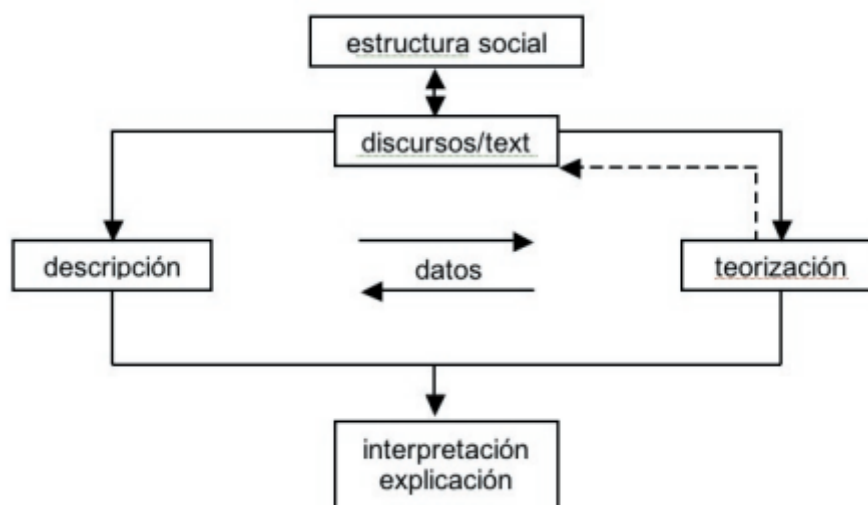
La noción de APD de Ernesto Laclau (op. cit.) por un lado, mantiene la perspectiva relacional de las identidades a partir de la identificación de discursos con contextos específicos y, además, profundiza en el enfoque posestructuralista que considera el discurso como un constituyente fundamental de la realidad social. Por tanto, analizar el discurso de la medicina tradicional implica necesariamente un abordaje crítico del modelo biomédico de salud, observando el proceso por el cual este discurso transmuta hasta convertirse en un producto ideológico y, finalmente, en una estructura hegemónica de control y clasificación social.

En el caso puntual de Bolivia, el APD permite identificar dos “formaciones discursivas” (Foucault, [1970] 1999) antagónicas en lo que respecta a la medicina tradicional, en dónde, la llegada al poder de una hegemonía discursiva no ha podido mantenerse en el ámbito internacional debido a la subordinación del discurso local al discurso de la Cooperación Internacional, el cual sigue constituyéndose como el componente hegemónico capaz de construir el espacio sociocultural y político.

A continuación, se presenta un esquema que pretende clarificar la estructura metodológica del ACD, así como el proceso que lleva a cabo para la construcción y análisis de los datos:

⁵Disponible electrónicamente en http://www.academia.edu/1421067/Discurso_politico_e_identidades_politicas_produccion_articulacion_y_recepcion_en_las_obras_de_Eliseo_Veron_y_Ernesto_Laclau

Diagrama 1: Proceso de construcción y análisis de los datos en el ACD



Fuente: Sayago, 2007, p.55

De acuerdo con Sayago (op. cit.) el esquema planteado plantea las siguientes aseveraciones:

- El objeto de estudio es el discurso, incluido dentro de las prácticas sociales de actores que juegan un papel determinado en la conformación de una estructura social que se encuentra siempre en estado “líquido” (Bauman, 2003).
- El análisis del discurso promueve procesos de teorización que a su vez crea nuevas unidades discursivas capaces de introducir fracturas epistemológicas en los discursos hegemónicos.
- Los discursos son descritos empíricamente y cartografiados etnográficamente, generando mapas de representación que ordenan el análisis teórico de la investigación.

Existen por tanto, tres niveles teórico-analíticos del ACD:

- Un análisis genealógico/postestructuralista, representado especialmente en el primer capítulo, en donde se repasa históricamente el proceso de instauración del modelo biomédico como Modelo Médico Hegemónico, para lo cual se recurre a textos médicos, genealogías hegemónicas representadas en los trabajos de Foucault y análisis de los discursos sanitarios, principalmente desde una perspectiva teórica que aborde procesos macrosocioculturales.
- Un análisis deconstruccionista/discursivo –apoyado por el ACD y las etnografías virtuales- en el que se muestra como se materializan discursivamente estos procesos, principalmente al interior de Organismos Públicos e Internacionales de Salud y, finalmente

- Un análisis etnográfico que denote la forma en la que la conjunción de los elementos estructurales y textuales en una localidad culturalmente delimitada, construye subjetividades específicas que retoman estos contextos, dotándolos de un significado y sentido propios.

Con estos primeros dos acercamientos metodológicos ya descritos –la etnografía virtual y el Análisis Crítico/Político del Discurso- se sientan las bases para una teoría hermenéutica de los discursos, la cual requiere aún una metodología etnográfica capaz de recuperar a profundidad la idea de “lugar” establecida anteriormente, y desde la cual cobran sentido los discursos hegemónicos. Por tal motivo, se recurrirá al estudio de caso como técnica metodológica capaz de apuntalar etnográficamente el análisis teórico anteriormente desarrollado.

c) *Estudio de Caso.*

Existen diferentes definiciones acerca de lo que debe ser considerado un estudio de caso. Feagin, Orum & Sjoberg (1991) la definen de la siguiente manera:

(...) Una multifacética investigación a fondo de un simple fenómeno social por medio de métodos cualitativos de investigación. El estudio se realiza minuciosamente y a menudo se basa en varias fuentes de análisis. El fenómeno social analizado puede ser una organización, puede ser un rol, puede ser una ciudad o puede ser un grupo de personas. El estudio de caso puede considerarse como instancia de un fenómeno, como una parte de un amplio grupo de instancias paralelas (p. 2).

Complementando esta definición, se conceptualiza al estudio de caso como: “una estrategia de investigación que comprende todos los métodos con una lógica de la incorporación en el diseño de aproximaciones específicas para la recolección de datos y el análisis de estos” (Yin, 1994, p. 13).

El análisis de estudio de caso no es entonces una mera técnica de recolección de datos, sino un instrumento que nos permite organizarlos a partir de un planteamiento teórico específico que guía el planteamiento de la investigación.

Chetty (1996) indica que el método de estudio de caso cuenta con las siguientes características:

- Es adecuada para dar respuesta a los fenómenos en los que se busca dar respuesta a cómo y porqué ocurren, además de abrir un campo de interpretaciones amplio hacia los mismos.

- Permite estudiar un fenómeno desde diferentes perspectivas y no desde el ámbito de una sola variable –posibilita por tanto el análisis interseccional y transdisciplinario-.
- Permite explorar en forma más profunda y obtener un conocimiento más amplio sobre cada fenómeno, lo cual permite la aparición e identificación de nuevas conceptualizaciones sobre los fenómenos que emergen.
- Juega un papel muy importante en la investigación, por lo que no debería ser utilizado meramente como la exploración inicial de un fenómeno determinado.

En el caso específico de la investigación antropológica, los estudios de caso se relacionan con el análisis de fenómenos socioculturales de carácter explícito y claramente delimitado a nivel conceptual o local. De acuerdo con Willis (1977) el análisis de estudios de caso como técnica metodológica en el acercamiento de fenómenos sociales permite alejarse de la clásica explicación estructuralista-conductual, para acercarse a interpretaciones de carácter hermenéutico y fenomenológico.

En lo que respecta a este trabajo en particular, el análisis de estudio de caso permite representar etnográficamente los mecanismos por los cuales el discurso de la medicina tradicional en Bolivia transita por una doble vía de subordinación-hegemonización. Esto se traduce en la puesta en marcha de mecanismos de ruptura epistémica/”decolonial” que coexisten discursiva y prácticamente con elementos tradicionales de reproducción hegemónica que deslocalizan el saber tradicional, vaciándolo de significado político e incorporándolo al mercado a partir de su transmutación en “capital cultural”.

Es por ello que, partiendo de una postura que intenta rescatar las políticas del lugar, entendido este como un espacio generador de “la experiencia de una localidad específica, con algún grado de enraizamiento, linderos y conexión con la vida diaria, aunque su identidad sea construida y nunca fija” (Escobar: 2000, p. 1), el estudio de caso permite realizar un análisis integrador e interseccional, identificando las distintas variables que construyen el discurso de la medicina tradicional, así como las dimensiones que entrecruzan y construyen la idea de “lo tradicional” y lo indígena.

De igual manera, el estudio de caso permite mostrar la contingencia y vacuidad del discurso de la medicina tradicional, y como este adquiere distintas acepciones, a menudo contradictorias, al momento de transitar de la esfera internacional a un contexto específico, como es el caso boliviano.

Aunque se relaciona en gran medida con el análisis feminista, la combinación del análisis interseccional –entendido este como “la expresión de un sistema complejo de estructuras de opresión que son múltiples y simultáneas” (Creenshaw, 1995, p. 359) - con el estudio de caso, produce una nueva dimensión analítica que permite, por un lado, adquirir mayor profundidad al estudiar un fenómeno desde una perspectiva multidimensional/”multidiscursiva” y, por el otro, el establecimiento de cadenas de equivalencia entre los discursos globales y las experiencias particulares.

En ese contexto, en análisis del estudio de caso se ha estructurado a partir de una recopilación exhaustiva y continuada de documentos políticos, entrevistas, declaraciones y estrategias establecidas por los Organismos Internacionales de Salud y Cooperación Internacional, además de evaluaciones y documentos específicos de proyectos relacionados con el ámbito de la Medicina Tradicional y la Interculturalidad en Bolivia. Lo anterior se combinó con una fase previa de recopilación y análisis crítico de material teórico, con el objetivo de dilucidar los avatares y el proceso de construcción del discurso de la medicina tradicional a partir de su subordinación epistemológica y reciente (re) etnización como proyecto político. En palabras de David Mosse (2011):

Other transmission mechanisms operate internally, as part of the everyday practices of professionalization, ideological control... and the various paradigm maintaining incentives which may be intensified and globalized by electronic communications (...) and across institutions (p. 9).

Al igual que lo que ocurre con el conocimiento científico, las declaraciones y acuerdos políticos generados en la esfera internacional buscan presentarse como abstractos y deslocalizados. Sin embargo, gracias a la combinación de las herramientas metodológicas utilizadas en este estudio tal aseveración es desmontada, entendiendo que este proceso responde en realidad a la conformación de una estructura hegemónica en la que los documentos políticos pueden leerse como un “conjunto de relaciones de poder” (Smith, 2006). De acuerdo con este autor:

Documents are not to be analyzed as dead artifacts, they are alive with the social processes that produce them and they have a performative quality and social effects, even though the salience of policy ideas they convey and summarize hide this politics of interaction (p. 156).

Gracias a la utilización conjunta de los tres enfoques metodológicos aquí planteados–la etnografía virtual, el Análisis Político del Discurso y el Estudio de caso- será posible

identificar y (de) construir las subjetividades construidas a partir del discurso de la medicina tradicional, cuestionando además las “*travelling rationalities*” (Craig & Porter, 2006) que derivan en una transmutación discursiva en dónde lo universal se disfraza lo particular, lo político de técnico, y lo sustantivo de formal-.

A partir de esta triada metodológica, es posible conocer de que manera se construyen y movilizan categorías y conceptos clave del discurso de la medicina tradicional, primero en el ámbito internacional y posteriormente en el boliviano, para descubrir los recursos interpretativos, los usos contextuales y el papel de los actores al interior de estos procesos simbólicos. Gracias a la conjunción de estos elementos es posible acceder a la “etnografía doblemente reflexiva” propuesta por Dietz (op. cit.) que permitirá el abordaje eficaz de la medicina tradicional, entendiendo que el componente étnico que la precede se construye en base a la conjunción de categorías políticas, económicas, sociales y culturales que interactúan entre sí para construir el discurso de la tradicionalidad. A continuación se adjunta un esquema que permite ilustrar con mayor claridad la simbiosis metodológica etnografía-estudio de caso.

Tabla 1. Conjunción del Método Etnográfico y el Estudio de Caso

	MÉTODO ETNOGRÁFICO	ESTUDIO DE CASO
ENFOQUES	Sistémico, Hermenéutico	Analítico, Sistémico
INVESTIGADOR	Observador-Participante	Científico /Sujeto Social
OBJETIVO	Comprensión e interpretación de fenómenos socioculturales	Identificación contextualizada de prácticas y patrones de producción
PROBLEMA DE ESTUDIO	Cultural	Social
ACTORES	(Re) presentación intencional, participación	Subjetivización política y discursiva
CONOCIMIENTO	Empírico, llega a dar lugar a una «negociación de saberes»	Cuestionamiento y ruptura epistemológica

Fuente: Elaboración Propia.

Así pues, realizando una síntesis práctica de los argumentos metodológicos aquí planteados, la presente investigación se aborda a partir de tres momentos que conforman un continuum analítico-discursivo:

1. Una primera etapa dedicada a la recolección de datos bibliográficos provenientes de fuentes teóricas y documentales secundarias. Accediendo a material documental y publicaciones periódicas, se estableció un marco teórico-conceptual sólido que ha permitido realizar una “genealogía” –en términos de Foucault (1970)- entendida esta como un ejercicio teórico que busca determinar qué tipo de relaciones pueden ser establecidas entre las distintas formas de clasificación social. Amaya (2003) establece que:

La genealogía se encarga de estudiar el dominio de la historia al analizar minuciosamente los documentos y los discursos que legitiman los valores de una época. Aquí radica la relación entre saber producción de discursos que definen y delimitan el sentido de las cosas en una época determinada y poder mecanismos, estrategias y prácticas sociales que posibilitan nuevas formas de control social (s/p).

A través del estudio de documentos y la recopilación teórica, se realiza entonces un primer acercamiento a la medicina tradicional como discurso y mecanismo ideológico.

2. Un segundo momento dónde se combina el estudio de fuentes secundarias con el análisis crítico del discurso de fuentes primarias, con el objetivo de mostrar de qué manera impacta el discurso de la medicina tradicional en un ámbito político-institucional como la Cooperación al Desarrollo. De esta forma, se plasman los procesos mediante los cuales el discurso de la medicina tradicional se reproduce (“cobra vida”) y es apropiado por los actores que construyen el Sistema Internacional de Cooperación. Desde una perspectiva de la Salud Internacional, el discurso se combina con el análisis de los determinantes sociales en salud que dotan de significado al proceso de etnización sanitaria que acompaña a la construcción semántica de la medicina tradicional en el terreno de la Cooperación Internacional.
3. Finalmente, el análisis histórico, antropológico, político y sociológico del Estado Plurinacional de Bolivia, combinado con el análisis de fuentes primarias - proyectos específicos de Cooperación, documentos y fuentes oficiales,

documentos de proyecto y evaluaciones de los mismos- cuyo propósito es acceder al elemento etnográfico, recuperando la subjetividad de los actores sociales.

A continuación, se elaborará un marco crítico-conceptual, así como un marco teórico, como procesos que permitirán avanzar en el estudio del discurso de la medicina tradicional al insertarse en el ámbito de la Cooperación Internacional, además de observar las particularidades que adquiere al atarse a un territorio de alta concentración étnica, como sucede en el caso boliviano.

MARCO CRÍTICO-CONCEPTUAL

Para el estudio de la medicina tradicional en el ámbito de la Cooperación Internacional, tanto desde una dimensión antropológica como desde una perspectiva crítica centrada en aspectos sociopolíticos y discursivos, se han considerado los siguientes conceptos como elementos explicativos básicos: *Antropología Médica, Modelo Biomédico de Salud, Medicina Tradicional, Medicina Alternativa, Salud Intercultural, Salud Internacional y Cooperación Internacional*.²

a) Antropología Médica

Si bien el análisis crítico-discursivo de la dicotomía “tradicional-moderno” en los sistemas médicos, así como las implicaciones políticas del mismo, serán la brújula que oriente el desarrollo de la investigación, la inclusión de categorías antropológicas en el estudio de los procesos de salud-enfermedad, entendidos como fenómenos socioculturales complejos, resulta imperativa si buscamos un acercamiento integral que refleje la inserción del sistema médico en estructuras socioculturales específicas.

A pesar de las diferentes definiciones que se han generado a raíz del aporte antropológico en el ámbito sanitario, las cuales abordaremos en profundidad más adelante, todas ellas coinciden en la necesidad de entender los procesos de salud-enfermedad como “funciones culturales” que adquieren formas de expresión distintas atendiendo a su localización territorial, así como a lazos comunitarios, históricos, políticos y económicos determinados. Entender a los saberes médicos desde esta perspectiva implica enmarcarlos dentro del acervo de conocimientos y creencias que han funcionado como estrategias adaptativas en procesos históricos de larga duración.

Atendiendo a lo anterior, el modelo biomédico hegemónico debe considerarse también un elemento cultural en constante cambio y reconfiguración, asentado en gran medida en la creencia, que responde a su vez a contextos puntuales y que ha recorrido un largo camino para posicionarse como el discurso dominante por encima de otros modelos explicativos.

Hablar de antropología médica, a razón de lo expuesto hasta ahora, implica necesariamente abordar un concepto problemático como el de “cultura”. Desde la primera definición de Tylor en 1871, la cantidad y variaciones en cuanto a la manera de conceptualizar este término ha

generado aproximaciones *ad nauseam* desde todos los ámbitos -académicos y no académicos- posibles. Para una disciplina como la antropología, cuya relación con el elemento cultural es tan esencial, al grado de que Leslie White (1982) llegó a referirse a ella como: “culturología”, esto supone un problema nada menor. La situación se agrava cuando el concepto se inserta en entramados sociales dónde su mera definición responde a necesidades de carácter utilitario que dan sentido a proyectos políticos de gran escala, como lo sucedido con las cruzadas indigenistas en América Latina. Es por lo tanto, un concepto construido ideológicamente a partir de fines políticos específicos.

Por razones prácticas de la investigación, se toma como eje rector la definición planteada por Geertz (1987) -sin que esto implique necesariamente ignorar la historicidad y arbitrariedad del término- por considerarse afín a la lógica hermenéutica y reflexiva en la que intenta enmarcarse el presente estudio. Para este autor, la cultura es entendida como un:

Proceso (web, malla, entramado) de significados en un acto de comunicación, que se da entre los procesos mentales que crean los significados y un medio ambiente o contexto significativo... el hombre es un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido, considero que la cultura es esa urdimbre y que el análisis de la cultura ha de ser por lo tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones. (p.20).

Lo anterior queda entendido con mayor claridad cuando profundiza: “la cultura se comprende mejor no como complejos de esquemas concretos de conducta –costumbres, usanzas, tradiciones, conjuntos de hábitos – (...) sino como una serie de mecanismos de control – planes, recetas, fórmulas, reglas, instrucciones- que gobiernan la conducta” (ibíd.). En otras palabras la cultura es la red o trama de sentidos que permite dotar de significado a los fenómenos de la vida cotidiana. Funciona entonces como el aparato ideológico básico dentro del cual interactuamos socialmente.

Esta concepción semiótica de la cultura propuesta por Geertz (op. cit.) nos permite desmaterializala, insertando un elemento simbólico que trasciende la visión material/patrimonial del concepto. Además, posibilita el extender su definición, incorporando acciones de naturaleza política y discursiva. La cultura pues, trasciende el espacio y se vuelve una red de sentidos en la que es posible enmarcar el funcionamiento de instituciones sociopolíticas como organismos internacionales, partidos políticos, etc.

Volviendo al análisis de su definición, La Sociedad de Antropología Médica de los Estados Unidos considera a la antropología médica de la siguiente manera:

Medical Anthropology is a subfield of anthropology that draws upon social, cultural, biological, and linguistic anthropology to better understand those factors which influence health and well being (broadly defined), the experience and distribution of illness, the prevention and treatment of sickness, healing processes, the social relations of therapy management, and the cultural importance and utilization of pluralistic medical systems (...) Medical anthropologists examine how the health of individuals, larger social formations, and the environment are affected by interrelationships between humans and other species; cultural norms and social institutions; micro and macro politics; and forces of globalization as each of these affects local worlds⁶

La presente enunciación cuenta con la ventaja de posicionar el conocimiento antropológico en una amplia gama de procesos considerados por mucho tiempo monopolio del sistema biomédico. A su vez, permite a los pacientes, desde su individualidad y más aún, desde su marco sociocultural de referencia, recuperar el papel de agentes activos en continua reconfiguración de categorías cuasi-universales como la muerte, la enfermedad, la salud y el sufrimiento. Otro elemento fundamental es el énfasis puesto en el entendimiento de la salud como un discurso, por lo que los procesos de salud-atención-enfermedad pueden analizarse desde una perspectiva hermenéutica, atendiendo a lo que Gadamer (op. cit.) llama “teoría del texto”.

Apoyarse en el estudio antropológico para analizar los sistemas médico- asistenciales tiene por lo tanto dos ventajas esenciales: en primer lugar, introduce la variable sociocultural, permitiendo observar estos procesos de manera holística, dinámica y cambiante, incluyendo consideraciones económicas y políticas a su análisis. Por otro lado, permite “antropologizar” el sistema biomédico hegemónico, desnaturalizándolo y desterrando la actual tendencia a considerar este modelo como el único con capacidad de diagnosticar correctamente, explicar, atender y solucionar los problemas de la salud, legitimando su hegemonía discursiva a partir de criterios tanto “científicos” como políticos. (Montes, 2010).

De acuerdo a Escobar Vekeman (2003) actualmente se podría trabajar la relación entre salud, enfermedad y cultura desde tres ópticas: en primer lugar el análisis centrado en un discurso popular, es decir alejado del discurso biomédico, recuperando el carácter experiencial que resulta muy útil desde el abordaje antropológico.

En segundo lugar, no sólo interesaría la explicación sino además la interpretación que la gente hace de la situación de salud enfermedad -los significados que le otorgan-; y por último,

⁶ Consultado en <http://www.medanthro.net/feature/what-is-medical-anthropology/>

mirar como esta conjunción modela, interactúa y construye la experiencia, -la acción- dentro de marcos interpretativos más amplios. Siendo el discurso de la salud una de las preocupaciones políticas más importantes, y uno de los principales indicadores utilizados para medir el grado de “desarrollo” o “bienestar” de los pueblos, es necesario un enfoque antropológico que abarque contextos más amplios y que no se centre únicamente en lo que hacen “personas concretas en situaciones concretas” (cuya importancia es innegable) buscando a su vez acceder a las metáforas profundas que impregnan el panorama internacional y estimulan proyectos de Cooperación al Desarrollo.

Una manera de ejemplificar más claramente el aporte del conocimiento antropológico a las ciencias médicas es -además de su caracterización como sistemas etnomédicos plurales contruidos socioculturalmente- la conceptualización de la enfermedad desde una perspectiva holística capaz de superar el discurso patológico del paradigma biomédico.

De acuerdo con Boixareu (2008) existen tres dimensiones interrelacionadas que permiten explicar los cuadros de enfermedad: una dimensión física o biológica (*disease*), otra de carácter subjetivo, dónde se individualiza la experiencia de la enfermedad (*illness*), y finalmente una dimensión de carácter comunitario en la que las patologías se construyen, se viven y se resuelven colectivamente. Cabe mencionar que estas tres categorizaciones se encuentran estrechamente interrelacionadas, y su separación responde más a una estrategia metodológica de análisis que a una situación real. Sin embargo, su contribución es notable, ya que permite insertar el elemento social en las construcciones de salud-enfermedad, incluyendo también elementos discursivos, políticos y económicos que determinan, configuran y taxonomizan a las patologías.

En el caso específico de esta investigación, los procesos de salud-enfermedad-atención se enfocan desde la perspectiva del *sickness*, ya que este determina:

la forma en la que cada sociedad normativiza la traslación de signos en síntomas, la forma en la que se enlazan sintomatologías con etiologías e intervenciones y se legitiman estas. Siendo las fuerzas sociales las que deciden qué es salud y qué es enfermedad, lo cual no está desligado ni de los procesos económicos y políticos, ni del marco histórico (Boixareu, op. cit. p. 211-212).

Finalmente, es importante dejar en claro que la Antropología Médica no debe entenderse por ningún motivo como la sola puesta en práctica de técnicas asociadas a la génesis de la disciplina (la observación participante, el reporte etnográfico, las entrevistas a profundidad, etc.) situación que se vuelve cada vez más extensiva y en dónde pareciera ser que el manejo

metodológico de estas herramientas por parte de un profesional de la salud o cualquier otro científico social es la panacea que ayudaría a resolver efectivamente todos los “problemas” derivados por el encuentro de diferentes modelos culturales en los procesos de atención médica.

En definitiva, lo que ofrece la antropología a las ciencias calificadas como “duras”, es la posibilidad de poner en práctica una “mirada antropológica”: una mirada histórica, contextualizada, holística, relacional y crítica dónde toda cultura es concebida desde un modo dinámico. Es así que la antropología apuesta por la profunda historicidad de todos los modelos sociales y el carácter arbitrario de todos los órdenes culturales (Escobar, 2008).

Otra característica de la antropología, y su aporte al saber médico, es la posibilidad de posicionarse en márgenes epistemológicos que permitan, a la par del cuestionamiento del modelo hegemónico dominante, recuperar la expresión o el punto de vista de “los de abajo”: la antropología insiste en descubrir los dichos olvidados o no escuchados, a tomar en serio los discursos y las representaciones de los grupos sociales dominados, desfavorecidos, marginalizados, colonizados, excluidos (Olivier de Sardan, 2006). Lo anterior se vuelve una tarea especialmente urgente en el contexto médico y con la denominada globalización de la salud, dónde esta se vuelve cada vez más un “proyecto” y no un proceso, un privilegio y no un derecho, un reflejo y no una solución de los graves problemas de desigualdad social que aumentan día con día en el planeta. Por tanto, al interior de esta investigación buscará implementarse el enfoque crítico de la antropología médica –complementándose con el Análisis Crítico del Discurso como estrategia metodológica- cuyos alcances y significaciones se incluirán en el Marco Teórico.

En síntesis, la antropología se asume desde el punto de vista de la presente investigación como:

Un ir y venir entre el Otro y Yo, y ello desde una posición crítica que a menudo lleva a cuestionar las ideologías dominantes. Así, nos llega a hacer compartir la visión de los vencidos en la América de la conquista, o la de los inmigrantes (...) nos hace escoger la voz de los actores que a menudo han sido reducidos al silencio (...) No se trata sin embargo de reinventar el punto de vista, sino de dar cuenta del conflicto de interpretaciones. (Fassin, Jaffre, 1990, p. 22-23).

Tomando en cuenta lo anterior, entendemos la antropología médica desde una perspectiva amplia, crítica y transdisciplinaria que permita poner en juego elementos culturales, sociales y políticos desde un “ir y venir” discursivo entre lo local y lo global/internacional.

b) Modelo Biomédico de salud.

La mayoría de los antropólogos médicos utiliza el término biomedicina para referirse al paradigma médico dominante, relacionado con el conocimiento “científico” -neutral, objetivo, deslocalizado-.

El enfoque de este paradigma no es la salud, ya que aborda a esta como “la ausencia de enfermedad”, y las patologías son consideradas cómo puramente intrínsecas al sujeto, interesándose relativamente poco por la persona y su sistema social o cultural de referencia. Los médicos alópatas generalmente no tratan todo el cuerpo, sino que tienden a especializarse en un cuerpo humano dividido en zonas que se corresponden con las distintas especialidades. En cuanto a la muerte, esta se considera como un fracaso, y los que ejercen biomedicina hacen todo lo posible para prolongar la vida sin reparar en las circunstancias bajo las que el paciente puede continuar su existencia (Ember, 2004). En palabras de Caplan, McCartney & Sisti (2004):

The biomedical model not only requires that disease be dealt with as an entity independent of social behavior, it also demands that behavioral aberrations be explained on the basis of disordered somatic (biochemical or neurophysiological) processes) (p. 55).

Desde esta perspectiva reduccionista, el dualismo mente-cuerpo se perfila como uno de los principales axiomas que dan sentido a este modelo. Se asume por lo tanto que el lenguaje de ciencias como la física o la química son suficientes para explicar los fenómenos biológicos que ocurren a los seres humanos. Como es señalado por Caplan, McCartney y Sisti (ibid.):

Biomedical dogma requires that all disease, including “mental” disease, be conceptualized in terms of derangement of underlying physical mechanisms. This permits only two alternatives whereby behavior and disease can be reconciled: the reductionist, which says that all behavioral phenomena of disease must be conceptualized in terms of physicochemical principles, and the exclusionist, which says that whatever is not capable of being so explained, must be excluded from the category of disease (p. 54).

Desde sus bases fundacionales, el modelo biomédico presenta entonces un discurso hegemónico excluyente en cuanto a lo que es/no es enfermedad, trasladándose a los sistemas médicos y asistenciales que invalidan cualquier otro tipo de concepciones asociadas a la salud-enfermedad.

Sí rastreamos sus orígenes, de acuerdo con Menéndez (2005), lo que actualmente conocemos como modelo biomédico de salud se instituye inicialmente en los países europeos a fines del

S. XVIII y principios del S. XIX. Es decir, su institucionalización coincide con la denominada Primera Revolución Industrial, acompañando la constitución de la clase obrera, de la nueva ciudad industrial y de la expansión colonial.

Las principales características estructurales de este modelo son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática (ibíd.). Si bien dichos rasgos pueden ser observados en la medicina practicada antes del S. XIX, a partir de este siglo se profundizarán y potenciarán estos rasgos hasta convertirse en características dominantes de la biomedicina. Tales aspectos se encuentran íntimamente relacionados con el advenimiento de la modernidad como proyecto europeo, por lo que la biomedicina puede entenderse también como un proyecto civilizador asentado en la universalización del paradigma moderno, como se referirá en capítulos posteriores.

Más adelante se profundizará en el significado de este Modelo Biomédico, así como su estructuración en términos de discurso hegemónico organizador de la realidad, pues a partir de ahora los sistemas médicos marginales serán conceptualizados en lo que Levi-Strauss (1986) define como “oposiciones binarias”, estructurando un relato en dónde el sistema biomédico funge como el modelo moderno-hegemónico-científico-alópata en contraposición a sistemas tradicionales-alternativos-supersticiosos-homeópatas. El modelo biomédico es, a partir de su institucionalización, la balanza que permitirá distinguir lo que es “verdadero/ciencia” y lo que es “creencia”.

c) Medicina Tradicional.

El abordaje de los procesos de salud-enfermedad desde una perspectiva cultural ha sido una preocupación constante del estudio antropológico. Algunos autores sitúan el inicio de esta relación en la Antigua Grecia, dónde Hipócrates y su obra “de los aires, aguas y lugares” inaugura el estudio de las relaciones existentes entre el medio, el estilo de vida y la enfermedad (Bazenet, 2007). Sin embargo, no es sino hasta finales del S. XIX cuándo, a la par de la profesionalización del conocimiento antropológico, el estudio de la medicina y su asociación a entornos culturales específicos ocupan un lugar preponderante al interior de la disciplina.

Ya en las postrimerías del S. XX, autores como Evans Pritchard y su trabajo clásico “Brujería, oráculos y magia entre los Azande” (1997) realizan los primeros estudios etnográficos de larga duración entre culturas denominadas “primitivas”. Resulta interesante observar cómo este primer encuentro antropológico con sistemas etnomédicos basados en

concepciones animistas genera la conceptualización de estas prácticas como inherentes al sistema religioso y de creencias de la comunidad, por encima de su contenido terapéutico. Al hablar de los aspectos técnicos de la magia Azande, Pritchard (1937) comienza su relato de la siguiente manera:

La palabra azande que he traducido por «medicina» o «magia», según el contexto, es ngua. Ngua significa "árbol" o "madera" o "planta"; así que cuando preguntamos a un zande qué medicina se utiliza para una determinada actividad, le estamos preguntando que árbol o planta se utiliza, aunque nuestra pregunta también puede tener el carácter general de qué rito mágico se realiza. Para hacer más clara mi descripción limitaré mis observaciones ahora a las medicinas importantes, es decir, a aquellas medicinas a las que todos los zande conceden importancia, que se utilizan asociadas a las principales actividades sociales y económicas, y cuya propiedad está restringida a los especialistas. Todos estos ritos se realizan con algún trozo de árbol o de planta y su utilización es, además, típica de la magia zande como conjunto. (p.473).

Analizando el párrafo anterior, podemos darnos cuenta que el autor utiliza de manera indiscriminada los términos “magia” y “medicina”, demostrando lo indisoluble que resultan ambos conceptos al ser estudiados desde las concepciones etnocéntricas del investigador. Esta interrelación entre medicina tradicional/no occidental y creencia/superstición se mantiene hasta nuestros días en numerosos círculos académicos y políticos, que atribuyen cualquier efecto terapéutico positivo al poder de la creencia por encima de su verdadera capacidad curativa.

En el caso de América Latina, las primeras investigaciones antropológicas comienzan en la década de 1920 con estudios aislados cercanos al ámbito biomédico, por lo que es veinte años más tarde cuando la disciplina adquiere un auge significativo, propiciado en gran medida por el impulso del Instituto de Antropología Social de la Smithsonian Institution.(Menéndez, 1985).

Los principales trabajos se realizan sobre todo en México, Colombia y Perú, específicamente en zonas rurales caracterizadas por un gran porcentaje de población campesina de extracción indígena. En ese contexto, lo etnomédico se encuentra atado al exotismo de descubrir al Otro desde su cultura material, como mecanismo de producción ideológica.

De acuerdo con Menéndez (ibíd.), la propuesta teórica de la antropología social en este período puede esquematizarse de la siguiente manera: “la medicina científica debe reconocerse como LA medicina, pero ello no niega que las prácticas médicas tradicionales

tengan su propia racionalidad diagnóstica y terapéutica, que además se halla integrada a las concepciones ideológicas (culturales) y productivas dominantes en la comunidad (p.13)”. El propósito de estudiar a las medicinas tradicionales de estos grupos minoritarios era por lo tanto, favorecer la aculturación de los sistemas médicos con el menor costo sociocultural posible.

A fines de los años sesenta y comienzos de los setenta, asistimos a cambios estructurales a nivel mundial que determinan el rumbo que llevará el abordaje y el estudio de la medicina tradicional. Continuando con el recorrido establecido por Menéndez (ibíd.), la importancia de las disciplinas sociales se enmarca –en realidad se subordina- a los principales Organismos Nacionales de salud, y sobre todo a los Organismos Internacionales.

Lográndose cierta estabilidad después del período de posguerra, esta etapa señala la incipiente institucionalización de los servicios sanitarios. A partir de ahora la salud no se entenderá solamente como política pública o simple responsabilidad de cada Estado al interior de su territorio: contemplamos una primera “globalización de la salud”, que a partir de la creación de la Organización Mundial de la Salud recibirá el nombre de Salud Internacional (Cueto & Zamora, 2006).

La década de los setenta estará caracterizada por el énfasis puesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las oficinas regionales en la extensión de los servicios de salud al conjunto de la población como estrategia primordial de desarrollo. Actualmente nos encontramos en un período de profundización de este modelo, que a su vez se adapta de mejor forma a nuevas situaciones propias del capitalismo tardío: privatización de la salud, patentes, avances biotecnológicos al servicio del mercado, etc. que generan nuevos riesgos y cuestionamientos asociados al avance de la ciencia biomédica.

Este muy breve repaso histórico no intenta enmarcar una evolución del concepto de medicina tradicional en términos temporales. Por el contrario, intenta únicamente ilustrar su nacimiento signado bajo la lógica de la “otredad cultural”, es decir, su innegable vínculo con el estudio antropológico, además de su estrecha relación con circunstancias internacionales y las particularidades que adquiere de acuerdo a cada región: mientras que los antropólogos norteamericanos valoraban el exotismo de estas prácticas, los Estados con una elevada composición indígena lo estudiaban como un “problema” a solucionar en aras de alcanzar una identidad nacional sólida (Aguirre Beltrán, 1976) generando una enorme ambigüedad del término. Hasta ese momento el concepto de medicina tradicional convivía indistintamente con

otras acepciones igual de problemáticas: medicina popular, medicina primitiva, medicina indígena, enfermedades del campo, etc.

En 1976 (la fecha resulta significativa, ya que coincide con la profundización de los modelos desarrollistas implementados después de la Segunda Guerra Mundial), la Organización Mundial de la Salud ensaya una primera definición de lo que debe entenderse por medicina tradicional a nivel internacional: “la medicina tradicional es la suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales y sociales basados exclusivamente en la experiencia y en la observación, y transmitidos verbalmente o por escritos de una generación a otra” (Landívar & Prieto, 2004).

Este primer ejercicio de conceptualización tiene el mérito de contribuir al estudio formal de este tipo de conocimientos, además de hacer reconocimiento explícito del carácter socio-patrimonial del sistema terapéutico tradicional. Sin embargo, también pone de relieve dos elementos fundamentales que persisten en la actualidad:

- En primer lugar, su carácter contrapuesto en relación a la medicina alópata, pues mientras el saber moderno cuenta con evidencia “científica” que lo respalda, el sistema tradicional se basa “exclusivamente en la experiencia y en la observación”.
- Adicionalmente, se puntualiza que esta suma de conocimientos puede no ser comprobable empíricamente. En otras palabras, se refuerza el cariz mitológico, religioso y supersticioso que reviste al concepto desde su utilización primigenia.

En 1978, se lleva a cabo en la ciudad de Alma-Ata, Kazajstán la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y patrocinada por la ex Unión Soviética. La meta de la reunión se resumía en su lema “Salud para todos en el año 2000” puntualizando la importancia de la salud primaria, además de alertar sobre las crecientes brechas e inequidades existentes en el sector salud a nivel mundial. El evento contó con la presencia de 134 países, 67 organismos gubernamentales y la participación de una incipiente sociedad civil que comenzaba a organizarse en lo que actualmente conocemos como Organizaciones no Gubernamentales (Tejada de Rivero, 2003).

Más allá del claro fracaso de sus objetivos, la Declaración de Alma Ata marca el interés de Organismos Internacionales por apoyar tanto la utilización de recursos tradicionales de curación como los generados por el modelo biomédico. Uno de los principales argumentos

para impulsar estas prácticas deviene de su accesibilidad económica y geográfica en contextos frecuentemente aislados e históricamente relegados, en dónde suele recurrirse más a su utilización.

En su punto séptimo, la Declaración de Alma Ata (1978) sostiene que:

La Atención Primaria de Salud (...) se basa tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad. (OMS, 1978).

Es durante este encuentro internacional que el concepto de salud asociado a un bienestar físico, mental y social comienza a ganar preeminencia por encima de su visualización únicamente como ausencia de enfermedad, dando mayor cabida a instituciones y procedimientos terapéuticos alejados de la práctica biomédica. Sin embargo, no es posible hablar de una “integración de saberes” ya que la práctica médica tradicional es considerada una herramienta que permitirá una correcta expansión y superación de carencias del modelo biomédico.

Actualmente, y a raíz de la Declaración de Alma Ata, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha realizado modificaciones a su definición original, quedando establecida de la siguiente manera:

La medicina tradicional es el conjunto de prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales, y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades. (OMS, 2002).

Cabe destacar que la misma Organización de Salud oscila entre la utilización de ambas definiciones anteriormente citadas, ya que, si bien la definición “actualizada” aparece en la Estrategia para la utilización de la medicina tradicional 2002-2005, en su Atlas Global de medicina tradicional, complementaria y alternativa, editado en 2005, se mantiene la definición original lanzada en 1976, siendo reincorporado el elemento indígena como parte fundamental del saber médico tradicional.

La Organización Mundial de la Salud (op. cit.) clasifica a la medicina tradicional en dos grandes grupos:

1. Terapias de medicación, las cuales comprenden la utilización de medicinas con base de hierbas y/o plantas medicinales o minerales.
2. Terapias sin medicación: se utilizan medicamentos como la acupuntura, las terapias manuales, el tijong, el yoga, la terapia mental y otras terapias físicas, mentales, espirituales y terapias mente-cuerpo.

Si bien el criterio de esta clasificación se sustenta en la ingesta o no de medicamentos, cabe señalar que en la práctica una gran cantidad de sistemas tradicionales recurren conjuntamente a ambos tipos de terapia, combinando la medicación con otro tipo de tratamientos asociados al bienestar “espiritual” o mental.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), el organismo regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas agrega nuevos elementos a la definición, al considerar que:

La medicina tradicional es un sistema, en tanto que tiene un complejo de conocimientos, tradiciones, prácticas y creencias; porque dichos componentes se estructuran organizadamente a través de sus propios agentes, los cuales son los especialistas terapeutas, parteras, promotores, sobadores; que posee sus propios métodos de diagnóstico y tratamiento, además de sus propios recursos terapéuticos como lo son las plantas medicinales, animales, minerales y porque existe población que confía en ella, lo solicita y los practica. (OPS, 2006).

Desde la visión de este Organismo, se hace necesario integrar al elemento étnico como un componente definitorio para la gran mayoría de países americanos. Para lo anterior se acuña el término “medicina tradicional indígena”. La misma es entendida como:

Aquellas prácticas médicas que han tenido su origen en los espacios geográficos y sociales de los pueblos indígenas, y que surgieron antes de la colonia, y/o en el proceso, cuyos conceptos, metodologías terapéuticas se basan en la historia, la cosmovisión y la identidad cultural indígena. Lo cual no significa que no se hayan modificado en el tiempo, incorporando elementos conceptuales, médicos y terapéuticos de las diferentes sociedades que los han dominado (ibíd.).

Más allá de este reconocimiento explícito, no se procede a una definición que aclare la necesidad de la subsecuente separación entre “lo tradicional” y “lo indígena”. Sin embargo, dicha caracterización tiene la enorme ventaja de recuperar conceptos esenciales que facilitan el análisis de su inserción en el panorama internacional. Especialmente, toma como punto central de partida el elemento espacial, temporal e identitario, intermitente en las definiciones oficiales estudiadas hasta el momento.

Hasta ahora se han explorado distintas acepciones de lo que se entiende por medicina tradicional, todas ellas caracterizadas por la oficialidad de su origen. Sin embargo, si queremos un acercamiento más integral a esta definición, debemos atender a conceptualizaciones que trasciendan este espacio institucional.

Así, Grebe (1988) propuso lo siguiente de las medicinas tradicionales:

Constituyen un patrimonio anónimo de un pueblo, se transmiten de generación en generación por transmisión oral, sus creencias y prácticas son perdurables, se fundamentan en conocimientos empíricos acerca del medio ambiente basados en la observación y en la tradición, permiten al hombre intentar el control de su medio ambiente, abarcan un número pequeño de recursos y componentes sobre los que cada cultura se diferencia por su utilización particular (p. 5).

Esto refuerza lo estipulado en los primeros intentos de definición y relegado en las conceptualizaciones más modernas. A saber, la valoración cultural de estos saberes desde una perspectiva cognitiva, la cual sintetiza el mundo simbólico de las personas, además de sus pensamientos, conocimientos y creencias adquiridas/transmitidas a través del tiempo (Alarcón, Vidal & Rozas, 2006).

En su obra *“Aproximación a la medicina tradicional colombiana: una mirada al margen de la cultura occidental”* (Granados, Martínez, Morales, et. al., 2005), los autores consideran que, además de cumplir con una serie de contenidos teórico-prácticos, para que un sistema médico pueda considerarse “tradicional” requiere tener un arraigo histórico, cultural y social en el entramado de la tradición del pueblo. A su vez, distinguen entre la medicina tradicional y el modelo biomédico convencional ya que: “la medicina tradicional va a la esencia misma del hombre, a su estructura primordial, a la subjetividad. Este conocimiento tradicional no saca al hombre de su estructura básica, no lo observa como un individuo sin interacción; al contrario, su estudio va dentro de todo su contexto social, su funcionalidad y sus alteraciones” (p.106). Busca por lo tanto el acercamiento a la enfermedad desde todos los ángulos posibles.⁷

En la tradición antropológica de la Escuela Norteamericana, la medicina tradicional es nombrada “folk medicine” y esta comprende el estudio de ideas, conceptos, creencias, mitos y procesos relativos a la enfermedad en su etiología, en su nosología, y en sus procedimientos

⁷ La intención aquí no es caer en purismos culturales o esencialismos étnicos. Por el contrario, la intención es mostrar a las medicinas tradicionales como medicinas de carácter sociales, estrechamente vinculadas al territorio y al contexto sociocultural.

de diagnóstico, pronóstico, terapéutica y prevención; que se transmitían por la palabra y de generación en generación (Salaverry, 2000).

Para los grupos definidos como “tradicionales”, la medicina tradicional adquiere por lo tanto un significado reivindicativo poderoso ligado en gran medida a la defensa del territorio y las costumbres frente a los avances de la sociedad occidental. El estudio de los saberes tradicionales nos muestra, junto a este “otro” modo de conocer, otra ética asociada al conocimiento, “ligada no a la producción sino al intercambio, no a la propiedad sino a la comunicación. La reivindicación del saber tradicional debe asociarse a esa ética si no quiere convertirse en un argumento más para la privatización de la naturaleza y de la cultura” (Calavia, 2001, p. 1). La revalorización de la medicina tradicional responde entonces a la revalorización de la diferencia en su conjunto y a la posibilidad de integrar diversas “metáforas de la existencia” al universo humano.

Las anteriores definiciones difieren de las oficiales en el hecho de tomar como elemento neurálgico la filiación cultural, además de presentar a la Medicina Tradicional como un concepto polisémico cuya definición varía dependiendo de la utilización que se pretenda darle. Esto permite aislar una serie de variables que, si bien se utilizan de forma indiscriminada y aleatoria, al identificarlas una por una es posible contar con una noción más clara de su uso en situaciones e instituciones particulares. Así, podemos acercarnos al estudio de la Medicina Tradicional desde diversas perspectivas:

- Medicina Tradicional como “saber milenario”: en este sentido, los saberes tradicionales adquieren un carácter universal que puede o no encontrarse delimitado espacialmente y en dónde la tradición, entendida como la socialización de conocimientos de una generación a otra adquieren gran importancia (se introduce de esta forma un elemento pedagógico altamente significativo).
- Medicina Tradicional como “diferencia”: va a la par con la atención de los procesos de salud-enfermedad partiendo del reconocimiento de la complejidad que los sustenta. Involucra maneras dispares de sobrellevar el proceso terapéutico por lo que se intenta puntualizar la necesidad de establecer un diálogo entre saberes. Implica también el reconocimiento implícito de la diversidad cultural a niveles más amplios.
- Medicina Tradicional como “sistema terapéutico alternativo”: desde esta perspectiva, se reconoce que el modelo biomédico dominante es incapaz de responder completamente a las necesidades de la población, pues su acercamiento es individualizado y la interacción médico-paciente resulta muy limitada, además de

representar costes elevados. La “alternatividad” de la medicina tradicional se asienta en su enfoque biopsicosocial, es considerada una alternativa “natural” y económica en contraposición al tratamiento médico hegemónico. Lo anterior provoca ciertas confusiones conceptuales entre la Medicina Tradicional y la Medicina Complementaria Alternativa (MCA) que se analizarán más adelante.

- Medicina Tradicional como “patrimonio cultural”: el sistema médico tradicional puede ser visto como un recurso cultural significativo, atado indisolublemente a la idea de identidad comunitaria. Desde esta postura, la medicina tradicional puede insertarse a su vez en una lógica de mercado, generando lo que García Canclini denomina “industrias culturales” (García Canclini & Piedras, 2005).
- Medicina Tradicional como “forma de resistencia”: cómo ya se ha puntualizado, la creciente politización de movimientos sociales reivindicativos de lo étnico -como ejemplos se encuentran el Movimiento Zapatista Indígena en México o la resistencia del grupo Mapuche en Chile y Argentina- aunado a la llegada al poder de proyectos de alternativos de gobierno que rescatan las raíces indígenas latinoamericanas, como lo demuestran los actuales gobiernos de Evo Morales en Bolivia y Rafael Correa en Ecuador, han suscitado la valoración de elementos culturales “tradicionales” y su utilización como instrumento de defensa ante los históricos procesos de colonialidad suscitados en los países denominados “del Tercer mundo”. En este sentido, valorar la medicina tradicional implica “dar voz a los olvidados” y reconocer la colonialidad epistémica propia de los procesos globalizatorios actuales (Lander, 2003).

Tras analizar el espectro conceptual que se despliega en el intento por definir qué se entiende por medicina tradicional, podemos darnos cuenta que las categorías espacial, temporal y cultural resultan esenciales para entender este tipo de conocimiento. Observar la manera en que estas tres variables otorgan significado al saber médico tradicional permite poner sobre la mesa elementos vinculados al “conocimiento como poder” (Sachs, 1996) tales como autonomía, plurinacionalidad, reivindicación territorial, restitución histórica, etc. A su vez, nos da ciertas claves para entender su postura opuesta al modelo biomédico convencional, no sólo desde el punto de vista terapéutico sino en sus pretensiones filosóficas e interpretativas.

Tomar en cuenta las distintas formas de posicionarse ante la medicina tradicional significa considerar su importancia sociopolítica, además de su potencialidad para transformarse en un

constructo social orientador y generador de realidades -una forma de apropiación “discursiva” en términos de Bourdieu (1991)⁸.

La medicina tradicional puede ser vista entonces como un medio, un instrumento que trasciende el espacio terapéutico para posicionarse como categoría cultural y como metáfora profunda capaz de capturar anhelos reivindicativos y posiciones ideológicas. En otras ocasiones sin embargo, actúa como un fin en sí mismo que ayuda a mejorar la eficacia de programas de salud y superar, al menos retóricamente, diferencias en el acceso y distribución de los servicios de salud.

El carácter plural y polisémico de la definición resulta esencial para la presente investigación, y será tomado en cuenta al momento de analizar la utilización del término en circunstancias particulares, aún dentro del mismo contexto territorial. Lo que se intenta es mostrar como los autores se apropian y reconfiguran este discurso, así como los objetivos que intentan alcanzarse.

d) Medicina Alternativa y Complementaria

El Centro Nacional de Medicina Alternativa y Complementaria (NCCAM por sus siglas en inglés), una dependencia de los Institutos Nacionales de la Salud Estadounidense, define a la Medicina Alternativa Complementaria de la siguiente manera: “el conjunto de diversos sistemas, prácticas y productos médicos y de atención de la salud que no se consideran actualmente para la medicina convencional, como la medicina homeopática, naturista, tratamientos herbolarios, etc.” (Nogales-Gaete, 2004).

Si bien conceptualmente comparte varios elementos en común con la medicina tradicional, la principal distinción, en palabras de la Organización Mundial de la Salud (op. cit.), se deriva de la extensión en el uso y práctica de estas medicinas: la medicina tradicional se encuentra arraigada culturalmente y, aunque subordinada a la medicina alopática, su utilización es ampliamente extendida, siendo incluso preferida como sistema terapéutico de referencia. Por otro lado, la medicina alternativa da cuenta de una perspectiva occidentalizada, siendo una opción que en muchas ocasiones complementa el accionar del modelo biomédico convencional.

En otras palabras, la distinción entre medicina tradicional y medicina alternativa responde a taxonomías más profundas construidas socio-históricamente, como la de países “en vías de

⁸ En ese sentido el acceso a los conocimientos genera distinciones de carácter simbólico, generando taxonomías sociales basadas en la censura y el disciplinamiento.

desarrollo” y “desarrollados”, de “Tercer” y de “Primer Mundo”, etc. En definitiva, lo que cambia es el enfoque, pues mientras la Medicina Tradicional se vive desde una postura interna (parte del sistema de creencias de sociedades denominadas tradicionales), la Medicina Alternativa se entiende desde una posición externa, como una elección “posmoderna” basada en la búsqueda de un tratamiento integral de salud, por lo que la variable cultural desaparece o pierde importancia.

Visto de esta manera, una medicina que es “tradicional” para una comunidad o grupo local, pierde efectivamente esta tradicionalidad al entrar en contacto con un grupo cultural exógeno, volviéndose una “alternativa” sin delimitaciones espaciales, temporales o culturales específicas.

Incluso la Organización Mundial de la Salud (ibíd.) menciona que: “hablar de medicina alternativa es como hablar de extranjeros... Ambos términos son vagamente peyorativos y hacen referencia a amplias y heterogéneas categorías definidas por lo que no son, en lugar de definirse por lo que son” (2002). Estas dificultades conceptuales, surgidas al intentar conjuntar sistemas médicos no hegemónicos con el modelo biomédico convencional, son sólo una pequeña muestra de los atolladeros que pueden encontrarse cuándo se busca pasar del concepto a la práctica. Todos estos obstáculos serán analizados en profundidad en el transcurso de la investigación.

Un acercamiento más detallado a la definición de Medicina Alternativa puede encontrarse en los trabajos del médico chileno Jorge Nogales-Gaete (2004) quién, al buscar una “identidad de la Medicina Alternativa Complementaria” considera que la misma parte de un reconocimiento y aceptación por parte de sociedades occidentales, quienes otorgan credibilidad y validez curativa a ciertas prácticas no alopáticas. Por lo tanto

Se ha reconocido alguna de sus características o aspiraciones fundacionales: son enfocadas a tratamientos individuales, coherentes con una visión de tratar a la persona en su integridad mente-cuerpo, promueven el cuidado, responsabilidad y autoaliento del individuo, reconocen la naturaleza espiritual, buscan estimular la fuerza y la energía vital propia como agente de recuperación a través del empoderamiento de un individuo, recuperando la fuerza y la armonía de las fuerzas intrínsecas coexistentes (Nogales-Gaete, op. cit. s/p).

Son pues, medicinas cuyo discurso ha sido validado y legitimado por el discurso médico moderno, perdiendo sin embargo cualquier característica que la arraigue localmente.

Con las medicinas alternativas la noción de cuerpo se amplía más allá de la noción de “cuerpo como materia” –concepción biomédica del cuerpo- y se complejiza abordándolo desde una visión de “cuerpo como representación”, representación tanto del plano físico como psicológico y espiritual de los individuos (Obach King, 2004). Sin embargo, la noción de “creencia” y el soporte terapéutico de la comunidad de origen se encuentran ausentes en su conceptualización.

A pesar de que el giro individualista de estas definiciones puede ser discutido, su importancia versa en que ponen de relieve la necesidad de cumplir con ciertos requisitos o condicionalidades previas para que un sistema sociosanitario sea considerado una “alternativa” al modelo biomédico. El precio de esta inclusión sin embargo, se traduce en la pérdida de la matriz cultural, espacial, colectiva e histórica del saber médico tradicional.

Si bien el consumo de prácticas médicas alternativas, así como la combinación de técnicas medicinales caseras/tradicionales paralelamente al modelo biomédico convencional no resultan una novedad, dado que los sujetos recorren lo que Idoyaga Molina (2002) denomina “camino terapéuticos”, lo que resulta interesante es el creciente consumo manifiesto, público y beligerante de esta medicina, especialmente por miembros de niveles socioeconómicos medios-elevados que cuentan con las posibilidades necesarias para costearse un tratamiento alopático a profundidad.

Collin (2006) da cuenta de esta paradoja: por un lado se habla de alternatividad, es decir, de *medicinas-otras* con respecto a la cultura occidental, no reconocidas completamente por el modelo biomédico convencional y, por otro, su utilización *in crescendo* participa de una vocación globalizadora que alienta la síntesis (asimétrica) de trayectorias de pensamiento.

Para entender de una mejor manera la creciente atención a la Medicina alternativa, podemos enmarcarla al interior del movimiento cultural moderno conocido como *New Age*. De acuerdo con Collins (ibíd.) el movimiento *New Age* es definido como una combinación de diferentes ideas y prácticas en sistemas de creencias altamente privatizados, lo que incluye la aceptación fragmentaria y la posibilidad de la negación de conceptos generales, proceso al que Lewis (1992) califica como individualismo epistemológico. Esta misma perspectiva permite a Gutiérrez Zúñiga (2000) considerarlos como posmodernos, en el sentido que los individuos legitiman su propio modelo de salud-atención-enfermedad.

Así pues, a pesar de que a la Medicina Alternativa Complementaria se le reviste de “holismo terapéutico”, en realidad se enmarca dentro de un proceso ultramoderno de “privatización de

la diversidad”, lo cual nos permite desentrañar una de las primeras “trampas del multiculturalismo” (Zizek, 1998). Si bien la Medicina Alternativa Complementaria no es un concepto rector para fines de esta investigación, el análisis de su conceptualización funciona como terreno introductorio para observar los procesos que ocurren cuando elementos tradicionales se insertan en la sociedad occidental. En síntesis, notar cómo la medicina tradicional debe necesariamente dejar de serlo (a nivel práctico y discursivo) adaptándose a los cánones del modelo dominante en aras de su transformación en una “medicina-otra” que coexista (sin que esto se traduzca en igualdad) con el modelo biomédico convencional.

El modelo médico alternativo y deslocalizado, a pesar de su aparente oposición al modelo biomédico, muestra al interior de su discurso la necesidad imperante de ser reconocido, es decir “legitimado” como ciencia (Cerrillo Vidal, 2008). Por lo tanto, la alternativa propuesta por este modelo médico es en realidad una alternativa instrumental, que propone solamente la alternancia de terapias y medicamentos, más allá de un cuestionamiento verdadero del alcance de la medicina alopática.

Sin embargo, sería injusto no considerar los planteamientos de Obach King (op. cit.) quién nos recuerda cómo, a pesar de sus limitaciones epistemológicas, la Medicina Alternativa encierra un elemento que la distingue de la medicina tradicional. A saber, incorpora mínimamente un elemento político ausente en la conceptualización de la medicina tradicional. En este sentido, Douglas (1998) apunta a que se trata de una alternativa en todo el sentido contracultural, que opone lo “espiritual” a lo “material”, por lo que pueden abordarse tanto desde una dimensión curativa como una dimensión política, toda vez que se oponen a la preeminencia de un modelo médico hegemónico y oficial. En capítulos posteriores se analizará lo que implica el pasaje de una medicina tradicional a una medicina alternativa, específicamente en contextos de Cooperación Internacional.

e) Salud Intercultural.

La definición de salud intercultural será tratada someramente dentro de este marco conceptual, pues la discusión posterior asociada al caso boliviano gira en gran medida en torno a este concepto. Sin embargo debemos contar con una primera aproximación que ayude a disipar confusiones y ambigüedades en relación con otros conceptos-directrices de la investigación.

Sí partimos de una definición básica, la salud intercultural, (o interculturalidad en salud) designa el conjunto y acciones de políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del

usuario en el proceso de atención de salud (Alarcón, Vidal & Rozas, op. cit.). Nuevamente, se parte del reconocimiento de los sistemas etnomédicos como “construcciones culturales” que responden a necesidades de un entorno social específico y en las cuáles es posible distinguir una dimensión conceptual y una conductual.

Sí nos detenemos por un momento a analizar esta definición, debemos destacar su enunciación como “acciones de políticas” es decir, el deseo de superar el espacio teórico académico y lograr una conceptualización pragmática que dé cuenta de la salud intercultural como un *hacer* dentro del marco institucional.

Una manera muy común de abordar el tema de la interculturalidad, al menos desde esta perspectiva institucional, es partir de la base de una necesidad específica: la “incorporación” de una cultura minoritaria dentro de un marco sociocultural más amplio. Sabemos que el contacto y la interacción no es una situación exclusiva de tiempos recientes. Sin embargo, el uso políticamente correcto del término, así como la necesidad de considerar a la diversidad cultural el punto de partida para el diseño de políticas, resulta una práctica cada vez más recurrente en la actualidad. Así, podemos encontrar el sufijo “intercultural” en una amplia gama de aspectos institucionales: la educación, la salud, tratamiento de individuos con exclusión social, aspectos migratorios, consideraciones artísticas, etc. En todos estos ámbitos sin embargo, no se aclara cuáles son (en el caso de que los hubiera) y quién elige los criterios de incorporación: ¿quién será la “cultura receptora”? ¿Qué se gana o que se pierde en este intercambio? ¿Cómo se asegura una incorporación simétrica más allá de la retórica normativa basada más en propuestas morales que en líneas de actuación?.

Así, como menciona Lerín (2004):

La salud intercultural puede ser abordada de distintas maneras según las posiciones que se asuman, algunas veces es una herramienta útil en los procesos de cambio; en otros momentos resulta ser un campo dónde se dirimen los conflictos y en otros escenarios, es un reconocimiento de dominio y sojuzgamiento de la cultura médica dominante ante los saberes populares subordinados. (p. 116).

Para este autor, la interculturalidad en salud debe ser entendida como un proceso que involucre una serie de interrelaciones equitativas y respetuosas de las diferencias económicas y sociales, pero sobre todo de las culturales, en dónde la salud, y la enfermedad ocupan un lugar preponderante.

En un estudio del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) realizado en 2006 con el objetivo de mostrar las “mejores prácticas en Salud Intercultural” esta se define como: “las prácticas en salud y cuidado médico que unen la medicina indígena con la occidental, dónde ambas son consideradas complementarias”. Parte por lo tanto de la diferenciación entre una medicina indígena (étnica, localizada, minoritaria) y una occidental (es decir, abarca una mayor cantidad de países, cercana al Primer Mundo, etc.). No se explica sin embargo los términos en los cuáles es posible realizar esta complementación, por lo que resulta una definición puramente normativa.

Desde esta caracterización además, el otro cultural, dentro de la redefinición del eurocentrismo y de su expresión multicultural, se pretende y se conceptualiza como un sujeto abstracto -como una cultura con límites definidos-, sin romper las ficciones que sobre él se han construido.

La interculturalidad marca límites entre culturas, las diferencia y las cataloga, igual que lo que ocurre con conceptualizaciones como “Tercer Mundo” o “subdesarrollo” (Marín, 2005). En este caso, tal aseveración se ejemplifica con el uso del término “indígena”, el cual encapsula la diversidad cultural que representa (sólo en México existen alrededor de 40 grupos indígenas perfectamente diferenciados y con muy pocos rasgos en común).

Meñaca (2006) lo deja muy claro cuando recuerda que el “multiculturalismo” abarca también al saber biomédico, por la enorme pluralidad y amplia gama de realidades que involucra en tiempo y espacio. La interculturalidad en salud por lo tanto, no debe catalogarse como un modelo de abordaje que funciona únicamente cuando se trabaja con grupos minoritarios (migrantes, indígenas, etc.).

Siguiendo con el informe del BID (op. cit.), las premisas básicas de las cuales debe partir la interculturalidad en salud son: respeto mutuo, equidad en el reconocimiento del conocimiento, voluntad de interacción, y flexibilidad al cambio como resultado de esta interacción. Se puntualiza que una “buena práctica” en Salud Intercultural “demuestra un impacto positivo y tangible en los individuos y en la población beneficiaria, debe ser sustentable, responsable y relevante al paciente y a las necesidades sanitarias de su comunidad, así como a las realidades ambientales y culturales”. Debe a su vez “enfocarse en el cliente” incluyendo elementos de género e inclusión social, ser eficiente y flexible, ser innovador, mostrar potencial de replicación, identificar necesidades de política en salud y permitir realizar una evaluación.

Prestando atención a los requisitos básicos para una interculturalidad en salud exitosa, podemos encontrar enormes similitudes con las exigencias a las que se someten proyectos o intervenciones de desarrollo. Se piensa que ya no sólo el respeto, sino la integración y complementariedad de pluralismos médicos devienen necesariamente en mejoras sociales, no únicamente en la relación médico-paciente sino en términos de salud comunitaria y disminución de la exclusión social.

Desde esta perspectiva, la salud intercultural se condiciona a una serie de prerequisites fijados de antemano y que sin embargo son difícilmente comprobables o medibles. Cómo veremos más adelante, al parecer, y en palabras del teórico Kevin Power (1998), este proceso de “diálogo intercultural” debe entrar:

Bajo la tutela de nuestros criterios, intereses y visiones, que a menudo, son meros prejuicios, o no entra. La apertura del canon es indudablemente positiva. Sin embargo, lo hacemos nosotros y proponemos las categorías mismas de inclusión: raza, identidad, exotismo... Clasificaciones que no amenazan el mantenimiento de nuestra superioridad y que son inferiores a preocupaciones vitales. (p. 223).

La interculturalidad en salud funciona de esta manera como una concesión que permite concretar nuestra posición hacia el Otro, desde una suerte de “distancia hegemónica” que legitima la idea de Universalidad propuesta por el paradigma moderno. Es por lo tanto un “catálogo de buenas intenciones” sin una lógica instrumental que la respalde, generando un número importante de ambigüedades y proyectos marcadamente contradictorios, como se analizará más adelante.

Precisamente lo que se busca cuestionar en esta investigación son las bondades a priori otorgadas a la interculturalidad, así como la intencionalidad hegemónica que conlleva: dos culturas “deben” necesariamente, y con requisitos preestablecidos de antemano, establecer un diálogo en aras de crear un nuevo tipo de conocimiento dialéctico y “plural”, pero con un contenido eminentemente universal: asistimos al “mestizaje” de los saberes médicos.

La interculturalidad entendida así, funciona como una de las grandes utopías de la modernidad: una sociedad nueva, progresista, “desarrollada” que sea capaz de aglutinar todas las divergencias, neutralizándolas y autorizando un nuevo contrato social hobbesiano en dónde deben resignarse elementos identitarios específicos para lograr equilibrio y armonía social.

Debemos tomar en cuenta lo establecido por Menéndez (1994) cuando asevera 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” (p. 81).

Esta es precisamente una de las grandes paradojas de la salud intercultural: por un lado es un concepto surgido dentro de la esfera política, que poco a poco ha ido adquiriendo legitimidad académica, y por otro lado, tiende a invisibilizar procesos políticos, económicos y sociales cuyo análisis es esencial para entender la falta de acceso a una salud de calidad, especialmente en grupos vulnerables.

Por lo pronto, lo que interesa rescatar del concepto de Salud Intercultural es su utilización intencionada desde el establecimiento de proyectos específicos, desprendidos especialmente de políticas de salud pública y proyectos en salud internacional, que paradójicamente parten del elemento cultural (la reactualización del problema del Otro) para solucionar los que se consideran “problemas” asociados en un primer lugar a dicho elemento: la enfermedad y la cura son la misma cosa.

Será propósito de este trabajo demostrar como la superación de etnocentrismos basados en la sobreidentificación del otro (y su posterior apropiación) en lugar de avanzar en la construcción de una sociedad nueva legitima el discurso central de las diferencias, reafirmando y generando nuevas formas de exclusión social.

f) Salud Internacional.

Partiendo del hecho de que se estudiará el desarrollo de la Medicina Tradicional desde una perspectiva de Cooperación Internacional, el concepto de Salud Internacional contribuye a mostrar el sentido y el manejo de las políticas sanitarias a nivel mundial.

Como lo plantean Rubinstein y Lean (1990), la salud internacional es el término más frecuentemente utilizado cuando los planeadores de políticas en salud hablan sobre la salud en sociedades del “Tercer Mundo”. De acuerdo con estos autores:

Thus, in practice, international health refers to the flow of advice, health professionals and health technology from the wealthier countries to the poorer (p. 368).

El origen del concepto guarda estrecha relación con el enfoque asistencial del modelo biomédico, así como la conceptualización de la medicina indígena como “tradicional”, ya que la idea de salud internacional comienza con la práctica misionera en países colonizados. De acuerdo con esta perspectiva, se pensaba que el contacto cultural traía consigo nuevas

enfermedades que diezmaban la capacidad productiva de los nativos, generando a su vez una elevada mortalidad en los colonizadores. De acuerdo a Reich (1991) el concepto de salud internacional ha evolucionado a través de cinco fases:

El tratamiento de las enfermedades tropicales por parte de las potencias coloniales dentro de sus territorios de ultramar, a un énfasis en el control de las enfermedades infecciosas a través de las fronteras, a los esfuerzos regionales por el control de las enfermedades y el impulso a la medicina preventiva; a la fundación de la Organización Mundial de la Salud con el fin de considerar un concepto más amplio de salud; y hasta la fase actual, centrada en la universalización de la Atención Primaria en Salud (p. 433-434).

Dentro de este proceso la salud comienza a depender en gran medida de la ayuda externa, debilitando la actuación del Estado. El objetivo principal es el “control” de focos infecciosos o problemas sanitarios que podrían repercutir directa o indirectamente en los habitantes de países “desarrollados”.

A su vez, la Atención Primaria paulatinamente se transformó de universal a selectiva, estimulando la participación del capital privado, produciendo resultados registrables, promoviendo el uso de tecnologías avanzadas (profundizando la dependencia de países con menores ingresos) y manteniendo el status quo económico y financiero (Gómez- Dantés & Khoshnood, 1991).

Siguiendo este breve recorrido, vemos que la idea de salud internacional se encuentra atada a procesos llevados a cabo a través de la interpretación de conceptos organizadores como el de “civilización” en el S. XIX o desarrollo en la primera mitad del S. XX: remite por lo tanto a elementos que reflejan y refuerzan intereses económicos y de grupos de poder.

Siguiendo a Foster (1987) los principales postulados de los que parte la salud internacional son los siguientes:

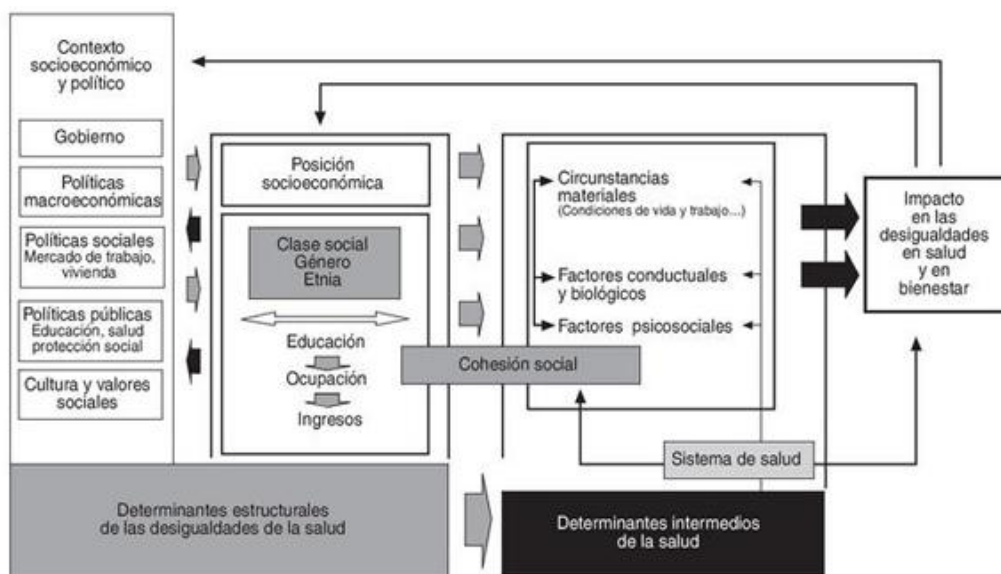
1. Los países más ricos tienen el capital, el talento y el *know how* para resolver los problemas de los países más pobres.
2. Por lo tanto, los países ricos son los encargados de planear y dirigir estos esfuerzos.
3. Las instituciones y enfoques de salud occidentales funcionarán para resolver los problemas de los países menos desarrollados.

A pesar de que en repetidas ocasiones se ha comprobado la ineficacia de este modelo, tanto en el ámbito del desarrollo como específicamente en el de la salud, continúa siendo el más implementado desde las Agencias Internacionales. Se presume además, que la expansión del

modelo de salud occidental se traducirá irremediamente en un aumento en la salud de la población beneficiaria, lo cual ha sido desmentido por numerosas investigaciones que demuestran de que manera los cambios más significativos en la salud de las poblaciones corresponden a procesos de higiene y acceso a recursos por encima de medidas curativas o tratamientos puntuales.⁹

Más aún, es evidente que las desigualdades sociales y el acceso a condiciones dignas de vida llegan a ser incluso más determinantes que los cuidados paliativos para asegurar una correcta salud comunitaria. Estas inequidades van muy de la mano con aspectos de origen étnico, de clase, de género, etc. como lo demuestra el siguiente cuadro elaborado por la OMS

Ilustración 1. Determinantes sociales en Salud.



Fuente: WHO, a conceptual framework for action on the Social Determinants of Health. CDSH, April 2007

Por lo tanto, la Salud Internacional será entendida como el marco de acción más amplio en dónde los conceptos anteriormente mencionados -modelo biomédico de salud, medicina tradicional, salud Intercultural y medicina alternativa-, “cobran vida”, interactuando entre sí y proyectándose en el espacio político que ya no se restringe únicamente al ámbito público sino que adquiere características y refleja elementos de un escenario global más amplio.

A pesar de las contradicciones y críticas hacia este modelo de atender la salud, es innegable que la Salud Internacional adquiere cada vez mayor importancia, debido principalmente a la creciente complejidad de las relaciones económicas, políticas y sociales internacionales que

⁹ Para una revisión más exhaustiva de estos postulados, conviene revisar a Mckeown T. *Determinants of Health* En Brown P. & Barret R. (op. cit.).

implican, a su vez, cambios en los perfiles epidemiológicos de la población y transformaciones en los sistemas de salud. En estos procesos de cambio cultural, la salud se convierte en el punto de encuentro donde confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y la económica (Frenk, 1992).

Frenk y Chacón (1992) plantean la necesidad de establecer bases conceptuales que superen el modelo de salud internacional que denominan “tradicional” caracterizado por el asistencialismo técnico a países considerados en desarrollo a una “nueva” salud internacional, que enfatice la cooperación y la colaboración en la enseñanza, en la investigación y servicios de salud que genere beneficios bidireccionales.

Sin embargo, los proyectos desarrollados en el área de salud internacional casi siempre son puestos en marcha por países considerados de “Primer Mundo”, por lo que la inclusión de nuevos modelos para entender la Salud Internacional suelen quedarse en presuposiciones teóricas con escaso eco en la realidad. A su vez, no se cuenta con un referente conceptual y discursivo sólido, que dé cuenta de las complejas interacciones de los fenómenos sanitarios, influyendo negativamente en la eficacia de estas iniciativas.

g) Cooperación Internacional.

Partiendo de una definición clásica de la Cooperación al Desarrollo, resulta especialmente útil la propuesta de Galán y Sanahuja (1999) en donde esta se define como “el conjunto de actuaciones, realizadas por actores públicos y privados, entre países de diferente nivel de renta con el propósito de promover el progreso económico y social de los países del Sur, de modo que sea más equilibrado en relación con el Norte y resulte sostenible” (p.17).

Si bien resulta una definición que puede ser valorada positivamente, ya que involucra unos parámetros mínimos para asegurar la calidad de la ayuda, además de precisar el foco en aspectos económicos y sociales, no logra despegarse del todo de una posición etnocéntrica, pues considera que el proceso de Cooperación sólo puede darse en situación de desequilibrio de poder, desestimando iniciativas novedosas que se han venido implantando desde hace algunos años en el panorama internacional, como es el caso de la Cooperación Sur- Sur.

Pérez Bravo y Sierra Medel (1998) estipulan que:

la Cooperación Internacional es entendida como la interacción creativa entre los Estados, la promoción del diálogo y el acercamiento para resolver problemas comunes a partir del entendimiento y no del enfrentamiento (...) La realización de la cooperación internacional en

la esfera política tiene como resultado el fortalecimiento de la paz y la seguridad internacional, así como el enfoque coordinado de problemas que afronta la comunidad internacional (p.19).

Asentado en la teoría de los Regímenes Internacionales, la presente definición involucra un elemento ético poco observable en la realidad. Menciona sin embargo la existencia de “problemas comunes” -por lo que la Cooperación implicaría necesariamente una comunidad internacional sólida- y no la observa únicamente como la proyección de intereses emanados localmente, como suele suceder en la práctica.

Aunque la Cooperación Internacional como práctica política normalizada no surge oficialmente hasta la institucionalización del desarrollo, es decir, en las décadas posteriores a la Segunda Guerra Mundial, desde la antropología ya se habían realizado diversas críticas que analizaban el papel de los sistemas de intercambio y dependencia entre dos sociedades diferenciadas culturalmente.

Al respecto pueden rescatarse trabajos de Marvin Harris sobre el potlach (Harris, 1980) quién señala, desde una perspectiva materialista, algunos ejemplo en los que la sociedad capitalista occidental se inserta en realidades ajenas mediante la generación de dependencia material.

Ya en un ámbito más centrado en la Cooperación Internacional a partir de sus rasgos contemporáneos, destacan los trabajos de Joan Picas (2006), quien busca analizar antropológicamente prácticas asociadas a la Cooperación, como la donación y el intercambio. Para este autor, resulta imposible entender al sistema de cooperación desde el punto de vista del altruismo y el beneficio mutuo:

En lo que atañe a la donación ética, intencional, que se afirma en la ayuda al desarrollo, cabe señalar que no implica simultáneamente al donante y al donatario. Ambos se sitúan en un plano relacional asimétrico, casi de tipo clientelar. Sus universos culturales no son sólo distintos, sino que confluyen en manifiesta posición de desigualdad. En consecuencia, se trata de un gesto dominador, por cuanto no permite que el receptor ofrezca su “contra-don”, y esencialmente egocéntrico –no admite reciprocidad (s/n).

A este tipo de críticas, centradas en refutar el componente ético y desinteresado con el que se presenta a la Cooperación al Desarrollo, podemos sumarle la crítica anteriormente planteada al momento de analizar el modelo biomédico de salud: su capacidad para fraccionar arbitrariamente la realidad hasta separarla del medio social que la contiene.

Siguiendo con el análisis conceptual, un informe del Sistema Económico Latinoamericano y del Caribe (SELA) publicado en 2010 y titulado “Visiones, enfoques y tendencias de la

Cooperación Internacional para el Desarrollo: hacia un marco conceptual y práctico Latinoamericano y Caribeño” define a la Cooperación Internacional como:

Un conjunto de mecanismos y acciones practicadas por diversos actores internacionales que pretenden corregir desajustes sociales y económicos mediante el otorgamiento de capacitación, el intercambio de diversas prácticas en diversos temas y áreas, así como el otorgamiento de recursos financieros o tecnológicos en condiciones apropiadas al desarrollo y bienestar del receptor (SELA, 2010).

Aquí se rescatan dos elementos esenciales que permiten entender la Cooperación al Desarrollo desde una perspectiva menos centrada en los países donantes: el papel de la transferencia e intercambio (estableciendo una lógica de carácter relacional sin incluir una variable de subordinación) y la necesidad de crear condiciones apropiadas o “buenas prácticas”, dejando implícito que no todas las acciones de Cooperación al Desarrollo implementadas contribuyen al bienestar *per se*.

Cualquier intento de conceptualizar a la Cooperación Internacional sería limitado si no se presta atención a las diversas teorías de las Relaciones Internacionales, ya que, dependiendo del enfoque que cada una de ellas haga al Sistema Internacional, la Cooperación al Desarrollo adquirirá matices muy diferenciados.

Desde la postura positivista, se ha analizado a la ayuda externa y su relación con el interés nacional a través del realismo y neorrealismo. Como crítica estructuralista, se ha ligado la ayuda externa con el imperialismo, mientras que este tema ha sido abordado también mediante la teoría de la interdependencia, los Regímenes Internacionales y el neoliberalismo institucional. Asimismo, desde la óptica post positivista se cuenta con el constructivismo y con el postdesarrollo o deconstructivismo entre las teorías más representativas.

Para fines del presente trabajo, nos centraremos principalmente en la teoría realista, la cual parte del supuesto de que el mundo se encuentra inserto en una permanente lucha de poder, en dónde los Estados (racionales y unitarios) constituyen los principales actores de las Relaciones Internacionales. En este escenario, la Cooperación Internacional es entendida como un instrumento que permite defender y extender los intereses del donante, tanto a nivel estatal como en el ámbito internacional. Entre los beneficios que puede obtenerse mediante este instrumento se encuentran: el aumento de la influencia política, promover el comercio, asegurar sus fronteras e inversiones en el exterior, etc. De este modo, la ayuda es interpretada como un asunto inseparable del poder (Hook, 1995).

Hans Morgenthau, desde esta postura teórica, argumenta que la Cooperación Internacional puede ser equiparable con “sobornos” a los gobiernos receptores, pues la ayuda, lejos de promover el desarrollo, pretende únicamente que el donante obtenga beneficios políticos y económicos a cambio de los servicios prestados (Morgenthau, 1962).

Los teóricos de esta corriente, argumentan entonces que el gran impulso que adquiere la Cooperación Internacional en el contexto de la Guerra Fría se explica por la intencionalidad previa de esta ayuda y el afán de contención del comunismo. Los ejemplos recientes de la Guerra de Afganistán e Irak, en donde el grueso de los recursos norteamericanos al desarrollo se destinaron a reconstrucciones o situaciones militares, permiten hablar de lo que Sanahuja (2005) define como la “securitización de la ayuda”. Desde esta perspectiva, la Cooperación Internacional es despojada de todo componente ético y moral, rigiéndose únicamente por aspectos racionales vinculados al poder.

Así, dentro de la transdisciplinariedad buscada en la presente investigación, la teoría realista de las Relaciones Internacionales ayuda a reforzar las críticas realizadas desde la antropología y desde el postestructuralismo discursivo, ya que todos comparten la idea del poder como categoría central de análisis, aunque su manera de definirlo y examinar las bases que lo sustentan, así como sus alcances y significaciones, difiere significativamente.

La Cooperación al Desarrollo es desde esta perspectiva realista, un instrumento o herramienta que permite expandir y afianzar los factores del poder desde diferentes frentes: permite la universalización del Desarrollo como “cruzada moderna” sustentada en la occidentalización del mundo y en el desarrollo entendido desde una lógica evolucionista unilineal sin una meta o punta de llegada específico por encima de las acciones llevadas a cabo por países con altos índices de industria, y con crecimiento económico sostenido. También, permite afianzar el poder político y militar de estos países en la esfera internacional, permitiendo la captación de aliados, además de generar beneficios para sus industrias, fortaleciendo el comercio y expandiendo factores de influencia.

Por otro lado, permite la legitimación de una lógica discursiva que transmute estos elementos por categorías de contenido ético y social que en apariencia reflejen los intereses de la “Comunidad Internacional”.

La revisión crítico-conceptual aquí planteada, permite una primera aproximación a categorías que serán retomadas exhaustivamente a lo largo de la investigación. Su revisión desde diferentes posiciones teóricas, facilita su posterior deconstrucción y permite organizar un

análisis que estudie al poder dentro de lo que se conoce como “análisis intersectorial”, incluyendo variables que den cuenta de la interrelación de estos conceptos en la dimensión local e internacional (**cómo** estas variables son reconfiguradas en contextos específicos que posteriormente buscan proyectarse más allá de las fronteras nacionales y **con qué** fines se da esta proyección).

Partimos de la consideración de todos estos conceptos como inherentes a la esfera política-ideológica de la que han nacido y en la cual son reproducidos. Lo anterior quiere decir que se involucran visiones polarizadas sobre sus posibles significados (ser clasificados como conceptos políticos los reviste de una polisemia innata) por lo cual es necesario estudiarlos desde contextos locales bien definidos para entender cómo se construyen e interrelacionan entre sí. Con el estudio de caso analizado en el contexto boliviano, estudiaremos puntualmente cómo estos conceptos son apropiados y reconfigurados desde escenarios y posiciones nacionales/internacionales distintas, que ejemplifican la tensión entre modernidad/colonialidad en la que se basa nuestro análisis, y que se abordará con detalle más adelante.

MARCO TEÓRICO

Brown (op. cit.) identifica cinco enfoques básicos que distinguen el estudio de la antropología médica: *1) biológico, 2) ecológico, 3) etnomédico, 4) crítico y 5) aplicado*. En lo que respecta a este análisis en particular, se parte de una dimensión crítica sustentada en los siguientes preceptos:

Proponents of CMA insist that medical anthropology broadens its explanatory framework to include the macrolevel forces that connect individuals to the larger world system (...) Critical medical anthropologists describe how large-scale political, economic and cognitive structures constrain individual decisions (p. 16).

Aunque se parte de un análisis teórico profundo, este buscará en todo momento contar con una orientación aplicada. Así, dicha teorización intenta derivar en programas y planes específicos de intervención, además de avanzar en la puesta en marcha de proyectos políticos que propugnen por una sensibilización cultural y un diálogo de saberes, ya no únicamente entre los profesionales médicos, sino extendiéndose a la sociedad en su conjunto.

Por tanto, el presente marco teórico se enfocará en observar las distintas configuraciones del poder, especialmente en el ámbito del orden del discurso. A partir de este *point de capiton* analítico, se estudiarán las dimensiones que adquiere el poder al entrar en contacto con dinámicas de carácter histórico e internacional, desde las cuales pueden explicarse los procesos de configuración del saber médico moderno y, por ende, del “tradicional”.

Un elemento esencial al analizar dicha dimensión tiene que ver con la identificación de los mecanismos, implicaciones y relaciones bajo las cuales opera. Desde esta perspectiva, el poder debe entenderse no como una sustancia o un método autoritario de coerción, sino como un sistema de relaciones dinámico marcado por procedimientos específicos, señalizados estos últimos por los diferentes actores que constituyen su esfera de influencia.

A través del estudio histórico-discursivo característico del post-estructuralismo y los estudios postcoloniales, es posible desentrañar los mecanismos bajo los cuales el poder somete, crea subordinación y, al mismo tiempo, engendra las condiciones de posibilidad para una resistencia efectiva. El discurso funciona entonces como un amplificador del poder, actuando como fundador y garantía del orden social. Esto ocurre igualmente, como se analizará más adelante, con el discurso de la medicina tradicional.

Incrustado en la relación saber/poder y en las hegemonías estratificadas que el discurso naturaliza, se corre el riesgo de acercarse a los fenómenos sociales únicamente a partir de los mecanismos de (re) presentación puestos en marcha por el discurso “verdadero” (Foucault, op. cit.). Por lo tanto, el presente marco teórico se posiciona como un mecanismo intelectual superador, que permita entender a los procesos socioculturales desde la perspectiva holística y transdisciplinar que definen al quehacer antropológico contemporáneo.

Ligado a lo anterior, se parte de una perspectiva “macro” atada a los postulados deconstructivistas de Derrida y la escuela postestructuralista francesa, para descender posteriormente hacia niveles de análisis que permitan entender como un discurso puede ser “globalizado/localizado” mediante mecanismos estructurales que nutren su carácter hegemónico.

Todas estas herramientas teóricas nos permitirán acceder al estudio de la medicina tradicional a partir de la deconstrucción semántica del paradigma biomédico moderno y observar como este último, mediante un discurso sustentado en la exclusión del sujeto-otro al interior de las tramas narrativas que lo estructuran, establecer las pautas y la manera en la que la medicina tradicional es entendida y practicada, especialmente en el ámbito de la Cooperación Internacional. Tal proceso de transmutación semántica deviene en la neutralización del elemento tradicional como símbolo de reivindicación étnico-territorial, reificándolo y narcotizando su significado político. Retomando elementos de la “antropología de la Cooperación Internacional”, es posible identificar de que manera esta superestructura determina el comportamiento de actores culturalmente determinados que construyen y (re) construyen socialmente el significado y alcance de la medicina tradicional desde su consideración polisémica y contingente.

A continuación, se expondrán los principales postulados del postestructuralismo como plataforma de análisis, que irá derivando progresivamente en enfoques cada vez más contextuales y etnográficos, permitiendo situar a la medicina tradicional a nivel de discurso, práctica y representación simbólica.

a) Postestructuralismo y Deconstructivismo

El primer elemento ordenador del presente marco teórico alude a los postulados de la escuela postestructuralista francesa, la cual comienza a tener auge a partir de los llamados “*cultural studies*”, dificultando sin embargo una identificación precisa y homogénea de sus postulados.

Grosso modo, podemos situar el punto de inflexión de esta corriente de pensamiento a partir de los escritos de Jaques Derrida (1930) en los años setenta, los cuales cuestionan radicalmente los esquemas epistemológicos y filosóficos del conocimiento occidental. Tomando como punto de partida el concepto de oposiciones binarias establecido años atrás por Levi-Strauss (op. cit.), Derrida observa que tal estructuración de la realidad “limita la aprehensión de otros puntos de vista que quedan totalmente marginados, y a su vez, propone una relativización del pensamiento, poniendo en duda la estabilidad e inclusive la existencia de los centros en las estructuras del pensamiento” (Arboleda, 2010, p. 16).

A partir de los postulados de Derrida, se visualiza la necesidad de establecer una fragmentación textual, una descomposición semántica que permita detectar fenómenos marginales reprimidos o eclipsados por el discurso hegemónico. Se trata, en suma, de un movimiento político avocado en detectar lo “otro” en los discursos aparentemente neutrales y homogéneos, abriendo el camino para una comprensión hermenéutica de los fenómenos humanos. En ese sentido, la antropología se vuelve “un acto de interpretación, no de desciframiento” (Geertz, op. cit, p. 48).

De acuerdo a lo planteado hasta ahora, y para efectos de la presente investigación, los aportes principales del deconstructivismo Derrideano pueden agruparse de la siguiente manera:

- En primer lugar, como corriente teórica de corte eminentemente político, situada por momentos en una posición antagónica a la hegemonía. Desde esta posición, involucra una desnaturalización del régimen moderno, posibilitando su crítica al desestimarlos como “régimen de verdad” e instaurarlo como condición de posibilidad susceptible a la técnica deconstructivista.
- Involucra entonces la puesta en marcha de una lectura plurifacética de los fenómenos, y no sólo una reconstrucción académica de los espacios de poder (Krueger, 2004). Abandona por tanto los postulados estructuralistas de la Antropología.
- Así pues, el texto (con sus metáforas y metanarrativas) se constituye como la herramienta principal de análisis social, con efectos determinantes en la infraestructura de los grupos humanos. El texto por lo tanto, puede considerarse fantasmático¹⁰ y

¹⁰ Tomando como base la definición de espectralidad planteada por Marx, Derrida (2001) acuñó el término fantasmático de acuerdo a lo siguiente: “el espectro no es sólo el fantasma, el (re)aparecido, lo que a contratiempo vuelve a recordarnos una herencia, sino también lo que no está ni muerto ni vivo, lo que no es real ni irreal, lo cual reintroduce la dimensión de lo fantasmático dentro de lo político y nos ayuda asimismo a

transversal. A partir de este momento, el “discurso” se convierte en el fenómeno articulador y enlazador de las redes sociales (Laclau & Mouffe, op. cit.).

Tomando como base los postulados de Jacques Derrida, se analizarán los aportes teóricos de tres autores que han reconfigurado las relaciones de poder a través de la deconstrucción discursiva de los textos sociales: Michel Foucault, Pierre Bourdieu y Paul Ricoeur. A partir del acercamiento con estos autores, se desmontará la idea del modelo biomédico moderno como un discurso “neutral”, “científico” y “desregulado”, para estudiar los mecanismos reales de poder bajo los cuales opera.

1) Foucault: el Orden del Discurso, Biopolítica y Biopoder

Tomando como base los postulados de Derrida, el filósofo francés Michel Foucault establece que: “en toda sociedad la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por un cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar los poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad” (Foucault, op. cit., p. 5). Por lo tanto, el elemento discursivo resulta inherente al análisis de las relaciones de poder y los mecanismos que a partir del mismo se desprenden.

El elemento novedoso articulado por Foucault, recae en el papel protagónico y constructivo que le concede al discurso: no solamente se encuentra inmerso en las relaciones de poder, sino que es objeto mismo de pugnas, como objeto de deseo y no simplemente como una manifestación del mismo. En el campo discursivo se negocian los significados, se fragmentan las identidades y se constituye la agencia.

Entender al discurso como un elemento de producción hegemónica, implica necesariamente el reconocimiento de discursos-otros que son silenciados, reificados y despolitizados, por lo que una exclusión semántica a menudo se acompaña de procesos de marginación o narcotización política de saberes considerados “residuales” –entre los que destaca la medicina tradicional, a pesar del giro intercultural que caracteriza a la agenda política internacional-. Aunque de manera sutil y con relativamente menos coacción y violencia, la distinción entre “verdadero/falso” que atraviesa las esferas del conocimiento científico, y en gran medida estructura la división entre “modernidad versus tradición”, se encuentra regida bajo estos mismos supuestos. Foucault lo argumenta de la siguiente manera:

entender algunas estructuras del espacio público actual, los medios de comunicación, la virtualización de los intercambios, etc.” (Derrida 2001, p. 49-56)

Ciertamente, si uno se sitúa al nivel de una proposición, en el interior de un discurso, la separación entre lo verdadero y lo falso no es ni arbitraria, ni modificable, ni institucional, ni violenta. Pero si uno se sitúa en otra escala, si se plantea la cuestión de saber cuál ha sido y cuál es constantemente, a través de nuestros discursos, esa voluntad de verdad que ha atravesado tantos siglos de nuestra historia, o cuál es en su forma general el tipo de separación que rige nuestra voluntad de saber, es entonces, quizás, cuando se ve dibujarse algo así como un sistema de exclusión (sistema histórico, modificable, institucionalmente coactivo) (Foucault, op. cit., p. 8).

Tal aseveración ayuda a considerar al discurso médico moderno como un sistema de exclusión alrededor del cual se construyen reglas para la “coexistencia pacífica” de discursos que, si bien pueden considerarse “alternativos” se sitúan siempre en una posición periférica respecto al modelo médico hegemónico.

De esta forma el saber médico es puesto en práctica y al mismo tiempo “valorizado, distribuido, repartido y en cierta forma atribuido” (ibíd., p. 10). Desde esta perspectiva todo discurso científico se encuentra revestido en una lógica de verdad que orienta prácticas y explica la asimetría en las relaciones con el sujeto-otro. Es la ciencia la encargada de generar discursos “verdaderos”, convirtiéndose en el centro neurálgico de la producción, reproducción y el control de los discursos.

Profundizando en el análisis del discurso, Foucault emplea el término “disciplina” para dar cuenta de aquellos regímenes de verdad, que, sí bien involucran un cierto grado de falsedad que agrega dinamismo -e incluso legitimidad- al paradigma, necesitan erigirse como verdades para establecer planes de intervención política. De acuerdo con el autor:

Una proposición debe utilizar instrumentos conceptuales o técnicos de un tipo bien definido; a partir del siglo XIX, una proposición dejaba de ser médica, caía «fuera de la medicina» y cobraba el valor de un fantasma individual o de imaginaria popular si empleaba nociones a la vez metafóricas, cualitativas y sustanciales (como las de obstrucción, de líquidos recalentados o de sólidos desecados); podía, debía recurrir por el contrario a nociones también metafóricas, pero debían estar construidas según otro modelo, funcional o fisiológico en este caso (como en la irritación, la inflamación, o la degeneración de los tejidos... No se está en la verdad más que obedeciendo las reglas de una policía discursiva que se debe reactivar en cada uno de sus discursos (ibíd., p. 20).

Estos patrones de clasificación serán retomados más adelante en el capítulo encargado de analizar la “invención” de la medicina moderna. Por ahora, basta observar la manera en que las disciplinas –incluidas las denominadas “científicas” entre las que podemos contar a la

medicina- funcionan como un principio de control en la producción del discurso. Por lo tanto, mantiene un carácter arbitrario y coercitivo al interior de sus estatutos ontológicos y epistemológicos.

Tomando el análisis del discurso como categoría central de investigación, Foucault trasciende el elemento inmaterial para hablarnos del discurso como materialidad corpórea sujeta a diferentes formas políticas de control y disciplinamiento. Así: “el cuerpo sufre una inscripción disciplinaria en la sociedad moderna, en nombre de la racionalidad organizada, una inclusión forzada e institucional que inaugura un nuevo modelo de sociedad: la sociedad disciplinaria” (Aguilera, 2010, p. 29). El cuerpo funciona de esta manera como receptor y base fundamental de los dispositivos dominio/subordinación, que el autor denomina “dispositivo saber/poder”. De acuerdo con Bouveresse (2004): “el cuerpo desde la modernidad y la aparición política del Estado ha experimentado una desestructuración epistemológica, convirtiéndose en una figura central de eclosión en los sistemas de poder/resistencia establecidos”. (p. 96)

Además de la estrecha vinculación entre los discursos del saber y las relaciones de poder al interior de sus dimensiones productivas¹¹, el poder se manifiesta en el trato que se otorga a categorías biológicas, que son revestidas de un carácter ontológico distintivo que las reviste de intencionalidad política. En palabras de Foucault (2007): “La vida y la muerte nunca son en sí mismos problemas médicos. Incluso cuando el médico, en su trabajo, arriesga su propia vida o la de otros, se trata de una cuestión moral o de política, no de una cuestión científica” (p. 54).

El discurso médico por tanto, legitima las relaciones biopolíticas que desde los centros del poder se proyectan hacia los individuos. En apartados anteriores se ha hecho notar la distinción antropológica clásica en cuanto a la enfermedad a partir de su dimensión subjetiva - *illness, sickness y disease*-. Dentro de la perspectiva Foucaultiana, el ocultamiento de las dimensiones sociales y subjetivas de la enfermedad, a favor de una individuación mecanicista exacerbada, responde a mecanismos de legitimación discursiva y construcción de un régimen de verdad propio de los discursos hegemónicos. Lo mismo ocurre con la categorización de “medicina tradicional” como concepto evolutivamente atrasado y sin carácter “científico” lo que permite, más allá de su desaprobación, su desarticulación y transmutación en categorías

¹¹“Los distintos discursos del saber se originan por las prácticas mismas del poder y del micropoder, tales como el saber y la criminalidad, la infancia, el crecimiento demográfico, la frecuencia estadística. El objetivo de estos saberes no se orienta hacia el establecimiento de verdades científicas sino hacia la legitimación del ejercicio del poder. Foucault el orden del discurso”. (Aguilera, 2010, p. 34)

afines a intereses delimitados, como se estudiará de manera concreta en el estudio de caso a revisar en párrafos posteriores.

Finalmente, es importante recalcar que el análisis de los sistemas de exclusión discursiva no debe ser entendido como un proceso estandarizado e inmóvil. Por el contrario, la interrelación entre discursos debe entenderse como un proceso dinámico sustentado en las estrategias de los actores, sea para incluirlo dentro de la agenda social o para resistirlo. Al respecto, Foucault (1978) argumenta lo siguiente:

Poder y saber se articulan por cierto en el discurso. Y por esa misma razón, es preciso concebir el discurso como una serie de fragmentos discontinuos cuya función táctica no es uniforme ni estable. Más precisamente, no hay que imaginar un universo del discurso dividido entre el discurso aceptado y el discurso excluido o entre el discurso dominante y el discurso dominado, sino como una multiplicidad de elementos discursivos que pueden actuar en estrategias diferentes (p. 122).

A continuación, se analizarán los postulados de Bourdieu y la manera en que este discurso entra en un terreno de negociación, intersectando los intereses de diversos actores políticos que se sitúan en diferentes posicionalidades discursivas con respecto al mismo.

2) Bourdieu: El Discurso y los Mercado Lingüísticos

Desde el campo de la sociología, Pierre Bourdieu retoma los postulados postestructuralistas de Foucault para argumentar la manera en la cual estos procesos de creación y dominación discursiva se insertan en lo que conceptualiza como “mercado lingüístico” (Bourdieu, 1990).

De acuerdo a lo anterior, los diferentes productos lingüísticos, que posteriormente son asimilados en forma de discurso, reciben un valor social determinado en base a la adecuación o no a las leyes de ese mercado, que a su vez son establecidas como un reflejo del poder social al interior de un grupo. De acuerdo con Alonso:

Las leyes de formación de precios en cada mercado lingüístico, que son las que dictan la aceptabilidad de los discursos y la legitimidad del habla, se construyen en contextos socio-históricos concretos y en función de las prácticas de los sujetos implicados en la negociación de los valores, cuyo poder, a su vez, está marcado por su posición estratégica en el espacio social de referencia...El discurso por tanto, lejos de cualquier código formal, lleva para Bourdieu la marca social –el poder y el valor- de la situación en que se ha producido (Alonso, 2003, p. 2).

Así, el discurso que es instalado socialmente, protegido, controlado y perpetuado dentro de un sistema de relaciones de poder, es a su vez apropiado por los individuos que lo utilizan como moneda de cambio en el mercado de bienes simbólicos. Mediante un juego de “táctica y estrategia”, el discurso consolida o antagoniza posiciones sociales propias y de otros actores sociales. Es por lo tanto un proceso de negociación asimétrico y simbólico en dónde el valor discursivo se encuentra íntimamente relacionado con la habilidad de los sujetos para convencer a sus virtuales receptores de la legitimidad, la autoridad y ajuste a las fuentes de poder de su discurso específico (ibíd., 4).

Esta posicionalidad de los discursos al interior de un mercado lingüístico puede instaurarse recurriendo a métodos de carácter coercitivo. En el análisis del discurso biomédico lo anterior resulta especialmente significativo, toda vez que su institucionalización precede a procesos de colonialidad epistémica que serán abordados en profundidad más adelante. Como lo menciona Alonso:

La performatividad de los actos sólo se puede explicar por la fuerza delegada que le otorgan a los discursos los grupos sociales que construyen conflictivamente las leyes del mercado lingüístico, en cuanto que escalas de valores con las que se evalúa la eficacia simbólica real y el poder efectivamente ejercido por los hablantes en los intercambios comunicativos... El poder del discurso...se muestra en la capacidad que tienen diversos agentes que actúan en el intercambio para imponer los criterios de validación más favorables para sus productos lingüísticos (ibíd., 4).

Desde esta perspectiva, la división discursiva entre medicina tradicional y medicina “científica” o alópata que toma lugar como un elemento de saber/poder con categorías restrictivas específicas, en la práctica se encuentra inmersa en este “mercado lingüístico” propuesto por Bourdieu, por lo que las prácticas de los actores y agentes –en este caso en el marco de procesos de Cooperación al Desarrollo- determina el impacto, posicionamiento e influencia de los discursos. Así, para estudiar de manera adecuada los procesos de producción/(re) producción discursiva, debemos considerar a “los discursos como praxis y las praxis como discursos”, dando cuenta de su relación nodal e interdependiente.

A su vez, desde esta perspectiva la dominación puede entenderse como una “suma de dominaciones” al interior de procesos de negociación lingüística y de procesos de lucha-resistencia en el campo social. A diferencia de Foucault, el discurso no se encuentra subsumido a una lógica del significante sino por un conjunto de “diferencias de situación

(estructuras estructuradas) y de posición (estructuras estructurantes) en sistemática expansión conflictiva” (ibíd., p. 5).

Por lo tanto, el análisis del discurso en Bourdieu implica: “una conquista contra el sentido común de la enunciación –la doxa-, una ruptura epistemológica contra todo lo que parece fuera de los dominios de lo social y qué, sin embargo, hay que colocarlo en lo social más inmediato, como un oficio de auténtica heterodoxia para comprender el acto de hablar mismo” (et. al.). Mediante el ejercicio de la violencia –que en muchos casos resulta ser simbólica- como la censura o el desprestigio, se ordenan y jerarquizan estos procesos de intercambio simbólico.

Desde esta postura, se recupera por lo tanto el elemento social y práctico del discurso -que Bourdieu define como *habitus* y campo social, conceptos analizados con mayor exhaustividad en capítulos posteriores- a la vez que reinstaura la capacidad de agencia de los actores sociales. Por tanto, los planteamientos de Bourdieu posibilitan la realización de “etnografías del discurso médico” que abarquen tanto las estructuras sociales como simbólicas del mismo, trascendiendo el análisis fundamentalmente genealógico de Foucault y enriqueciendo el estudio con una perspectiva transdisciplinar e integradora que dé cuenta del uso utilitario de conceptos como “medicina tradicional”, cuya polisemia es resultado del accionar de los actores en su lucha por instaurar su discurso particular como el “verdadero”, capaz de movilizar o desmovilizar políticamente de acuerdo a intereses específicos.

3) *Paul Ricoeur: Narratividad y Hermenéutica*

El filósofo y antropólogo francés Paul Ricoeur establece pautas específicas para incluir a la función narrativa como una institución discursiva poderosa que puede ser analizada tanto fenomenológica como hermenéuticamente. Partiendo de una hipótesis básica, establece que el acto de narrar -con todas sus ramificaciones como lo son los discursos y textos políticos, los que ostentan un carácter científico, además de las narraciones artísticas como el cine o la ficción- se encuentra caracterizado por el carácter temporal de la experiencia (Ricoeur, 2000).

Partiendo de esta ordenación temporal, es necesario encontrar un patrón que permita la delimitación, ordenación y explicitación de tal experiencia. Para lograrlo, Ricoeur recurre a una organización discursiva en unidades denominadas “textos”. El autor lo establece de la siguiente manera: “Como unidad lingüística, un texto es, por una parte, una expansión de la primera unidad de significado actual, de la frase o instancia discursiva... Por otra parte, aporta

un principio de organización transfrásica del que se beneficia el acto de narrar en todas sus formas” (Ricoeur, op. cit., p. 190).

Tomando como punto de partida la noción de “poiética” desarrollada por Aristóteles, Ricoeur recupera el concepto de “trama” es decir, la manera en la que ciertos acontecimientos azarosos e inclusive en apariencia inconexos son reorganizados hasta convertirse en una historia. La trama es por lo tanto la mediadora entre los acontecimientos y la historia. Debe estudiarse por lo tanto no a los acontecimientos como un hecho aislado, sino la manera en la que estos acontecimientos son organizados para construir la trama. Es el proceso de producción narrativa, más que la narratividad concreta, lo que interesa en el análisis del discurso.

La trama es por lo tanto “la unidad narrativa de base que integra los componentes heterogéneos de la experiencia humana en una totalidad inteligible (...) La historia por lo tanto no puede separarse completamente del relato, pues no puede separarse de la acción que implica agentes, fines, circunstancias e interacciones y consecuencias queridas y no queridas (ibíd., p. 192).

Por tanto, la presente investigación busca abordar a medicina tradicional como “discurso” y como “trama”, analizando como dimensiones aparentemente ajenas al discurso médico –tanto moderno como tradicional- en realidad influyen decisivamente en el devenir semántico de sus postulados más significativos.

Un elemento esencial para nuestro análisis se encuentra dado por la concepción de “metáfora”¹² establecida por Ricoeur. Más que una figura retórica o un recurso literario, la metáfora debe ser entendida como un “tropos” es decir, como una figura del discurso. Es necesario trascender a la palabra y entender el sentido de la metáfora para entender las relaciones sociales, históricas y políticas que permiten su implantación discursiva. La labor será examinar los pre-juicios (en el sentido literal del término) con los que el modelo biomédico dominante y otros modelos alternativos construyen un objeto de estudio y entienden su propia labor como saberes, así como el mecanismo por el cual estos pre-juicios se ponen en marcha con el contacto de estos conocimientos médicos.

El análisis de los discursos por lo tanto, más que un ejercicio de desciframiento de acuerdo a lo establecido con los postulados estructuralistas, resulta de un doble proceso interpretación-

¹² O lo que Ricoeur denomina “la pretensión de verdad vinculada a la acción transfiguradora de la ficción” (Ricoeur, op. cit., p. 200)

comprensión¹³ en dónde los postulados de Bourdieu y de Ricoeur nos permiten recuperar las dimensiones espaciales (en cuanto a las interrelaciones sociales en un lugar determinado) y temporales que habilitan la recurrencia a la disciplina antropológica para la realización de lo que podemos denominar un “análisis etnográfico-cultural del discurso”. La interpretación hermenéutica funciona entonces como una herramienta capaz de ayudar en la estructuración de un “sentido” del discurso (en su búsqueda de “rehacer la realidad”) por encima de sus contenidos formales. En palabras de Ricoeur: “El texto posee una estructura de sentido que tiene que ser explicada; al mismo tiempo proyecta un mundo que tiene que ser comprendido” (Ricoeur 2001, p. 34).

Los postulados hermenéuticos de Ricoeur serán retomados en las conclusiones como una manera de “superar la intertextualidad discursiva” y proponer acciones “más allá de la interculturalidad” entendida esta como un proyecto sustentado en lo que Zizek (2001) denomina “post-política”. Para este autor:

La “postpolítica” es una política que afirma dejar atrás las viejas luchas ideológicas para recaer en la administración y gestión de expertos de la manera más eficiente y responsable posible. La postpolítica (la “gestión de los asuntos sociales como algo técnico”) moviliza todo el apartado de expertos, trabajadores sociales, asociaciones, etc., para asegurarse que la puntual reivindicación (“la queja”) de un determinado grupo se quede en eso: en una reivindicación puntual. La expresión del antagonismo soterrado en nuestro liberalismo económico acaba ahogada. La posmoderna postpolítica es una forma de negación de lo político (s/n)

El análisis de estos tres autores pertenecientes a la corriente postestructuralista posibilita un acercamiento multidimensional al análisis discursivo de los saberes biomédico/tradicional, que abandonan su carácter rígido y deslocalizado para posicionarse como elementos culturales susceptible al análisis antropológico.

Una manera de observar como estos postulados postestructuralistas influyen en la configuración de dimensiones espacio-temporales de poder, es analizar el abordaje histórico-discursivo-interseccional planteado desde los estudios poscoloniales. Gracias al análisis de esta corriente teórica, se dará cuenta de cómo determinados discursos construyen geografías, políticas y corporalidades específicas, generando espacios de hegemonía/subordinación que permanecen naturalizados y desprovistos de análisis político.

¹³ La explicación por lo tanto, se considera una categoría lingüística de carácter secundario

Desde su esfera teórica de influencia, es posible argumentar que el concepto de medicina tradicional no es una categoría “neutral”, “inocente” o “ahistórica”. Es por el contrario, un discurso político-subordinado capaz de generar realidades y orientar el accionar político, tanto a nivel nacional como internacional. Se trata por tanto, de recuperar el elemento político de la medicina tradicional a partir de un doble proceso de construcción/deconstrucción de sus significados, además de la recuperación de la subjetividad de los actores involucrados.

b) Los Estudios Poscoloniales y la Deconstrucción de la Realidad Social

Tanto los estudios poscoloniales como la antropología comparten su interés en la otredad a través del estudio de la subjetividad de los grupos humanos, permitiendo un continuo análisis autorreflexivo que dé cuenta de la perspectiva etnocéntrica del investigador. La división emic/etic, que funciona como punto de partida para el trabajo antropológico, funciona también como una categoría bidimensional de análisis en dónde la comprensión del sujeto-otro implica necesariamente la comprensión del sujeto-próximo. Este “deconstructivismo involuntario” se encuentra presente y es desarrollado a profundidad por los estudios poscoloniales.

La aparición en 1978 del libro “Orientalismo” de Edward Said puede considerarse el punto de partida de este corpus teórico poscolonial. Mediante la combinación del pensamiento postestructuralista Foucaultiano y la teoría marxista de Gramsci, la intención de Said es mostrar de que manera Europa se construye y (re) presenta a sí misma a través de la (re) presentación geopolítica del espacio y la otredad (Tani, 2003).

De acuerdo con Brandolín (2002) los estudios poscoloniales en antropología siguen la premisa de “invertir la noción dicotómica objeto/sujeto: la representación constituye al objeto y no por el contrario... Los estudios postcoloniales sitúan así a los sujetos sociales que producen textos en el campo de la intertextualidad o la intersubjetividad” (s/n).

Así, podemos notar que la teoría postcolonial se encuentra profundamente influenciada por el deconstructivismo Derrideano en cuanto a su crítica del colonialismo epistémico positivista, así como en la denuncia del carácter profundamente etnocéntrico del discurso europeo, en dónde la representación constituye al objeto. El lenguaje por tanto no es un elemento neutral centrado en la descripción, por el contrario, es un discurso creador y objetivador de realidades en el seno de grupos culturales heterogéneos, conflictivos y contradictorios. Tal es el caso del discurso construido en torno a la medicina tradicional como una “realidad” que sin embargo se engendra a partir de una construcción dicotómica artificial e histórica.

Para ejemplificar el alcance de estos postulados se recurrirá a los trabajos de Edward Said (2007) y Valentin Mudimbe (1988) desde las “invenciones geopolíticas”, así como el análisis que desde la teoría feminista deconstruye categorizaciones basadas en la identidad de género, representado en los trabajos de Chandra Mohanty (1991) y Judith Butler (2007).

Edward Said (op. cit.) se avoca a la descripción del discurso occidental acerca de Oriente, especialmente a través de su organización académica -existen números estudios y especializaciones en “Oriente” como si se tratará de una región homogénea y estática- así como la génesis histórica del discurso, el cual se encuentra indisolublemente ligado a la colonización británica en nombre de la “civilización”.

Retomando la relación conocimiento/poder planteada por Foucault, el Orientalismo de Said nos muestra a esta zona como un discurso organizado que se encuentra presente en todas las disciplinas modernas. Oriente desde este punto de vista, no debe ser entendido únicamente como un adversario religioso y/o político o como el punto más cercano a la otredad, sino que también se posiciona como un “objeto” de conocimiento de las ciencias europeas, sobre el que existe una voluntad de saber enmarcada en el ejercicio del poder.

Said plantea que Oriente ha sido Orientalizado por Occidente¹⁴. Es decir, ha creado una imagen que no es real y que se encuentra más cercana a la cultura occidental que al objeto (re) presentado. El Orientalismo es un discurso hegemónico que se convierte en un filtro para cualquiera que quiera conocer, decir y escribir sobre Oriente, ya que se convierte en un sistema de ideas de carácter coercitivo y productivo.

El ejemplo de “Orientalismo” es aún más dramático en el caso africano, como se ha puesto de manifiesto en los escritos del filósofo congoleño Valentin Mudimbe. Lo que se busca es “la reinterpretación crítica de la historia africana como se ha visto desde su exterioridad (epistemológica, histórica, geográfica) es decir, un debilitamiento de la noción misma de África” (Escobar, 1998 en Pérez Galán, 2012, p. 76)

Mudimbe acuña el término “biblioteca colonial” para referirse a los procesos de producción y sistematización epistémica sobre África, así como un modo de asignar valor a un discurso por encima de otro. En palabras de Foucault (1969): “los escritos de una biblioteca, al formar un conjunto de enunciados de una formación discursiva, construyen un sistema de representación basado en el poder” (p. 44).

¹⁴ Del mismo modo, podemos argumentar que el discurso del saber no biomédico ha sido “tradicionalizado” por la modernidad y la racionalidad científica que la acompaña.

Para demostrar el carácter problemático del término “África”, que al principio designaba una provincia romana de África del Norte, Mudimbe analiza obras de arte y otros escritos griegos sobre la raza negra, así como los relatos de viajeros, misioneros y exploradores europeos:”Esta narrativa constituye el centro de la “biblioteca” que ha construido representaciones simplistas extremas...del mosaico de pueblos y regiones localizados en África” (Kane, 2011, p. 2).

Mudimbe se pregunta por lo tanto ¿hasta qué punto uno puede hablar del conocimiento de África y en qué sentido? El interés por responder a esta pregunta subyace en la necesidad de recuperar la experiencia de conocimientos que no son parte de las estructuras de poder político y conocimiento científico.

África se convierte -hasta la actualidad- en una promesa de cambio de un paradigma tradicional a uno moderno. Lo anterior ha creado un espacio intermedio entre la tradición africana y el proyecto moderno -ambos como estructuras simbólicas idealizadas-. Este colapso semántico entre el discurso “verdadero” y el discurso “legítimo” crea un espacio irreductible definido como “marginalidad”. Algo similar ocurre con la medicina tradicional, pues al momento de ser abordada como “proyecto de desarrollo” lleva implícita la promesa de su modernización, es decir, de su subalternización epistémica.

Este proceso de “invenciones discursivas hegemónicas” en el que un discurso se naturaliza y se constituye como un criterio semántico definidor, funciona precisamente como la brújula que permitirá orientar el análisis de la medicina tradicional como una categoría eurocéntrica cargada de historicidad, contingencia y funcionalidad que, gracias al discurso legitimador/deslegitimador de la ciencia, la ha posicionado como un saber subordinado y “pre-moderno”.

Finalmente, abordaremos las premisas del feminismo poscolonial, para dar cuenta de procesos deconstructivistas que no se sustenten únicamente en el análisis de “geografías imaginarias”, sino que recuperen el estudio de categorías sociales identitarias capaces de determinar el papel de los actores en el espectro social, así como los procesos que construyen dicha performatividad discursiva.

En general, y con no pocas escisiones, las feministas poscoloniales comparten una preocupación hacia el papel de la mujer como sujeto social, así como las formas en que esta es representada al interior de un ordenamiento cultural que homogeniza al todo social a través

de un pensamiento dicotómico¹⁵. (Mohanty, 1991). Dentro de esta perspectiva el género se convierte en una relación significativa de poder de carácter primario.

Mohanty se refiere a esta relación significativa género-poder al analizar como las mujeres del Tercer Mundo son representadas por los “feminismos hegemónicos” del Primer Mundo. En su análisis de la bibliografía feminista occidental, la autora descubre que estas mujeres son vistas como llenas de “necesidades” y “problemas” pero carentes de opciones y de libertad de acción. Lo que surge es una definición de la mujer del Tercer Mundo basada en los siguientes supuestos:

Esta mujer del Tercer Mundo lleva una vida esencialmente basada en su género femenino (léase: sexualmente restringida) y en su carácter tercermundista (léase: ignorante, pobre, sin educación, tradicionalista, doméstica, apegada a la familia, victimizada, etcétera). Esto, sugiero, contrasta con la representación (implícita) de la mujer occidental como educada, moderna, que controla su cuerpo y su sexualidad, y libre para tomar sus decisiones (Mohanty, op. cit., p. 56).

En definitiva, Mohanty piensa que el feminismo postcolonial cuenta con los siguientes rasgos característicos¹⁶: a) la idea de que sobre las mujeres del Tercer Mundo existe una confluencia de opresiones que moldean sus experiencias cotidianas, por lo que el análisis feminista debe basarse en la opresión específica que el imperialismo y el racismo han tenido en cada contexto social; b) el papel crucial que ha tenido y tiene el Estado hegemónico, que domina su vida diaria y su lucha por sobrevivir; c) el significado de la memoria y la escritura en la construcción de una oposición activa (en consonancia con los trabajos de Foucault y otros deconstruccionistas); d) las diferencias, conflictos y contradicciones internas a las organizaciones y comunidades del Tercer Mundo; y e) la insistencia en las complejas interrelaciones entre las luchas feministas, racistas y nacionalistas.

A la par, el estudio sobre el discurso de la medicina tradicional aquí planteado retoma la idea de “confluencia de opresiones” para entender el significado que adquiere el saber médico tradicional al incrustarse en programas políticos y organismos internacionales. Además, involucra el análisis de los procesos de construcción del discurso étnico –combinando dimensiones sociales, políticas y económicas- que precede a dichos conocimientos tradicionales, totalizándolos.

¹⁵ En este punto es posible establecer un paralelismo entre la homogeneización dicotómica de lo femenino y de lo “tradicional” como categorías construidas socioculturalmente.

¹⁶ Lo anterior puede consultarse exhaustivamente en Portoles, A (2004) *Feminismo poscolonial: la crítica al eurocentrismo del feminismo occidental*, Cuaderno de trabajo núm. 6. Universidad Complutense de Madrid

Finalmente, la filósofa Judith Butler, partiendo de la definición “moderna” entre vida material (naturaleza) y vida cultural, que desde los estudios feministas está representada por los trabajos de Ortner (1972), niega que pueda establecerse esta dicotomía naturaleza/cultura y menos aún que se establezca un paralelismo entre estas dimensiones y el discurso de género.

Para Butler, ambos conceptos son representaciones culturales que obedecen a esquemas políticos, sociales e históricos específicos. Partiendo de la noción de disciplinamiento establecida por Foucault (op. cit.), Butler considera que lo único que existe son cuerpos constituidos culturalmente.

Butler sitúa la naturaleza en el orden de lo prescriptivo, pues esta se encuentra basada en mandatos y en valoraciones, por lo que funciona como un discurso disciplinador que permite descargar responsabilidad a diversas estructuras sociales que generan mecanismos de dominación. Así, se deconstruye la noción de “naturaleza” para mostrar que es un elemento cultural, una prescripción y un mandato que implica escalas de valores acordes con una estructura social y una época. Lo anterior resulta esencial cuando se piensa a las mujeres de las sociedades tradicionales como “naturalmente oprimidas” o a lo tradicional como un elemento naturalmente homogéneo, prístino y natural.

Por último, la autora analiza el discurso de la identidad, desafiando la idea de que las identidades son auto-idénticas, permanentes en el tiempo y con una estructura de coherencia interna propia. El sujeto, lejos de ser estático, es un proceso constante de auto-construcción dentro de esquemas culturales predefinidos, en una relación de intercambio constante.

Si la identidad se encuentra fragmentada, el sujeto nunca se encuentra completo, por lo que no está totalmente determinado por el sistema normativo en el que se inserta. Esta posibilidad de romper la norma y establecer nuevos significados contextuales constituye una condición necesaria para la agencia o capacidad de acción de los individuos. Inspirada en Foucault, Butler caracteriza la agencia como una práctica de rearticulación o de resignificación inmanente al poder. La agencia no es por tanto un “atributo” de los sujetos. Por el contrario, es un rasgo performativo del significante político. Cuando el sujeto se torna resistencia, se constituye en agencia. La agencia por lo tanto, se encuentra implicada en las relaciones mismas de poder.

Siendo la medicina tradicional un elemento que se ha convertido en símbolo de identidad de muchas comunidades etnizadas, es importante rescatar la performatividad y capacidad de agencia inherente a su discurso por lo que, a pesar de los intentos de desactivarla

políticamente, la medicina tradicional continúa constituyéndose como un discurso movilizador y aglutinador de identidades, como quedará demostrado al analizar el caso boliviano.

La contribución de Butler y Mohanty a los estudios poscoloniales consiste en la recuperación del cuerpo como discurso, sujeto y objeto de las relaciones de poder que lo afectan y lo reconfiguran. La dominación discursiva se traduce en mecanismos de representación “biológicas” que pretenden ser naturalizados como herramienta de legitimación última e indiscutida. En el estudio de apropiaciones discursivas relacionadas al ámbito de la salud, es esencial partir de la consideración del cuerpo como un constructo cultural que involucra en sí mismo la capacidad performativa de resistencia, para analizar a profundidad el impacto del discurso médico en las subjetividades materiales de los individuos. El cuerpo y sus manifestaciones (enfermedades, dolores, prácticas, estereotipos, preocupaciones) pueden ser desfragmentados, unidos y separados para estudiar su papel dentro de una trama cultural más amplia.

Finalmente, otra intencionalidad de la presente revisión teórica consiste en sustentar el abordaje de la Cooperación al Desarrollo como un texto cultural que puede ser analizado discursivamente. Observando la manera en que un concepto como “medicina tradicional” es universalizado para habilitar su instrumentación política, es posible -considerando a los documentos oficiales como “etnografías geopolíticas”- entender las formas en que este discurso ha sido incorporado y mitificado –incluso contradictoriamente- de acuerdo a la historia, los intereses y el accionar de los actores en espacios localizados que posteriormente se proyectan internacionalmente.

A partir de las herramientas teóricas brindadas por los estudios poscoloniales, es posible abordar a la medicina tradicional como un constructo eurocéntrico dicotomizado e inserto en relaciones de poder - que se manifiestan tanto a nivel discursivo como práctico – impactando en dimensiones socioculturales como la etnia, la clase social, la posición política, etc.-.

Avanzando hacia una consideración “micro” del análisis discursivo, se retomarán los postulados del grupo “modernidad/colonialidad” para mostrar cómo estos procesos hegemónicos crean geopolíticas del conocimiento que impactan diferencialmente el territorio latinoamericano. Caracterizada por un nacimiento signado a partir de su conceptualización como “región subalterna”, el área latinoamericana incluye elementos novedosos que deben incorporarse al esquema de la medicina tradicional, como el concepto de raza y las taxonomías que a partir del mismo se crean. A su vez, los postulados de este grupo permiten

avanzar en la identificación de alternativas que permitan superar el carácter totalizante de los discursos hegemónicos, avocándose por una recuperación no residual de saberes-otros, entre los que se encuentra la medicina tradicional, como práctica, discurso, patrimonio y componente epistemológico profundo y “no-moderno”.

c) El grupo Modernidad/Colonialidad

Antes de ahondar en los postulados de este grupo, es necesario partir de un concepto de colonización amplio, que trascienda categorías histórico-políticas para situarse en los procesos de dominación discursiva, monopolio de la (re) presentación y factor de reduccionismo cultural en lo que a saberes médicos tradicionales se refiere. De acuerdo con Mohanty (1991):

El concepto de “colonización” ha sido empleado para describir desde las jerarquías económico-políticas más evidentes a la producción de discursos culturales específicos sobre lo que se denomina “Tercer Mundo.” Sea cual fuere el grado de complejidad o de cuestionamiento de su uso como modelo explicativo, la colonización representa casi invariablemente una relación de explotación estructural, y una supresión (a menudo violenta) de la heterogeneidad de los sujetos en cuestión (p. 2).

Es importante destacar que, aunque se trata de una iniciativa en principio proveniente de Latinoamérica, se nutre de fuentes “europeas” ya revisadas en párrafos anteriores, como el postestructuralismo y las críticas a la modernidad, representadas en la figura de Michel Foucault, además del análisis hermenéutico- discursivo de Ricoeur o Bourdieu.

Sin embargo, la crítica a la modernidad y al colonialismo epistémico realizados desde la perspectiva moderna-colonial busca una suerte de “distanciamiento epistémico” que, toda vez reconoce el pensamiento moderno como una influencia determinante, intenta deliberadamente situarse en los márgenes de este modelo, reivindicando un “más allá de la modernidad” en palabras de Escobar (2012). Para explicitar más adecuadamente esta noción de lo que Mignolo (2001) denomina “pensamiento fronterizo”, podemos caracterizarlo como: un pensamiento que se mueva a lo largo de la diversidad de procesos históricos y que enfrente el colonialismo de la epistemología occidental desde la perspectiva de las fuerzas epistémicas que han sido convertidas en formas subalternas de conocimiento (tradicional, folclórico, religioso, emocional etc.) (Mignolo, 2001, p. 9-11).

Siguiendo a Escobar (op. cit.), los postulados de este grupo pueden conceptualizarse por una serie de operaciones que la distinguen de las teorías “clásicas” hacia la modernidad como proyecto. Estas incluyen: 1) la localización de los orígenes de la modernidad en la Conquista

de América y en el Control del Atlántico a partir de 1492, antes que los comúnmente aceptados límites de la ilustración o el final del S. XVIII (es decir, los orígenes de la modernidad son de larga data y no se atan únicamente al expansionismo industrial de los países europeos); 2) la atención al colonialismo, poscolonialismo e imperialismo como constitutivos de la modernidad (por lo que la economía se vuelve determinante para entender la explotación más allá de consideraciones políticas); 3) la adopción de una perspectiva global en la explicación de la modernidad, en lugar de una visión de la modernidad como fenómeno intraeuropeo (es decir, analizar los alcances de la modernidad como proyecto hegemónico de carácter universal, lo que trajo consecuencias específicas para aquellos países que fueron “modernizados” de manera externa); 4) la identificación de la dominación de otros fuera del centro europeo como una necesaria dimensión de la modernidad y 5) una reconceptualización del eurocentrismo como la forma de conocimiento de la modernidad-colonialidad –una representación hegemónica y modo de conocimiento que arguye su propia universalidad “derivada de la posición europea como centro” (Dussel:2001; Quijano 2000).

En este punto, se hace necesario explicar la distinción creada entre colonialismo y colonialidad, ya que, mientras el colonialismo denota una relación de dominación principalmente política y económica, la colonialidad hace referencia a un patrón de poder que emergió como resultado del colonialismo moderno, pero que en vez de estar limitado a una relación formal de poder entre dos pueblos y naciones, más bien se refiere a la manera por la cual el trabajo, el conocimiento, la autoridad y las relaciones intersubjetivas se articulan entre sí a través del mercado mundial y la idea de raza (Maldonado-Torres, 2007). En definitiva, la colonialidad hace referencia a los procesos de subalternidad cultural que tienen su origen en el colonialismo, pero que lo exceden y continúan a pesar de la finalización formal de proyectos coloniales de corte político.

Esa colonialidad superviviente ha logrado adaptarse al nuevo capitalismo posfordista que abandona el sentido de producción como fin último, insertándose en un capitalismo global y transformándose en un colonialismo “posmoderno”, en donde el tipo de relaciones antiguas, desiguales y jerárquicas entre centro y periferia aún permanecen, pero rediseñadas a nivel global. Eso es notorio en la subvaloración del conocimiento tradicional, la explotación de la fauna y la flora en países pobres, el monopolio de los transgénicos por las multinacionales, etc. (Castro-Gómez, 2005).

En lo que respecta al papel del conocimiento científico en este proceso de “colonialidad del saber” propia del paradigma moderno, Castro-Gómez (op. cit.) lo ubica dentro de lo que se define como “hybris del punto cero”, en dónde:

Como Dios, el observador observa al mundo desde una plataforma inobservada de observación, con el fin de generar una observación veraz y fuera de toda duda. Como el Dios de la metáfora, la ciencia moderna occidental se sitúa fuera del mundo (en el punto cero) para observar al mundo, pero a diferencia de Dios no consigue obtener una mirada orgánica sobre el mundo sino tan sólo una mirada analítica (...) La hybris es el gran pecado de Occidente; pretende hacerse un punto de vista sobre todos los demás puntos de vista, pero sin que de ese punto de vista pueda tenerse un punto de vista (Castro-Gómez, op. cit., p.83).

A partir de la instauración de la hybris del punto cero como modelo epistemológico/científico, el acercamiento a los fenómenos se realizará tomando como base la estructuración binaria - constitutiva y constituyente- del paradigma moderno europeo. El autor ejemplifica: “Aunque el médico indígena sea contemporáneo del cirujano que estudió en Harvard, aunque este último pueda saludarle y compartir con él un café, la hybris del punto cero lo clasificará como un habitante del pasado, como un personaje que reproduce un tipo de conocimiento “orgánico”, “tradicional” y “precientífico” (ibíd., p. 89).

La siguiente cita de Quijano (2000), aunque extensa, ayuda a ilustrar con mayor claridad los procesos de subalternidad producidos por el colonialismo y conocidos en su forma “moderna” como colonialidad:

En la no-Europa habían sido impuestas identidades raciales no europeas o no “blancas”. Pero ellas, como la edad o el género entre los europeos, corresponden a diferencias “naturales” de poder entre europeos y no europeos. En Europa están en formación, o ya están formadas, las instituciones modernas de autoridad: los Estados-Nación modernos y sus respectivas identidades. Pero en la No-Europa sólo son percibidas las tribus y las etnias como el pasado pre-moderno, pues ellas serían reemplazadas en el futuro por los Estados-Nación “como en Europa”. Europa es civilizada, No-Europa es primitiva. El sujeto racional es europeo. La No Europa es objeto de conocimiento. Como corresponde, la ciencia que estudiará a los europeos se llamara “sociología” mientras que la que estudiará a los No Europeos se llamará “etnografía” (s/p).

Como puede observarse, los procesos de colonialidad no sólo abarcan el sometimiento del Otro No Europeo, sino el monopolio de su estudio e interpretación, así como la devaluación de sus conocimientos, ubicados en una etapa pre-científica que para continuar existiendo puede seguir dos caminos: o reafirma su estatus como conocimiento tradicional o primitivo,

pasando a formar parte de dimensiones subjetivas como el “arte” o las “emociones” es decir, sin valor científico, o bien desaparecer mediante un proceso de aculturación epistemológica en dónde los axiomas que den sentido a esos conocimientos se reemplacen por una lógica cartesiana-positivista.

En síntesis, para este grupo la unidad analítica propia para el examen de la modernidad es la modernidad/colonialidad, esto significa que no hay modernidad sin colonialidad, siendo esta última constitutiva de la primera. Además, permite situar a la “diferencia colonial” como un espacio epistemológico privilegiado. Lo que emerge de este encuadre alternativo es la necesidad de tomar seriamente la fuerza epistemológica de las historias locales y pensar lo teórico a través de la praxis política de los grupos subalternos (Escobar, op. cit.)

Tomando como referentes significativos estudios culturales de carácter anglosajón, el análisis del sistema-mundo propuesto por Wallerstein (2005) y críticas de la escuela post-estructuralista francesa, los miembros del grupo colonialidad-modernidad:

Reconocen que estos acercamientos por separado presentan limitaciones y un acercamiento eurocéntrico, por lo que se busca un acercamiento integral, es decir, postulan que una lectura del capitalismo y del colonialismo debe unir tanto aspectos políticos, económicos y sociales, como los lingüísticos, semióticos, de raza, etc. (Pachón Soto, 2008, p. 15).

Se trata por lo tanto de un acercamiento holístico al colonialismo, intentando comprender todas las ramificaciones de poder que se desprenden de esta estructura colonial, que finalmente van adquiriendo la forma de una superestructura que funciona tanto a nivel material como ideológico. Desde esta perspectiva la medicina tradicional puede entenderse como una herencia colonial sustentada en la subordinación de los saberes y en la representación de los mismos a través de taxonomías arbitrarias y esencialistas.

Teniendo como elemento en común de partida tales críticas hacia la modernidad y los procesos coloniales que pone en marcha, el grupo se distingue por su transdisciplinariedad de sus investigaciones. Sin duda, las figuras centrales del colectivo son el filósofo argentino Enrique Dussel, el sociólogo peruano Aníbal Quijano y el semiólogo y teórico cultural argentino Walter Mignolo.

1) Arturo Escobar, Antropología y Postdesarrollo

Dentro del grupo colonialidad/modernidad uno de los autores más destacados es sin duda el antropólogo colombiano Arturo Escobar quién, a partir de la lectura post-estructuralista que realiza del “desarrollo” como uno de las herramientas fundamentales del proyecto moderno,

permite distinguir entre la “antropología del desarrollo” y la “antropología para el desarrollo” al mismo tiempo que propugna un nuevo paradigma superador denominado “postdesarrollo”.

Reivindicando el carácter eminentemente crítico de la antropología, disciplina que nace sin embargo subordinada a proyectos políticos colonialistas, Escobar nos recuerda que dicha disciplina ha logrado mantener su condición de crítica y cuestionamiento del orden establecido: “al poner énfasis en la historicidad de todos los órdenes existentes e imaginables, la antropología presenta ante los nuevos órdenes dominantes un reflejo de su propia historicidad, cuestionando radicalmente la noción de Occidente” (Escobar 2005, p. 1). La paradoja radica sin embargo en la enorme influencia que el conocimiento antropológico recibe de esta sociedad “occidental” y las teorías que desde su seno emergen, como el positivismo. Esto plantea la necesidad de poner en práctica una antropología que se situó desde los márgenes y, en un ejercicio de traducción, establezca un pensamiento de frontera como paliativo de esta contradicción esencial.

Uno de los conceptos insignia de esta paradoja es el concepto de desarrollo, el cual, nace inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial como una manera de superar las diferencias (principalmente en términos económicos y de niveles de industrialización) entre las naciones “desarrolladas” y las “subdesarrolladas”.

El desarrollo debería tener como propósito “acercar a las naciones” mediante un proceso de industrialización y crecimiento económico siguiendo el modelo de los países occidentales. Así, a través del punto IV del presidente Truman en su “Discurso sobre el Estado de la Unión” pronunciado el 20 de enero de 1949¹⁷ queda inaugurada oficialmente la “era del desarrollo” convirtiéndose rápidamente en un concepto fundacional a la altura de conceptos como “Dios” o “Civilización” en siglos anteriores. Lo anterior hizo necesario la creación de todo un cuadro de “expertos” e instituciones avocadas a producir el desarrollo en las naciones menos favorecidas. Es dentro de esta perspectiva que la disciplina antropológica comienza a tener cada vez mayor presencia al interior del discurso sobre el desarrollo.

¹⁷ Los tres puntos anteriores se basaban en: el apoyo a la Organización de las Naciones Unidas, la profundización del Plan Marshall y la creación de la Organización del Atlántico Norte. Dentro de los elementos más significativos del discurso podemos identificar el siguiente: “...Más de la mitad de la población mundial vive en condiciones cercanas a la miseria. Su alimentación es inadecuada. Son víctimas de enfermedades. Su vida económica es primitiva y estancada. Su pobreza es un lastre y una amenaza tanto para ellos como para las regiones más prosperas... Opino que deberíamos poner a disposición de los pueblos amantes de la paz los beneficios de nuestro acervo de conocimientos técnicos para ayudarlos a alcanzar sus aspiraciones a una vida mejor. Y, en colaboración con otros países, debemos fomentar el desarrollo en las regiones necesitadas”. En (Rist, op. cit., p. 76)

Si bien al principio se creía que un aumento de indicadores económicos, así como una creciente industrialización y modernización en términos de infraestructura bastarían para “desarrollar” un país, los incontables fracasos posteriores a su implementación, introdujeron el concepto de cultura, en un inicio como obstáculo y posteriormente como categoría central y punto de partida, en los esfuerzos desarrollistas puestos en marcha. El resultado fue el establecimiento de distintas posturas (a menudo contradictorias) que intentaban dar cuenta de la ecuación antropología-desarrollo, además de los alcances de la misma.

Es precisamente al interior de este debate que se producen los postulados de Escobar, por lo que distingue entre lo que él denomina antropología “para el desarrollo” y antropología “del desarrollo” como perspectivas contrapuestas de la realidad social: “una basada principalmente en las teorías establecidas sobre cultura y economía política; la otra, sobre formas relativamente nuevas de análisis que dan prioridad al lenguaje y al significado” (Escobar, op. cit., p. 3). A partir del estudio de ambas perspectivas, pueden sentarse las bases para la puesta en marcha de una práctica antropológica acorde y comprometida con los escenarios internacionales de la actualidad.

En el escenario de lo que podemos categorizar como “antropología para el desarrollo” se parte de un reconocimiento de las limitaciones “econocéntricas” y “tecnocéntricas” del desarrollo (Cernea, 1995) argumentando que desde mediados de los años setenta se ha venido estableciendo un abordaje social y culturalmente sensible en los proyectos de desarrollo.

El desarrollo se considera entonces, una empresa necesaria, útil e incuestionable, especialmente sí se piensa en modificar las condiciones de miseria y explotación de los grupos humanos desfavorecidos. Por tanto, el papel de los antropólogos como “facilitadores” de estos procesos es el abrir espacios de participación popular a los “beneficiarios del desarrollo”, toda vez que el paradigma de desarrollo equiparado al crecimiento macroeconómico comienza a ser severamente cuestionado.

Algunas de las aportaciones que desde la antropología pueden hacerse a esta nueva manera de entender el desarrollo son las siguientes:

Los antropólogos diseñan programas que funcionan porque son culturalmente adecuados, también corrigen las intervenciones que ya están en marcha y que a la larga no resultarían económicamente factibles debido a la oposición de la gente; finalmente, realizan evaluaciones que proporcionan indicadores válidos de los resultados de los programas (Wuff & Fiske (eds), 1987, p. 10).

Aunque criticada por su carácter intervencionista, la antropología para el desarrollo está convencida de poder reducir los “daños colaterales” producidos por los procesos de cambio social dirigido.

En contraparte la antropología “del desarrollo”, fuertemente influida por el postestructuralismo, cuestiona los “dualismos crónicos inherentes a la mayor parte de la teoría social” estructurando la realidad en términos de discurso. El propósito de la antropología del desarrollo (perspectiva desde la cual se orienta el presente trabajo) es cuestionar el carácter acrítico en el discurso del desarrollo y su carácter como inalienable organizador de la vida social, principalmente en los países llamados “subdesarrollados”. En palabras de Escobar: “pensar el desarrollo como discurso permite concentrarse en la dominación y, a la vez, explorar más productivamente las condiciones de posibilidad y los efectos más penetrantes del desarrollo” (Escobar, op. cit., p. 75). Se trata, en definitiva, de “hacer que lo obvio se convierta en problemático” (Crush, 1995).

Dentro de la antropología del desarrollo, empiezan a cuestionarse (en consonancia con los estudios poscoloniales, particularmente los estudios feministas) la forma en la que las sociedades del “tercer mundo” son (re) presentadas, lo que posibilita su gestión, gracias a esta “colonización discursiva” de acuerdo con Mohanty (op. cit.). La tarea desde esta posición consiste en identificar y desnaturalizar los regímenes de representación puestos en marcha en gran medida gracias al discurso desarrollista. Rabinow (1986) lo ilustra de la siguiente manera:

Necesitamos antropologizar a Occidente: mostrar lo exótico de su construcción de la realidad: poner énfasis en aquéllos ámbitos tomados más comúnmente como universales (esto incluye a la epistemología y a la economía); hacerlos ver tan peculiares históricamente como sea posible; mostrar cómo sus pretensiones de verdad están ligadas a prácticas sociales y por tanto se han convertido en fuerzas efectivas dentro del mundo social (p. 41).

En sintonía con el análisis postestructuralista del discurso, se busca desentrañar la organización de la producción simultánea de conocimiento como poder. El considerar al desarrollo como un elemento “producido” bajo contextos específicos determinados y por actores concretos e identificables, permite insertar su puesta en práctica en el entramado de relaciones de poder inherentes al sistema-mundo internacional.

En lo que respecta al ámbito de la Medicina Tradicional, observar la inserción de su discurso en las entrañas del paradigma desarrollista implica analizar la forma en la cual el desarrollo

opera, así como su génesis histórica. El punto de partida para tal análisis lo encontramos en las aseveraciones de Viola (2000) cuando establece:

Si el concepto de desarrollo ha llegado a convertirse en una palabra fetiche, no es porque describa con precisión una categoría coherente de fenómenos socialmente relevantes, sino porque, siendo uno de los conceptos del siglo XX más densamente imbuidos de ideología y prejuicios, ha venido actuando como un poderoso filtro intelectual de nuestra percepción del mundo contemporáneo (p. 11).

Analizar al desarrollo como un discurso producido históricamente, permite entender la institucionalización de categorías de orden evolutivo, así como la expansión del paradigma moderno ante la necesidad “religiosa” de modernizar a las poblaciones menos favorecidas. Así, la “modernización”, acompañada de la colonialidad epistemológica, se convierte en un proyecto internacional imbuido por un fuerte componente mesiánico/”evangelizador”. Actualmente la medicina tradicional se ha insertado en el discurso del desarrollo, especialmente a través de los planes de “salud intercultural” que buscan integrarla a un paradigma desarrollista orquestado al interior del Estado y proyectado internacionalmente.

Así, el desarrollo como discurso puede ser abordado a partir de la siguiente tríada analítica:

El desarrollo como “creencia”:

Para Bourdieu, el estudio de la creencia es una de las empresas más difíciles porque “cuando se está en el, se participa de la creencia inherente a la pertenencia a un campo, y cuando no se está, se arriesga primeramente a inscribir a la creencia en el modelo” (Bourdieu, 1987, p. 93). El problema reside entonces en la dificultad de conjuntar el espacio social y el espacio “metafísico” de la creencia. Para solucionar este dilema (la creencia como categoría ahistórica que no admite cuestionamiento y que para las comunidades creyentes escapa de lo humano) Bourdieu (op.cit.) propone el concepto de campo religioso.

El objetivo de esta definición es la necesidad de trascender a los hechos materiales que estructuran la creencia, considerando que además deben incorporarse las vivencias de la fe como actividades constructoras de la realidad social, así como las condiciones socio-históricas precisas que determinan la estructura del poder simbólico y la distribución desigual del mismo.

El campo religioso para Bourdieu es un campo de dominación simbólica. Siguiendo los planteamientos de De la Torre:

El dominio está marcado por la monopolización de la circulación y uso del capital simbólico referido a la especialización de los secretos de salvación (...) Este monopolio es ejercido por un cuerpo sacerdotal de especialistas, que gozan del reconocimiento y la legitimidad social de ser los detentores exclusivos de los saberes de salvación... en contraposición, opera el despojo objetivo de los laicos a dicho capital, cuya desposesión cuenta también con el consenso y legitimidad de los actores presentes en el campo. (De la Torre, 2002, p. 47).

¿Cómo se genera entonces la creencia en el desarrollo? De acuerdo con Rist (2002) la idea de progreso, junto con la de desarrollo, se encuentra enraizada fuertemente en la filosofía occidental. Por lo tanto, para comprender el proceso de implantación de la creencia, es necesario remitirnos a la Antigüedad, revisando los planteamientos filosóficos de Aristóteles y San Agustín. La simbiosis de estos dos modelos funciona entonces para explicar la estructura mitológica de la creencia.

Aristóteles (384.322 a.C.) busca establecer las bases del conocimiento científico desde una perspectiva causa-efecto que sería retomada siglos más tarde por René Descartes. A diferencia de lo que entendemos ahora, la naturaleza es para Aristóteles no una categoría inmanente, prístina. Por el contrario, la naturaleza involucra desarrollo y movimiento en sí misma. De este modo, la naturaleza se sustenta en el cambio, y la idea de cambio es una categoría inherente a la naturaleza.

Atendiendo a sus textos políticos, en dónde el Estado precede al individuo, el hombre tiene asignado ya un estado final que es su forma perfecta, y “naturalmente” se encuentra cambiando como una forma de tender hacia la meta última de desarrollo.

A pesar de lo anterior, Aristóteles se adscribe a la teoría cíclica tan arraigada en el pensamiento griego: el desarrollo entonces no puede prolongarse indefinidamente, porque a la forma perfecta le sucede un estado de decadencia.

El pensamiento Agustiniano por su parte, mantiene los postulados aristotélicos sobre naturaleza = movimiento. San Agustín sin embargo, en su afán de imbuir en el cristianismo dentro de esta perspectiva, considera que los fenómenos naturales y los acontecimientos sociohistóricos son parte del plan de Dios para la humanidad.

La enorme diferencia con Aristóteles (que será de enorme influencia para la “creencia” en el desarrollo) reside en la ruptura que se realiza en cuanto a la temporalidad cíclica del movimiento. Para San Agustín, el tiempo se estructura en una linealidad marcada por la

historia de la salvación. Se elimina de esta manera, la idea de vejez, decadencia y fatalidad asociada al progreso.

Esta idea de ciclos acumulativos hacia un solo plan universal (una especie de protoevolucionismo metafísico) tuvo gran impacto, especialmente a mediados del S.XVIII cuando Descartes decide romper con el culto al pasado establecido en el Renacimiento para, fundamentado en la idea del progreso acumulativo, iniciar la disputa entre “antiguos” vs “modernos”. En palabras de Rist:

Así, desde finales del siglo XVIII, lo que hasta entonces se consideraba impensable, se hace razonable: el paisaje intelectual se modifica y la ideología del progreso adquiere una posición dominante. Incluso si el desarrollo –y el crecimiento- no han dejado nunca de considerarse naturales y positivos en la tradición occidental, su expansión se había visto estorbada durante mucho tiempo por la idea de un límite...Cuándo salta este cerrojo, permite a Leibniz fundamentar racionalmente un progreso infinito (Rist, op. cit., p. 49).

Por tanto, podemos ver que la instauración del paradigma desarrollista al interior de la filosofía occidental coincide con la distinción entre “tradición” y “modernidad” en dónde lo tradicional se relaciona con lo estático, lo obsoleto, el elemento a superar.

Así, en las raíces del pensamiento occidental, se implantó la idea de que la humanidad se encuentra embarcada en una historia natural, autodinámica e infinita. Este sería el texto fundacional del desarrollo, el gran relato en dónde el desarrollo equivale a la finalidad de la historia. Esta suerte de Biblia desarrollista fue perfeccionándose con las ideas del evolucionismo social y la aparición de estadios que permiten clasificar, “evaluar”, racionalmente el progreso de los pueblos, comparándolos entre sí y legitimando la intervención en otros países para “agilizar el desarrollo”. Por tanto, instaurar a la medicina tradicional en el paradigma desarrollista implica necesariamente su “destradicionalización”, toda vez que no corresponde a los cánones establecidos por la modernidad. La medicina tradicional es por lo tanto, un elemento a superar en aras del “desarrollo”, un sacrificio que merece la pena si se busca gozar de “las mieles de la modernidad”.

El desarrollo como ideología:

Marx en algunos de sus escritos define vagamente a la ideología como un “sistema de representaciones” que acompaña y legitima el dominio político de una clase social sobre otras (Castro- Gómez: 2000). Sin embargo es Louis Althusser quién se avoca a construir una teoría general de la ideología, relacionándola con el conocimiento y otras formas de representación

social. Para lo anterior, construye una tipología abstracta que resulta útil conceptualmente pero que carece de estatus ontológico alguno.

Para Althusser (1974), desde su interpretación personal del marxismo, toda formación social puede dividirse en un nivel económico, político e ideológico. Así, mientras en el nivel económico los individuos son parte de una estructura que les coloca en relaciones de producción, en el nivel político participan de una estructura que los organiza en relaciones de clase. En el nivel ideológico, en cambio: “los individuos entablan una relación simbólica en la medida en que participan, voluntaria o involuntariamente, de un conjunto de representaciones sobre el mundo, la naturaleza y el orden social” (Althusser, 1974, p. 49).

Las ideologías cumplen entonces la función de ser “concepciones del mundo (Weltanschauungen) que penetran en la vida práctica de los hombres y son capaces de animar e inspirar su praxis social” (Castro-Gómez, op. cit, s/p.).

De acuerdo con lo anterior, la ideología puede ser considerada una forma inconsciente de asimilación de las creencias, que produce una praxis social determinada. Puede argumentarse entonces que las ideologías no tienen una función cognoscitiva (como la ciencia) sino una función práctico-social, y en este sentido son irremplazables. “Las sociedades humanas” – escribe Althusser – “secretan la ideología como el elemento y la atmósfera indispensable a su respiración, a su vida histórica” (Althusser, 1965, p. 192).

Ahora bien, tomando en cuenta la crítica a la noción de ideología planteada por Foucault (op. cit.), la ideología funciona como un dispositivo de poder secundario. Es decir, por encima de los planteamientos verdad/falsedad que pone sobre la mesa, debe profundizarse hacia la interrelación con los dispositivos del saber/poder dentro de los cuáles opera. Atendiendo al apartado anterior y en palabras de Ricoeur:

La ideología funciona para agregar cierta plusvalía a nuestra creencia a fin de que nuestra creencia pueda satisfacer los requerimientos de autoridad (...) La función de la ideología es siempre legitimar una pretensión de legitimidad, agregando un suplemento a nuestra espontánea creencia (...) La función de la ideología consiste en llenar la brecha de credibilidad que existe en todos los sistemas de autoridad (Ricoeur, 1994, p. 213).

¿Cómo entonces la creencia del desarrollo se legitima a través de la ideología? Para responder a esta pregunta es necesario analizar al desarrollo (y su discurso) como una experiencia histórica singular enmarcada en el “proyecto moderno”. El desarrollo desde esta perspectiva se presenta “como formación discursiva, dando origen a un aparato eficiente que

relaciona sistemáticamente las formas de conocimiento con las técnicas del poder” (Escobar 1998, 80).

Al sustentarse en una creencia de larga data, y soportar gran parte de los supuestos en los que se orienta el proyecto moderno, el desarrollo adquiere una fuerza hegemónica inusitada al interior del concierto de las naciones. En palabras de Viola:

Más que limitarse a un repertorio de teorías económicas o de soluciones técnicas, la ideología del desarrollo constituye (y a la vez refleja) toda una visión del mundo, en la medida en que presupone una determinada concepción de la historia de la humanidad y de las relaciones entre hombre y naturaleza, y también asume un modelo implícito de sociedad considerado como únicamente válido y deseable (Viola, op. cit., p. 12).

Se instituía entonces una suerte de “evolucionismo global” en dónde, sí se buscaba escapar de esa nueva condición indigna denominada subdesarrollo, debía aceptarse el “paquete cultural occidental completo”: capitalismo, industrialización, tecnología avanzada, democracia representativa, individualismo, secularización y utilitarismo (ibíd.). Para Esteva a su vez: La metáfora del desarrollo dio: “hegemonía global a una genealogía de la historia puramente occidental, privando a los pueblos de culturas diferentes de la oportunidad de definir las formas de su vida social” (Esteva, 1996, p. 56).

A través de sus promesas y de los procesos hegemónicos de colonización epistémica que puso en marcha, el desarrollo y la modernidad se han posicionado como únicas condiciones de posibilidad de las sociedades humanas y, a pesar de las críticas y los planteamientos de carácter “alternativo”, hoy en día resulta en extremo difícil pensar por fuera de los límites de estos dos proyectos ideológicos tan íntimamente relacionados. A partir de la instauración del desarrollo como discurso ideológico, se legitima el discurso biomédico como único verdadero y “científico” por lo que el resto de saberes debe subordinarse ante su narratividad. Se instala por tanto el discurso mecanicista de la salud, analizado a profundidad en el capítulo siguiente.

El desarrollo como praxis:

A partir de los años setenta numerosas voces disidentes comienzan a surgir cuestionando un desarrollo basado únicamente en categorías económicas. Así, el modelo de desarrollo comienza a ser cuestionado en su papel de arquetipo universal para alcanzar el bienestar planetario.

A pesar de las numerosas críticas, la profesionalización del desarrollo se construyó casi inmediatamente después de su institucionalización discursiva. El 16 de noviembre de 1949,

apenas unos meses después del discurso de Truman, la asamblea General de Naciones Unidas aprobó la creación del Programa Ampliado de Asistencia Técnica. A partir de ahí, se ensayó la puesta a punto de Organismos tales como el Fondo Especial de Naciones Unidas para el Desarrollo Económico, la Sociedad Financiera Internacional creada por el Banco Mundial, la Asociación Internacional para el Desarrollo y finalmente el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo con sus múltiples ramificaciones.

Esta primera etapa de “incubación del desarrollo” en palabras de Rist, está marcada por: “la necesidad de culminar con los procesos de descolonización y principalmente, convencer a la opinión internacional de que el desarrollo dependía de un esfuerzo planetario al que todos deberían contribuir” (Rist, op. cit., p. 107).

A partir de ahí se logró movilizar una gran cantidad de recursos económicos y humanos y el desarrollo pasó a ser tema de estudio en las universidades, un proyecto profesional de carrera, un elemento de reivindicación altruista y parte del discurso de cualquier órgano gubernamental e internacional.

Podemos observar de esta manera como “el acto de creer es performativo, y sí es necesario hacer creer es para hacer actuar... En la medida en la que son religiosas, estas creencias se reavivan constantemente mediante rituales y signos” (ibíd., p. 34). Esta creciente profesionalización de la creencia genera entonces la idea de que “el progreso está en marcha” y que los esfuerzos se dirigen a un desarrollo verdaderamente efectivo, en dónde cada error sólo significa una superación de estadios anteriores en un proceso autoperfectivo constante.

En cuanto a las agencias oficiales del desarrollo, desde las primeras críticas al desarrollo y el desenmascaramiento de sus consecuencias a nivel local - el desmantelamiento de las relaciones sociales, la introducción de sistemas económicos exóticos que aceleraron la destrucción de los recursos naturales, la propagación de enfermedades, el aumento de la dependencia externa entre otras- los esfuerzos se han orientado a construir una nueva legitimidad política en dónde el discurso del desarrollo se ha despojado de tintes economicistas o de juego político, para construir uno consensuado en la “lucha contra la pobreza” y el “giro intercultural”.

Se han establecido para este propósito una serie de rituales que en palabras de Appadurai:

Rituals here should not be taken in its colloquial sense, as the meaningless repetition of set patterns of action, but rather as flexible formula of performances through which social effects are produced and new states of feeling and connection are created (Appadurai, 2004, p. 29)

Bourdieu complementa esta definición al argumentar:

Hablar del rito de institución es indicar que todo rito tiende a consagrar y legitimar, es decir, a desestimar en tanto que arbitrario y a reconocer en tanto que legítimo, natural, un límite arbitrario (...) Una transgresión de los límites constitutivos del orden social y del orden mental que trata de salvaguardar a toda costa (...) El rito consagra la diferencia (...) Consiste en asignar propiedades de carácter social que están destinadas a aparecer como propiedades de carácter natural(...)tiende a integrar las oposiciones propiamente sociales...dentro de oposiciones cosmológicas, lo que representa una manera muy eficaz de naturalizarlas (Bourdieu, 1993, p. 114-115).

Así, los proyectos de ley, las Conferencias Internacionales, los Discursos, las Declaraciones Estratégicas, los Foros Mundiales y las consultas a la sociedad civil son rituales que, a la par de probar la lucha por una política coherente de desarrollo, legitiman la diferencia, refuerzan el contenido hegemónico del conocimiento experto e institucionalizan la “bipolaridad del S. XXI” es decir, la división del mundo entre las naciones desarrolladas y las subdesarrolladas y, en este caso, entre saberes “modernos” y “tradicionales”.

A partir de la identificación de los componentes mitológicos, ideológicos y políticos del desarrollo, Escobar (op. cit.) plantea pensar en un “postdesarrollo”, lo cual implica necesariamente el abandono de la noción de desarrollo como proyecto universal. El postdesarrollo es por tanto “una manera de acotar esa posibilidad, un intento de abrir espacios para ver otras cosas, para escribir en otros lenguajes” (Escobar, op. cit. p. 13).

El punto de partida de la antropología en esta novedosa relación con el postdesarrollo radica en la posibilidad de canalizar el potencial global de los conocimientos locales (Karim, 1966) entre los que la medicina tradicional adquiere un papel preponderante, por ser un saber proletarizado que sin embargo ha fungido como un elemento étnico reivindicativo sumamente movilizador, como lo demuestra el ejemplo boliviano. Por lo tanto, la revalorización y el rescate de los conocimientos tradicionales, no como práctica aislada sino como “resistencia” o “subordinación” al proyecto moderno deben ser analizados a profundidad. Esa es precisamente la intención del estudio de caso analizado en esta investigación.

Se trata por lo tanto, de crear una antropología comprometida y militante, tanto desde la academia como con los “sujetos reales en situaciones reales” que constituyen su campo de estudio. En términos planteados por Escobar: “un marco conceptual teórico, una etnografía relevante y un compromiso político pueden considerarse como constituyentes de una

antropología del desarrollo distinta y entendida como práctica política” (ibíd., p. 22). Desde este abordaje teórico de la antropología se enfocará el presente estudio.

Finalmente, hablaremos del poder ya no como construcción discursiva, procesos coloniales o jerarquización étnico/racial. Esta categoría será abordada a continuación desde el ámbito de las relaciones internacionales, para observar como los discursos hegemónicos son globalizados y apropiados por Estados y actores sociales específicos.

Estudiando los regímenes internacionales y sus plataformas discursivas (los Organismos Internacionales, los Foros, las Conferencias) así como actores que cada día adquieren mayor renombre (las Organizaciones No Gubernamentales) puede establecerse un paralelismo entre la acción hegemónico-subjetiva y la internacional, en dónde la relación intersubjetiva entre los actores estructura el discurso de la medicina tradicional.

d) Cooperación internacional y Desarrollo desde las Relaciones Internacionales

Aunque se han expuesto de manera sintética algunas premisas del realismo en el Marco Conceptual, se hace necesaria una profundización de sus postulados, especialmente caracterizados por la figura de Hans Morgenthau (1985).

La teoría realista de las Relaciones Internacionales ha logrado gran preeminencia a partir de la finalización de la Segunda Guerra Mundial, al grado que la aparición de nuevas corrientes teóricas no ha podido “destronarla” como núcleo analítico de las Relaciones Internacionales. A lo sumo, se ha llegado a hablar de una conjunción teórica que revista al realismo de postulados lanzados desde el Globalismo, la Teoría de los Regímenes Internacionales o el Neorrealismo.

De acuerdo con Morgenthau (op. cit.), el Estado es el máximo actor de las Relaciones Internacionales, especialmente dentro de un ámbito de naturaleza política (es decir, basado en el poder). De acuerdo con Jiménez (2003):

Para el realismo clásico, los Estados son considerados los principales actores de la política mundial, caracterizados por ser racionales y unitarios. El objetivo de cada uno es la maximización del poder, por lo que rechaza la armonía de intereses entre ellos y reconoce que el conflicto y la anarquía son inherentes al sistema internacional (...) Por ende, el poder es el tema principal y la clave en la concepción realista (p. 122).

A diferencia de otras corrientes teóricas, como la Teoría de los Regímenes Internacionales, el Realismo parte del supuesto de que esta búsqueda de maximización de poder sume al

panorama internacional en un estado anárquico dónde no existe una autoridad central claramente delimitada. Desde esta perspectiva la Cooperación entre Estados resulta en extremo dificultosa y se encuentra gobernada por el azar.

A pesar de que los movimientos sociales de los años setenta, así como las luchas de liberación y descolonización en el “Tercer Mundo”, lograron debilitar la influencia de esta postura, los fracasos posteriores que acompañaron a las experiencias altermundistas provocaron una recuperación de sus postulados más significativos. Lo anterior explica el auge durante los años ochenta de la teoría neorrealista, que mantiene los postulados estatocéntricos del realismo, asignando al sistema internacional los defectos que en un primer momento se achacaban a la “naturaleza” del ser humano.

Influenciada por el neoliberalismo, la postura neorrealista “supera la concepción tradicional de cooperación del realismo clásico...reconoce las modificaciones y transformaciones de la estructuras del sistema mundial, lo que puede ocasionar cambios de poder en los Estados” (ibíd., p. 125). De esta manera se explica la creciente “privatización de la ayuda” que modifica el papel y el accionar de los Estados sin llegar a subsumirlo en su totalidad. El Estado es a su vez, el máximo representante de los intereses de la clase dominante, que pueden fragmentarse en la práctica pero que en la realidad cuentan con un discurso unificado.

Una manera de complementar el estudio realista de las Relaciones Internacionales y la Cooperación, dónde el concepto de “autoayuda” dificulta la idea de una Cooperación Internacional efectiva, es analizarlo a la luz de los postulados marxistas que permitan estudiar a las Relaciones Internacionales en términos de centro y periferia.¹⁸

Desde esta perspectiva el Estado, como organismo representativo de lo que se ha denominado “interés nacional” en realidad se encuentra estructurado en términos de “clase social”, siendo esta última la categoría fundante en las Relaciones Internacionales. Por lo tanto “los Estados son instituciones al servicio de la burguesía, es decir, instrumentos de la clase social dominante” (ibíd., p. 126).

De acuerdo con esta perspectiva marxista, el Estado puede ser visto como el texto, la frasística mediante la cual un discurso es recreado y convertido en un interés nacional que enmascara los antagonismos internos y las redes de dominación-subordinación que pone en marcha. De esta manera se establece un colonialismo dual en términos de jerarquización estatal (Primer y

¹⁸ Lo anterior es retomado por la Teoría de la Dependencia desarrollada en Latinoamérica, cuyos principales exponentes son Raúl Prebisch, Fernando Cardoso y Enzo Faletto.

Tercer Mundo, Desarrollado y Subdesarrollado, etc.) y jerarquización interna (que puede realizarse en términos de clase, etnia, género, etc.). En términos epistemológicos, el Estado mantiene aún el monopolio de la legitimidad discursiva, a pesar de la proliferación de discursos-otros que son incorporados de manera subordinada.

Así, la teoría de la dependencia, entendida como una escuela de pensamiento “cuyo objeto era explicar la brecha entre naciones ricas y pobres del mundo (...) En dónde la relación centro-periferia, lejos de ser una relación de cooperación entre intereses mutuos, connota la subordinación del último al primero, y una explotación por parte de aquel” (Dougherty y Pfaltzgraff, 1993, p. 261) cuestiona los procesos de integración capitalista –y no la falta de integración al mismo- como una de las razones principales para explicar la aparición del subdesarrollo.

Aunque con alcances limitados (sobre énfasis en la expansión del capitalismo, peso excesivo del imperialismo y poca definición de los procesos de dependencia, que se estructuran como procesos globales y no desde las prácticas locales) la crítica marxista habilita el cuestionamiento de los procesos de Cooperación, afirmando la existencia de un sistema-mundo desigual en el que la cooperación resulta más ventajosa para los países hegemónicos (los del centro) que para la periferia.

Los postulados del realismo y el marxismo encuentran una dimensión local -lo que Escobar (2000) define como “política de lugar”- en los análisis constructivistas de Wendt (1992). Para los constructivistas: “el fenómeno de la cooperación se concentra en la manera en que las prácticas intersubjetivas entre los actores se convierten en identidades e intereses forjados por la interacción” (Jiménez, op. cit., p. 138).

Uno de los principios básicos de la teoría constructivista es que son las personas las que actúan hacia los objetos, en un proceso continuo de creación de objetividades/subjetividades. En otras palabras, los significados construidos colectivamente constituyen las estructuras que organizan nuestras acciones. A través de este proceso de significación colectiva, los actores construyen identidades específicas y estas son la base de sus intereses.

De acuerdo con el constructivismo la Cooperación es “una institución formal creada por el ser humano, es decir, no es una estructura dada. Las prácticas regulares producidas mutuamente constituyen identidades de cooperación (agentes) asociadas a normas institucionales (estructuras)”. (ibíd., p. 139).

Retomando la idea de un Sistema Internacional Anárquico sustentado en la maximización del poder, y la caracterización intersubjetiva –inmersa en procesos de producción de significados colectivos- es posible estructurar a la Cooperación al Desarrollo en Medicina Tradicional a partir de términos discursivos, legitimando su deconstrucción y el análisis de sus contingencias. Será preciso discernir en todo momento entre el discurso creado internacionalmente y el que posteriormente es reconfigurado en la puesta en marcha de prácticas localizadas y políticas públicas estatales. A su vez, debe estudiarse los orígenes y contexto en el cuál cierto discurso es creado y las rupturas/continuidades que se establecen frente a paradigmas anteriores.

Lo anterior permitirá ir más allá de los intereses comerciales o políticos como únicos instrumentos hegemónicos al interior del concierto de las naciones. Por el contrario, interesa revelar los procesos de “choque semántico” que explican las prácticas de cooperación en medicina tradicional aceptadas globalmente. El papel de otras instituciones y su impacto en el devenir de los Estados (como suma de intersubjetividades) no será desestimado.

Para finalizar la revisión teórica aquí planteada, es importante recoger los planteamientos de David Mosse y otros autores quienes, tomando los postulados constructivistas, logran poner en marcha una “etnografía de la ayuda” de acuerdo a las prácticas concretas ya no de los “beneficiarios” del desarrollo, sino de aquellas instituciones hegemónicas encargadas de su realización. Estas cartografías del poder resultan esenciales para estudiar no sólo el impacto, sino los orígenes de las relaciones dominación/subordinación en el marco de la Ayuda Internacional.

e) David Mosse y la “Metodología Constructivista”: Etnografiando la Cooperación Internacional

Desde una posición “intermedia” entre la antropología “para el desarrollo”, y la antropología “del desarrollo” surgen los trabajos de autores como David Mosse (2006), F. G. Bailey y Mark Hobart (1993) entre otros. Estos autores enfocan sus esfuerzos en la subjetivización de las Instituciones de Desarrollo, las cuáles se convierten en el foco principal de su estudio etnográfico.

Cabe destacar que gran parte de sus trabajos son realizados al interior mismo de las Agencias de Ayuda, por lo que estas investigaciones brindan información de primera mano sobre la cultura organizacional y el posicionamiento de actores sociales específicos en sus intentos por

administrar y controlar los procesos de desarrollo. La premisa fundamental que sustenta su perspectiva teórica es la siguiente:

That ethnographic research can provide policymakers and aid managers with valuable reflective insights into the operations and effectiveness of international development as a complex set of local, national and cross-cultural social interactions, and it is no longer possible to isolate interactions in the realm of development from those related to the state apparatus, civil society, or wider national or international political, economic and administrative practices (Lewis & Mosse, 2006, p. 1).

De acuerdo con Mosse: “el enfoque es etnográfico, y esto conlleva la revisión de la elaboración y la re-elaboración tanto de las políticas como de las prácticas que las primeras legitiman como procesos sociales” (Mosse, op. cit. En Pérez Galán, 2012, 260).

A pesar de que se mantiene un lenguaje burocrático, cercano a las explicaciones políticamente correctas, que insisten en considerar el desarrollo como un problema técnico derivado del mal gerenciamiento y de la escasa “apropiación” y gobernabilidad de los países beneficiarios¹⁹, los postulados de estos teóricos sitúan el estudio del desarrollo desde una perspectiva compleja que incluye las interacciones sociales de los actores de manera interconectada, incorporando dimensiones estructurales como el contexto político local e internacional. El desarrollo entonces es considerado un ciclo en constante dinamismo y no un flujo unidireccional con un principio y un final claramente delimitado. Es entendido entonces como “*a resource, a profession, a market, a stake or a strategy*” (De Sardan, op. cit., p. 11) adquiriendo un carácter claramente multidimensional.

Desde esta perspectiva, un estudio antropológico que busque etnografiar a la Cooperación Internacional en medicina tradicional y sus prácticas locales, no puede recurrir únicamente a la metodología clásica que consiste en un trabajo de campo en una comunidad delimitada, la descripción y recolección de datos con los “nativos” y la subsecuente sistematización. Por el contrario, debe estudiarse el contexto internacional y a los encargados de implementar esas políticas. El riesgo que se corre al no tomar en cuenta estos elementos es el de enfocarse en

¹⁹ Un ejemplo ilustrador de los postulados aquí planteados es el análisis de Roger Ridell (2007) y titulado “*Why aid isnt working*”. Dentro de su disertación Ridell logra inventariar lo que él considera son una serie de causas que explican el funcionamiento ineficaz del desarrollo (desde una perspectiva positivista que considera al desarrollo una máquina autómatas que necesita reparaciones y mantenimiento constante para su correcto funcionamiento). Entre las principales podemos encontrar: el pobre poder de decisión, la falta de armonización entre donantes-receptores, la escasa gobernabilidad de los receptores y su fragilidad como Estados, los “estándares de calidad” y el escaso consenso político.

los efectos, y no en las causas de los procesos desarrollistas que involucran a la medicina tradicional como “motor de desarrollo”. Siguiendo a Lewis & Mosse:

The multiplicity of interactions in development gives the field of anthropology a “privileged empirical pathway into social reality, since it forces attention to the social processes and negotiation of meaning and identity in heterogeneous social arenas in a way that narrow culturalist approaches (Lewis y Mosse, op. cit, p. 2).

Lo anterior se demuestra claramente al estudiar el papel de la medicina tradicional al interior del movimiento indígena boliviano, y como su discurso es (re) significado y negociado constantemente al desplazarse hacia la esfera pública y/o internacional. Tales aseveraciones se demostrarán más adelante.

En línea con este enfoque, los proyectos de desarrollo y su impacto no pueden estudiarse únicamente en términos de “ideología” o de un poder organizativo central que autoritariamente produce un discurso acatado pacíficamente por actores pasivos y sin capital simbólico a intercambiar en la esfera internacional.²⁰ Por el contrario, debe analizarse como un proceso dinámico y en constante reconfiguración, dónde el discurso de la medicina tradicional adquiere diferentes matices dependiendo de la esfera política que lo utilice.

Desde esta corriente antropológica, surge también una crítica a la antropología aplicada “clásica” que ha sido forzada a adoptar la instrumentalidad del desarrollo, todo lo cual es transformado en conceptualizaciones “humanas” como participación o empoderamiento que sin embargo siguen la lógica cartesiana causa/efecto, finalidad/resultado de corte etnocéntrico y limitado. Como respuesta a esta proletarización antropológica que surge al imbuirse en instituciones oficiales al desarrollo, los teóricos de la Ayuda reivindican una investigación no-instrumental, no-normativa que ponga atención a los procesos sociales de creación de políticas, así como a las relaciones informales y situaciones de la vida real de los trabajadores del desarrollo (Lewis & Mosse, op. cit.). Se trata por lo tanto de lo que Gimeno (2011) define como una recuperación de la antropología como práctica de “*personas reales en situaciones reales*”.

Es necesario precisar que la principal aportación de esta corriente teórica se basa fundamentalmente en el rescate de los procesos sociales y las interacciones humanas al interior de las agencias encargadas de institucionalizar el desarrollo.

²⁰ Lo anterior corresponde a los estudios de la lente teórica denominada «glocalización» (Robertson 1994; 1995) cuyo objetivo es “Situación las prácticas diarias de los guías objeto de estudio dentro del contexto sociocultural más amplio en el que trabajan permite aprender más acerca de la penetrabilidad de los procesos de glocalización tanto internos como externos a la industria del desarrollo” (Salazar, 2005, p. 137)

En el contexto boliviano, se analizará el papel de las agencias evaluadoras del desarrollo y los proyectos que se están implementando a partir de la “revalorización” de la medicina tradicional, para desentrañar las lógicas que movilizan a los actores, así como los discursos desde los cuáles se conceptualiza la idea de “medicina tradicional” e “interculturalidad”. Gracias a los trabajos de Mosse y la etnografía de la ayuda, estos conceptos pueden entenderse como discursos que se construyen y modifican periódicamente gracias al accionar cotidiano de los sujetos sociales.

Analizando diferentes formas de abordar el poder en términos de discurso y (re) presentación, se propone un marco teórico superador que se posicione desde una perspectiva transdisciplinar y transteórica, tomando el elemento discursivo hegemónico y la construcción de la “creencia” desarrollista como punto de partida ideológico y no como categoría explicativa universal. A partir de ahí, de lo que se trata es de una recuperación de la “política del lugar” tal y como es abordada en párrafos anteriores. El lugar desde esta perspectiva es entendido como:

La experiencia de una localidad específica con algún grado de enraizamiento, linderos y conexión con la vida diaria, aunque su identidad sea construida y nunca fija...los lugares nunca son totalmente capitalistas, en eso subyace su potencial de devenir en algo diferente...Desde esa perspectiva, los lugares son sitios de culturas vivas, economías y medios ambientes, antes que nodos de un sistema capitalista global y totalizante. (Escobar, op. cit., p. 113).

Estas políticas del lugar sin embargo deben ser entendidas de manera holística, y analizadas a partir de su carácter antagónico y contradictorio. Es en el lugar donde confluyen los procesos de negociación de significados y las interacciones sociales descritas por Mosse, en lo que Latour (2001) define como “*cadenas de traducción*”, referidas al trabajo a través del cual los actores modifican, desplazan y trasladan sus intereses variados y contradictorios hacia terrenos específicos de acción.

A través del análisis del estudio de caso realizado en esta investigación, y tomando como perspectiva los elementos teóricos analizados en este apartado, se buscará identificar y explorar acerca de la multiplicidad de racionalidades que conviven en el mundo del desarrollo, ofreciendo lo que Mosse (op. cit., p. 15) define como “*deconstruccionismo metodológico*” el cual pone atención a la naturaleza del discurso político, revelando de que forma las ideas políticas particulares –gobernanza, participación, sociedad civil, libre comercio y medicina tradicional- trabajan para conseguir “seguidores”, construir conexiones

políticas y crear realidades comunes para redes heterogéneas. Otro elemento fundamental es el descubrir las “transcripciones ocultas” al interior de las “transcripciones oficiales” del discurso de la medicina tradicional, para entender como estas narrativas sirven a fines específicos y posteriormente son (re) articuladas en la práctica a partir de los intereses y las negociaciones (asimétricas) de los actores.

Los proyectos de desarrollo dependen en realidad de una verdadera negociación, dando lugar a encuentros y antagonismos entre actores, objetivos e intereses, entre dinámicas sociales y modelos de intervención que incluyen los conocimientos locales en confrontación con saberes técnicos o científicos. El desarrollo funciona por tanto como un juego de táctica y estrategia a partir de un concepto central que genera la creación de nuevas lógicas descentradas que serán analizadas a partir del estudio de caso. En definitiva, lo que se busca es observar cómo las instituciones de desarrollo generan su propia forma de discurso y, simultáneamente este discurso construye a las poblaciones “beneficiarias” como un particular tipo de objeto de conocimiento, creando una estructura de conocimiento alrededor de tal objeto que permite situarse a los actores en posiciones estratégicas en torno a la conservación o reconfiguración de esta estructura (Ferguson, 1994).

A través del estudio sustentado en la construcción del discurso de la medicina tradicional en Bolivia, podrán entenderse prácticas puntuales y relaciones entre actores que reconfiguran el discurso y ponen en marcha procesos de traducción que potencian o eliminan la significación política de un concepto vacío como el de “medicina tradicional”.

La interacción entre conceptos (medicina tradicional, cooperación, desarrollo) da lugar a una interacción entre discursos y entre actores, generando prácticas específicas que deben entenderse para atender a la intertextualidad del saber médico tradicional al ser considerado un elemento susceptible al desarrollo y la Cooperación Internacional

Antes de entrar en el análisis etnográfico-discursivo centrado en el caso boliviano, se realizará un breve recorrido por la construcción genealógica de la medicina moderna, para comprender el nacimiento de la dicotomía medicina moderna/medicina tradicional que moldea los proyectos de cooperación y legitima las intervenciones de desarrollo en Bolivia.

CAPÍTULO 1. LA INVENCION DE LA MEDICINA MODERNA

La intención del presente capítulo consistirá en analizar el proceso de construcción histórico-discursiva de la medicina “moderna” y, de igual modo, el posicionamiento gradual de este saber médico en lo que Menéndez (1988) define como Modelo Médico Hegemónico.

De acuerdo con Fernández Juárez (2006) la medicina tradicional es, teóricamente, imagen y realidad, práctica y discurso. En ese sentido, Geertz (op. cit.) la definiría como una trama simbólica que construye la percepción de la realidad según ciertos patrones culturales y que sirve también como elemento estructurante de la realidad. De esta manera, pone en marcha instituciones, proyectos de “desarrollo” y esquemas de atención, a pesar de que su discurso puede enmarcarse en la idea de “significante-ausente” planteada por Laclau (op. cit.), adquiriendo un cariz fundamentalmente ideológico.

Por tanto, un análisis deconstruccionista de este fenómeno debe partir de la dicotomía hegemonía/subalternidad, con el objetivo de establecer un análisis interrelacional que dé cuenta de los contextos bajos los cuales fueron generados dichos discursos. Así, comenzando por el estudio del saber médico en la Edad Media -en un ejercicio de contrastación entre lo que se ha denominado “Antigüedad” frente al paradigma moderno que pervive hasta la actualidad-, se demostrará como la medicina tradicional puede entenderse como un residuo ideológico generado a partir de los procesos de subalternización puestos en marcha desde el proyecto moderno.

Por tanto, es a partir de la construcción de este sujeto-otro que el discurso biomédico moderno se legitima. Este proceso se estudiará en dos niveles, principalmente:

Un nivel “interno” que se explica por la estructuración de los Estados-Nación en el espacio europeo, dónde los proyectos de anatomización médica, en conjunción con la urbanización del territorio y la creación de una nueva filosofía de la historia sustentada en el crecimiento autoacumulativo e infinito, explican la institucionalización práctico-discursiva del modelo biomédico.

Finalmente, se estudiará la expansión del discurso a los territorios conquistados, a partir de los procesos de colonización epistémica analizados desde el grupo colonialidad/modernidad. Cómo se ha mencionado, desde esta perspectiva la colonialidad del poder es entendida como “un modelo hegemónico global de poder instaurado desde la conquista que articula raza y

trabajo, espacio y gentes, de acuerdo con las necesidades del capital y para beneficio de los blancos europeos” (Escobar ,2004 en Pérez Galán, 2012, p. 400).

El objetivo es por tanto, mostrar de qué manera la constitución del saber médico moderno contribuyó a la subalternización ontológica de saberes etnomédicos-otros, rescatando a su vez el carácter histórico de las culturas locales. En otras palabras, mostrar lo que la modernidad neutralizó a partir de los procesos de “tradicionalización” que puso en marcha, convirtiendo a saberes no-modernos en productos estáticos y ahistóricos.

Cabe resaltar que este capítulo no se basa en rescatar prácticas “concretas” –lo que se realizará al analizar el estudio de caso enfocado en Bolivia- sino, por el contrario, mostrar el carácter arbitrario y contingente del discurso alópata moderno. Aunado a lo anterior, el presente capítulo busca dar cuenta de cómo, a partir de la mirada de este discurso, la medicina tradicional es conceptualizada como un “folclore”, generando prácticas contradictorias tanto nacionalmente como en el ámbito de la Cooperación Internacional al Desarrollo.

a) Antecedentes: Medicina y Edad Media.

Aunque comúnmente se considera al Medioevo como un momento “oscuro” dominado por la violencia y la superstición, debemos abandonar estas concepciones erróneas para caracterizarlo como el momento de “la aparición del Estado y de la ciudad “moderna”, de la que el cuerpo será una de las metáforas que más se impondrá y cuyas instituciones se encargarán de modelarlo” (Le Goff & Truong, 2005, p. 29). El cuerpo es en esta época objeto de tensiones y paradojas, oscilando entre la condena (la supresión de los placeres, la enfermedad asociada al pecado) y la glorificación (carnavales, fortaleza física asociada a gestas caballerescas, magia y misticismo).

De acuerdo con Vicente Pedraz (2007) durante la época caracterizada como “el medioevo”, la medicina se constituía como un saber popular, desarrollado especialmente en el ámbito doméstico y vecinal, ya sea por algún personaje reconocido o por empiristas legitimados comunitariamente “desde las denominadas mujeres sabedoras...pasando por especieros, boticarios, saludadores, ensalmadores, algebristas, sangradores, etc.” (Pedraz, op.cit., p. 57). Por lo tanto, el saber médico se nutría de la experiencia personal y de la mitología popular, las creencias, los cantos de los bardos y canciones. Todo ello en un contexto de cercanía y cotidianidad, insertándose al interior de las relaciones sociales comunitarias de la localidad.

Los saberes de carácter “técnico” se encontraban representados en la figura de los clérigos, quienes realizaban “curaciones de forma irregular y no lucrativa, como complemento de la

cura espiritual” (ibíd., p. 11). Dicho saber fue especializándose hasta convertirse en una labor extendida en los centros monacales de la época.

Laín Entralgo (1976) señala que además de esta simbiosis entre saber médico y prácticas religiosas, existen ciertos rasgos que permiten estructurar este conjunto de saberes, entre ellos podemos mencionar²¹: la existencia de un material muy pobre de procedencia grecolatina con Hipócrates a la cabeza, la especialización y concentración en espacios monacales, además de la aspiración del conocimiento médico para constituirse como una “filosofía segunda”, a pesar del talante literario-etimológico con el que se encontraba revestida en la práctica.

La medicina por lo tanto, en su etapa “premoderna” puede caracterizarse por lo que Bourdieu (op. cit.) denomina “campo religioso” y que ha sido explicitado en párrafos anteriores. La funcionalidad de la medicina a nivel de campo religioso, permite observar la estructuración de un *habitus* social que naturaliza y asigna pautas de comportamiento, transformando en heréticas todas aquellas prácticas que escapen de su dominio. Así, conforme la praxis médica fue distanciándose de los saberes populares para concentrarse en instituciones eclesiásticas, la separación discursiva entre ambas formas de entender la medicina fue acrecentándose. Sin embargo, ambas prácticas (la comunitaria y la religiosa) partían en gran medida de argumentaciones metafísicas para su legitimación y las fronteras entre sus estrategias curativas eran a menudo difusas.

En el caso de la medicina cristiana, la enfermedad se asociaba al carácter defectible del individuo y al *déficit ontológico* en relación a Dios (Pedraz, op. cit.) por lo que la curación estaba íntimamente relacionada con el castigo y la promesa inherente de salvación que constituía la presencia del mismo. La idea de la enfermedad se sustentaba en la carencia y era signo de debilidad física y espiritual. Por tanto, los remedios entrelazan el tratamiento fisiológico con el espiritual. Un ejemplo de lo anterior es la manera en que la lepra era tratada:

Cuando alguno está con el paroxismo, si otro pone su boca sobre la oreja del enfermo y dice a la oreja tres veces estos versos, sin duda se levantará en seguida: “Gaspar fert mirrham, thus Melchior, Baltasar aurum”. Quien dice estos tres nombres de reyes será absuelto del morbo caduco por la piedad del Señor (...) También se dice que si los escriben y los llevan colgados

²¹ Al respecto, Roca Jusmet (2011) menciona que de esta influencia surge el componente mítico que legitima el discurso de la medicina moderna: se relaciona a Hipócrates como el padre fundador del conocimiento médico moderno debido a su identificación con el “síntoma”. Sin embargo, la praxis de Hipócrates resulta más familiar a aquellas medicinas tradicionales o alternativas –debido al uso del naturismo y la homeopatía– que a la clínica médica. A su vez, y de acuerdo a la influencia Galénica se consideraba que la enfermedad se realizaba en sus “accidentes”, siendo consecuencia de todo aquello que perturbaba la “naturaleza” o equilibrio del cuerpo.

al cuello, se cura. Se dice también que si el padre, la madre, el paciente o algunos amigos ayunan tres días, luego van a la iglesia, oyen una misa y después un abad fiel le dice sobre la cabeza aquel evangelio que se dice en los ayunos de los cuatro tómporas y en las vendimias después de la fiesta de la Santa Cruz, donde se dice “Erat spumans estridens” etc, que este género de demonios, no se lanza sino con ayunos y oraciones etc, y después aquel abad devotamente lo lee sobre su cabeza, lo escribe y se lo cuelga al pescuezo cura la epilepsia (Dutton & Sánchez, 1993, p. 245-46).

Por tanto, y contrariamente a lo que se piensa, la institucionalización y profesionalización del saber médico no es resultado directo del advenimiento de la modernidad. En realidad es el resultado de un proceso de apropiación discursiva de larga data, en la que el saber religioso y el conocimiento médico se entrelazan, y en dónde la curación del cuerpo es inherente a la curación espiritual. En palabras de Pedraz (op. cit.):

Estamos hablando, por tanto, de un proceso en el que discursos del poder y discursos del saber se fundieron en un espacio social, en el de las artes de la curación legitimadas, dónde ciencia y salvaguardia de intereses profesionales – con los consiguientes mecanismos exclusionistas– eran indiferenciables (p. 12).

Con el establecimiento de las primeras Universidades este proceso de legitimación hegemónica, con la Iglesia católica a la cabeza, se institucionalizó y se extendió por toda Europa. Con la profesionalización del saber médico, la brecha entre saber popular, dominado por la experiencia, la tradición y las relaciones sociales, y saber “legítimo” sustentando por credenciales académicas que significaban status social y poder, se abrió indisolublemente. Presenciamos de esta manera el nacimiento de la identidad profesional del médico como “científico”. De acuerdo con Deleuze (1987):

Entre las series de saber y poder, se ubica la institución. Esta constituirá el inevitable factor de integración dónde las relaciones sociales de fuerza se articulan en formas: formas de visibilidad, como aparatos institucionales y formas de enunciabilidad, como sus reglas. En tanto que figura intersticial, la institución será el lugar eminente dónde el ejercicio del poder se convierte en instrumento de poder (p. 18).

Cabe destacar que estos inicios de la profesionalización médica estuvieron marcados por un escaso reconocimiento popular hacia sus representantes. El médico no era considerado una figura de autoridad significativa y su título funcionaba más como un nombramiento “nobiliario” que permitía distinguir entre estos y curanderos “profanos” y no como un documento habilitante. Curiosamente, su accionar se encontraba estrictamente reglado y a

menudo despertaba suspicacias debido al excesivo control sobre los cuerpos, además de los efectos secundarios y malestares asociados a su praxis.

La identidad profesional del médico se encontraba sustentada en el reconocimiento de una “subalternidad” epistemológica que se profundizó con la llegada del conocimiento médico árabe y musulmán, hacia el cual se impulsaron todo tipo de trabas administrativas y religiosas (no era extraño que sus prácticas fueran condenadas como herejía) en aras de mantener una posición dominante en el estudio y tratamiento de las enfermedades. Gracias a la desaparición de los reinos musulmanes y a la expulsión de los judíos en 1492, el discurso médico-religioso pudo hacerse del monopolio científico de la curación y “el ejercicio corporativo de una población, lista ya para erigirse a sí misma como uno de los principales mecanismos legitimadores de los hábitos y las costumbres de los ciudadanos: para configurarse como un verdadero arte –junto a la religión aunque en cierta pugna por ella- de gobernar a los cuerpos” (Vicente Pedraz, op. cit. p. 13).

Un primer acercamiento a estas cuestiones lo encontramos en la institucionalización de los hospitales y la puesta en marcha de políticas sanitarias orientadas hacia el control social de las poblaciones. Con un fuerte cariz asistencialista, los hospitales recibían minusválidos, huérfanos, enfermos mentales e individuos con deformidades físicas, sin ninguna característica en común más allá de su papel como “figura indeseada” en la comunidad. Los hospitales eran en gran medida centros de reclusión para las clases pobres, puesto que la burguesía contaba con médicos que acudían expresamente a su domicilio, contando con grandes recursos a su disposición. La frontera entre lo normal y lo patológico señalada por Foucault (1966) se hace evidente.

Aunado a lo anterior, las enfermedades epidémicas que diezmaron notablemente la población europea trajeron como consecuencia la profundización de la política sanitaria, orientada hacia el control higiénico de las poblaciones. Las enfermedades infecciosas eran consideradas una síntesis entre el castigo divino y la irresponsabilidad individual. Las conductas asociadas a un bajo nivel de recursos (el hacinamiento, ingerir comida en mal estado o compartir la unidad doméstica con animales de granja) comienzan a ser criminalizadas y perseguidas.

La enfermedad por tanto es naturalizada, la salud se sitúa en el ámbito de la supervisión médica continua y la regularización a través del discurso médico de las prácticas cotidianas (dieta, horas de sueño, deposición de excrementos, etc.). La medicina se vuelve entonces, el arte de “administrar el recipiente profano/cuidar el elemento sagrado” representado en la figura del cuerpo humano.

Mediante la conjunción discursiva entre medicina, religión y moral se crean instituciones hegemónicas enmarcadas en lo que Foucault (1995) define como biopoder. La institucionalización y profesionalización médica, aunado a la existencia de epidemias como la peste negra que generan aumentos dramáticos de la mortalidad, comienzan a incrustar el discurso de la medicina cristiana en el total de la población -a pesar de la incapacidad de los estratos más bajos para acceder a este recurso-. Estas representaciones se convierten en hegemónicas al ser consideradas “legítimas”, siendo naturalizadas en consecuencia.

Ahora bien, si esta doble legitimación (religiosa y académica) del conocimiento médico es la que permite la creación de un discurso sustentado en las relaciones de poder y la reificación de las prácticas tradicionales: ¿cuál es el papel de los acontecimientos asociados a la modernidad en cuanto a la exacerbación y (re) significación del discurso? ¿De qué manera esta construcción discursiva logró convertirse en un instrumento para “gobernar los hábitos y las costumbres de los individuos”? Es necesario establecer las rupturas epistemológicas y discursivas del paradigma médico moderno para acercarnos a estas respuestas.

Para lo anterior, como punto de partida y retomando la noción de “metáfora” instituida por Ricoeur (op. cit.) se realizará un análisis de la obra de Rembrandt que permita introducirnos al estudio de los postulados más significativos del discurso biomédico moderno. Lo anterior permite “etnografiar” al arte, entendiéndolo en términos de un discurso que refleja el *momentum* de la época, habilitando por tanto su deconstrucción antropológica.

b) Rembrandt y el Poder Discursivo de “La Lección de Anatomía”

Ilustración 2. La lección de anatomía del Dr. Pulp. Rembrandt, 1632



Imaginemos por un momento que nos encontramos frente a una de las pinturas más famosas a nivel mundial. Al pensar en su autor, no podemos dejar de asociar este cuadro con la figura

del artista que le dio forma hace aproximadamente 400 años. La obra en cuestión se titula “*La lección de anatomía del Doctor Nicolaes Pulp*”, y pertenece al pintor holandés Rembrandt Hamerszoon van Rijn.

El arte, especialmente la pintura, pueden estudiarse atendiendo no únicamente su valor estético, histórico o patrimonial. El arte es también fiel reflejo del *zeitgeist*, - del espíritu de la época-, especialmente de las clases dominantes ya que, hasta hace pocos años, los retratos se encontraban íntimamente ligados con la condición social del retratado, quién a menudo encargaba el cuadro para un doble propósito: como instrumento decorativo/ornamental y al mismo tiempo, como símbolo y prueba de su noble linaje.

El año es 1632, época de grandes descubrimientos, a menudo censurados por contravenir dogmas religiosos. Es el período de Galileo, Descartes, Leibniz y Newton. Nos encontramos en un momento de gran fascinación ante los “misterios del cuerpo”.

En esta época el Doctor Pulp tiene 39 años y ha ocupado cargos importantes a nivel político en las Provincias Unidas (lo que hoy se conoce como Países Bajos). La oportunidad para el cuadro, que es mandado a hacer por explícito encargo, llega con la ejecución de un reo, con lo que se cuenta con un cadáver para ser disecado. De acuerdo con Rosler & Young (2011):

En el S. XVIII (...) en el norte de Europa la separación entre el cuerpo y el alma se veía como un proceso gradual. Los ajusticiados eran condenados a la disección porque precisamente la práctica anatómica se consideraba un castigo añadido sobre un cuerpo, todavía portador de una cierta identidad de la persona (...) El médico no se siente interpelado por ningún deber especial de compasión con ese cuerpo que ya no tiene acceso a ninguna curación (p. 536).

Varios elementos esenciales permiten analizar el cuadro a la luz del nuevo sistema médico en ciernes, que se instituía a la par de esta gradual separación entre ciencia y religión: por un lado, la nueva medicina resulta fundamentalmente empírica y experimental, sin necesidad de apoyos didácticos o manuales: se aprende experimentando con el cadáver. Por otro lado, es posible notar la presencia de “curiosos” que asistían a estas clases con el deseo de observar “la profanación” de un cuerpo inerte.

Volviendo a Rosler & Young: “el cadáver (cuya raíz latina es *cadere*, caer) descendía de su condición de ciudadano digno, protegido por honores y mortajas en su destino de viajero a un mundo espiritual superior, a un simple y burdo instrumento didáctico y señal clara de las enfermedades que lo habían devastado” (ibíd., p. 538).

Por lo tanto, y si miramos con atención al cuadro, podemos detectar que la aparente rigidez del cadáver contrasta con el dinamismo de los participantes. Todo el cuadro puede leerse como un *contrapposto* colectivo, una sola estructura corporal armónica que alberga en su interior solemnidad, fascinación y horror.

Con la constitución del saber anatómico (retratado por Rembrandt) nace una diferencia implícita dentro de la espítome occidental entre el hombre y su cuerpo. Allí se encuentra el origen del dualismo contemporáneo que, como afirma David Le Breton: “le otorga al cuerpo el privilegio de ser interrogado científicamente por el médico con preguntas específicas con indiferencia de cualquier otra referencia -el alma, la sociedad, las emociones, etc.-” (Le Breton, 1995 en Rosler & Young, op. cit., p.541).

El cuadro de Rembrandt por lo tanto, es la descripción del inicio de una utopía intelectual médica: la de la completa visibilidad de la enfermedad, incluso en sus elementos “ocultos”. En su análisis sobre la clínica, Foucault (1983) retoma la famosa cita del biólogo y fisiólogo francés Bichat:

Usted podría tomar durante 25 años, de la mañana a la noche, notas en el lecho de los enfermos sobre afecciones, que no vinculándose a nada, le ofrecerán una serie de fenómenos incoherentes. Abrid algunos cadáveres: veréis desaparecer enseguida la oscuridad que la observación sola no había podido disipar (Foucault, (1963 [1983: 195])).

La medicina nace en esta etapa como una manera de instrumentalizar el cuerpo humano, de administrarlo, controlarlo y organizarlo, con vistas a recuperar el equilibrio perdido. Es el período de la observación y el registro excesivo de los tejidos, de las membranas, de los órganos como origen y explicación de las patologías. La enfermedad (y en consecuencia el ser humano) se convierten en “objeto del conocimiento científico” mientras que, paradójicamente, se individualiza al enfermo. Foucault lo explica de la siguiente manera:

Todos los dominios de un espacio quimérico por el cual se comunican médicos y enfermos, psicólogos y prácticos... no han desaparecido; han sido desplazados más bien, y cómo encerrados en la singularidad del enfermo, del lado de la región de los síntomas subjetivos que define para los médicos no ya el conocimiento, sino el mundo de los objetos por conocer (Foucault, op. cit., Prefacio IX).

En este sentido, a partir de la institucionalización del modelo médico alópata, se establece una ruptura –semántica y epistemológica- con la configuración y el discurso de los saberes médicos desarrollados en épocas anteriores. Pasemos entonces a una revisión detallada de los

postulados que definen al saber médico moderno para acercarnos a su antropologización discursiva.

c) Medicina y Modernidad

Aunque, como se ha precisado, los orígenes de la medicina moderna como discurso hegemónico institucionalizado pueden encontrarse en los albores de la Edad Media, es a partir de los S. XVII-XVIII, con la aparición de la revolución científica y la consolidación del modelo económico capitalista-liberal, cuando el discurso médico occidental se refuerza y reproduce hasta convertirse en el Modelo Médico Hegemónico por excelencia.

Fuertemente influenciada por el positivismo y el pensamiento cartesiano, se establece la idea de una teoría racional del mundo compuesto por cosas y seres cognoscibles y controlables. Es el momento en el cuál el conocimiento se estructura de acuerdo a las reglas del método “científico”, generando ciertas reglas epistemológicas que permiten realizar una oposición binaria científico/tradicional, objetividad/subjetividad, conocimiento-superstición. Surge entonces la posibilidad de definir en negativo, (re) presentando a los acontecimientos humanos de acuerdo a un marco de referencia occidental que se naturaliza.

En este sentido la modernidad, debido a los procesos de colonización que pone en marcha para extender sus medios de producción, se configura como un “hecho social total” que acompaña el colonialismo político-histórico con una colonización epistemológico-discursiva que permite extender su proyecto y transformarlo en ideología.

En lo que respecta al campo científico, la ciencia moderna se nutre de los descubrimientos de Galileo, Newton, Leibniz y Descartes. De acuerdo con Roca Jusmet (2012) el pensamiento cartesiano debe considerarse el punto de inflexión en el proceso de secularización del pensamiento médico moderno.

La idea de la comunión cuerpo-alma se encontraba presente hasta ese momento en todo discurso médico hacia la Enfermedad en Europa Occidental. El alma era considerada un elemento más, que merecía ser tratado en sus patologías específicas. Sin embargo:

Con Descartes el alma se identifica con la mente y el cuerpo se entiende como una simple unidad mecánica que se mueve en el espacio, uno de cuyos mecanismos es el que propulsará la vida. A partir de esta concepción Boyle, Hooke y Borelli plantearán una imagen del cuerpo siguiendo el modelo hidráulico e hidrostático de las tuberías, los vasos y los conductos como si fueran palancas engranajes y poleas (Roca Jusmet, 2012, s/n).

Es el momento en que la idea de especialización hospitalaria para el tratamiento de enfermedades específicas se traslada al campo epistemológico y el ser humano es caracterizado categorialmente, separando y aislando sus componentes al partir de una oposición primigenia y rupturista en relación con los paradigmas médicos anteriores: la separación entre cuerpo y mente²². El hospital se convierte en una máquina de conocimiento que permite la administración y localización espacial de los cuerpos.

El discurso de la taxonomía médica se estructura a partir de tres formas diferenciadas de espacialización (Castrillón & Pulido, 2003):

En primer lugar, la consideración de la enfermedad por fuera del cuerpo individual, agrupada en familias y categorías. Posteriormente, un segundo momento en dónde la enfermedad se reduce al individuo enfermo, quien es percibido como un paciente susceptible a la experimentación -en un proceso de reificación subjetiva- y, finalmente la espacialización terciaria, que corresponde a la creación de un discurso médico revestido de carácter científico e incrustado en el discurso de “lo natural”. De esta manera, el cuerpo adquiere un carácter profano, mientras que paradójicamente el saber médico afianza su papel de “campo religioso”, movilizand o prácticas diversas de exclusión, enseñanza y percepción de la salud, la enfermedad y la muerte. Estos tres niveles, aunque presentes en menor medida en discursos anteriores, adquieren una morfología nodal indisoluble desde la idea de modernidad médica.

De acuerdo con Jaramillo Antillón (2005) presenciamos de esta forma el auge de los estudios anatómicos y la apertura de cadáveres implementada posteriormente de manera regular por médicos como Bichat, y retratada magistralmente por Rembrandt en “la lección de anatomía”. El cadáver se convierte en el “modelo didáctico” por excelencia, pues se reconoce que no existe nada sagrado en su interior: “Si no hay diferencia ontológica entre un cuerpo vivo y un cuerpo muerto, entonces podemos estudiar cómo funciona uno vivo a partir de otro muerto” (Jusmet, op. cit.).

Con la implantación de la anatomía patológica como método didáctico y de experimentación, la medicina moderna abandona su carácter de *hierofanía*²³ en términos de Mircea Eliade (1956), para ubicarse en el terreno de lo profano dónde las obligaciones se integran a la sociedad industrial naciente.

²² Ya en el año 1554, Jean Fernel, un profesor de medicina en París publica *Universa Medicina* dónde el conocimiento médico se divide en Fisiología, Patología y Terapéutica. Posiblemente este fue el primer intento de sistematizar el conocimiento de las enfermedades.

²³ La hierofanía hace referencia a la manifestación de lo sagrado, “algo sagrado que se nos muestra” ya sea a través de un objeto (una roca) o mediante procesos de larga duración (la implantación del cristianismo)

Como menciona Foucault en “El nacimiento de la clínica” (op. cit.) , aunque a nivel praxis – esa idea de “lo real” expuesta por Lacan en su estructuración tripartita de la realidad- el estudio de los cadáveres ya existía desde la edad media y a menudo convivía con la creencia religiosa (por lo que el punto de inflexión resultaría exagerado), a nivel discursivo la metáfora se convirtió en una poderosa fuente de legitimación y separación entre el saber médico “antiguo” y el moderno, en dónde el carácter religioso se sacrifica en busca de mayor rigurosidad en la mirada científica. De acuerdo con Castrillón & Pulido (op. cit.):

Lo que se ve en los cadáveres con los conceptos órgano, tejido, lesión e inflamación, posibilita no sólo ese ver, sino también un decir... El ojo biomédico habla de lo que ve y enseña a ver y hablar. Lo que también cobra historicidad es esa relación pedagógica con la mirada. Un paciente o un cadáver no sirven solamente para comprender una patología, sino también para enseñar a ver. Para producir otros ojos que hablen (p. 189).

La mirada médica produce discurso, lo legitima, lo expande, lo naturaliza y lo convierte en hegemónico en relación a discursos-otros no centrados especialmente en la excesiva corporalidad de las patologías, entendidas desde su carácter orgánico. La enfermedad pasa a ser conceptualizada entonces:

Como una entidad localizada en el organismo, en el que sus signos locales son pistas para detectar el trastorno orgánico-funcional que las produce. Hay que inducir y deducir a partir de síntomas localizables dónde está la raíz orgánica de la enfermedad, que es el lugar preciso dónde se encuentra la anatomía patológica (Jusmet, op. cit.).

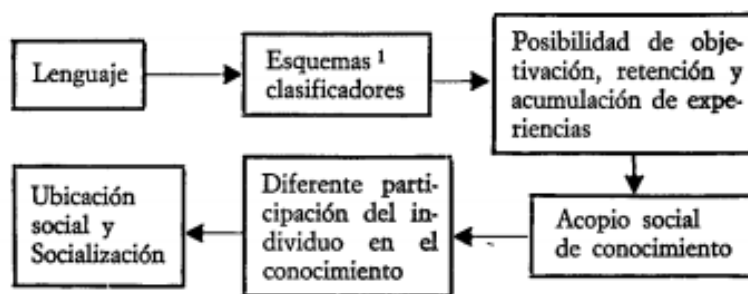
Es precisamente en esta etapa dónde Foucault (1966) identifica el nacimiento de la clínica²⁴ y la creación del síntoma, en dónde la enfermedad se estructura a partir de términos cartesianos de causa/efecto. De acuerdo con el autor, la mirada médica se reestructura a partir de la convivencia entre “lo visible y lo invisible”.

Comenzando en el S.XVIII y desarrollándose exponencialmente en el S. XIX el cuerpo humano se convierte en una categoría históricamente construida, sustentada en la normalización de los estados patológicos para corregir un desequilibrio “natural”. Al encargarse expresamente de la normalización corporal, la biomedicina se sitúa entonces por fuera de la norma, visualizando al cuerpo como un “todo-objeto-natural-divisible y designable” (Castrillón & Pulido, op. cit., p. 190).

²⁴ Foucault (1966) identifica el nacimiento de la medicina moderna, científica, con los trabajos de Borgagni y Bichat y el nacimiento del modelo biomédico, que busca explicar la enfermedad a través de su constitución orgánica.

Como vemos, la relación entre saber-poder planteada por Foucault no se reduce a estrategias de subyugación o censura discursiva. Por el contrario, el saber biomédico sustentado en la mirada médica “invisible”, la organización espacial de los cuerpos y la clasificación taxonómica de las enfermedades genera relaciones de poder a través del carácter normativo de la biomedicina. El ordenamiento biológico se traslada así al campo de la política, transformándose en un mecanismo de control eficaz y poderoso. El siguiente cuadro, generado a partir de los postulados de Berger y Luckmann (1968), permite ilustrar adecuadamente lo anterior:

Diagrama 2. Análisis del Lenguaje de Berger & Luckmann



Fuente: Berger, P., & Luckmann, T. (1968)

Broussais (1772-1838) introduce en el modelo biomédico moderno una refinada especialización de las enfermedades, por lo que la detección de “zonas patológicas”, influenciadas en gran medida por el clima, permite una nueva forma de diferenciación entre lo moderno/civilizado y lo primitivo/salvaje. Con la aparición de la teoría miasmática - en dónde el origen de las enfermedades se relaciona con el aire emanado de pantanos, con materia vegetal podrida y con calores sofocantes que producen desequilibrios en los “humores” del cuerpo- la visualización de la enfermedad adquiere un énfasis localizado. Es en este momento cuando las denominadas “enfermedades tropicales” hacen su aparición, contribuyendo a la exotización de los trópicos y planteando que sus costumbres “salvajes” y comportamiento “inmoral” respondían a cuestiones de carácter climático, por lo que su inferioridad (y por lo tanto su sometimiento) se argumentaba en base a términos naturales y científicos. Así, el dominio se sustenta en la transformación cultural y biológica de los individuos y territorios dentro de un contexto de “lucha contra las enfermedades”. En palabras de Caponi (2006):

La historia de la malaria, de la enfermedad del sueño o de la fiebre amarilla difícilmente pueda dejar de articularse con la historia del imperialismo (...) El control de las enfermedades...no

sólo posibilitaba el avance de las tropas, sino que parecía ser una excelente justificación para legitimar las invasiones que junto con la civilización pretendían llevar la salud a los trópicos (p. 52).

Volviendo a las aseveraciones de Brussai (op. cit.), la medicina no se reduce al espacio hospitalario y adquiere un sentido de política pública sanitaria basada en el control de las poblaciones. Por tanto la metáfora del cuerpo individual se traslada a la idea de “cuerpo social” legitimando aun más el alcance de la biopolítica.

Con las investigaciones de Claude Bernard (1812-1878), la medicina se inserta en un paradigma científicista en lo que se conoce como medicina experimental (Roca Jusmet, op. cit.). Desde esta perspectiva, la medicina debe forzosamente contar con una base científica que sólo puede ser adquirida mediante el trabajo experimental en el laboratorio.

Siguiendo los planteamientos de Bernard, los primeros protocolos de investigación son puestos en marcha, y las patologías son explicadas a través de la interacción entre componentes de carácter fisicoquímico. Se inaugura por tanto el estudio de fisiologías aisladas dónde priman las formas de explicación bioquímicas y físicas que complementan la explicación biológica de la enfermedad. (Canguilhem, 1966).

Finalmente, dentro de este recorrido por la historia de la filosofía médica moderna, es importante recordar las investigaciones que se dieron desde el ámbito de la medicina microbiana, con los trabajos de Koch y Pasteur entre otros, en dónde las enfermedades se asocian a la acción de los gérmenes como actores externos que “invaden” el organismo. El cuerpo humano será atomizado aún más, mientras que estos descubrimientos serán capitalizados extensivamente por las compañías farmacéuticas. A través del desarrollo de vacunas y antibióticos como medio efectivo de combatir las enfermedades “desde casa”, la enfermedad se convierte progresivamente en una responsabilidad individual vinculada al poder adquisitivo.

En lo que respecta a la diferencia colonial planteada por Mignolo (op. cit.), la teoría de los gérmenes, si bien contribuye a relajar la asociación excesiva/unitaria entre medio ambiente y enfermedad, generan nuevas implicaciones de carácter racial: las enfermedades son derivadas de comportamientos poco higiénicos de las poblaciones nativas o menos “civilizadas” que deben erradicarse. La otredad indígena es percibida como “sucia”, “insalubre”, incapaz de cuidar su propia salud.

La medicalización de la sociedad, el descubrimiento de la genética como predisposición hacia ciertas patologías y *el boom* de las enfermedades mentales, además de otras patologías catalogadas como “enfermedades/síndromes culturales de la modernidad” (suicidios, estrés, diabetes, hipertensión, obesidad) han contribuido a su vez a la complejización del paradigma médico moderno y su continua subordinación a los intereses del mercado.

Haciendo un breve paréntesis, y antes de continuar con el análisis del modelo biomédico moderno, debemos recordar que gran parte de su éxito e implementación discursiva hegemónica, recae en la consolidación del Estado Moderno como modelo de organización político territorial.

En su conferencia acerca de “la Historia de la Medicalización”, Foucault (1974) plantea tres etapas que permiten identificar el nacimiento de una medicina social asociada al Estado Moderno cuyo fundamento es “una cierta tecnología del cuerpo social” (Foucault, op. cit., p. 5) en la que debemos tomar en cuenta el poder de integración/colectivización del discurso médico en su búsqueda de hegemonía. De acuerdo con Foucault, el capitalismo temprano produjo, además de la especificidad patógena, una socialización del discurso corporal en función con la “fuerza de trabajo”.

Las tres etapas aludidas por el autor para identificar el nacimiento de la medicina social son las siguientes:

- **Medicina del Estado:** el Estado-Nación moderno se convierte en el centro de producción y adquisición de conocimientos por excelencia²⁵. Para Foucault el Estado Moderno surge paradójicamente en territorios pequeños con asentamientos aislados – como Prusia- en dónde el poder político es débil y la economía se encuentra poco desarrollada. La función era en un primer momento el modificar o equilibrar las relaciones de fuerza con poblaciones adyacentes en la búsqueda de una supervivencia soberana fundada en el respeto mutuo.

A raíz de la política mercantilista implementada gracias a la creación de rutas comerciales y la conquista de nuevos territorios, la salud de las poblaciones se convirtió en una preocupación fundamental para los gobernantes. Era por tanto

²⁵ Foucault lo relaciona específicamente con el ejemplo alemán y su concepto de “Staatswissenschaft” o “ciencia del Estado”. De acuerdo con Foucault “Mientras que los grandes Estados, como Francia e Inglaterra, podían funcionar relativamente sin preocupación, provistos de poderosas maquinarias como las del ejército o la policía, en Alemania la pequeña dimensión de los Estados hizo necesaria y posible esa conciencia discursiva del funcionamiento estatal de la sociedad” (Foucault, 1974, p. 6-7)

necesario establecer controles que midieran la fuerza efectiva de las poblaciones. Bajo esta premisa, surgen los primeros censos demográficos y registros epidémicos.

En el nuevo modelo del Estado-Nación, la normalización de la enseñanza médica comienza a ser el monopolio del Estado. En términos de Foucault: “el concepto de normalización empieza a aplicarse al médico antes que al enfermo” (ibíd., p. 9). La organización del saber médico estatal se completa con la creación de órganos administrativos y funcionarios médicos que asumían la responsabilidad sanitaria de regiones enteras asignadas a su cargo. Anterior a la fuerza laboral, era la “fuerza del Estado” la que se preconizaba y buscaba controlarse. Por consiguiente

No se evolucionó poco a poco de una medicina cada vez más estatizada y socializada, sino que la gran medicina clínica del S. XIX va inmediatamente precedida de una medicina estatizada al máximo. Los otros sistemas de medicina social de los S. XVIII Y XIX son atenuantes de este modelo profundamente estatal y administrativo (p. 10).

- **Medicina Urbana:** tomando el ejemplo francés, Foucault identifica los procesos de urbanización como característicos de este modelo epistémico/discursivo naciente. Ante la incapacidad de conseguir un control estatal centralizado que actuará de manera efectiva, el modelo de ciudad se propone en Francia como una forma de organizar al cuerpo urbano de manera coherente y homogénea, regido por un único poder que respondiera a sus mandos superiores. La ciudad era además el centro neurálgico del intercambio y la producción en las sociedades mercantilistas descritas anteriormente. El desplazamiento de núcleos importantes de población del campo a la ciudad, con el consecuente surgimiento de un proletariado urbano pauperizado, genera importantes tensiones. Lo anterior propicia una actitud de temor y angustia de la burguesía con respecto a las ciudades. Es bajo este esquema que surge la solución sanitario-política de la “cuarentena”. Las ciudades se dividían en barrios, se designaban inspectores, se prohibía salir de las casas. En resumidas cuentas, el plan de cuarentena funcionó como un “ideal político-médico de la buena organización sanitaria en las ciudades del S. XVIII” (ibíd., p. 14). De esta manera, la medicalización del espacio urbano se fundamenta en la exclusión. El sistema de cuarentena es el antecedente directo de la higiene pública y la distribución espacial de los cadáveres en la periferia de las ciudades.

Se busca a toda costa evitar el hacinamiento y propiciar la buena circulación del agua y el aire (debido a los alcances de la teoría miasmática citada en párrafos anteriores, además de las continuas epidemias de cólera y otras enfermedades infecciosas).

De lo anterior puede concluirse que la urbanización del Estado Moderno permitió a las ciencias médicas entrar en contacto con otras disciplinas, especialmente la química, lo que contribuyó al auge de la teoría de los gérmenes.

La medicina urbana se convierte paulatinamente en una ciencia de “las cosas” (aire, agua, objetos), se vuelve una medicina de las condiciones de vida y su afectación al cuerpo individual. Finalmente, con la urbanización surge la noción de salubridad e higiene que favorece aún más el control poblacional.

Por tanto “la introducción de la medicina en el funcionamiento general del discurso y el saber científico se hizo a través de la socialización de la medicina, del establecimiento de una medicina colectiva, social, urbana” (p. 18).

No es sino hasta el “desencrustamiento” de la economía – en términos de Polanyi- con el auge del liberalismo y la revolución industrial, que la medicina pasa por una etapa de privatización en cuanto a la atención individual y su búsqueda de ganancia. Sin embargo, el poder discursivo sustentado en el control poblacional a gran escala aún se mantiene.

- **Medicina de la fuerza laboral:** ya se ha especificado la manera en que se medicalizó el Estado y posteriormente la ciudad como arquetipo estatal por excelencia. Finalmente, queda argumentar como el cuerpo proletario fue colonizado discursivamente en su papel de motor económico al interior de los centros urbanos.

A partir de las epidemias (asociadas principalmente a los pobres de la periferia urbana) y las agitaciones sociales representadas por la Revolución Francesa, los pobres -“la plebe”- comienzan a ser considerados un factor de desequilibrio social al interior de las ciudades. Por tanto, desde el Estado se reivindica la propiedad privada y el trazamiento urbano se somete a divisiones entre barrios “burgueses” y barrios de obreros. Surge a su vez una incipiente medicina social normalizada e inspirada en el “necesitado”. Con el establecimiento de la medicina asistencial, los pobres se ven obligados a someterse a varios controles médicos. Surge por lo tanto la idea de una asistencia fiscalizada, de una intervención médica que constituyera un medio de ayudar a los más pobres a satisfacer unas necesidades de salud que por su pobreza no podían atender y que al mismo tiempo permitiera mantener un control por el cual “garantizaban la salud de las clases necesitadas y, por consiguiente, la protección de la población más privilegiada” (Foucault, op. cit., p. 21). Se pone en marcha entonces un mecanismo dual en dónde el tratamiento gratuito se combina con la administración de

los grupos vulnerables y el aseguramiento de un control epidémico que no pusiera en riesgo la salud de las clases adineradas.

De acuerdo con Menéndez: “la percepción positiva de la medicina científica por parte de los trabajadores, tiene que ver con procesos ideológico y técnicos que operan a nivel de la sociedad global, pero también de la particularidad de sus propios procesos de trabajo” (Menéndez, 1985, p. 33). La medicina científica por tanto, se posiciona como el medio más eficaz para una recuperación rápida de la salud y un retorno al sitio de trabajo. Paralelamente, los progresos tecnológicos posibilitados y experimentados por la clase obrera profundizaron aún más la hegemonía de la medicina científica en contraste con otros modelos.

Así, el proceso de creación del Estado moderno posibilitó además un proceso de secularización en donde la medicina misionera inserta en una lógica civilizadora de “salvación” se convierte paulatinamente en un elemento de control social. Como veremos más adelante, estas medidas de control social se articulan en las nuevas colonias bajo la categoría de “raza” generando formas novedosas de segregación e identificación étnica.

De acuerdo con Menéndez (op. cit.) el Modelo Médico Hegemónico cumple 4 funciones básicas: curativo-preventivo, normalizadora, de control y de legitimación. La primera función a menudo consigue invisibilizar las tres restantes, que se asocian exclusivamente al trabajo del médico y se asumen como “externalidades” inherentes al tratamiento terapéutico. Sin embargo, en lo que respecta al paradigma médico moderno, los componentes políticos del modelo sanitario son innegables, a pesar de su encriptación discursiva.

En síntesis, el paradigma de la medicina científicista se basa en:

Una antropología materialista-mecanicista, un método hipotético, deductivo y analítico, un modelo ontológico y negativo de la enfermedad y un modelo de intervención alopático (...) El hombre es visto como un cuerpo material, es decir, que ocupa un espacio (anatomía) que desarrolla unas funciones mecánicas (fisiología) (...) la patología es provocada por un lesión orgánica o un mal funcionamiento de un mecanismo...o a una agresión externa (Roca Jusmet, 2012, s/p).

Como se ha puntualizado, este modelo se socializó a medida que los Estados-Nación y los centros urbanos fueron consolidándose en el espacio europeo. Sin embargo continúa la interrogante acerca de su capacidad para erigirse como el paradigma “moderno” en relación con prácticas médicas sustentadas en premisas-otras. Partamos primero de ese nivel interno

que permitirá entender cómo la medicina moderna se constituyó en saber hegemónico al interior mismo de las sociedades europeas.

Los trabajos de Gilbert Rist (op. cit.) enfocados en la deconstrucción del discurso desarrollista y analizados a profundidad en capítulos anteriores, proporcionan pistas adecuadas para entender la implantación del pensamiento “moderno” en oposición a lo que se ha categorizado como “Antigüedad”.

Recordando lo establecido por Rist, durante la Edad Media, en la que domina una filosofía sincrética entre el pensamiento Aristotélico y el Agustiniiano, cualquier epistemología debía ser revisada a la luz de los alcances de sus predecesores. Se practicaba de esta forma un “culto a la antigüedad”, ante la idea de que la historia de la humanidad se basaba en la continua degradación de la especie, en primer lugar debido al carácter cíclico del devenir humano (Aristóteles) y posteriormente encauzada dentro de la idea de un plan divino universal (San Agustín)

Durante el Renacimiento, el culto a los antepasados desde el saber literario/científico se profundiza, por lo que la herencia grecolatina se sitúa como punto de referencia y cualquier intervención debe realizarse a la luz de Homero, Virgilio, Hipócrates y Esquilo entre otros, quienes actúan como referencias insuperables.

Sin embargo, y en una importante coincidencia con el nacimiento del paradigma médico moderno, la ruptura con los antiguos llegaría siglos después gracias al pensamiento cartesiano. Descartes, a mediados del S. XVII, advierte: “somos nosotros (...) quienes debemos ser llamados antiguos. El mundo es más viejo ahora que antes y nosotros tenemos más experiencia de las cosas” (Rist, op. cit., p. 47). El debate giraba, más allá de discusiones científicas o literarias, en la posibilidad de legitimar un conocimiento autónomo, progresivo y acumulativo, capaz de “romper con el pasado”.

En un texto publicado en 1688 por Fontanelle, y titulado *Digressión sur les anciens poètes & modernes*, se establece definitivamente la idea de un conocimiento que constantemente será añadido al de sus predecesores, y en donde la decadencia del saber (ergo, la decadencia humana) planteada por los griegos era por tanto desestimada: “así, desde finales del siglo XVII, lo que hasta entonces era considerado impensable se hace razonable: el paisaje intelectual se modifica y la ideología del progreso (y el avance científico) adquiere una posición dominante” (ibíd., p. 49).

Esta idea de progreso social es metaforizada por el pensamiento cartesiano, trasladándola al terreno del cuerpo humano en dónde, si bien se reconoce la existencia de un proceso natural de decadencia asociada a la vejez y a la muerte, la medicina permite retrasar lo más posible este período de decrepitud, alargando el desarrollo y la plenitud de la salud a través del combate a las enfermedades. La historia natural de la humanidad, progresiva, autodinámica, en constante crecimiento, se desplaza al terreno de la medicina mecanicista, encargada de reparar los desequilibrios “artificiales” de los organismos humanos. Desde esa perspectiva los saberes médicos de los antiguos son los primeros en catalogarse como “tradicionales” desde lo que podemos categorizar como una “tradicionalidad positiva” es decir, como un saber premoderno que fue perfeccionándose hasta alcanzar un estatus científico.

Al asumir el conocimiento pasado como punto de partida y no como modelo a seguir, la modernidad (y por ende la medicina asociada a este proceso) se naturaliza y se inserta en el marco de un evolucionismo social iniciado por Comte y profundizado posteriormente en los trabajos de Lewis Morgan. Si el conocimiento es acumulativo, entonces es posible construir un sistema que permita medir y clasificar los períodos históricos (y la espíteme asociada a ellos) en estadios universales determinados por una superación progresiva que va de los estados “primitivos” a los “modernos”.

A partir del evolucionismo social se crea una filosofía de la historia que se basa en “hipótesis no verificables de orden teleológico...los acontecimientos se encadenan de acuerdo con una finalidad predeterminada” (ibíd., p. 54). Este evolucionismo social se convirtió a su vez en un discurso legitimador del intervencionismo colonial en la búsqueda “moral” del progreso y la civilización, que debía extenderse a todos los rincones del planeta. Las naciones más desarrolladas tenían por lo tanto, la obligación moral/religiosa de intervenir en países para acelerar el proceso de modernización. En palabras de Rist (op. cit.): “de pronto, las sociedades no occidentales se encuentran privadas de su historia y de su cultura. La primera se reduce a la imitación de la epopeya occidental y la segunda sólo sobrevive en forma de restos o vestigios que conviene hacer desaparecer rápidamente” (p. 54).

Este esquema evolutivo/moderno será retomado al analizar cómo se logró la colonización epistémica de los territorios conquistados, en dónde el cuestionamiento de la científicidad/efectividad/veracidad de la medicina no-moderna -a partir de entonces llamada “tradicional”, pues se le ubica en un estadio inferior al modelo alopático- genera mecanismos de exclusión interseccionados con aspectos étnicos, culturales y de clase.

La medicina se convierte entonces en un elemento más de ese “universalismo particular” planteado por Bruno Latour (op. cit.), en dónde los valores de una sociedad son producidos históricamente y, al catalogarse como verdaderos, se constituyen como radicalmente excluyentes, extendiéndose a otras poblaciones, generalmente por medios violentos. Lander (2000) lo plantea de la siguiente manera:

La expresión más potente de la eficacia del pensamiento científico moderno -especialmente en sus expresiones tecnocráticas y neoliberales hoy hegemónicas- es lo que puede ser descrito literalmente como la naturalización de las relaciones sociales, la noción de acuerdo a la cual las características de la sociedad llamada moderna son la expresión de las tendencias espontáneas, naturales del desarrollo histórico de la sociedad (Lander, 2000, p. 1).

De acuerdo con Cerrillo Vidal (op. cit.), y a manera de síntesis de la “filosofía de la medicina moderna” planteada en este capítulo, existen cinco elementos principales que permiten distinguir a la medicina científica occidental de cualquier otro modo de comprender y actuar sobre la salud y la enfermedad, fuertemente imbuidos por los procesos históricos aquí relatados:

1. **En su forma de concebir al cuerpo.** La medicina occidental reifica el cuerpo, lo cosifica y lo divide mecánicamente, reduciéndolo a una serie de variables medibles y clasificables.
2. **En su explicación de las causas de la salud y la enfermedad.** Atendiendo al cuerpo como “normalidad estadística” la influencia del medio social, esa dimensión social de la enfermedad recuperada por Boixareu (op. cit.) desaparece, individualizándose al cuerpo aislado. Cómo ya se ha argumentado, en un proceso inversamente proporcional, esta individualización de la enfermedad coincide con la socialización del sistema médico como discurso hegemónico asociado al control y clasificación de las clases desfavorecidas. Dicho de otro modo, la atención se desplaza desde los enfermos hacia las enfermedades (Illich, 1978).
3. **En el papel de sanador.** Aunado a la creciente medicalización de la vida documentada por Ivan Illich (1975) en su “Nemesis Médica”, el rol del sanador, tradicionalmente caracterizado como un mediador entre el paciente y el medio natural/social que lo rodea, mutó hasta convertirse en un “profesional” cuyas credenciales académicas lo habilitan para intervenir en el cuerpo. De acuerdo con Cerrillo Vidal (op. cit.): “los médicos son los únicos capacitados para producir salud y controlar la enfermedad: sólo ellos conocen el oscuro mundo de la enfermedad y sólo

ellos tienen la competencia para usar las tecnologías (en sentido amplio) necesarias para restaurar la salud” (Illich, op. cit.; Szasz, 1979).

- 4. Incapacidad del sujeto para controlar los procesos de salud/enfermedad.** La medicina moderna extrae de la sociedad, que anteriormente ponía en marcha un conjunto de normas morales, físicas, sexuales, y se la asigna para sí, monopolizando el discurso, la profesionalización, la institucionalización y la práctica.
- 5. La definición de su tarea.** Como hemos analizado en la construcción de la idea de crecimiento autodinámico y progresivo asociada al nacimiento del saber científico, la medicina moderna priva de significado experiencias como el dolor y la muerte, buscando eliminarlas en lo que Dubos (1975) define como “espejismo” de la salud. Obviamente se trata de un objetivo inalcanzable, pero la medicina sigue persiguiéndolo como un horizonte perpetuo.

A este respecto, debe añadirse su inherente asociación con la construcción y consolidación del Estado-Nación europeo, así como el monopolio del saber sobre el cuerpo humano, lo que genera mecanismos de exclusión hacia conocimientos médicos no fundamentados en el paradigma científico de la observación y la experimentación.

De este modo, la medicina moderna se constituye como una experiencia discursiva históricamente construida a partir de ciertos elementos relacionados a la creencia, por lo que en realidad merecería ser abordada como un sistema etnomédico más, entendido este como:

The study of how members of different cultures think about disease and organize themselves toward medical treatment and the social organization of treatment itself (Fábrega, 1975, p. 969).

Lo anterior posibilita la puesta en escena de modelos explicativos de la salud y la enfermedad fuertemente asentados en la creencia.

Partiendo de este proceso de deconstrucción del sistema médico alópata característico de las sociedades occidentales, se han atendido a las causas históricas, políticas, filosóficas y sociales que posibilitaron su hegemonía discursiva. Retomando los planteamientos de Bourdieu (2007):

La mayor parte de las obras humanas que solemos considerar como universales —derecho, ciencia, arte, moral, religión, etc.— son indisociables desde el punto de vista escolástico tanto de las condiciones económicas como de las condiciones sociales que las hacen posibles y que nada tienen de universal. Se han engendrado en estos universos sociales tan particulares que son los campos de producción cultural (campo jurídico, campo científico, campo artístico,

campo filosófico, etc.) y en los que están comprometidos unos agentes que comparten el privilegio de luchar por el monopolio de lo universal y de contribuir así, poco o mucho, al progreso de las verdades y de los valores que son considerados, en cada momento, como universales, incluso eternos (p. 13).

Es indiscutible que la medicina moderna - así como el discurso generado a partir de su opuesto binario es decir, la medicina tradicional- no puede entenderse si se oculta la dimensión de poder/dominación que entraña y que se expresa bajo formas de control social (la normalización del cuerpo denunciada por Foucault), explotación (el cuerpo visto como fuerza productiva), distribución (se ignoran, y por tanto reproducen, mecanismos de exclusión con impacto directo en el surgimiento de cuadros patológicos)²⁶ y acumulación de capital, en donde la medicina se subordina cada vez más a los intereses del mercado, convirtiendo elementos biológicos directamente asociados a la salud en propiedad privada y especulando con el tratamiento terapéutico, que necesita ser rentable antes que eficaz.

Para Gramsci (1975) la hegemonía no es sólo el poder estatal ejercitado coercitivamente mediante una organización espacial, administrativa y discursiva de los sujetos. Hegemonía es también una política de transformación, ejercitada a través de la capacidad crítica de desnaturalizar, a partir del propio cuerpo, la acción del Estado, dado que se actúa sobre la intimidad de los sujetos bajo la lógica de una “fábrica de cuerpos” (Pizza: 2005) en donde la relación dialéctica entre el individuo y el estado es la que construye el discurso de la subjetividad. De esta manera la hegemonía de Gramsci (op. cit.) se une al biopoder Foucaultiano en la idea de la centralidad del cuerpo humano como sujeto-objeto de poder, en el que la medicina moderna se ha constituido como el discurso encargado de moldear la subjetividad, posibilitado en gran medida por el monopolio que detenta sobre el manejo y tratamiento del cuerpo humano, así como los mecanismos de control social que son puestos en marcha a partir del mismo.

Aunque mantiene el cariz autoritario/social de sus antecesores, el Modelo Médico Hegemónico dentro del modelo neoliberal, en lo que se conoce como “privatización sanitaria” se fundamenta en una concepción liberal de la salud (Stolkiner, 1998). El cuidado de la salud se convierte paulatinamente en una responsabilidad individual que sin embargo debe ser estrictamente regulada (generalmente bajo un esquema de ingesta de fármacos) por el

²⁶ De acuerdo con Cerrillo Vidal (op. cit.) las clases populares en cambio se ven despojadas por el monopolio médico de sus tradicionales medios comunitarios de regulación de la salud, por lo que se ven a merced de un complejo sanitario que se les presenta como única alternativa

profesional médico debidamente acreditado, y localizado en el espacio sanitario, a través de la hospitalización.

A continuación, se observarán las especificidades que el discurso biomédico moderno adquiere al insertarse en los procesos de colonialidad epistémica que posibilitaron la propagación del proyecto moderno en el espacio latinoamericano. Lo anterior nos permitirá introducir la “diferencia colonial” propuesta por Mignolo (op. cit.) como un mecanismo que permite explicar el surgimiento/”invención” de la medicina tradicional como una categoría fundamentalmente hegemónica.

d) Medicina Moderna, Medicina Tradicional y Diferencia colonial

Aunque el impacto de este modelo en los procesos de conquista y colonización adquirió matices muy diferenciados que obligan a generar modelos de explicación particulares (lo que a efectos de esta investigación se realizará en capítulos posteriores al enfocarnos en la experiencia boliviana), es posible encontrar ciertas regularidades en cuanto a las fases por las que transita la colonialidad epistémica asociada a la medicina tradicional.

Aníbal Quijano (op. cit.) afirma que América, la modernidad y el capitalismo tienen un origen en común, por lo que la modernidad como proyecto –en conjunción con toda la carga epistemológica representada por este modelo- es inseparable de la conformación del horizonte colonial, en la primera conformación de un sistema-mundo en el que los Estados Europeos se convierten en el centro, y las colonias se ubican en la periferia.

Retomando el concepto de hegemonía propuesto por Gramsci (op. cit.), en dónde lo importante es analizar “la posición política que ciertas prácticas detentan en la actualidad y su capacidad para establecer relaciones de poder/subalternidad mediante el establecimiento de desigualdades estratificadas” (Mendiguren, 2006, p. 107), el patrón de dominación entre colonizadores y colonizados fue organizado bajo la idea de “raza”. De esta manera, las diferencias culturales fueron eliminadas y en América Latina el grupo colonizado pasó a ser conocido como “indios” en un proceso de aculturación dramática y progresiva.

Recordando las clasificaciones taxonómicas establecidas por Morgan (op. cit.), el concepto de raza incorporado a los procesos coloniales generó una doble caracterización: una de tipo “internacional” en dónde los países y las regiones más extensas son clasificadas según su grado de avance cultural y otra a nivel interno, en dónde la organización urbana requiere que la taxonomía internacional se autorreplique a escala social, estructurando a las sociedades coloniales bajo un sistema de castas que reguló a su vez el acceso a los servicios médicos

institucionalizados (desde un principio, y con la fundación de los primeros hospitales, estos se dividen entre hospitales “de españoles” y hospitales “de indios”).

La ruptura entre Dios, ser humano y naturaleza, que posteriormente sería subdividida entre la separación alma-cuerpo planteada por Descartes, sería trasladada al espacio colonizado. En este sentido los evangelizadores impusieron una manera de conocer basada en la ruptura entre universos físicos y espirituales/metafísicos que implicó una subalternización de los saberes (Martínez-Andrade, 2008).

La colonización no significó otra cosa que la puesta en marcha de procesos modernizadores sustentados en la idea de civilización, en los que la diversidad se oponía estrictamente a la universalización de los criterios racionales, y por tanto, debía ser eliminada material, cultural, fenotípica y epistemológicamente. Retomando los postulados de Lander (op. cit.), el autor señala que:

Con el inicio del colonialismo en América comienza no sólo la organización colonial del mundo sino -simultáneamente- la constitución colonial de los saberes, de los lenguajes, de la memoria y del imaginario. Se da inicio al largo proceso que culminará en los siglos XVIII y XIX en el cual, por primera vez, se organiza la totalidad del espacio y del tiempo -todas las culturas, pueblos y territorios del planeta, presentes y pasados- en una gran narrativa universal. En esta narrativa, Europa es -o ha sido siempre- simultáneamente el centro geográfico y la culminación del movimiento temporal (p. 3).

Por tanto, el dualismo radical propuesto por Descartes, esta división entre mente y cuerpo que posteriormente se traslada al campo social para estructurar divisiones naturaleza/cultura que legitiman la colonización-modernización de los sujetos “pre-europeos”, permitió disponer en una misma cadena histórica categorías como primitivo/civilizado, tradicional/moderno, mágico/científico, etc. (Quijano, op. cit.).

Desde esta perspectiva, la medicina tradicional - que someramente podemos caracterizar como un saber que conceptualiza a la salud como un equilibrio dinámico entre cuerpo, mente y entorno social desde una perspectiva homeostática, con alta difusividad y basada en un empirismo impregnado de elementos mágico-religiosos, en dónde la salud es caracterizada como una lucha entre entidades “benéficas y maléficas”-, es subalternizada a partir de argumentos religiosos y, posteriormente científicos, que legitiman esta estructura de dominación hegemónica.

La exportación e implantación del modelo de Estado-Nación europeo en los países colonizados a raíz de la culminación de los procesos independentistas, profundizó aun más los procesos de colonización del saber establecidos desde la conquista. De acuerdo con Castro-Gómez (1993) quien entiende la modernidad *como* “el intento fáustico de someter la vida entera al control absoluto del hombre bajo la guía segura del conocimiento...a partir de la cual son dispensados y coordinados los mecanismos de control sobre el mundo natural y social” (Castro-Gómez, 1993, p. 2-3) el Estado se convierte en el gran sintetizador de metas colectivas para lo que se requiere la aplicación estricta de criterios racionales.

Beatriz Gonzales Stephan (1996) ha identificado tres prácticas que contribuyeron a forjar a los Estados latinoamericanos del Siglo XIX: las constituciones, los manuales de urbanidad y la gramática de la lengua. Estos elementos se encuentran estructurados bajo la idea de escrituración, en el que la palabra escrita se constituye como factor de inclusión/exclusión y, junto a la creación de instituciones sociales, es fundamental para entender la intencionalidad política subyacente en el concepto de ciudadanía. A través de la escritura y la creación de una ciudadanía asociada a los Estados europeos –con la particularidad del multiculturalismo y su visualización como obstáculo para el desarrollo de una conciencia nacional fuerte- se legitima el poder hegemónico del discurso occidental, aunque sus mecanismos de dominación directos hayan sido desestimados. Nunca se generó por tanto una ruptura epistemológica con el proceso colonizador, que impregno de esta forma todo el sistema conceptual del Tercer Mundo (Castro Gómez, op. cit., p. 5).

A partir de los procesos de mestizaje y aculturación dirigida conocidos con el nombre de indigenismo, en dónde se busca integrar la diferencia cultural a un espacio homogéneo sustentado por la idea de “nación”, la medicina tradicional se proletariza aún más, mutando a una conceptualización como “medicina popular”.

La transmutación discursiva no fue inocente o neutral. La medicina “tradicional”, conocida a partir de entonces como “medicina popular”, pasó a definir toda una serie de mecanismos de supervivencia puestos en práctica por poblaciones vulnerables (en su mayoría de extracción indígena) que han sido históricamente excluidas de los procesos de atención médica. En la actualidad la recuperación discursiva de la “tradicionalidad” de estos saberes médicos puede leerse entonces como un intento de legitimación de la exclusión bajo la lógica de la recuperación del patrimonio cultural y la reivindicación étnica.

Cabe recalcar que muchas de las prácticas médicas consideradas tradicionales conviven en la actualidad y se entremezclan con el modelo biomédico generando una hibridación

epistemológica que, en lugar de articularse como un cuestionamiento discursivo del saber médico occidental, permite reforzarlo a través de su integración, generando la idea de una “medicina con rostro humano” que será cuestionada en próximos capítulos. Aunque autores como Menéndez (op. cit.) insisten en que el Modelo Médico Hegemónico se encuentra en crisis, en realidad los proyectos de desarrollo y la legitimidad discursiva se mantienen intactos y en crecimiento, por lo que todos los intentos de “superación” del paradigma recurriendo a modelos alternativos no sólo no curan la enfermedad, sino que agravan el problema.

A continuación, se profundizará en los procesos de institucionalización del discurso y la construcción hegemónica del mismo a través de los sistemas de hospitalización, clasificación de saberes e interculturalidad que son desarrollados a partir de la experiencia colonial, principalmente en América Latina.

e) Medicina Hegemónica: La institucionalización hospitalaria

Durante el período de conquista y colonización de los países del “Tercer Mundo”, se genera un choque de cosmovisiones entre dos sistemas etnomédicos fuertemente asentados en la religión y en la creencia, en dónde el ejercicio de la medicina era considerado una práctica social y un “arte” fruto del acervo cultural de las comunidades en las que se desenvolvía. En un primer momento, y debido en gran medida a las enfermedades exóticas que diezaban dramáticamente tanto a la población indígena como la española²⁷, la recurrencia a los curanderos era frecuente y no existía una verdadera regulación de estas actividades. Recordemos que para la Corona española era importante contar con una población indígena sana debido a la importancia económica de este grupo, que representaba su más importante recurso de mano de obra y fuerza de trabajo (Villanueva, 2004). Sin embargo, las denuncias de “hechicería” y “paganismo” eran frecuentes, estableciéndose condenas severas por parte de órganos judiciales como la Santa Inquisición.

No es sino hasta la puesta en marcha de las reformas borbónicas durante el siglo XVIII cuando cambian los planteamientos de salud pública en las colonias. Bajo esta lógica, se expande la tarea del “Protomedicato”, institución establecida en 1568 por Decreto Real de

²⁷ Algunas de las epidemias más graves en el caso del territorio mexicano fueron “la de viruela o hueyzáhuatl (granos grandes), que fue la primera en aparecer en 1520. Pocos años después, en 1531, surgió la segunda epidemia, está fue de sarampión o tepitonáhuatl (granos pequeños). En 1545 apareció la tercera, la de coccoliztli, que se repitió en 1576 generando grandes pérdidas... Así mismo, la Nueva España fue flagelada por otras epidemias y enfermedades entre ellas tifo o tabardillo o matlalzáhuatl, tos ferina, paroditis, peste, paludismo y fiebre amarilla. Todas las epidemias citadas reaparecieron varias veces a lo largo de los dos siglos siguientes y cobraron muchas vidas, calculándose que entre 1519 y 1600 la población indígena descendió entre un 75% y un 80%...La enfermedad que se cebó en los españoles fue la sífilis” (Villanueva, op. cit., p. 1)

Felipe II. La función del tribunal era “examinar y proveer las licencias para el ejercicio de la medicina...También revisaba la validez de los títulos de bachiller, médico o cirujano que presentaban los peticionarios para el ejercicio de la profesión; controlaba el expendio de medicamentos y plantas medicinales, y visitaba las boticas, e intervenía en los problemas de salud pública” (Pamo-Reyna, 2006, p. 46).

Como señala Gallardo Arias (2003):

Uno de los objetivos del Protomedicato fue terminar con los médicos ilegales y con los curanderos. Así se crearon Secretarías como las Juntas de Sanidad, organismos políticos para regular la salud pública. También hubo cambios en las estructuras de los hospitales que se transformaron en centros en donde se agruparía la atención médica a partir de diversas especialidades (p. 132).

Como podemos notar, la institucionalización y organización administrativa de la salud fue un elemento fundamental para el aparato colonial, entrando en funcionamiento prácticamente al inicio de su puesta en marcha. La regulación de la medicina “europea”, así como su contraste con la medicina “Indígena” a la que se le atribuye un carácter supersticioso y pagano inicia en este período, legitimándose a partir del discurso y su posterior institucionalización.

Los hospitales, que ya existían en las colonias americanas desde el S. XVI acentúan su papel como “novedosos centros de curación, pero también como espacios de obligada conversión al cristianismo, es decir, como instrumentos de control social, ideológico e incluso político” (Campos Navarro & Ruiz Llanos, 2001, p. 598).

El discurso hospitalario, sustentado en la necesidad de establecer una política sanitaria, se posiciona entonces como una estrategia para solucionar el “problema del indio” y la incapacidad de integrarlo completamente a la cultura occidental y a la tradición cristiana. Curiosamente –y siendo cautos en el análisis para no caer en un anacronismo poco útil- desde la administración colonial el discurso médico comienza a establecer “pautas interculturales” en su búsqueda de una mejor recepción del proyecto por parte de la población indígena.

Como señalan Navarro y Ruíz Llanos (op. cit.) en su análisis sobre las “Adecuaciones interculturales en los Hospitales para indios en la Nueva España”, aspectos como la exclusividad del servicio hospitalario, la adopción de una arquitectura adecuada, la participación de los nativos y de la comunidad, así como el aprovechamiento de los saberes y prácticas de los médicos indígenas, se llevaron a cabo en la construcción de Hospitales para Indios en la Nueva España. Cómo se analizará en próximos capítulos, la retórica sustentada en

la “Interculturalidad” y la integración ha resultado ser un discurso poderoso y efectivo en procesos coloniales. No debe sorprender entonces que su utilización resulte tan vigente en los Organismos Internacionales y en las Agencias de Cooperación contemporáneas.

En lo que respecta a los dos últimos aspectos señalados por Navarro y Ruíz-Llanos (op. cit.) resulta especialmente interesante la distinción que se plantea entre “médicos académicos capacitados” es decir, médicos españoles que debían acreditar conocimientos del territorio, experiencia comprobada, conocimiento de la “naturaleza y complejidad de los indios” así como de las enfermedades que les eran propias y aquéllos remedios que ponían en práctica para combatirlas.

Aunado a ello, existía una abierta y plena participación de médicos indígenas en los hospitales de indios, distinguiendo y jerarquizando entre aquéllas prácticas consideradas diabólicas y las “verdaderamente curativas”. En palabras de Miguel León Portilla (1990):

Y se necesita que sean preguntados los sabios, verdaderos, los que experimentalmente conocen las yerbas, no los embaucadores, los que miran [adivinan] en el agua, aquellos que son servidores del demonio. Pero un muy gran servicio de los cofrades será que hagan entrar al hospital a los titici médicos, pero que entren los que son tlamatinime, sabios verdaderos, los que conocen experimentalmente las yerbas, de qué condición son las diversas enfermedades. Sólo estos allá vivirán [en el hospital] los que son sabios verdaderos, los que conocen por experiencia las yerbas, así será curación (p. 223).

Si bien la relación entre el discurso médico hegemónico y la medicina tradicional indígena será analizada a profundidad en el apartado dedicado al estudio de caso en Bolivia, esta breve reseña de la institucionalización del discurso médico permite, en primer lugar, recuperar la noción de “diferencia colonial” establecida por Mignolo, cuya misión consiste en “clasificar a la gente (y al conocimiento producido por ellos) desde un pensamiento hegemónico, marcando la diferencia e inferioridad respecto a quien clasifica para juzgar la colonización” (Mignolo, op. cit., p. 200). Desde esta perspectiva la diferencia colonial legitima la colonización discursiva del conocimiento médico tradicional no únicamente por su negación/prohibición, sino, de manera más efectiva, por su control, administración, clasificación y jerarquización²⁸. Lo anterior genera entonces la ilusión de apertura/flexibilidad escondiendo sin embargo el vaciamiento del discurso subalterno.

²⁸ De acuerdo con Morelo-Mesa: “La diferencia colonial es el espacio en el que se trata de imponer el pensamiento hegemónico para justificar la inferioridad de grupos humanos; es, en definitiva, el producto de las relaciones de poder entre los colonizadores y los colonizados, donde se unen los 'diseños globales' con las

En segundo lugar, el análisis del contexto hospitalario colonial nos permite distinguir tres elementos de suma importancia al analizar la relación entre discurso médico hegemónico y el “tradicionalizado”:

- Por un lado, es posible notar que, a pesar de lo breve del contacto cultural y la falta de patrones claros de institucionalización médica, ya existen, y se ponen en marcha, criterios de distinción/clasificación entre la medicina “buena” y la “mala”. Aunque aún no existen criterios meramente científicos que sustenten esta jerarquización, estos criterios se sustituyen con explicaciones de carácter religioso.
- A pesar de que la relación dominación/subordinación es directa y se entiende a los habitantes de las colonias desde una relación de “propiedad”, la necesidad de establecer mecanismos “interculturales” (participación, infraestructura adecuada, integración de saberes) que profundicen el alcance del discurso se hacen evidentes.
- Finalmente, dentro de la relación con el conocimiento-otro representado por el discurso médico indígena existe un espacio de tolerancia (que se mantiene hasta la actualidad) hacia la herbolaria o la medicina natural. Seguramente influenciado por el naturalismo Galénico e Hipocrático del que se desprende su mito de origen, el discurso biomédico logra establecer un paralelismo entre “ciencia” y “naturaleza” que permite incorporar la medicina natural a su discurso, transmutándola en “medicina alternativa” como se ha mostrado en el marco conceptual de esta investigación.

De esta forma, y de acuerdo con Eduardo Menéndez (1994) “las medicinas tradicionales instituyen formas de pensar e intervenir sobre la enfermedad y sobre los enfermos” (p. 73). Su ejercicio implica “además de la atención médica, construir y estructurar simbolizaciones y representaciones colectivas en torno a la enfermedad y de esta forma, cumplir, dentro de los grupos marginados, una función de estructuración ideológica complementaria a la del sistema dominante” (Gallardo Ruíz, 2002, p. 32).

En el caso de la medicina tradicional, las diferentes conceptualizaciones que adquiere, y que han sido abordadas exhaustivamente en el Marco Conceptual de esta investigación, tienden generalmente a la exclusión de prácticas, representaciones o sujetos sociales, tanto desde una perspectiva empírica como teórico-ideológica. No es extraño por lo tanto que la medicina tradicional se relacione indefectiblemente con los grupos históricamente vulnerables en el caso de los países colonizados, mientras que en el caso de países con saberes médicos no

'historias locales' y donde aquellos tienen que adaptarse e integrarse o ser adoptados, rechazados o ignorados” (Moreno- Mesa, 2006, s/p).

occidentales dónde la *diferencia colonial* se encuentra ausente –como el caso de China- esta adquiere un cariz de alternatividad distinto, sustentado en la desregulación productiva de sus saberes.

Entender el discurso de la medicina tradicional significa, por tanto, incorporar los procesos de construcción de hegemonía /subalternidad que acompañan la construcción del discurso acerca de la medicina moderna como única epistemología de carácter técnico, científico y ausente de riesgo en su tratamiento y curación de las patologías. Por otro lado, significa también dar cuenta de la necesidad del proyecto europeo para constituir un Otro que consolide su propio estatus hegemónico. En este caso, la biomedicina solo puede afirmarse como Modelo Médico Hegemónico a partir de la tradicionalización del resto de los saberes médicos, que la revisten de un estatus ontológico especial, y de un remanente ideológico sumamente poderoso. En el caso de la medicina tradicional en el contexto boliviano, como veremos más adelante, esta otredad se construye a partir de tres frentes interrelacionados: la etnia, la clase social y el “sujeto cultural”.

Tomando en cuenta la anterior, hablar de medicina tradicional como una categoría homogénea, con variables objetivamente verificables, significaría sin duda caer en la “trampa ideológica” de la modernidad. Lo tradicional debe estudiarse desde una lógica relacional, y no como un conjunto de prácticas aisladas consideradas ahistóricas. Como lo plantea Menéndez (op. cit.): “la medicina tradicional... no debe 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” (p. 74).

Es respondiendo a esta “invitación teórica” que se analizará específicamente el caso de Bolivia, por considerarse afín a la lógica de hegemonía/subalternidad que acompaña al paradigma moderno, y que estructura por tanto el discurso acerca de la medicina tradicional.

f) Conclusiones

Retomando la idea de campo religioso y reforzándola con la definición de religión planteada por Geertz (op. cit.) en dónde esta es entendida como:

Un sistema de símbolos que obra para establecer vigorosos, penetrantes y duraderos estados anímicos y motivaciones de los hombres, formulando concepciones de un orden general de existencia y revistiendo estas concepciones de una aureola de efectividad tal que los estados anímicos y las motivaciones parezcan de un realismo único (p. 89).

Por tanto, es posible notar que el modelo biomédico exportado por Europa puede ser abordado como una creencia que paulatinamente fue transformándose en una ideología que se expandió al resto de los países colonizados a través de lo que Spivak (op. cit.) denomina “violencia epistémica” entendida como una manera de invisibilizar la alteridad, expropiando sus mecanismos de autorrepresentación. Tal ideología se sustenta en una consideración dicotómica de los saberes culturales a través de un marco taxonómico interpretativo que posibilita la contraposición y legitima el discurso colonizador. De acuerdo con Spivak (1998): “el ejemplo más claramente presente de tal violencia epistémica es ese proyecto de orquestación remota, de largo alcance y heterógeno, para constituir al sujeto colonial como Otro... Ese proyecto representa también la anulación simétrica de la huella de ese otro en su más precaria subjetividad” (p.12).

Siguiendo a Spivak (op. cit.) la violencia epistémica se ejerce a partir de criterios valorativos que excluyen el saber de los grupos subalternos, así como las mediaciones intelectuales sin las cuales este saber resulta inteligible. Desde esta perspectiva, la medicina tradicional se ha construido desde la idea de un “saber residual” esencializado y explicado a partir de categorías occidentales ajenas a su propio modelo de realidad. Como se observará en el capítulo siguiente, esta exclusión se mantiene en el escenario internacional, pues las representaciones discursivas hacia la medicina tradicional se sustentan aún en “lo otro” como un ente homogéneo y susceptible a la “traducción” racional/moderna.

Por tanto, los saberes médicos deben entenderse como estructuras técnico-ideológicas, como “escenarios” -en palabras de Gimeno (1995)- en los que las representaciones discursivas interpretan y construyen desde una multiplicidad de escenarios socioculturales.

Solo estudiando interseccionalmente el impacto discursivo del modelo hegemónico desde su carácter de creencia/ideología podrá observarse de manera efectiva como el discurso de la medicina tradicionalidad ha moldeado la subjetividad de los individuos en un espacio local determinado, lo que Escobar (2004) define como “política del lugar”, es decir, lugares dónde el ámbito moderno (como proyecto ideológico) y el tradicional (como motor de resistencia o como exacerbación de lo moderno) colisionan y dan forma a los sujetos.

El próximo capítulo estará dedicado a la “exportación” del modelo biomédico moderno a la esfera internacional, utilizando los proyectos de cooperación al desarrollo de la misma forma en que los proyectos de cuarentena o salubridad pública funcionaban en los inicios del Estado Nación Europeo: como mecanismos sofisticados de control a través de la producción y (re) producción discursiva, y la posterior institucionalización del paradigma biomédico imperante.

En ese sentido la Medicina Tradicional mantiene su carácter de oposición binaria y saber residual del sistema sanitario alópata, sin embargo, desde el escenario de la Cooperación al Desarrollo adquiere particularidades específicas que modifican su discurso, aunque se mantiene intacto el aparato de dominación ideológica que lo produce.

CAPÍTULO 2. MEDICINA MODERNA, MEDICINA TRADICIONAL Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL: LA INTERNACIONALIZACIÓN DEL DISCURSO.

a) Introducción

Toda vez que hemos observado de qué manera el discurso del Modelo Médico moderno se posiciona como el Modelo Médico Hegemónico por excelencia –es decir, cómo la “superestructura” del mecanismo saber/poder descrito por Foucault- el presente capítulo se avocará a rastrear las bases por las cuales este discurso ha sido “internacionalizado”, hasta considerarse un “motor de desarrollo” susceptible a su exportación universal. El objetivo de este proceso analítico, consistirá en desmontar la “infraestructura” discursiva del discurso biomédico, así como los nuevos procesos de tradicionalización de los “sistemas etnomédicos-otros” que pone en marcha.

A partir de la institucionalización del modelo alópata a escala internacional, se genera una “tradicionalización secular” en dónde la colonialidad se expresa en términos de legitimidad discursiva. Así, la medicina tradicional, caracterizada en un primer momento como un obstáculo para la modernización de las sociedades, se convierte en una mercancía debido al advenimiento del capitalismo “multicultural”, por lo que su discurso es proletarizado.

El discurso colonial que constituye a la medicina tradicional se mantiene, pero su configuración como mecanismo saber/poder se modifica, transmutando del ocultamiento y la censura discursiva, como mecanismos de estructuración hegemónica, a la reconfiguración de conceptos en un campo internacional en apariencia abierto e inclusivo. Lo anterior permite la neutralización política del elemento sanitario, proyectando a su vez la idea de una modernidad “con rostro humano”.

Zizek (1998) inaugura el debate con el siguiente cuestionamiento: “¿no es acaso la historia del capitalismo una larga historia de cómo el contexto ideológico-político dominante fue dando cabida (limando el potencial subversivo) a los movimientos y reivindicaciones que parecían amenazar su misma supervivencia?” (p. 68-69).

Partiendo de un análisis postestructuralista del desarrollo en su esfera internacional, es decir, deconstruyendo los mecanismos a través de los cuales el discurso de la Cooperación Internacional totaliza el elemento sanitario, podrán establecerse los planteamientos

argumentativos básicos que componen la genealogía del discurso de la Salud Internacional. Siguiendo a Rubinstein & Lane (1990):

Trends in International Health can be traced in large part to the constraints within which programs are developed. These include organizational cultures that reward innovation rather than constancy, planning tied to short-term (fiscal year) cycles rather than to time periods that reflect realistic program spans, and a basic ethnocentrism involved in exporting technology and development based on rational, scientific principles. (p. 389).

Dentro de las etapas que han caracterizado a la Cooperación Internacional en el ámbito sanitario, podemos identificar tres discursos claramente diferenciados y vinculados a contextos coyunturales específicos, los cuales serán analizados exhaustivamente en los apartados que componen este capítulo:

- En primer lugar, una primera proyección del discurso alópata en el ámbito internacional. En esta etapa, la metáfora profunda del cuerpo como entelequia -como lugar vacío- se traslada al discurso de la Cooperación Internacional y al de la Instituciones Sanitarias. Desde esta perspectiva, la salud es definida como la ausencia de patologías determinadas que deben ser combatidas y derrotadas, como si se trataran de agentes racionales, externos y amenazadores que surgen espontáneamente, y no como el resultado de decisiones políticas, condiciones inadecuadas de vivienda y desigualdad en el acceso a los servicios. En este primer momento, la salud se encuentra vinculada estrechamente a la seguridad nacional y al control de las poblaciones, en un claro ejemplo de Realismo en las Relaciones Internacionales.
- Paulatinamente, y gracias a la incursión de nuevos actores internacionales que comienzan a cuestionar el modelo hegemónico de desarrollo, el discurso se traslada del “combate a las enfermedades” al “combate a la pobreza”, reconociendo que la salud se asocia directamente a condicionantes sociales que constituyen la subjetividad sanitaria. Bajo esta premisa se plantea un modelo de “Atención Primaria para todos”, acompañado de un proceso de “emancipación semántica” que sin embargo no modifica el carácter hegemónico del discurso sanitario moderno. Es el surgimiento de desarrollos “alternativos” de fuerte carga asistencialista, los cuales refuerzan las relaciones de dependencia y las asimetrías de poder en la esfera internacional.
- Finalmente, asistimos a una tercera etapa, caracterizada por lo que se ha llamado la “transnacionalización” de la salud. Este modelo retoma los postulados del “combate a las enfermedades”, agregándole un discurso de “apertura” e “inclusividad” en el que la

medicina tradicional cesa de ser un obstáculo, para constituirse en un elemento esencial para el desarrollo de los Estados, principalmente aquellos con una fuerte presencia indígena. El desarrollo local y la interculturalidad, como discursos que refuerzan las relaciones hegemonía/subordinación características del paradigma moderno, se constituyen como el *point de capiton*²⁹ de la Cooperación Sanitaria Internacional.

El objetivo será entonces, observar los mecanismos por los cuales la medicina tradicional transmuta discursivamente: ya no es únicamente ese conocimiento-otro, subalternizado y colocado al interior de un sistema taxonómico de clasificación. Por el contrario, con el posicionamiento de la medicina tradicional en el ámbito de la salud internacional –siempre como un saber residual/complementario en relación al paradigma moderno- su discurso sufre una doble subordinación: de ser “etnizado” a partir de la idea de un conocimiento inferior en términos evolutivos, para a ser “proletarizado”, es decir, desprovisto de toda sustancia cultural y territorial, convertido en mercancía que resulta rentable en términos económicos.

Su discurso por tanto, se reduce a la materialización de sus prácticas, seleccionando entre aquellas funcionales al sistema -y por tanto incorporadas como saber alternativo- y aquellas que deben ser desechadas. La relación discursiva entre medicina moderna y medicina tradicional, cesa de explicarse en términos de “alteridad” para hacerlo en términos de “complementariedad subordinada”, posibilitada esta última gracias a su incorporación al Modelo Médico Hegemónico. Todos estos procesos serán analizados detalladamente a continuación, enfocándose primeramente en desentrañar los avatares de la Salud Internacional, para posteriormente observar el impacto específico de estos procesos en el campo de la Medicina Tradicional.

b) Desarrollo y Salud: Estructuras hegemónicas y modernidad

1) El primer intento de “Internacionalizar” la salud.

De acuerdo con De la Flor (2005) los tres componentes discursivos que justifican la experiencia colonial -la geopolítica, la economía y la civilización-, se mantienen presentes estructuralmente en los primeros intentos por insertar el tema sanitario en la esfera internacional. Un ejemplo de lo anterior puede encontrarse en una declaración realizada en

²⁹ En su seminario “Las psicosis” (195) Lacan se refiere al *point de capiton* como aquel significante con un rol prominente atribuido que detiene el “deslizamiento” de la cadena de significación. De acuerdo con el autor, el *point de capiton* puede definirse como “el punto de convergencia que permite situar retroactivamente y prospectivamente con lo que sucede en ese discurso” (III, 268).

1939 por el Comité Consultivo para el Desarrollo Colonial de Gran Bretaña, dónde se señala lo siguiente:

Si se quiere desarrollar completamente la productividad de los territorios de África Oriental y, con ello, la capacidad potencial de estos territorios para absorber bienes manufacturados del Reino Unido, es esencial que el nivel de vida de los nativos aumente, y para ello la erradicación de enfermedades es una de las medidas más importantes. (Sanders, 1985, p. 87).

Así, estos primeros intentos de “exportación de la salud” hacia otros territorios, surgen a partir de los esfuerzos por administrar eficazmente las posesiones coloniales, en dónde el esquema de “combate” a las enfermedades permite prolongar la corporalidad –y por ende la productividad- de las poblaciones nativas. La proyección discursiva de una alteridad subordinada, sin interés alguno por los contextos locales, posibilitó entonces un discurso centrado en “la enfermedad” como unidad básica de referencia.

En ese sentido -y como antecedentes inmediatos de la Organización Mundial de la Salud- durante los primeros años del S.XX se pone en marcha la creación de un aparato institucional encargado de proteger los intereses coloniales a partir de la instrumentación política del discurso biomédico. Entre otros, destaca la creación de la Oficina de Higiene de París (1909) y la Organización de Salud de la Liga de las Naciones, creada en Génova en 1923. Anteriormente, se habían celebrado Conferencias Sanitarias Internacionales en París (1851 y 1859), Constantinopla (1866), Viena (1874), Roma (1888), Venecia (1892) y Dresde (1893), (Rist, op. cit.).

Una manera de ilustrar más claramente este primer enfoque centrado en el combate a las enfermedades, aparece en la Conferencia Celebrada en Washington en 1881, debido a una epidemia de fiebre amarilla iniciada en Brasil en 1870, la cual arribaría ocho años más tarde a Estados Unidos (Álvarez & Obregón, 2002). El objetivo de dicha reunión era: “prevenir el contagio y la expansión de enfermedades infecciosas, y después, para regular e impulsar la higiene y la salud en el ámbito internacional” (p. 21).

En este sentido, las acciones internacionales para controlar la epidemia se ponen en marcha únicamente a raíz de la expansión de la enfermedad hacia los Estados Unidos, por lo que en realidad lo que se busca es proteger el interés nacional de los nuevos hegemones internacionales.

No debemos olvidar que dichas conferencias se desarrollan en un contexto marcado por dos acontecimientos especialmente significativos:

- En primer lugar, es el período de consolidación de la Revolución Industrial, el auge del mercantilismo liberal y el comercio, en dónde las colonias eran las encargadas de proveer materias primas a los países europeos, por lo que se el centro y la periferia de las Relaciones Internacionales se encontraban claramente delimitadas.
- Por otro lado, es durante esta época que el ascenso norteamericano en el panorama internacional, desplazando a Gran Bretaña, se vuelve evidente. No es de extrañar por tanto que las Organizaciones Sanitarias más antiguas fueran establecidas en América Latina, debido a los intereses comerciales estratégicos que esta región representaba para los Estados Unidos. Así, en una fecha tan temprana como 1902 ya se había creado la Oficina Sanitaria Internacional en el continente americano, que en 1958 pasó a llamarse la Organización Panamericana de la Salud.

En el marco de estas Conferencias Sanitarias - que comienzan a dotar de legitimidad al discurso biomédico basado en el componente patológico-mecanicista - David J. Hill, de la Secretaría de Estado Norteamericana identificó a la enfermedad como “un enemigo, que debía ser combatido con inteligencia, ya que los viejos terrores y enemigos visibles de la humanidad, debían ser erradicados” (ISB, 1903, p. 16). Todos los elementos de la “medicina social”, como mecanismo de expansión y fortalecimiento estatal de acuerdo con Foucault (op. cit.) -cuarentena, higiene, administración estadística, planes de contingencia para brotes epidémicos- se reproducen a través del discurso del combate a las enfermedades.

Como menciona Rist (op. cit.) tal discurso posibilitó la conquista de un espacio geográfico sensible y concreto, además de otro espacio simbólico y político que se pone de manifiesto con el Internacionalismo naciente: “el primero [el espacio geográfico] se apodera de los lugares y de los hombres concretos; el segundo [el espacio simbólico] ejerce su autoridad sobre las conciencias, en nombre del universalismo y la humanidad” (p. 79).

Analizando este primer proceso de institucionalización sanitaria internacional, podemos notar como sus prácticas y discursos se inscriben en lo que Mignolo (2001.) denomina “geopolítica del conocimiento”. De acuerdo con este autor: “la geopolítica del conocimiento presupone que no hay lugar abstracto...ni desincorporado desde dónde argumentar en pro o en contra del eurocentrismo. Es por esta razón que la geopolítica del conocimiento y la diversidad

(diversidad como proyecto universal) son irreductibles a una conceptualización o narrativa maestra” (Mignolo, 2001, p. 42).

Para lograr esta irreductibilidad deconstructiva es necesario, en primer lugar, identificar y denunciar las metáforas maestras que naturalizan el discurso biomédico. En ese sentido el “combate internacional” a las enfermedades, como proyecto orquestado al interior de los centros hegemónicos de poder, dota al discurso biomédico europeo de una legitimidad internacional “pos-colonial” que permite su proyección consensuada, pacífica e institucional.

Por tanto, la preocupación por la intervención internacional en el ámbito sanitario, comienza con el imperativo europeo de establecer protocolos de seguridad en los puertos y el comercio –especialmente a partir de las primeras cuarentenas implementadas en el S. XVI, además de la administración colonial-. Así, la preocupación por una internacionalización de la salud nace intrínsecamente ligada a la expansión del Estado Mercantilista Moderno.

Por tanto, en ese primer momento la Medicina Tradicional se posiciona como un “discurso-ausente”: no existe, ya que no es rentable en términos productivos, además de considerarse opuesta al paradigma moderno, siendo un saber “salvaje” y poco afín al esquema del “combate a las enfermedades”, toda vez que desde la perspectiva tradicional, como se ha puntualizado en capítulos anteriores, la enfermedad es entendida en términos de integralidad, por lo que es irreductible a la mera presencia de agentes patológicos a ser erradicados.

A continuación, observaremos como el discurso de la medicina tradicional se hace visible, a partir de la instauración del paradigma desarrollista como modelo orientador de un Régimen Internacional moderno. Así, la medicina tradicional transita de su caracterización como un “discurso ausente” hacia un “discurso explicativo” del subdesarrollo y, finalmente, como una entelequia discursiva del desarrollo en dónde se establece un paralelismo narrativo indisoluble entre salud, cooperación y desarrollo.

1) Salud y Desarrollo: La irrupción discursiva de la Medicina Internacional

Cómo construcción discursiva, podemos caracterizar el discurso del desarrollo desde lo que Laclau (1996) denomina “significante vacío”, el cuál es, en sentido estricto del término “*un significante sin significado*” cuya importancia política resulta crucial, ya que precisamente este vaciamiento del significado crea las condiciones de posibilidad –y de imposibilidad- necesarias para la construcción de una determinada estructura hegemónica, que en este caso traspasa las fronteras estatales.

La estructuración discursiva, así como la institucionalización pacífica de los procesos de hegemonía/subordinación -característicos del paradigma sanitario moderno-, se crean a partir de la finalización de la Primera Guerra Mundial y la constitución de la Sociedad de Naciones. A partir de estos primeros intentos por conformar un Sistema Político Internacional estable, comienzan a legitimarse oposiciones binarias “subalternizadas” (tradicional-moderno, desarrollado-subdesarrollado) por lo que el discurso de la alteridad se reconfigura en términos de una “pre-modernidad” que es posible desarrollar en base a los esfuerzos internacionales de las naciones más adelantadas científica y tecnológicamente. Rist (op. cit.) argumenta:

En el plano conceptual, el nuevo binomio “desarrollo/subdesarrollo” introduce la idea de una continuidad sustancial entre los términos que sólo se diferencian relativamente entre sí. El estado del “subdesarrollo” no es el inverso del “desarrollo” sino su forma inacabada (...) embrionaria (p. 89).

En este punto podemos encontrar un importante paralelismo entre la instauración del paradigma desarrollista y las “desigualdades estratificadas” propuestas por Gramsci (op. cit.), así como los esquemas de saber-poder Foucaultianos. Atendiendo a estos autores, podemos concluir que el control jerárquico de los procesos de institucionalización se construye a partir del reconocimiento de una autoridad moral, legal y económica de los países desarrollados. Este reconocimiento se acompaña de un proceso de institucionalización capaz de legitimar/naturalizar el discurso moderno, en detrimento de los saberes tradicionales. De acuerdo con Rist (ibíd.):

La aparición del subdesarrollo sugiere no solamente la idea de un cambio posible dirigido hacia un estado final, sino sobre todo, la posibilidad de generar ese cambio (...) El desarrollo toma entonces un sentido transitivo (el de una acción ejercida por un agente sobre alguien distinto a él) correspondiendo a un principio de organización social, mientras que el subdesarrollo será considerado como un estado que existe naturalmente; es decir, sin causa aparente (p. 88).

Escobar (2005) menciona que en la instauración hegemónica del discurso desarrollista, se ha operado principalmente a través de dos mecanismos: en primer lugar, a partir de la profesionalización de los problemas del desarrollo. Lo anterior ha generado un conocimiento especializado que -en su despliegue dentro de un campo de relaciones de poder- engendra un saber hegemónico enmarcado en la producción de efectos de verdad.

En segunda instancia, y cómo se ha puntualizado anteriormente, se destacan los procesos de institucionalización del desarrollo. Lo anterior ha posibilitado la proyección de su discurso,

constituyéndose como una fuerza social real y efectiva, con efectos concretos en las praxis cotidianas de los individuos. Genera por tanto, un *habitus* -un conjunto de esquemas generativos a partir de los cuales los sujetos perciben el mundo y actúan en el-. En palabras de Bourdieu;

El *habitus* se define como un sistema de disposiciones durables y transferibles -estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes- que integran todas las experiencias pasadas y funciona en cada momento como matriz estructurante de las percepciones, las apreciaciones y las acciones de los agentes cara a una coyuntura o acontecimiento y que él contribuye a producir (Bourdieu, op. cit., 96).

Estos dos procesos -la profesionalización y la institucionalización- funcionan entonces como prácticas “estructuradas” y “estructurantes”, posibilitando intervenciones específicas que construyen una naturalidad práctica y científica, con efectos profundos al interior de las sociedades “subdesarrolladas”.

Como se ha puntualizado, la hegemonía del discurso del desarrollo fue antecedida por la creación de un aparato institucional extenso que soportará este proyecto “universal”. En consecuencia, la ONU creará en 1958 el Fondo Especial de Naciones Unidas para el Desarrollo Económico -que se fusionó más tarde con el Programa Ampliado de Asistencia Técnica, sustituido en 1949 por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). En 1956, se había creado la Sociedad Financiera Internacional, con el propósito de favorecer inversiones privadas. La Agencia Internacional de la Energía Atómica se crea a su vez en 1957. Finalmente, se crearon los Bancos Regionales de Desarrollo para África y Asia en 1964 y 1966 respectivamente.

Es en este contexto que, en la Primera Asamblea Internacional de la Salud, celebrada en Ginebra en 1948, se crea la Organización Mundial de la Salud. Esta Organización agrupó tres organizaciones de salud europeas y norteamericanas que se relacionaban especialmente con la salud pública, la higiene y la atención de emergencias (Larrea Killinger, 2012.). Así pues, la estructura de trabajo de este Organismo se creó bajo los dos pilares discursivos que, como hemos analizado, legitiman el discurso de la medicina moderna: control/clasificación de los cuerpos -lo que Foucault (op. cit.) define como la biopolítica de la población- y la erradicación de patologías, a partir de la mecanización del cuerpo y su consideración como “agente infeccioso”

A partir de la creación de la Organización Mundial de la Salud, el discurso de la biomedicina es integrado al Discurso del Desarrollo, convirtiéndose en un régimen más de la Cooperación

Internacional y adquiriendo sus premisas narrativas. Se legitima por tanto como un saber hegemónico capaz de ser proyectado internacionalmente, adoptando las características de un régimen de verdad con autoridad para naturalizar/legitimar su historicidad.

Incrustando esta línea argumentativa en el discurso de la Medicina Tradicional, podemos concluir que la institucionalización/legitimación del desarrollo posibilitó la irrupción discursiva de los saberes médicos tradicionales en la esfera internacional. Desde esta perspectiva, la mera existencia de prácticas médicas tradicionales es prueba fehaciente del subdesarrollo de las naciones, por lo que se justifica la intervención internacional en aras de “modernizar” estos sistemas etnomédicos. Por lo tanto, encontramos un paralelismo altamente significativo entre la justificación de la experiencia colonial –intervenir en aras de la civilización- y la expansión del modelo desarrollista –intervenir para “modernizar” y “sanitizar” a los países menos adelantados-.

Toda vez que la medicina tradicional es integrada al ámbito de la Cooperación al Desarrollo, es necesario observar de que manera ha sido abordada, identificando los discursos que la preceden y constituyen como condición de posibilidad para el progreso social de las poblaciones humanas.

c) Salud internacional: Combate a las enfermedades y Control de las poblaciones

El discurso sanitario, tal y como ha sido abordado al confluir con la Cooperación Internacional al Desarrollo, se ha escindido en tres tramas argumentales diferenciadas, cada una constituyendo una praxis específica que modifica el papel de la medicina tradicional al interior de la esfera política internacional.

En este primer apartado, hablaremos de lo que se ha denominado “Salud Internacional”, la cual retoma y profundiza el modelo colonial de combate a las enfermedades, para posteriormente analizar el tránsito hacia una “Salud Global” que se enfoca en el individuo y sus derechos en el marco de un contexto social más amplio (Brown, 2006). Finalmente, analizaremos lo que actualmente se conoce como “Salud Transnacional”, relacionada a la profundización del modelo capitalista desde una perspectiva “multicultural”.

El estudio de los avatares histórico-discursivos de estos enfoques, permitirá establecer una “genealogía” de la Cooperación Sanitaria Internacional. El objetivo es observar como el discurso médico –entendido como un dispositivo saber/poder- se materializa, además de observar de que manera coyunturas socioculturales específicas se traducen en variaciones

semánticas-argumentativas al interior del paradigma biomédico y, por ende, de la medicina tradicional.

Avancemos entonces, con el análisis del primer modelo, conocido como Salud Internacional. Si bien este modelo es abordado desde la “securitización” durante la experiencia colonial, la legitimación pacífica del desarrollo genera que el mismo sea abordado a partir de dos prácticas revestidas de un mayor contenido moral: la creación de infraestructura y políticas sanitarias en los países desarrollados, en consonancia con los cánones occidentales de atención a la salud, así como los programas de control poblacional en comunidades desfavorecidas (Molina-Guzmán, 1979).

En lo que respecta a la creación de infraestructura y políticas sanitarias internacionales, es durante este período que comienzan a cobrar auge las primeras compañías farmacéuticas y biomédicas, que décadas después incidirán cada vez más en las políticas de salud de los países “subdesarrollados”, hasta el punto de convertirse en poderes fácticos capaces de modificar y orientar la Agenda Internacional. El discurso médico, además de considerarse un mecanismo capaz de legitimar relaciones hegemónicas, se convierte paulatinamente en un *know how* que debe ser vendido, comprado y asimilado por los Estados Nacionales, desde una perspectiva verticalista y asistencial.

Para lograr estos fines, se establecen numerosas Organizaciones Internacionales con injerencia directa en la manera de entender y aplicar la salud en los Estados “subdesarrollados”. En esa época se crean el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización para las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y la Organización para las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Todas ellas fueron adquiriendo paulatinamente competencias cada vez más significativas en el terreno sanitario, desarrollando e impulsando programas dirigidos a las poblaciones del llamado “Tercer Mundo”.

Este modelo sustentado en la puesta en marcha de programas sanitarios internacionales, destinados a la modernización de los sistemas de salud autóctonos, demostró rápidamente su ineficacia dado los altos costos que representaba, especialmente en términos de infraestructura y disponibilidad del personal médico.

En lo que respecta a las políticas de control demográfico, con el incremento exponencial de la población y el auge de la Teoría Malthusiana, las altas tasas de natalidad comienzan a

vincularse directamente a las condiciones de pobreza y marginación presentes en los países “subdesarrollados”. Por tanto, una de las estrategias implementadas desde la Comunidad Internacional, se relaciona con el control de la natalidad/fertilidad en las mujeres de estas poblaciones. Lo anterior es un claro ejemplo de biopolítica aplicada al ámbito sanitario internacional. Al respecto Foucault (1999) apunta: “una sociedad no es un cuerpo unitario en el que se ejerza un poder y solamente uno, sino que es en realidad una yuxtaposición, un enlace, una coordinación y también una jerarquía de diferentes poderes... Así pues, la sociedad es un archipiélago de poderes diferentes” (p. 239).

Dentro de ese “archipiélago de poderes” descrito por el autor, el ámbito internacional puede ser considerado como un mecanismo de producción y (re) producción del poder, transitando en ese caso de una “estatización” hacia una “internacionalización” de la biopolítica. Manipulando los cuerpos, controlando el nacimiento y la fertilidad, se incide directamente sobre la vida –y la muerte- de las poblaciones menos favorecidas, en lo que Foucault (op. cit.) denomina “*poder de hacer vivir y dejar morir*”.

Una resolución de Naciones Unidas lanzada en 1962, titulada “Crecimiento de la Población y Desarrollo Económico” reafirma lo anterior, reconociendo que las personas más pobres de las naciones menos desarrolladas son las que cuentan con las tasas más altas de fertilidad a nivel mundial. Se asumía por tanto que la pobreza podría superarse si los pobres fueran capaces de “controlar” su fertilidad. A raíz de esa resolución se pusieron en marcha numerosos programas de planificación familiar y utilización de anticonceptivos, ignorando que precisamente en estas zonas con mayores índices de pobreza, los hijos eran considerados un “instrumento productivo” que ayudaba en la economía familiar y en el trabajo de la tierra³⁰. Por tanto, tener hijos funcionaba como una estrategia de supervivencia para las poblaciones más desfavorecidas.

Aunado a lo anterior, muchos de los programas establecidos se realizaron a expensas de la dignidad y Derechos Humanos de estas poblaciones, en lo que décadas después se considero como un “genocidio silencioso”. Entre otras cosas, se pusieron en marcha programas de esterilización femenina sin el consentimiento informado de las directamente

³⁰ Ejemplo de lo anterior puede encontrarse en los trabajos de John Radcliffe (1978, 1985) principalmente en Kerala, India, dónde una reforma en el uso de la tierra, así como mejoras educativas y de acceso a servicios de salud fue lo que provocó un efectivo descenso de la natalidad infantil. En sus trabajos Radcliffe llegó a concluir que “más que las personas sean pobres porque tienen muchos hijos, en realidad tienen muchos hijos porque son pobres” (Rubinstein & Lane, op. cit. p. 386)

involucradas.³¹ Como señala Embid (2000) muchas de estas campañas y programas sirvieron como campo de experimentación para comprobar los efectos de medicamentos anticonceptivos desarrollados por laboratorios farmacéuticos con el auspicio de la Agencia Norteamericana para el Desarrollo Internacional (USAID).

Esta política centrada en el control poblacional de las poblaciones más vulnerables puede explicarse en lo que Foucault (op. cit.) denomina “governabilidad” en donde la razón principal del Estado se sustenta en el control poblacional. En ese sentido la población surge como “concepto y ámbito liminal de la política, es decir, el Estado debe estar al tanto de la población: la población-riqueza, la población- mano de obra, la población en equilibrio (demografía, normalidad, salud)” (Castrejón, 2010).

A partir de este despliegue dual del discurso sanitario internacional, observamos claramente su configuración como mecanismo de poder implementado desde el punto de vista de una geopolítica del conocimiento. A pesar de los postulados altruistas que pugnan por su legitimación, el modelo biomédico de salud se subordina a un proyecto político moderno, posicionándose como un instrumento efectivo de control y expansión del discurso de la modernidad desde el ámbito internacional. El ciclo metafórico modernidad-salud-desarrollo se completa a partir de la internacionalización -práctica y discursiva- del modelo biomédico de salud.

Esta consideración de las poblaciones como un “cuerpo social” susceptible a la mirada médica, aborda a la medicina tradicional como un “agente patológico” que debe ser erradicado, aislado y eliminado para lograr un equilibrio armónico, representado por el triunfo del paradigma moderno. Por tanto, este primer modelo de Salud Internacional, es acompañado de una intensa labor pedagógica, en donde se enseña a las poblaciones las bondades del sistema biomédico, la necesidad del control de la natalidad, y los “riesgos” de la medicina tradicional y los esquemas de auto-atención. De esta manera, el discurso biomédico se expresa ideológicamente, construyendo una nueva plataforma hegemónica que refuerza aún más sus postulados argumentativos alienados a la colonialidad del poder.

³¹ Embid (2000) menciona, entre otros, el caso de la aldea e Harayana, India, en 1976. El pueblo, conformado por 8000 habitantes de origen musulmán, se había pronunciado en contra de los programas de esterilización al que se sometía a las comunidades. Sin embargo, y mediante el uso de la fuerza pública, se utilizaron autobuses para transportar a los hombres hacia campamentos destinados a la esterilización.

d) Salud Global: La Reivindicación Discursiva de la Medicina Tradicional

El segundo enfoque, conocido como “salud global” surge durante los años setenta, como respuesta a las crecientes críticas al paradigma liberal de desarrollo, sustentado en el crecimiento como única vía posible para el bienestar humano.

Gracias a los trabajos del director de la OMS Halfden Mahler –quién ostenta el cargo de 1973 a 1988- la salud se inserta en un nuevo modelo de necesidades básicas, reconociéndose que la causa principal de enfermedad y muerte en los países subdesarrollados corresponde a enfermedades “curables” relacionadas en gran medida con la desnutrición. Esteva (1996) lo plantea de la siguiente manera:

Mientras la Primera Década consideraba separadamente los aspectos sociales y económicos del desarrollo, la Segunda comprendió la mezcla de los dos. Se formuló un nuevo paradigma, el de la integración, tras reconocer la necesaria integración de los recursos físicos, los procesos técnicos, los aspectos económicos y el cambio social. (Esteva, 1996, s/p).

Es un período marcado por la crítica hacia los modelos “clásicos” de desarrollo, que unas décadas después habían fracasado estrepitosamente, generando daños irreparables a nivel cultural, social, ecológico y político en las sociedades “subdesarrolladas”. Con iniciativas como el “ajuste con rostro humano” propuesta por la UNICEF o la “transformación productiva con equidad” desde la CEPAL, se propugna por un desarrollo multidimensional que se asocie intrínsecamente al bienestar humano (Unceta, 2009).

El discurso sanitario no estuvo exento de estas críticas, especialmente por los resultados tan poco satisfactorios de las iniciativas vinculadas a la expansión del modelo biomédico, así como la modernización de los Sistemas Nacionales de Salud. Se busca por tanto, sustituir el componente reactivo del combate a las enfermedades por un enfoque preventivo y multifactorial. En palabras de De la Flor (op. cit.): “la mirada curativa que había caracterizado la atención sanitaria en las sociedades del sur se transformó en una mirada preventiva. Si la primera tenía en la enfermedad su razón última de vida, la preventiva encontró en la salud su principio de existencia” (p. 19).

Desde esta perspectiva surge en 1976 el “Enfoque de Necesidades Básicas”. Para este enfoque, la pobreza es una situación en la cual la persona no puede satisfacer una o más necesidades, ni tampoco participar plenamente en la sociedad. Sin embargo, estas necesidades se identifican desde los postulados del discurso moderno y las Instituciones Internacionales que lo legitiman, por lo que la estructura hegemónica se mantiene inalterable.

En lo que respecta al ámbito sanitario, es en este período cuándo se pone en marcha el modelo de “Atención Primaria en Salud”, centro de las políticas internacionales de salud a raíz de la Conferencia Mundial de Alma-Ata (1978). Cueto y Zamora (op. cit.) identifican tres ideas claves que se desprenden de la declaración final de esta iniciativa: la utilización de tecnología apropiada, la crítica al elitismo de los profesionales médicos y el propósito de utilizar conocimientos médicos y cooperar con los representantes de la medicina tradicional (p. 170).

A través de esta nueva concepción internacional del desarrollo y la salud, el discurso asociado al saber médico tradicional se explicita, considerándose ya no un obstáculo para el desarrollo, sino una estrategia que permitiría su correcta consecución. Sin embargo, tal reconocimiento se plantea desde la caracterización de la Medicina Tradicional como “modelo de atención primaria”. Por tanto, su discurso se reduce a una serie de prácticas terapéuticas aceptadas -como la herbolaria- que permiten abaratar costos, además de retrasar la necesidad de contar con una infraestructura sanitaria moderna para el tratamiento de enfermedades crónicas y/o de alta gravedad.

Rápidamente, los fracasos de este modelo fueron incontrovertibles. Entre otras razones, lo anterior puede explicarse por la intensa centralización y burocratización estatal que generaba, además de la falta de sensibilidad de los profesionales en salud, que acudían a comunidades alejadas con un nulo conocimiento de la situación social y cultural de las poblaciones que les eran asignadas. De acuerdo con Davis (1986) otro elemento que permitiría explicar el fracaso de este modelo fue que el grado de organización e involucramiento requerido, lo cual alarmó en gran medida a los gobiernos estatales, quienes temían perder el control sobre este nuevo “campesinado militante”. La meta ambiciosa planteada por la Conferencia de Alma-Ata y sintetizada en el lema “Salud para todos” en el año 2000 fue pronto modificada por la idea de una “Atención Alternativa de Salud” centrada en intervenciones técnicas de bajo coste (Brown, op. cit.).

En lo que respecta a las praxis derivadas del discurso de la salud internacional enfocado en las necesidades básicas, en un primer momento la atención se centra en los niños como principales receptores de las campañas sanitarias internacionales. Las estrategias sin embargo, se enfocaban básicamente en la exportación de tecnologías médicas hacia los países en desarrollo - terapias orales, vacunas, suplementos alimenticios, monitoreo del crecimiento-.

Estos programas de carácter asistencial, que parten de posturas etnocéntricas en dónde los beneficiarios son víctimas pasivas que es necesario “empoderar”, ayudaban a profundizar la dependencia en lugar de erradicarla. A su vez, como señala Briscoe (1987) muchos de estos

programas concedían escasa prioridad a factores como el abastecimiento de agua o la falta de acceso a los servicios sanitarios, al ser considerados proyectos “de baja rentabilidad”.

A pesar del componente reivindicativo y “social” de su discurso, este nuevo enfoque alternativo de desarrollo –que impregna decididamente el ámbito sociosanitario- se inserta en lo que Escobar (2002) denomina “modernidad crítica”, la cual establece que “no hay un afuera con respecto a la modernidad. La modernidad debe ser transformada o completamente reconstruida desde adentro” (s/p).

Por lo tanto, estos nuevos modelos “sociales” de desarrollo en realidad no cuestionan la hegemonía del paradigma moderno, buscando únicamente transformar las relaciones sociales en su interior desde una perspectiva dialéctica. La imposibilidad de imaginar un “más allá de la modernidad”, impide a este modelo imaginar un “más allá de la tradición”.

En lo que respecta al ámbito sanitario, la medicina tradicional es entonces caracterizada como una “entidad homogénea”, aislada y separada del discurso moderno, por lo que su papel se reduce a la sustitución de las prácticas biomédicas en un contexto donde estas no acuden, por considerar que no se cumplen las condiciones de rentabilidad económica o legitimidad política que las precederían. En ese sentido, la medicina tradicional funciona como un corrector de las falencias del sistema biomédico moderno, ayudando por tanto a su legitimación.

e) El discurso “transnacional” de la salud

Franco-Giraldo & Álvarez-Dardet (2009) destacan tres tendencias en el enfoque de la “Salud Transnacional”:

La creciente transferencia internacional de riesgos y oportunidades para la salud debido a la fuerza económica de la liberalización comercial y los tratados de libre comercio, que constituyen un verdadero desafío para la salud mundial; b) el mayor pluralismo de las agencias y los actores en la arena de salud pública internacional; y c) el papel más crítico que ocupa la salud en la agenda de desarrollo económico, seguridad global y democracia. (p. 541).

Tomando como punto de partida los planteamientos propuestos por estos autores, la salud transnacional atraviesa por las siguientes etapas discursivas:

- La privatización de la Agenda Sanitaria Internacional, en función de intereses y actores particulares, que a través del control de esta agenda expanden sus mecanismos

de poder, tanto política como económicamente. Desde esta perspectiva la Salud es proletarizada –desprovista de sustancia política-.

- El resurgimiento del discurso avocado al “combate a las enfermedades”, representadas ahora por grandes epidemias globales, que sin embargo responden a intereses geopolíticos que refuerzan los mecanismos de estructuración hegemónica
- La orientación “abierta” y “multicultural” del discurso biomédico, que comienza a incorporar a los saberes tradicionales en términos de interés. La salud se orienta a la producción de mercancías, impregnándose del discurso neoliberal imperante.

La privatización de la Agenda Sanitaria Internacional. Tomando en cuenta estos cuatro elementos, es necesario enmarcar a la política sanitaria trasnacional al interior de un escenario económico adverso, que afectó especialmente a los países menos industrializados. El alza de los precios del petróleo y la crisis de la deuda, derivaron en la implantación de reformas estructurales al interior de estos países, favoreciendo en gran medida el abandono de Programas de Salud puestos en marcha desde el Estado.

En este contexto, el Banco Mundial concedió numerosos préstamos destinados al equipamiento sanitario, el control demográfico y la creciente privatización de la oferta de salud, extendiendo de manera significativa su influencia al interior de la Agenda Sanitaria Internacional.

El recorte de fondos hacia la OMS por parte del gobierno norteamericano, profundizó la influencia del Banco Mundial³², y al mismo tiempo, posibilitó el surgimiento de numerosos donantes privados, que reorientaron las necesidades de salud hacia el control de enfermedades epidémicas “globales”, retomando el paradigma liberal que acompañó las primeras décadas del discurso desarrollista. Es en este período cuando el combate a brotes epidémicos como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se convierte en la meta principal de las políticas internacionales de salud.

El Banco Mundial y otras Instituciones Financieras, como la Organización Mundial de Comercio se han convertido en las agencias principales de financiación de los programas internacionales de Salud (Larrea Killinger, op. cit.) por lo que la salud gradualmente ha sido

³² De acuerdo con De Flores (2005) la influencia del Banco Mundial en las políticas sanitarias se cristalizó gracias a tres documentos: El primero un documento de trabajo de 1980 Health sector policy paper. El segundo en 1987: Financing Health care: an agenda for reform que, de mayor trascendencia, venía adelantando lo que sería en 1993: Investing in Health; en donde la Institución Financiera Internacional dedicaba su Informe anual sobre Desarrollo 1993 al diseño de los servicios sanitarios. Las propuestas recogidas en tales documentos sirvieron para que el BM desplazara a la OMS en su papel de directora de la agenda internacional de salud. (p. 27)

conceptualizada en términos de *inversión*, desregularizándose y privatizándose en sus elementos más básicos. El escenario de la proletarización sanitaria queda inaugurado.

Según Whithead (2001) algunos de los efectos de las políticas sanitarias internacionales orquestadas por el Banco Mundial en los países más pobres fueron: falta de cobertura a enfermedades no tratadas o no implantadas en la agenda política global, acceso reducido a la atención, dependencia de medicamentos, endeudamiento, empobrecimiento, reducción del gasto familiar, etc.

A la par de estos Organismos Internacionales, otro actor de peso que se sumó a este escenario de privatización sanitaria fue la industria farmacéutica. Gracias a la creciente medicalización de la salud, además de la expansión internacional de un sistema biomédico sustentado en el equilibrio bioquímico del organismo, dichas industrias comienzan a influir en gran medida las políticas sanitarias implementadas a partir de la transnacionalización de la salud. De acuerdo con Larrea Killinger (ibíd.):

La industria farmacéutica, las campañas de vacunación masiva y las investigaciones sanitarias de evaluación encontraron, gracias a la reducción del presupuesto anual de la OMS y la entrada masiva de fondos privados por parte de fundaciones y organizaciones de los países ricos, un espacio fructífero de inversión, cooperación internacional y ayuda humanitaria (p. 116).

Por tanto, la Salud Internacional es totalizada por el elemento económico, transmutando el discurso sanitario hacia una responsabilidad de corte eminentemente individual, construida a partir de la relación de los sujetos con los mecanismos de producción. La salud por tanto, se orienta a la compra-venta-ingestión de medicamentos. Aquellos que no puedan acceder a este nuevo mercado sanitario, son inmediatamente excluidos de las políticas internacionales de salud. La medicalización –como síntoma de la privatización sanitaria– se posiciona entonces como un requisito funcional a los sistemas dominantes con un objetivo de control social, a través de funciones de normatividad, disciplinamiento y estigmatización (García Canclini, 1999).

El resurgimiento del discurso avocado al “combate a las enfermedades”.

Un elemento que permite entender un poco más el desenvolvimiento del discurso de la salud transnacional, tiene que ver con el análisis antropológico de las epidemias propuesto por Farmer (2000). De acuerdo con este autor, mediante la puesta en práctica de una epidemiología cultural crítica, pueden observarse las relaciones de hegemonía/subalternidad

que se construyen alrededor de los brotes epidémicos. Desde esta perspectiva, la enfermedad se reconoce como parte integral de un sistema social que descansa sobre una estructura hegemónica históricamente construida.

En ese sentido, las situaciones sanitario-mediáticas que acompañan a las políticas globales de la salud, representada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio centradas en enfermedades como el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis, en realidad responden a una geopolítica de la enfermedad, en la que se actúa convocando imágenes sociales que jerarquizan las dimensiones sociales y políticas de las regiones subdesarrolladas –dónde el continente africano resulta el caso paradigmático- en función de las dimensiones biomédicas de la epidemia, siendo el elemento político deliberadamente invisibilizado. De acuerdo con García Rivero (2005) estos esfuerzos llevan “a la salud a través de la enfermedad”, generando un tratamiento despolitizado y asocial de la salud.

Paradójicamente, estos procesos de neutralización política, coinciden con una creciente mediatización del discurso sanitario internacional. Así, a los dos elementos legitimadores del discurso del desarrollo planteados por Escobar (op. cit.) –la profesionalización y la institucionalización- puede agregarse un tercero, característico de los procesos de “transnacionalización” de la salud que se experimentan en la actualidad: la mediatización.

A través de la mediatización del Discurso Sanitario Internacional –especialmente en sus esfuerzos por combatir decididamente epidemias “globales”- el discurso del modelo biomédico adquiere una nueva fuente de legitimación, totalizando la opinión pública, y encausándola hacia una vertiente individualista de corte posmoderno. Entendido como un mecanismo de producción de sentido, el proceso de mediatización en el ámbito de la Cooperación al Desarrollo se posiciona como

Una fuerza que no es sólo simbólica, sino que también pone en órbita una gran cantidad de recursos destinados a través de ONGs y de equipos liberados en cada país que se han dedicado a la producción y distribución de exposiciones, de símbolos “contra la pobreza”, de días mundiales de acción con reclamaciones que sostengan estos ODM, de campañas como “pobreza cero” que buscan presionar a gobiernos guardando la “coherencia” de los ODM, etc. (Calle Collado, 2007, p. 7).

Por lo que puede observarse, este “nuevo” combate a las enfermedades profundiza la naturalización del discurso biomédico como único saber capaz de afrontar exitosamente las nuevas “amenazas globales”. Cualquier saber médico no alineado con el modelo alópata debe ser reconfigurado funcionalmente o desestimado, ya que conlleva la idea de un riesgo en

dónde: “la novedad es que la fuente de los peligros no se encuentra en los entornos de la actividad social, sino que en las mismas operaciones sociales y que sus amenazas son, en verdad, autoconfiguradas” (Beck, 1998, p. 57-58).

Este “factor de riesgo”, introducido por el modelo biomédico a partir de protocolos reglamentados internacionalmente, funciona como una categoría analítica especialmente poderosa para entender de qué manera la Medicina Tradicional se ha insertado en el Discurso de la Cooperación al Desarrollo. Es a partir de esta noción de riesgo que se legitima la puesta en marcha de un “filtro modernizador” cuyo propósito último consiste en la reificación de los saberes médicos tradicionales.

Por lo que podemos observar hasta ahora, las “nuevas” políticas de salud se cimientan sobre el paradigma clásico de contención patológica del S. XIX, introduciendo un elemento novedoso: se actúa para mitigar los efectos epidemiológicos de la globalización dentro un contexto de incremento significativo del flujo migratorio Sur-Norte, en lo que Sanahuja (2005) ha definido como “securitización de la ayuda”.³³ Desde esta perspectiva la alteridad es construida en términos de “posibles agentes patológicos”, capaces de desestabilizar el equilibrio de los países “desarrollados”, a partir de la proliferación de epidemias vinculadas geopolíticamente al “Tercer mundo”.

La enfermedad por tanto, puede caracterizarse como un constructo sociopolítico capaz de generar un discurso basado en la alteridad que sin embargo es explicado en términos complementarios. Se posiciona entonces, como un nuevo criterio clasificador que permite distinguir entre “desarrollados/subdesarrollados” y en dónde el combate global a las enfermedades evita precisamente la “contaminación simbólica” de los sujetos hegemónicos. Es por lo tanto, un nuevo y poderoso mecanismo de exclusión social legitimado a través de la Cooperación Internacional al Desarrollo.

La orientación “abierta y multicultural” del discurso biomédico. Aunque ya hemos demostrado como, a partir del paradigma del combate a epidemias globales, el discurso biomédico se legitima como el saber hegemónico, el paradigma de la salud transnacional abre virtuales “espacios de inclusión” a sistemas etnomédicos “tradicionales” o “alternativos”. Lo

³³ De acuerdo con Sanahuja en 1994 se acuña el término de Seguridad Humana emparentado a la idea de desarrollo humano. Este concepto insiste en la seguridad de las personas, mientras que las concepciones convencionales privilegian la seguridad de los Estados. Existen 7 componentes principales de la Seguridad Humana que son: seguridad económica, alimentaria, ambiental, de salud, personal, de la comunidad y política. (Sanahuja, 2005 . p. 136). Disponible en http://www.academia.edu/550404/Seguridad_desarrollo_y_lucha_contra_la_pobreza_tras_el_11S_los_Objetivos_del_Milenio_y_la_securitizacion_de_la_ayuda.

anterior se inserta en un debate multicultural más amplio, que materializa elementos ideológicos vinculados a la reivindicación de la diversidad. Atendiendo a Estrach Mira (2001):

Del Estado-Nación Moderno, con aspiraciones cosmopolitas, hemos pasado a la sociedad universal transnacional, dónde la escala de valores no está determinada por la identidad nacional cultural, sino que, como sucede en la ideología americana, su identidad viene determinada por la particularidad misma de ser precisamente indio, negro, judío, etc (...) Así como átomos aislados cuyo punto en común es constituirse como una suerte de superproletariado, la coexistencia de una multiplicidad de comunidades étnicas, religiosas o de estilos de vida, restringen la libertad abstracta que posee el individuo en su capacidad como ciudadano del Estado Nación (s/p).

Gracias a esta nueva apertura multicultural, el discurso biomédico moderno se instaura en el terreno de “lo real” Lacaniano, es decir, un elemento que se resiste a su simbolización. En otras palabras, la inclusión de saberes alternativos y tradicionales a su discurso, legitima aún más sus pretensiones de universalidad, toda vez es visto como el único sistema etnomédico capaz de contener e incorporar a la totalidad de los saberes médicos-otros. Esta pretensión sin embargo, es en realidad una fantasía –un guión imaginario en el que operan procesos inconscientes y defensivos- ya que esta incorporación deviene necesariamente en la proletarización de dichos saberes tradicionales.

Cómo se analizará exhaustivamente en párrafos posteriores, los discursos de Organismos Internacionales –como la OMS y la OPS, entre otras- reivindicando el uso de la medicina tradicional, se encuentran impregnados de adecuaciones modernas como criterios para el uso y legitimación de los saberes médicos no-modernos. Por ahora, basta decir que esta asimilación de la medicina tradicional por parte del Sistema Sanitario Internacional responde a dos objetivos fundamentales:

- La expansión y control por parte del Estado –y actores internacionales significativos, como las ONGs e Instituciones Académicas- hacia comunidades tradicionalmente desincorporadas a sus esferas de influencia. Lo anterior implica a su vez, prácticas como la biopiratería o el robo de la propiedad intelectual de los conocimientos tradicionales. Lo anterior se realiza tanto hacia el interior de los Estados Nación, al igual que en la esfera internacional.
- La reificación de estos saberes, que paulatinamente comienzan a proletarizarse, insertándose en una economía de mercado que permite su

desregulación/deslocalización y por ende, la pérdida de su matriz cultural de referencia.

A continuación, y una vez que se han sentado las bases para entender el Sistema Sanitario Internacional como un mecanismo efectivo de saber/poder que ha propiciado la internacionalización del discurso biomédico, se profundizará el impacto de estos procesos específicamente en el ámbito de la Medicina Tradicional. Mientras que en el primer capítulo se introduce el elemento de la diferencia colonial en la consideración de este sistema etnomédico, el siguiente apartado ahonda en las prácticas que constituyen esta colonialidad del saber, además de su influencia en el ámbito internacional. Si hasta ahora la Medicina Tradicional ha sido abordada en términos de “discurso”, a continuación se analizará en función de los procesos que explican su subalternización y posterior reificación al entrar en contacto con el panorama internacional. Observemos entonces de que manera las etapas que caracterizan el discurso de la Salud Internacional construyen y re-configuran la estructura narrativa de la Medicina Tradicional como discurso inserto en la trama argumentativa moderna –en este caso, específicamente en el ámbito de la Cooperación Internacional, la cual puede caracterizarse como un nuevo intento por universalizar el paradigma moderno-.

f) La Medicina Tradicional como discurso en el Ámbito Internacional

Antes de entrar específicamente en el tema de la medicina tradicional como saber inserto y susceptible a la Cooperación Internacional, es necesario retomar algunas de las significaciones que hacia esta se construyen como resultado de la experiencia colonial, la cual funge como una experiencia modeladora/totalizadora de los saberes médicos tradicionales.

Cómo se ha puntualizado al analizar la construcción discursiva de la Medicina Moderna, no es sino hasta el triunfo del modelo médico anatómico -representando por los trabajos de Bichat y Bernard- cuando el proceso de jerarquización y subordinación de saberes médicos, iniciado en la Edad Media, alcanza su punto más alto. El advenimiento del proceso colonial, como señala Mudimbe (1988) significó esencialmente la organización y administración de los territorios conquistados³⁴. Tanto colonos como colonizadores tienden a organizar y transformar áreas “primitivas” en constructos fundamentalmente europeos. Retomando los postulados de Mudimbe (ibíd.) este proceso se realizó gracias a tres elementos clave:

³⁴ Colonizar proviene etimológicamente de la palabra *colere* cuyo significado puede traducirse como cultivar o diseñar un objeto

1. La adquisición, explotación y distribución de territorios
2. Políticas de “domesticación” y apropiación de la mano de obra nativa
3. Administración de organizaciones ancestrales e implementación de nuevos modos de producción

En suma, se buscaba dominar el espacio físico, reformar las mentes nativas, y la integración de la historia económica local desde una perspectiva europea. Si retomamos los postulados del grupo colonialidad/modernidad encontramos que este momento se encuentra caracterizado por una “primera globalización”, asentada en un protocapitalismo mercantilista cuyo motor era la explotación de materias primas de los países colonizados al espacio europeo.³⁵

Sachs (op. cit.) define a este proceso epistemológico - resultado del estrecho contacto entre la cultura europea y “la otredad” representada por los territorios colonizados- como “europacentrismo”: debido a la expansión capitalista y el fenómeno colonial, Europa se impone a sí misma como un fuerte modelo condicional, implicando la deculturación de los otros en lo que discursivamente se denomina “integración cultural”. De esta manera, se generan oposiciones paradigmáticas que empiezan a denominar el espectro del Sistema Mundo Contemporáneo: tradicional/moderno, oral/ escrito, agrario/ urbano, medicina/curanderismo-. Ricoeur profundiza:

“The fact that universal civilization has for a long time originated from the European center has maintained the illusion that European culture was, in fact and by right, a universal culture. Its superiority over other civilizations seemed to provide the experimental verification of this postulate. Moreover, the encounter with other cultural traditions was itself the fruit of that advance and more generally the fruit of Occidental science itself. Did not Europe invent history, geography, ethnography, and sociology in their explicit scientific forms?” (Ricoeur, 1965, 277).

Los saberes médicos no estuvieron exentos de este proceso de producción y administración de la otredad. Lo anterior permitió la puesta en marcha de “estados transitivos” que, aunque fueron mutando argumentalmente, se nutrían del mismo componente etnocéntrico y pretendidamente universal del modelo europeo. Así, los debates entre paganismo-cristianización se trasladaron posteriormente hacia la necesidad de “civilizar” a los bárbaros y finalmente a la dicotomía subdesarrollo/desarrollo debido a los procesos poscoloniales y a la necesidad del sistema capitalista de posguerra por expandir sus mercados. Dentro de esta línea

³⁵ Para más información consultar Galeano, E. (2009) *Las venas abiertas de América Latina*. España-México-Argentina: Siglo XXI Editores

evolutiva, la deculturación resultante se encubre bajo la idea de una “promesa de cambio” que permite transitar pacíficamente de un paradigma a otro.

En lo que respecta al terreno epistemológico, las expresiones culturales de los territorios colonizados transitan por lo que Verhaegen (1979) caracteriza como géneros del discurso teológico, los cuales son:

Una teología de la modernidad que intenta unir las ideas de progreso, racionalidad y ciencia a la construcción de una justicia social universal, una teología de la caridad que aborda el tema de las inequidades sociales y la pobreza, ofreciendo soluciones a menudo de carácter moral dentro del mismo paradigma moderno, y finalmente, una teología del desarrollo que redefine las modalidades del desarrollo en términos de intereses locales (p. 188).

En los capítulos anteriores hemos tratado la manera en que esta racionalidad es implantada discursivamente en el ámbito de una salud internacional constituida en su totalidad tomando como referencia el modelo biomédico. En el presente capítulo observaremos como estas tres dimensiones teológicas impactan en el discurso de la Medicina Tradicional.

1) Modernidad, colonialidad y medicina tradicional.

Ya se ha puntualizado el impacto de la colonialidad en términos de estructuración de jerarquías subordinadas bajo el concepto de raza. En lo que respecta a la medicina tradicional, lo anterior desemboca en un giro discursivo interesante: de una inicial persecución a los saberes médicos locales debido a su contenido no-científico y a su carácter fuertemente sustentado en la creencia - lo que habilita su consideración como prácticas “paganas” que deben erradicarse para salvar el alma de los nativos³⁶, se transita, durante el siglo XVIII – etapa de consolidación del paradigma médico moderno- a la puesta a punto de un movimiento estético fuertemente influido por la manía clasificatoria y el establecimiento de categorías taxonómicas que trasladan metáforas biológicas al terreno social.

De este modo los saberes “salvajes” o “primitivos” se articulan en una sola categoría, considerándose una prueba fehaciente de la necesidad de “modernización” de las poblaciones colonizadas. A partir de este momento la medicina tradicional no es sólo la oposición binaria del modelo biomédico de salud, sino el estandarte en su cruzada modernizadora.

³⁶ Recordemos sin embargo que se establecen pautas “interculturales” de complementariedad que sin embargo se focalizan en tratamientos con hierbas y eliminan la dimensión social de la enfermedad –el concepto de sickness analizado en párrafos anteriores. Las prácticas en su totalidad, con su carácter fundamentalmente social y comunitario son perseguidas y buscan erradicarse, por lo que la medicina tradicional se “permite” solo en un contexto de separación institucional entre lo indio y lo europeo , y desde una práctica biopolítica de control/administración de la población.

El momento de institucionalización del modelo médico biomédico como saber hegemónico a la par de la consolidación del Estado-Nación como modelo político y territorial, introdujo un elemento novedoso, dónde el poder político presume por primera vez de la autoridad sobre un conocimiento científico y viceversa. Las nuevas disciplinas científicas –entre las que podemos contar a la antropología y la medicina- se subordinan de esta manera al discurso colonial, el cuál puede ser pensado como una duplicación y el cumplimiento del poder de los discursos occidentales sobre las variedades humanas (Mudimbe, op. cit.). Recordemos que es en este período cuando se practica un racismo “científico” avocado a probar racionalmente la inferioridad biológica de las razas no civilizadas. En “el progreso de una raza”, un estudio publicado en 1898 por Kletzing y Croghan, se argumenta lo siguiente:

Los neozelandeses, los tasmanianos, los habitantes de las Islas del Pacífico, y los negros sudafricanos, perecieron no a causa de guerras destructivas, sino a su incapacidad para vivir en el seno de la civilización decimonónica (...) Su destrucción no fue debida a ninguna persecución que llegará desde el exterior, sino a una carencia interna de fuerza vital (En Sánchez Arteaga, 2007, p. 385).

Existe por lo tanto un monopolio simbólico del saber científico que permite colonizar el imaginario social, estructurándolo bajo la idea/categoría de “raza”. La medicina alópata fue una de las disciplinas más socorridas ya que, a partir de sus premisas naturalizadoras del discurso, se establecían diferenciaciones insuperables a nivel de raza, género y clase. No es de extrañar que durante esta época se demostrara experimentalmente la inferioridad femenina, o se probara que las patologías mentales o la delincuencia se encontraban presentes en mayor medida en las razas “negroides” y en los pobres. En 1890, D. C. Brighton, señalaba:

El adulto que conserva más rasgos fetales infantiles o simiescos es sin lugar a dudas inferior del que ha seguido desarrollándose (...) De acuerdo con esos criterios la raza blanca o europea se sitúa en la cabeza de la lista, mientras que la negra o africana ocupa el puesto más bajo (...) Todas las partes del cuerpo han sido minuciosamente examinadas, medidas y pesadas para poder constituir una ciencia de la anatomía comparada de las diferentes razas (Brighton, 1890, 313 en Suárez y Guaso, 2005, s/p).

El discurso de las razas parte de una explicación “anatómica” para legitimar el proceso colonial, por lo que el modelo médico moderno se subordina al poder político. Esta diferenciación científica es trasladada metafóricamente al terreno cultural ya que, si corporalmente se consideraba que existían razas inferiores en un nivel evolutivo bajo, esto significaba que sus expresiones culturales y organización social eran por tanto atrasadas,

justificando así la necesidad de “modernización” de estos pueblos. Del concepto de raza deriva entonces el concepto de etnicidad, discurso que permite justificar “biológicamente” – es decir científicamente- la modernización. Las sociedades no europeas se convierten en “pueblos indígenas”, su arte en “artesanía”, su cultura en “folklore” y su medicina en “curanderismo o medicina primitiva”.

En este ámbito la etnicidad, como discurso científico, posibilita una organización social fuertemente estratificada, a la vez que sirve como modelo explicativo de la realidad en las poblaciones colonizadas, generando un proceso de construcción identitaria normativa que se sustenta en la idea de “naturaleza” planteada por Butler (op. cit.) y que Bartolomé (1997) define como “identidad en acción”. Tal proceso impactará diversamente en la totalidad de sus prácticas culturales y epistemológicas locales, incluyendo el saber médico, así como los discursos de salud y enfermedad que lo sustentan³⁷.

Aunque pueda pensarse que partir de la etnicidad en los procesos de implantación de la diferencia colonial resulte un despropósito para analizar los procesos actuales de internacionalización discursiva –se puede incluso pensar erróneamente que se comete una anacronía metodológica- en realidad resulta una categoría antropológicamente útil para establecer una deconstrucción discursiva de la medicina tradicional en el ámbito internacional. Así pues, se parte de una definición de etnia de carácter relacional/procesual alineada a los planteamientos de Brubaker (2004), el cual establece:

La etnicidad, la raza y la nación deben ser conceptualizados no como sustancias, cosas, entidades, organismos o colectivos de individuos – a lo que nos incitaría el imaginario de “grupos” discretos, concretos, tangibles, delimitados y perdurables – sino más bien en términos relacionales, de procesos dinámicos, esporádicos y desagregados. Esto significa pensar en la etnicidad, la raza o la nación no como grupos o entidades sustantivas, sino como categorías prácticas, acciones situadas en un contexto específico, normas culturales, esquemas cognitivos, marcos discursivos, rutinas organizacionales, formas institucionales, proyectos políticos y eventos contingentes. Implica pensar en la etnicización, racialización y nacionalización como procesos políticos, sociales, culturales y psicológicos. (p. 11).

A raíz del discurso de la etnicidad se estructura en gran medida el componente discursivo de la medicina tradicional, especialmente en los países del Tercer Mundo. Paradójicamente, y como quedará demostrado en el análisis centrado en Bolivia, es también a partir de este

³⁷ En este punto es necesario distinguir entre la idea de raza como un concepto que se basa en concepciones biológicas y etnicidad, que lo hace en relación con las diferencias culturales. A partir de la raza –lo “científico”, surge la idea de etnicidad como colonización discursiva, habilitando la diferenciación y estratificación cultural

elemento que se generan las resistencias a los procesos de neutralización y subalternidad política propios de la globalización neoliberal.

Veamos entonces de qué manera se ha construido específicamente el discurso de la medicina tradicional al interior de los estadios discursivos de la Salud como instrumento de Cooperación Internacional desarrollados en el apartado anterior.

2) *Medicina tradicional: del discurso colonial al discurso del desarrollo.*

Siguiendo a Goldsmith:

Los esfuerzos masivos para desarrollar el Tercer Mundo...no fueron motivados por consideraciones puramente filantrópicas sino por la necesidad de traer el Tercer Mundo a la órbita del sistema comercial occidental para crear un mercado en continua expansión para nuestros [de Estados Unidos] bienes y servicios y como fuente de mano-de-obra barata y materia-prima para nuestra industria. Este fue [también] el objetivo del colonialismo especialmente en su última fase (...) Existe una continuidad impresionante entre la era colonial y la era del desarrollo, tanto en los métodos usados para lograr sus objetivos como en las consecuencias ecológicas y sociales de aplicarlos (Goldsmith, 1996, p. 253).

Durante la primera etapa de institucionalización del desarrollo, cuyas características hemos analizado en párrafos anteriores, la medicina de los territorios -de ahora en adelante considerados “subdesarrollados”- es vista como un obstáculo que debe superarse en aras de una modernización verdaderamente efectiva. Un grupo de expertos de Naciones Unidas lo expresaba así:

Hay un sentido en que el progreso económico acelerado es imposible sin ajustes dolorosos, las filosofías universales deben ser erradicadas, las viejas instituciones sociales tienen que desintegrarse, los lazos de casta, credo y raza deben romperse, y grandes masas de personas incapaces de seguir el ritmo del progreso deberán ver frustradas sus expectativas de una vida cómoda. Muy pocas comunidades están dispuestas a pagar el precio del progreso económico (Naciones Unidas, 1951, p. 15).

Coincidiendo con los procesos de modernización nacionales, que buscaban un “mestizaje social” capaz de otorgar a los recién independizados Estados-Nación la cohesión social necesaria para, de acuerdo a la perspectiva de la época, desarrollar un modelo de Nación sólido y a largo plazo, los elementos “tradicionales” son catalogados como “estorbos” para el progreso.

Dentro de esta primera etapa, caracterizada por la bipolaridad y securitización del espacio internacional, los trabajos de Parsons (1964) y Rostow (1960) destacan para entender la manera en la que el desarrollo era abordado, además de identificar discursivamente cual era el papel que se le asignaba a la medicina tradicional.

La sociedad por tanto se medía en términos evolutivos, primero desde una dimensión subjetiva/corpórea que permitía objetivar y controlar a los sujetos, luego desde una perspectiva social, en dónde el cuerpo es metáfora de la cultura, y, a partir de este momento, observamos cómo este discurso es proyectado internacionalmente mediante la institucionalización del desarrollo y su primer sustento modernizador.

En su obra *“The Stages of Economic Growth”* (1960), Rostow establece cinco etapas de crecimiento económico:

- La etapa inicial es la sociedad tradicional, caracterizada como “una sociedad cuya estructura se ha desarrollado dentro de funciones de producción limitada, basada en la ciencia anterior a Newton y en la tecnología y en actitudes hacia el mundo físico también anteriores a Newton” (p. 4). Los mecanismos tradicionales de estas sociedades, y su falta de progreso tecnológico suponen límites infranqueables a su desarrollo cultural. Ya que el análisis se enfoca principalmente en términos de producción, en el campo de la medicina el saber médico tradicional es visto como un sistema inefectivo de “producción de cuerpos” y se asocia a estas sociedades con índices altos de mortalidad/enfermedades frecuentes. Por tanto, se invisibiliza el nacimiento de “lo tradicional” como resultado de presiones externas, catalogándose únicamente como una debilidad natural de los individuos que se traslada metonímicamente hacia los Estados.
- La segunda etapa hace alusión a la desintegración del Sistema Medieval en el S. XVII y comienzos del S. XVIII, dónde la ciencia moderna próspera, se desarrolla el comercio y crece la producción. La aceptación social de los beneficios científicos pone en marcha todo un proceso para “rehacer la sociedad tradicional”. Sin embargo, Rostow toma el ejemplo británico sustentado en un nacionalismo defensivo, ignorando la situación de los países en el “Tercer mundo” cuya modernización se llevó a cabo a raíz de la conquista colonial.
- En la tercera etapa el crecimiento económico se vuelve normal, y las resistencias al cambio son superadas. De acuerdo con Rostow (op. cit.): “en una década o dos tanto la estructura básica de la economía, como la estructura social y política de la sociedad se

transforman de manera que una tasa constante de crecimiento puede ser...regularmente sostenida” (p. 8-9).

- La cuarta etapa se encuentra marcada por un avance industrial firme y estable, dónde las nuevas tecnologías son absorbidas adecuadamente por el total de la sociedad que las produce.
- Finalmente una última etapa caracterizada por el consumo masivo, y en dónde los procesos industriales se complementan y abren paso a una economía de bienes y servicios, así como disposiciones de bienestar social. En este punto una sociedad ha pasado completamente de ser “tradicional” a “moderna”

Cómo menciona Preston (1999):

La publicación inicial del material coincidió con lo que representaba la donación de ayuda por parte de la URSS (...) En el contexto de la competencia de donación de ayuda que se entabló entre las superpotencias y la búsqueda subsecuente de los estadounidenses de una teoría elaborada de la modernización, la obra de Rostow fue ideológicamente útil (p. 214).

Dentro de esta certeza manifiesta y esta vía clara para el progreso, fuertemente influenciada por la búsqueda de aliados en un contexto bipolar, la tradicionalidad era vista como un punto de partida, un elemento a superar. Desde la medicina, se establece un importante paralelismo de su discurso en términos de productividad, se debe por tanto modernizar las infraestructuras, construir hospitales, expandir el alcance de los medicamentos y contar con protocolos adecuados de investigación científica.

Por lo que hemos visto hasta ahora, la medicina moderna al interior del ámbito internacional, adquiere dos formas discursivas que impactan directamente en el abordaje de la medicina tradicional:

1. **Como saber.** el sistema médico que pretenda ser reconocido como “moderno”, o ser al menos susceptible a su integración/cooptación, debe partir de un saber que pueda universalizarse, no atado a los contextos geográficos, históricos y socioculturales que lo generan, capaz de exportarse y comprenderse en términos de producción y mercado. El saber se entiende aquí desde la perspectiva Foucaultiana, es decir, como la cara oculta del poder, un elemento que, a partir de su monopolio y la construcción de regímenes de verdad, permite la sujeción de los sujetos a un ámbito social más amplio. Desde esta perspectiva el saber/poder funciona como una estructura que forma al sujeto y le proporciona la misma condición de su existencia (Butler, 2001).

En este contexto la medicina tradicional, al estar fuertemente imbuida en la creencia, al entender los procesos de salud-enfermedad como procesos comunitarios más amplios, al atarse a mecanismos de autoridad contruidos localmente, y al encontrar su existencia atada indisolublemente a la idea de “lugar” de acuerdo con los planteamientos de Escobar, ve truncada sus posibilidades de sobrevivir “culturalmente” bajo los esquemas imperantes del desarrollo modernizador.

2. **Como técnica.** Cuando Foucault (op. cit.) analiza los procesos de construcción de subjetividades, identifica cuatro elementos asociados a la idea de disciplina como “técnica”: construcción de cuadros, prescripción de maniobras, disposición de ejercicios y disposición de tácticas. Gracias a la técnica, los saberes son sistematizados para que funcionen como mecanismos efectivos de poder. La técnica, como espacio de producción y de (re) producción de saberes, adquiere características autónomas que por sí mismo justifican las relaciones de hegemonía/subordinación ampliamente abordadas en esta investigación. En el contexto desarrollista, vemos entonces que el saber no es suficiente, ya que para ser efectivo debe manifestarse materialmente en forma de “técnica”. En lo que respecta a la medicina tradicional, su incapacidad para generar actividades de producción masificada, y de erigirse como una “técnica” orientadora del saber en el mundo social (su práctica se encuentra muy vinculada a la creencia religiosa y el medio ambiente, además de la existencia de numerosos tabúes que limitan su alcance y utilización) la convierten en un elemento incapaz de universalizarse si no es a partir de su “modernización” en función de una racionalidad instrumental hegemónica y legitimadora.

Cómo menciona Martínez Guzmán:

No existe un modelo abstracto que dé cuenta de la compleja interacción, siempre en el terreno social en transformación, que existe entre poder y saber. Por tanto, las interacciones que entretengan estos dos vectores deben estar “abiertas” y ser analizadas continuamente, cada vez, en cada nuevo contexto, puesto que no se encuentra a la mano una serie de postulados universales que gobierne de una vez por todas dicha interacción. (Martínez Guzmán, 2007, s/p).

Al estar fuertemente imbricadas en el ejercicio del poder, el cuál circula entre los agentes sociales de manera dinámica y relacional, estos elementos discursivos contienen en su interior mismo las bases de su resistencia. De esta manera, la resistencia es una condición necesaria para el ejercicio del poder, que de otra forma se convertiría en dominación. En el estudio de

caso enfocado en Bolivia insistiremos en la posibilidad de resistir al poder al interior mismo de estos esquemas hegemónicos.

No debemos caer en el error de pensar que todos los conocimientos médicos tradicionales fueron desechados y perseguidos completamente –lo que no sucede siquiera en tiempos coloniales-. Sin embargo, sí es posible pensar que se procede a un “aislamiento” del saber en lo que Aguirre Beltrán (op. cit.) denomina “regiones de refugio” es decir, aquel espacio, geográfico y simbólico en dónde la tradición es enclaustrada ante la “incapacidad natural de los ciudadanos” para ser modernizados, espacios que tiempo después se convertirán en los focos principales de resistencia a este modelo modernizador del desarrollo, lo que abrirá la posibilidad para el advenimiento de nuevas prácticas que acompañen el discurso.

A continuación presenciaremos el “nacimiento de la medicina tradicional” como un componente esencial de desarrollo y una realidad susceptible de dar y recibir Cooperación Internacional. La cultura, antes vista como obstáculo fundamental del desarrollo, se convierte en el componente esencial del mismo y la manera más efectiva de lograrlo de acuerdo a las Agencias Internacionales. Este proceso sin embargo no sucedió mágicamente ni de manera instantánea, sino que fue resultado de un proceso hegemónico contingente y arbitrario, como se analizará a continuación.

3) Medicina Tradicional, Salud Internacional y Enfoque de Bienestar

Como se ha puntualizado en capítulos anteriores, el punto de inflexión para el reconocimiento de las medicinas “tradicionales”, así como su inclusión al interior de las políticas sanitarias locales debido a recomendaciones internacionales, puede localizarse en la Conferencia de Alma Ata, realizada en 1978.

Antes de entrar en detalles acerca de los argumentos que rodean la construcción discursiva de la medicina tradicional en esta etapa, es necesario analizar la situación internacional que posibilita el distanciamiento discursivo –sin generar una ruptura- de la cooperación al desarrollo en relación a su concepción liberal/progresista.

Desde finales de los años sesenta, el panorama social se encuentra impregnado de movimientos sociales de toda índole. Desde el mayo francés, a propósito de la guerra con Argelia, hasta los movimientos estudiantiles que tuvieron lugar en diferentes ciudades europeas y latinoamericanas, la lucha por reivindicaciones sociales y políticas se lleva a cabo desde todos los frentes.

La guerra de Vietnam, la invasión soviética a Checoslovaquia y la salida de Francia del Pacto de Varsovia, coinciden con el auge de los movimientos guerrilleros en América Latina –que en muchos casos terminarían con la implantación de dictaduras militares-, la crisis de la OPEP y la consciencia acerca de “los límites del crecimiento” en el que los problemas del momento (contaminación, crecimiento demográfico, escasez de recursos) comienzan a observarse desde un punto de vista “planetario”. Es precisamente en este momento cuando la teoría de los regímenes internacionales comienza a tomar forma, al hacerse necesaria una Organización Internacional sólida para enfrentar a los problemas más acuciantes de la humanidad. La crisis de los misiles y la inminente guerra nuclear resultan campos propicios para la elaboración de una teoría de “interdependencia compleja”. La carrera armamentista impedía que el discurso del poder fuera monopolizado y requería de formas cada vez más elaboradas para su ejercicio.

Durante esta época a su vez, comienzan a gestarse los primeros movimientos sociales de carácter “étnico”, es decir, aquellos que retoman la jerarquización cultural tomada del paradigma biologicista, para transformarlo en motor de lucha y resistencia. Estos movimientos adquirirán mayor ímpetu en los años ochenta y noventa debido a la globalización neoliberal y la privatización de los recursos naturales trae aparejada

Ya se ha demostrado como, desde el ámbito de la salud, este cambio retórico no impactó el discurso asociado al saber biomédico y cimentado en el asistencialismo como modelo gerencial de desarrollo. Conviene ahora, realizar el mismo ejercicio teórico tomando en cuenta tres iniciativas que en su momento fueron consideradas prueba fehaciente del triunfo del “tercermundismo”: la instauración del Nuevo Orden Económico Internacional, el auge de la teoría de la dependencia en América Latina, y, finalmente, la Declaración de Alma Ata, en especial en los puntos vinculados al reconocimiento y la integración de la medicina tradicional.

El Nuevo Orden Económico Internacional

La idea de un “Nuevo Orden Económico Internacional” (NOEI) cuyo antecedente directo es la firma de la Carta de Argel en 1967 por parte de los países miembros de Naciones Unidas, culminando en 1974 con la firma de La Carta de los Derechos y Deberes Económicos de los Estados, surge como consecuencia de la crisis del petróleo, siendo la primera vez que los países del “Tercer Mundo” toman medidas colectivas que repercuten directamente en las economías de los países desarrollados.

De acuerdo con los fragmentos recogidos por Rist (op. cit.) entre sus principales planteamientos encontramos los siguientes:

1. Las ventajas del progreso técnico no se reparten equitativamente entre todos los miembros de la Comunidad Internacional. Se ha demostrado que era imposible llevar a cabo un desarrollo armonioso y equilibrado de la comunidad internacional dentro del Orden Económico Internacional existente.
2. El sistema económico internacional actual se encuentra en contradicción directa con la evolución de las relaciones políticas y económicas del mundo contemporáneo. Esta evolución...llama a una participación activa, plena y equitativa de los países en vías de desarrollo en la formulación y aplicación de todas las decisiones que interesan a la comunidad internacional.

Aunque los textos fundacionales de Nuevo Orden Económico Internacional son demasiado vastos como para ser tratados con exhaustividad en la presente investigación, lo que buscar resaltarse principalmente es su alineamiento con la idea de desarrollo como progreso tecnológico al interior de una línea evolutiva que divide efectivamente entre “desarrollados” y “subdesarrollados” dónde lo único que se reclama es una participación más activa de los países del Tercer Mundo en estos procesos. Se abre la puerta para el lenguaje sustentado en la “participación”; el “desarrollo local” y la “apropiación” al interior de la Cooperación Internacional. Los pilares que sostienen el desarrollo en su concepción original –crecimiento económico, expansión del comercio internacional e incremento de la ayuda a países en vías de desarrollo- se mantienen y salen reforzados de este proceso de transmutación discursiva.

En síntesis, Rist (op. cit.) menciona que:

Aunque se interpretaba al NOEI –en el momento de su proclamación- como la expresión de “la revuelta del Tercer Mundo”, lo que de hecho planteaba era conseguir aquello que el capitalismo mundial venía soñando hacía mucho tiempo: integrar adecuadamente a los países periféricos para asegurar su crecimiento continuo (p. 175).

El discurso internacional, a partir de esta iniciativa, ordena las “clásicas” relaciones de hegemonía/subordinación que orientan la experiencia colonial bajo la “nueva” idea de “intereses comunes” reafirmando el dispositivo saber/poder que la precede.

La teoría de la dependencia ¿ruptura o continuidad?

Incluso los postulados más pretendidamente “rupturistas” fracasaron al intentar distanciarse de la trama argumental del desarrollo tal y como este fue concebido. Tal es el caso de la

“Teoría de la Dependencia”, la cual, a raíz de su pronunciamiento en el seno de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, puso en marcha numerosos proyectos económicos que terminarían fracasando estrepitosamente, aumentando así la situación de vulnerabilidad de la región y, paradójicamente, su dependencia.

De acuerdo con Spicker, Leguizamón & Gordon (2009) los postulados básicos que sostienen a la teoría de la dependencia son los siguientes:

- El subdesarrollo se encuentra directamente ligado a la expansión de los países industrializados.
- Desarrollo y subdesarrollo son aspectos diferentes del mismo proceso
- El subdesarrollo no es ni una etapa en el progreso gradual hacia el desarrollo ni una precondition, sino una condición en sí misma.
- La dependencia no se limita a relaciones entre países, sino que también crea estructuras internas de dominación en las sociedades.

En palabras de Rist (op. cit.), lo que busca la teoría de la dependencia es “pensar la relación entre desarrollo y subdesarrollo de manera global, en una perspectiva histórico-estructural” (p. 135).

Siguiendo a Weffort, estos postulados, que por primera vez colocan al subdesarrollo como una consecuencia del desarrollo y la situación de marginalidad en la que se coloca a las naciones del Tercer Mundo en el espectro internacional, falla sin embargo al aceptar, de manera más o menos vaga, la idea de “modo clásico” de desarrollo (Weffort, 1970, p. 101).

Así, puede observarse cómo, al enfatizar excesivamente la idea de dependencia como factor único de desarrollo, se piensa el subdesarrollo de los países tercermundistas como una simple “obstrucción” por parte de los países industrializados del progreso que estos países debían alcanzar “naturalmente”. De esta manera, los teóricos de la dependencia observan a la economía como modelo explicativo único del devenir social, relegando a las poblaciones y su localidad a un segundo plano. El crecimiento económico y la modernización continúan considerándose el objetivo principal. Sin embargo, estos deben alcanzarse autónomamente y en condiciones de igualdad. Por lo que vemos, existe entonces un paralelismo significativo entre las “ataduras discursivas” que tanto el NOEI como la teoría de la dependencia mantienen en relación con los postulados de la modernización.

Este breve análisis permite observar cómo, el espíritu optimista y revolucionario de la época no coincidió con una verdadera crítica estructural que cuestionara las bases discursivas

profundas que han sostenido al discurso del desarrollo. El debate, aunque acalorado, se movió siempre en la adecuación de las formas, dejando intacto el contenido.

Alma Ata: el nacimiento de la medicina tradicional

Retomando el análisis de Menéndez (1988) a finales de la década de 1960 y principios de 1970, el Modelo Médico Hegemónico, vinculado al modelo de desarrollo constructivista, comienza a ser fuertemente cuestionado. Curiosamente, las críticas provienen tanto de los países “subdesarrollados” como de los países industrializados encargados de expandir el modelo. En lo que respecta a los donantes, algunos de los cuestionamientos principales son:

1. Aumento en el costo de la atención a la enfermedad, lo que disminuye la idea de costo/beneficio asociado a la eficacia de la ayuda.
2. Se descubre que la medicina socializada no ha logrado reducir los índices de desigualdad en las regiones menos industrializadas.
3. Se experimenta, pese a la creciente medicalización, que la mortalidad en los varones en edad productiva comienza a aumentar.
4. Fracaso de la intervención médica en problemas considerados “mentales” como el alcoholismo o la drogadicción.
5. Mal aprovechamiento de la tecnología médica y en la utilización de los fármacos, lo que disminuye su efectividad.

En el caso de los países periféricos, algunos de los problemas que se hacen patentes son:

1. Incidencia de muertes “evitables” relacionadas con la desigualdad económica.
2. Resurgimiento de enfermedades como tuberculosis o difteria, además de patologías pulmonares y venéreas.
3. Crisis de financiamiento en la seguridad social, asociado al período de inestabilidad económica. Lo anterior se traduce también en una creciente deficiencia de la infraestructura sanitaria básica y de intervención.

Cabe aclarar que tales cuestionamientos se encuentran íntimamente relacionados con lo que se ha denominado el “*giro social*” de los años setenta (Bustelo, 1998). De acuerdo con Unceta (op. cit.), a partir de la realización de diversos estudios de carácter social, fue posible constatar que las tasas de crecimiento exponencial registradas durante dos décadas en prácticamente todas las regiones del mundo, no coincidían con una mejora efectiva de las condiciones de vida en las sociedades “subdesarrolladas”. Por el contrario, la brecha no hacía más que ensancharse. A su vez, la medición del grado de desarrollo a través de indicadores

económicos daba pruebas fehacientes de su ineffectividad, especialmente de la incapacidad de este modelo economicista para conseguir aumentar el bienestar de las comunidades desde una perspectiva equitativa y eficaz.

La puesta en marcha de este giro social, que involucra cuestionamientos *in crescendo* al modelo anterior, entre los que destacan el daño ecológico, la incapacidad del desarrollo para incorporar entre sus filas a los grupos poblaciones más vulnerables, así como el fuerte intervencionismo e intereses de poder que involucraba, coinciden a la vez con el surgimiento del Movimiento Tercermundista. Dicho movimiento busca, por un lado, mantener una posición intermedia entre dos “alternativas” de desarrollo –que sin embargo se sustentaban en el mismo paradigma productivista- y por el otro, se estructura bajo una serie de reivindicaciones enérgicas de los países “susceptibles” al desarrollo que por primera vez comienzan a actuar colectivamente en el escenario internacional.

Volviendo a las críticas lanzadas hacia la medicina con orientación “desarrollista”, se cuestiona la creciente ineficacia del Modelo Médico Hegemónico desde una perspectiva clínica sustentada en el intervencionismo sanitario, por lo que comienza a gestarse en el seno de las Organizaciones Internacionales la idea de “modificar la orientación hegemónica incorporando prácticas preventivistas” (Menéndez, op. cit., p. 3). La intención es transformar el modelo hegemónico en tratamientos terapéuticos más “simples” y “*a la carte*” que permitan eliminar la idea de complejidad y alto costo con la que se parte a raíz de su consideración como “motor de desarrollo”.

De lo que se trata es entonces, de generar una medicina barata, eficaz y “comunitaria” en dónde teóricamente –ya que en la práctica no sucedió así- los profesionales médicos deberían adquirir un rol secundario y abrir paso a la participación local.

En respuesta, y cómo se ha establecido en el marco crítico-conceptual de esta investigación, se celebra en 1978 una Conferencia Internacional en Salud en la ciudad de Alma-Ata (Kazajstán) auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), dónde estuvieron representados más de 151 países y participaron miembros de instituciones de salud de más de 100 países.

La Conferencia de Alma-Ata definió la Atención Primaria en Salud cómo: la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptable, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad

mediante su plena participación y a un costo en que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad”³⁸

Uno de los argumentos que más frecuentemente se han establecido para defender el carácter “revolucionario” de esta propuesta, alude a la incorporación, a raíz de la declaración de Alma-Ata, de variables políticas relacionadas con la escasa distribución de recursos y falta de accesibilidad a condiciones básicas de salud. La declaración argumentaba entonces que: “es necesaria una política clara por la cual los países más influyentes se comprometan a realizar una distribución más justa de los recursos para permitir a los países en desarrollo, y de forma muy especial, a los menos desarrollados, poner en marcha la Atención Primaria en Salud”³⁹.

Es necesario insistir en que este giro discursivo fue de carácter meramente superficial –se sigue hablando en términos evolutivos, taxonómicos y mecanicistas- en un proceso en el que los países del Tercer Mundo tuvieron un enorme grado de complicidad, pues buscan únicamente plantear una “desarrollo menos doloroso”, es decir, una incorporación cuidadosa e integral a los postulados desarrollistas, y no un modelo alternativo de bienestar adecuado a sus contextos locales.

En la praxis sin embargo, tal y como lo menciona Lorenzo Rodríguez (2005) esta estrategia fue pronto vaciada de sentido al desarrollarse en un contexto de penetración neoliberal, y al reducir sus postulados a un componente fundamentalmente clínico: “el perfeccionamiento del primer nivel del sistema sanitario”, el cuál es visto desde una perspectiva participativa que al interior del Estado se orienta como una estrategia de “administración de las alteridades” y no como un cuestionamiento político, antropológico y epistemológico del Modelo Médico Hegemónico que funciona como estrategia universal de Desarrollo. De acuerdo con esta autor: “como resultado, muchos programas nacionales fueron puestos en marcha y atrajeron recursos bajo el lema de la Atención Primaria en Salud. Pero, en la práctica, concebían esta como una prolongación del sistema sanitario biomédico que, hecho desde arriba, se extendía hacia los grupos más vulnerables y otras áreas históricamente menos atendidas” (s/p).

En lo que respecta al ámbito de la medicina tradicional, esta declaración tiene una importancia fundamental para entender la internalización de un discurso que, hasta ese momento, había invisibilizado a la Medicina Tradicional como elemento susceptible a la protección y promoción internacional. Cabe resaltar que en el texto original la alusión es mínima, y sólo se

³⁸ Información disponible en la página web de la Organización Panamericana de la Salud, específicamente en http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

³⁹ *ibíd.*

menciona a la Medicina Tradicional residualmente en el punto VII de la Declaración, dónde se establece que:

La Atención Primaria en Salud., se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteros, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida en que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud, y atender a las necesidades de salud que expresa la comunidad. (OMS, 1978)⁴⁰

Sin embargo, dicha alusión funciona como un antecedente directo que da cuenta del creciente interés de la Organización Mundial de la Salud en lo que respecta a las prácticas médicas tradicionales.

Como lo mencionan Carpio, Severo & Meo (2005) ya en 1976 se había llamado la atención sobre la importancia de los agentes de salud de la medicina tradicional (resolución WHO 29.72). A su vez en 1997, dicha Organización urgió a los países miembros a utilizar adecuadamente sus sistemas de medicina tradicional (resolución WHO 30.49). En el mismo año de 1978 (resolución WHA 331.33) recomienda a sus estados miembros lo siguiente: ⁴¹

- Un inventario y clasificación terapéutica, actualizadas periódicamente, de plantas usadas en los diferentes países.
- Criterios científicos y métodos para asegurar la calidad de las preparaciones con plantas medicinales y su eficacia en el tratamiento de condiciones específicas y enfermedades.
- Estándares internacionales y especificidades de identidad, potencia, pureza y buenas prácticas de fabricación.
- Métodos para el uso efectivo y seguro de productos terapéuticos por diferentes profesionales de la salud.
- Diseminación de la información a los estados miembros.
- Designación de centros de investigación y capacitación para el estudio de plantas medicinales.

Analizando esta consideración inicial de las medicinas tradicionales en el contexto internacional -lo que podemos denominar el momento de “creación/invención” de los saberes médicos tradicionales- es posible identificar las siguientes características que explican su

⁴⁰ *Ibíd.*

⁴¹ De acuerdo a los planteamientos de Carpio, Severo & Meo (op. cit.)

incorporación al ámbito de la salud como un motor más del desarrollo y ya no como un saber que debe “ser desarrollado”:

En primer lugar “la imposibilidad de cubrir las necesidades sanitarias de la población mundial con servicios médicos al estilo occidental” (Fernández Juárez, op. cit., p. 422). En efecto, la crisis económica que sacudía el escenario internacional impedía pensar en una ampliación del sistema biomédico que resultara “rentable” a nivel económico. Aunado a lo anterior, la consideración de unos “límites” del crecimiento, posicionan a las medicinas tradicionales como un saber que permite cumplir esas carencias con un costo relativamente bajo.

A su vez, y como es evidente a raíz de un análisis discursivo de las recomendaciones planteadas por la OMS, en todo momento busca establecerse un paralelismo entre las medicinas tradicionales y el modelo biomédico hegemónico. Tal punto de síntesis dialéctica se establece a partir del conocimiento herbolario por parte de los curadores tradicionales.

Siguiendo la tradición galénica y la farmacopea que concede a ciertas plantas un elemento activo de carácter terapéutico, las plantas medicinales son cuidadosamente analizadas en aras de establecer criterios “científicos” para su uso. Lo anterior sin embargo, genera una consideración superficial que desconecta el uso de estos elementos terapéuticos de su contexto cultural más amplio.

En tercer lugar, este modelo de inclusión se sustenta en un paradigma de “participación comunitaria” en la salud, dónde el carácter subversivo del discurso de la participación es neutralizado para posicionarse como una estructura hegemónica de dominación que sin embargo, se convierte en un lema publicitario políticamente atractivo. De acuerdo con Rahmena:

Los lemas publicitarios participativos crean sentimientos de complicidad entre los fabricantes públicos de ilusiones y sus clientes. Los políticos proyectan hacia sus distritos electorales la imagen de ser verdaderamente sensibles a todos sus problemas, invitándoles a menudo a ilustrarlos respecto a sus necesidades y aspiraciones” (Rahmena, en Pérez Galán op. cit., p. 191).

A su vez, y esto resulta esencial para entender la inserción de la medicina tradicional en un contexto de globalización transnacional que se analizará más adelante, la participación se ha vuelto económicamente tentadora ya que garantiza el mantenimiento de la maquinaria institucional del desarrollo, además de ayudar al sector privado a involucrarse directamente en el “negocio del desarrollo”. En ese sentido la participación –la integración de la medicina

tradicional- permite revitalizar el discurso del modelo biomédico, que en ese momento era cuestionado a partir de sus altos costes y baja accesibilidad.

Finalmente conviene rescatar los planteamientos de Fernández Juárez (op. cit.) en cuanto a la explicación del nacimiento de la medicina tradicional como respuesta al pluralismo médico de los países asiáticos. Sin embargo, este pluralismo médico fue en realidad una orquestación política, la subordinación de un sistema etnomédico a premisas científicas hegemónicas en aras de ser considerado una alternativa susceptible de salud –lo que permitía por un lado el apoyo financiero internacional, y por el otro, la extensión de los intereses nacionales en un ejemplo claro de *real politik* sustentado en los mecanismos de saber/poder descritos exhaustivamente a lo largo del presente análisis-.

Un análisis deconstructivista de la Declaración de Alma Ata, en lo que respecta a la incorporación de las medicinas tradicionales al Modelo Médico Hegemónico, pone de relieve dos situaciones que, con la profundización del modelo neoliberal, irán complejizándose cada vez más:

Por un lado, una “colonización de la realidad”, lo que Geertz (1987) ha definido como la creación de un “modelo de realidad”. De acuerdo con este autor, a partir de un modelo concreto de interpretación de la realidad,, nuestra praxis se estructura, dando lugar a la institucionalización de una realidad social naturalizada colectivamente. Desde esta perspectiva, la irrupción discursiva de la medicina tradicional, alejada de un análisis antropológico-hermenéutico que de sentido y particularice estas prácticas, pone en marcha un gran número de intervenciones, proyectos, instituciones y “profesiones” que se encargan de perpetuar este modelo discursivo a partir de su naturalización/reproducción práctica.

En realidad, lo que se habilita es una nueva clasificación taxonómica al interior del discurso del desarrollo –y la salud como herramienta indispensable para conseguirlo- que permite homogeneizar la diferencia, habilitando su control y administración burocrática. En lo que respecta a la medicina tradicional, esta se convierte en un símbolo orientador de la acción, por lo que, como discurso internacional e instrumento de desarrollo, nace cargado ideológicamente. Siguiendo a Geertz: “lo que más directamente da nacimiento a la actividad ideológica es una pérdida de orientación, una incapacidad (por falta de modelos viables) de comprender el universo de responsabilidades y derechos cívicos en el que uno se encuentra” (op. cit., p. 192).

Por tanto, la ideología del desarrollo se desplaza al terreno de la salud, para finalmente impregnar –bajo una coyuntura de “reivindicación de la otredad”- a la medicina tradicional dentro de un discurso de pluralismo médico. La ideología se posiciona entonces como un “sistema cultural” complejo capaz de orientar el quehacer de los actores, que a partir de ahora se convierten en “gestores ideológicos” de la alteridad.

El segundo elemento que germina a raíz del análisis de la Declaración de Alma Ata, alude a la incorporación de la medicina tradicional como un elemento “rentable”, que puede ser fragmentado y transmutado al pasar por un “filtro moderno”, el cual establece, de acuerdo con Foucault (op. cit.), categorías de jerarquización y regulación de los saberes. Como se ha analizado en capítulos anteriores, al incorporarse al modelo de medicina alópata afín al proyecto de la modernidad y su “ansia colonizadora”, la medicina tradicional comienza a ser vista como un medicina alternativa susceptible a su diseminación, control y estandarización, siendo desprovista de cualquier elemento cultural que la caracteriza, por lo que, paradójicamente, su incorporación provoca que esta medicina tradicional se “destradicionalice”.

García Canclini (1984) a partir del análisis Gramsciano, define a la hegemonía como: “un proceso de dirección política e ideológica en el que una clase o sector logra una apropiación preferencial de las instancias de poder en alianza con otras clases, admitiendo espacios dónde los grupos subalternos desarrollan prácticas independientes” (p. 78).

Así, en la medida en que la hegemonía no es simple dominación, se admite la reproducción de prácticas subalternas que permiten suplir las carencias de un modelo hegemónico que no puede incorporar a todos los sectores a su universo de reproducción simbólica cultural. De esta manera la medicina tradicional posibilita: “reproducir la fuerza de trabajo, a quienes por razones económicas o culturales, o por el deficiente servicio de la medicina estatal no tienen acceso a las formas hegemónicas de atención a la salud” (Ibídem, p. 79).

Cabe destacar finalmente, el carácter que la medicina tradicional adquiere, especialmente en la región latinoamericana, como un elemento de reivindicación étnica que resulta fundamental dentro de los movimientos indígenas que surgen durante estos años al interior de los países de América Latina. En ese sentido, la medicina tradicional se posiciona como una “práctica cultural profunda” que necesita protegerse al convertirse en símbolo de la identidad étnica de los pueblos indígenas latinoamericanos. En ese sentido, la identidad puede entenderse de la siguiente manera: “la identidad de un determinado actor resulta (...) de una especie de transacción entre auto y hetero-reconocimiento (...) La identidad no es atributo, una esencia o

una propiedad intrínseca del sujeto, sino que tiene un carácter subjetivo y relacional” (Giménez, 1997, p. 14).

Así, dichos procesos de reivindicación étnica que se producen a través de la instrumentalización cultural del proyecto desarrollista, paradójicamente se estructuran no en un enriquecimiento identitario sustentado en el relacionamiento intersubjetivo, sino en un proceso de “reclusión cultural” –lo que Aguirre Beltrán define como regiones de refugio– sustentado en la protección de una materialidad cultural y un patrimonio del saber como elemento de resistencia y factor de construcción autonómica. A raíz de estos movimientos se acuña el término de “medicina tradicional indígena” dotando a las prácticas terapéuticas ligadas a la etnicidad de un cariz especial que será analizado a profundidad posteriormente.

Los movimientos indígenas se estructuran bajo la idea de una “política del reconocimiento”, teniendo nexos significativos con la idea de identidad (Taylor, 2001). Dentro del contexto de colonización epistémica retratado con anterioridad, los grupos étnicos buscan ser reconocidos como grupos indígenas a su manera, y no desde un falso reconocimiento que implique el despojo de sus derechos y bienes simbólicos y materiales (Bello, 2004). En ese sentido: “la invención de la tradición o la recuperación del pasado para proyectar el futuro y el presente, es un proceso y una estrategia común de los pueblos indígenas y que constituye una característica central en el plano de la estrategia política” (Del Álamo, 2007, p. 91).

Por tanto, enmarcar a los movimientos indígenas dentro de un proyecto de “búsqueda de reconocimiento” resulta más correcto que reducirlos a una simple “reivindicación de la diferencia”. Son por lo tanto, movimientos sustentados en la emancipación epistémico-discursiva que recurren a lo “tradicional” como forma de construir identidades dinámicas actuales.

A continuación observaremos como estos elementos se (re) configuran a partir del auge neoliberal, adquiriendo características de un modelo de “economía desarraigada” en términos de Polanyi (1944[2007]) En definitiva, podremos observar como esta nueva realidad económica “cosifica” a la medicina tradicional, proletarizándola y convirtiéndola –tanto a nivel discursivo como “real”- en un bien de mercado.

4) La Medicina Tradicional en el marco de la Globalización de la Salud.

En 1987, durante la 40ª Asamblea General de la OMS se reafirman los postulados de Alma Ata y se establecen las siguientes acciones para el futuro:

- Iniciar programas globales para la identificación, evaluación, preparación, cultivo y conservación de plantas medicinales utilizadas en la medicina tradicional.
- Asegurar el control de calidad de los medicamentos derivados de medios vegetales tradicionales y aplicar estándares adecuados y buenas “prácticas” de fabricación.

A su vez, en 1998, con la Declaración de Chiang Mai en Tailandia, emitida por la OMS, dónde la consigna era “salvar las plantas que salvan vidas” se establece la necesidad de:

- Establecer programas para la conservación de plantas medicinales que aseguren la disponibilidad de cantidades adecuadas de las mismas para las generaciones futuras

Ambas reuniones se completan con eventos internacionales tales como:

- El “Informe del Grupo de Trabajo sobre salud y culturas médicas tradicionales en América Latina y el Caribe” desarrollado en Washington en 1983, dónde el saber médico tradicional se reconoce como una práctica cultural ligada al pluralismo médico.
- El convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas, Tribales e Independientes, en el marco de la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo celebrada en Ginebra en 1989, dónde por un lado, se reconocen *“las aspiraciones de estos pueblos a asumir el control de sus propias instituciones y formas de vida y de su desarrollo económico y a mantener y a fortalecer sus identidades, lenguas y religiones, dentro del marco de los Estados en que viven”* es decir, se hace un reconocimiento explícito a las luchas de autonomía y reivindicación que se sucedían en diferentes regiones del Tercer Mundo, y por otro lado se conmina a los gobiernos –aquellos que habían comandado las políticas de aculturación que habían suscitado el surgimiento de movimientos reivindicativos en primer lugar, en una acción claramente contradictoria- a *“asumir la responsabilidad de desarrollar, con la participación de los pueblos interesados”* –es decir, la idea de control cultural desaparece del informe y los pueblos indígenas se vuelven simples “participantes” – *“una acción coordinada y sistemática en miras a promover los derechos de estos pueblos... respetando su identidad cultural, sus costumbres y tradiciones”*. Específicamente en lo que respecta al ámbito de la salud el convenio establece que *“los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones*

geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales". Sin embargo, la resolución no se cuestiona acerca de las "condiciones de posibilidad" de esa participación comunitaria, ni la finalidad de "tener en cuenta" las prácticas locales, ya que no se establece si esta se realizará tomando en cuenta su valor cultural o su eficacia terapéutica.

- El Seminario de Pueblos Indígenas y Salud, desarrollado en Winnipeg, Canadá, en 1993. Entre las principales premisas se encontraban la necesidad de un abordaje integral de salud, el derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas y el derecho a la participación sistemática.
- Ese mismo año, se desarrolla en Puajachel (Guatemala) la Reunión del Grupo de Expertos en la Utilización Industrial de Plantas Medicinales, organizada por la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI) cuyo objetivo era brindar información adecuada sobre los aspectos técnicos y económicos del procesamiento de plantas medicinales, con miras a iniciar y reforzar la actividad en el campo. En esta reunión China fungió como "invitado especial" dada la experiencia de este país en el tema de las plantas medicinales y su instrumentalización en los procesos globales que se profundizaban durante esta época.
- El Informe Ejecutivo del Taller Subregional Mesoamericano de Pueblos Indígenas en Salud, que se llevó a cabo en 1994 en Quetzaltenango, Guatemala. En esta cita se habló acerca de los aspectos socioculturales que definen a los pueblos indígenas, su relación con sus Estados de origen en términos socio-políticos, así como la necesidad de establecer Programas de Salud dirigidos hacia Pueblos Indígenas desde un enfoque diferencial.
- Finalmente, cabe destacar la resolución de la 56ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra durante el año 2003, la cual, en su punto 14.10 establece que: *la medicina tradicional abarca una serie de terapias y prácticas que difieren mucho de un país a otro y de una región a otra y que estas desempeñan una función importante en el tratamiento de enfermedades crónicas, y en la mejora de la calidad de vida de quienes sufren enfermedades leves, o determinadas enfermedades incurables*⁴² considerando que los problemas principales para una práctica adecuada de estos saberes médicos se debe a la *falta de redes organizadas de prácticos tradicionales y de datos "válidos" sobre la seguridad, la eficacia y la calidad de la medicina*

⁴² Organización Mundial de la Salud, op. cit.

tradicional, así como la necesidad de medidas para asegurar el buen uso de la medicina tradicional (...) .y de que los prácticos de la Medicina Tradicional reciban formación y se les otorguen licencias para ejercerla”⁴³. Esta ordenación de los saberes se realiza siguiendo los parámetros del modelo médico moderno-cartesiano sustentado en el biologicismo y la mecanización del individuo.

Este breve repaso por las Conferencias más significativas permite esbozar ciertos elementos de análisis que pueden agruparse a partir de tres argumentos interconectados que dan cuenta de la medicina tradicional tal y como ha sido abordada en el contexto de “salud global” desarrollado en los inicios de este capítulo:

1. En primer lugar, asistimos a una “sobreeplotación discursiva” de la medicina tradicional en un escenario global que puede ser caracterizado como un “proceso infinito de contradicciones dinámicas” (Melo, 2002) en el que la fragmentación cultural resulta evidente, coincidiendo con la aparición de nuevos actores en una “integración diferenciada portadora de sentido simbólico e histórico” (Levinas, 1990, p. 340). Por tanto, la globalización se aplica no únicamente a bienes de consumo, sino a ideas y patrones de conducta. En este sentido, la idea de “localidad” se reconfigura, adquiriendo sentido únicamente al interior de un marco transnacional que excede su ámbito de control. Lo anterior da paso a “formas desterritorializadas de experiencia cultural” (Rodríguez, 2002).

Por tanto, la “medicina tradicional”, mediante la reproducción discursiva a gran escala y la puesta a punto de “rituales” al interior de la cooperación internacional pone en marcha un modelo de construcción social en dónde, de acuerdo con Berger y Luckmann: “la realidad (...) se concreta porque se mantiene en rutinas, lo que constituye la esencia de la institucionalización” (Berger y Luckmann, 1966 [2001]).

Dentro de este nuevo esquema de realidad, la identidad cultural se posiciona como un bien de consumo al interior del “mercado de las identidades”, el cual, a partir del reconocimiento de la diferencia, provoca una subjetivación de la identidad estructurada a partir del consumo. Por tanto, la diferenciación cultural de ahora en adelante se referirá a: “formas manifiestas de comportamientos, gustos, estilos de vida y símbolos de estatus diferenciados y diferenciantes, pero también en forma de artefactos y productos y artefactos diversamente valorizados” (Giménez Montiel, 1986, p. 37).

⁴³ *ibíd.*

Así, a través de la tipificación de la *res étnica* como un proyecto político desarrollado a escala internacional, la medicina tradicional se estructura discursivamente gracias a un desplazamiento semiótico/narrativo que permite su consideración, no únicamente como un elemento susceptible al desarrollo mediante la financiación y el establecimiento de programas de salud pública a nivel local. Más aún, dicho saber tradicional se convierte en un “motor de desarrollo”, gracias a la posibilidad de insertarse en una lógica de industrialización cultural, contando con un amplio potencial -como instrumento semántico de poder- para vaciar el significante político de los movimientos sociales sustentados en la reivindicación étnica.

El punto cumbre de esta inserción discursiva de la medicina tradicional en el campo de la Cooperación al Desarrollo, podemos encontrarlo en la Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005⁴⁴. En un aspecto que permite adelantar la tónica de dicho documento, se distingue a la Medicina Tradicional de la Medicina Alternativa Complementaria de acuerdo al siguiente criterio: “en países donde el sistema sanitario dominante se basa en la medicina alopática, o donde la Medicina Tradicional no se ha incorporado en el sistema sanitario nacional, la Medicina Tradicional se clasifica a menudo como medicina “complementaria”, “alternativa” o “no convencional”. (p.1).

Siguiendo esta lógica, la Medicina Tradicional debe partir de un reconocimiento estatal explícito –como reconocimiento de su valor terapéutico/cultural- lo que desactiva su elemento emancipador vinculado a la autonomía/gobierno propio, generando por tanto la alternativización de la Medicina Tradicional tal y como se ha analizado anteriormente. A pesar de esta división conceptual la Medicina Tradicional y la Alternativa se utilizan de manera poco rigurosa, a menudo a través de un tratamiento conjunto que oculta las diferencias estructurales entre ambas, pues mientras que la medicina tradicional llega a considerarse un elemento de “resistencia” y reivindicación étnica asociada a la política de lugar de acuerdo con Escobar (op. cit.), la Medicina Alternativa busca insertarse exitosamente en la lógica del capitalismo global, lo que posibilita su desregulación y posterior fetichización discursiva.

De acuerdo con los planteamientos de la OMS, los principales retos de la Medicina Tradicional (p. 3-5) –junto con las carencias que legitiman tales retos- son:

- La creación de una política nacional y marco de trabajo legislativo.
 - Falta de reconocimiento oficial de la Medicina Tradicional y la Medicina Complementaria Alternativa.

⁴⁴ op. cit.

- Falta de integración en los sistemas nacionales de salud.
 - Falta de mecanismos legislativos y legales.
 - Distribución equitativa de los beneficios del conocimiento y los productos indígenas de la medicina tradicional.
 - Inadecuada distribución de los recursos para el desarrollo de estas medicinas, por lo que se requiere la construcción de capacidades.
- La necesidad de seguridad, eficacia y calidad en el uso de estos medicamentos
 - Falta de metodología de la investigación.
 - Inadecuada base de evidencias para la terapia y los productos de la MT/MCA.
 - Falta de pautas internacionales y nacionales para asegurar la seguridad, eficacia y control de calidad de las terapias y productos de la MT/MCA.
 - Falta de normativas y registros adecuados de las medicinas con base de hierbas.
 - Falta de registro de los proveedores de MT/MCA.
 - Inadecuado apoyo para la investigación.
- El adecuado acceso a estos recursos
 - Falta de datos que midan los niveles de acceso y la asequibilidad.
 - Ne Falta de datos que midan los niveles de acceso y la asequibilidad.
 - Necesidad de identificar terapias y productos seguros y eficaces.
 - Falta de reconocimiento oficial del papel de los proveedores de MT/MCA.
 - Falta de cooperación entre los suministradores de MT/MCA y los médicos alopáticos.
 - Uso no sostenible de los recursos de plantas medicinales.
- El uso racional de estos recursos
 - Falta de formación de los proveedores de MT/MCA y sobre MT/MCA para los médicos alopáticos.
 - Falta de comunicación entre la MT/MCA y los médicos alopáticos, y entre los médicos alopáticos y los consumidores.
 - Falta de información al público sobre el uso racional de la MT/MCA.

Además de estos cuatro “retos” de la Medicina tradicional, se le reconocen las siguientes características positivas (p. 5-6): diversidad y flexibilidad, accesibilidad y asequibilidad en muchas partes del mundo, la amplia aceptación entre numerosos países en vías de desarrollo, el aumento de la popularidad de los países desarrollados, un coste relativamente bajo, un bajo nivel de inversión tecnológica y una creciente importancia económica.

De acuerdo con Van Dijk (op. cit.), en su análisis ideológico del discurso: “las ideologías organizan las actitudes de los grupos sociales, que consisten en opiniones generales organizadas esquemáticamente acerca de los temas sociales relevantes, tales como el aborto, la energía nuclear o la acción afirmativa” (p. 19).

Los textos ideológicos se estructuran desde una posición auto-identitaria, integrando un número importante de proposiciones axiomáticas organizadas a partir de categorías fijas que otorgan sustento científico, es decir, que “naturalizan” a los textos. En ese sentido, y de manera paradójica, uno de los elementos fundamentales de cualquier texto ideológico es la búsqueda constante de legitimación racional.

Continuando con el análisis de Van Dijk, un texto ideológico pone de relieve un juego de oposiciones binarias –lo que el autor denomina “ingroups” o grupo de pertenencia, antagonizando con “outgroups” como entidad externa- en dónde la figura del “otro” aparece como una “descripción general”, de carácter vago, sin soporte argumentativo o control sobre la imagen, lo que tácitamente implica la exaltación del “yo” como figura autorizada del saber.

Todo texto ideológico contiene, entre otras, las siguientes características⁴⁵:

1. Descripciones de propósitos, enfocados principalmente en los “buenos propósitos” de sus actividades. Estas descripciones, en dónde las instituciones adquieren un sentido moral o pedagógico, no corresponden necesariamente a una realidad establecida, actuando especialmente como un régimen de verdad de carácter normativo.
2. Descripciones de normas y valores, que permiten universalizar un pensamiento particular, a la vez que se construyen relaciones antagónicas entre aquellos sujetos que rompen la norma –se construye así una idea de anormalidad como elemento susceptible a una transformación moral-.
3. Descripciones de relación, dónde se pone especial énfasis en los avances grupales y en la polarización que puede enmascarse bajo una retórica integradora como se ha observado a partir de los argumentos de Zizek (op. cit.).

⁴⁵ Para mayor información consultar Van Dijk, op. cit., p. 30

Ahora bien, tomando en cuenta estos elementos que conforman y construyen al texto ideológico, el análisis exhaustivo de la Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005 pone de relieve algunos elementos capaces de conformar un “aparato ideológico supraestatal”, es decir, elementos encargados de perpetuar las relaciones de producción, por lo que funcionan como herramientas de materialización de un determinado discurso hegemónico proyectado internacionalmente. Dichos elementos pueden analizarse de la siguiente manera:

1. La única mención a la Medicina Tradicional como práctica cultural/local se menciona en el siguiente párrafo: *“la Medicina Tradicional es también muy popular en países en vías de desarrollo puesto que está muy firmemente arraigada a los sistemas de creencias”* (p. 2).

Si analizamos detenidamente esta aseveración, su importancia se basa en “la creencia” no como elemento cultural, resultado de la cosmovisión de una determinada comunidad. Por el contrario, y continuando con la tradición de la antropología clásica -ejemplificada por el trabajo de Evans-Pritchard sobre los Azande- la Medicina Tradicional se encuentra en el terreno de la creencia, de la superstición, en franca oposición con la cientificidad del Modelo Biomédico de Salud. Cabe destacar que en lo que resta de la Declaración no aparece otra mención que realce su valor cultural, poniéndose de relieve su carácter patrimonial -como una práctica ahistórica, desarraigada de los grupos encargados de ponerla en práctica-.

2. La Medicina Tradicional se define a partir de una clasificación entre “terapias sin medicación” que incluye la acupuntura, terapias manuales y espirituales y “terapias con medicación” que implican el uso a base de hierbas, animales y/o minerales.

Curiosamente, esta historicidad no impide que la Medicina Tradicional sea considerada a partir de una línea evolutiva, cuyo punto de referencia es la “medicación” como elemento que caracteriza y distingue a la medicina alópata. Es decir, se traza primero una variable que permite establecer un paralelismo entre ambas disciplinas -la aplicación o no de medicamentos- para posteriormente diferenciarla a través de los “materiales” que se utilizan, al interior de una configuración taxonómica que habilita la idea de Medicina Tradicional como el “ancestro” del Modelo Biomédico de Salud.

Del mismo modo, la Medicina Tradicional no se considera una “medicina social” o “comunitaria” por lo que es evaluada únicamente a nivel de eficacia terapéutica, incrustándose en el modelo médico orgánico sustentado en la separación/clasificación de los individuos.

3. Se establece la necesidad de “construir una política nacional” y “establecer un marco legislativo” en busca de su “integración a los sistemas nacionales de salud”.

En lo que resulta un giro semántico que ilustra claramente el funcionamiento de la lógica del capitalismo global, la medicina tradicional se envuelve bajo el abrigo de un “Estado nacional” encargado de, en primer lugar, regularla burocráticamente, administrarla, incorporarla en su ámbito de control –sin mención alguna del carácter autónomo de aquellas comunidades “portadoras del saber”- para, posteriormente, orquestar desde el Estado Mismo su incorporación a un sistema global que la mercantiliza, cosificándola.

Esta supuesta “integración” a los sistemas de salud no se explicita adecuadamente. Una integración de este tipo puede realizarse hegemónicamente a partir de su incorporación dentro de una cadena de jerarquización –como sucede a menudo en lo que a Medicina Tradicional se refiere-, una aculturación dirigida o, por el contrario, la coexistencia de ambos sistemas etnomédicos en posición de igualdad y con apoyo significativo a nivel estatal y privado, lo que formalmente no podría ser incorporado a la narrativa discursiva bajo el sentido de “integración”. Cabe destacar que en el texto no se menciona nunca que esta integración cuente con la participación de las comunidades y los practicantes de la medicina tradicional.

4. El soporte discursivo de la Estrategia sobre Medicina Tradicional de la OMS se encuentra orientado bajo la idea de “seguridad”, “uso adecuado” y “uso racional” de los saberes médicos tradicionales

Ulrich Beck, en su análisis de la modernidad reflexiva, define a esta última como: “un tipo de modernización de carácter creativo y destructivo a la vez, dónde un tipo de modernización destruye a otra y la modifica” (Beck, 1997, p. 12). En este sentido, la modernidad reflexiva representa un periodo de auto afrontamiento con los efectos y riesgos de los efectos del proceso de modernización. En otras palabras, la sociedad del riesgo es reflexiva y en la medida en que reconoce estos riesgos y su imprevisibilidad, “se exige una auto reflexión en relación a las bases de la cohesión social y un examen de las convenciones y de los fundamentos predominantes de su racionalidad” (ibíd., p. 19).

Bajó esta idea de “modernización reflexiva”, las ciencias deben comenzar a enfrentarse al balance de sus fracasos y promesas incumplidas.

De acuerdo con este autor, el riesgo no es sólo consecuencia necesaria, sino un **elemento legitimador** de una modernidad globalizada y transnacional, dónde la idea de “manejo de riesgo” permite devolver la idea de fe en el progreso y una ciencia con “rostro humano”. A

partir de lo anterior, la idea de riesgo introduce una variable de científicidad a la Medicina Tradicional, condición necesaria para su internacionalización discursiva.

Adicionalmente, la reiteración excesiva de “riesgo” y “control” de la medicina tradicional recuerda sospechosamente el proceso de institucionalización de la Medicina alópata en cuanto a la puesta en marcha de protocolos de experimentación, de acuerdo a los planteamientos de Foucault (op. cit.) analizados en el primer capítulo. La idea de riesgo marca una nueva oposición entre la medicina moderna sustentada a partir del control/seguridad, y una medicina tradicional “impredecible” que necesita ser disciplinada.

5. Se apela a un “uso racional” de los recursos que asegure su “efectividad” y eficacia terapéutica.

Una primera crítica a estos argumentos, y a la manera en la que estos son instrumentalizados, alude a la “falta de formación/información” de los médicos alopáticos en lo que a saberes tradicionales se refiere. Tal afirmación marca un nuevo punto de quiebre en este discurso de clasificación de saberes, ya que, en su papel de “especialistas” dotados de una racionalidad hegemónica, son capaces de aprehender/aprender los mecanismos bajo los que opera la medicina tradicional –que nuevamente aparece desconectada de su sentido comunitario y en el papel que los “curanderos” representan al interior de una localidad específica- lo que no ocurre en sentido opuesto. Es decir, los médicos tradicionales no pueden acceder al reconocimiento como “médicos alópatas” pues no han pasado por los procesos de institucionalización que dicho modelo requiere.

A su vez, ese sustento racional debe ser analizado a la luz de la implantación del modelo moderno, el cuál convierte a la “razón” en un instrumento mediador entre la civilización y la barbarie, o, en este caso, entre lo “tradicional” y lo moderno. A partir de los postulados de la Escuela de Frankfurt -entre cuyos miembros podemos incluir a Marcuse, Adorno y especialmente a Jurgen Habermas- se establece una teoría de la racionalidad crítica que toma como punto de partida la siguiente proposición: “la ambivalencia histórica que caracteriza a la modernidad puede ser descrita por una peculiar dialéctica por la que el designio, aparentemente humanista, que entrelaza la influencia de las ciencias humanas y la expansión de la racionalidad entrada en el sujeto, se vuelve en su contrario” (González Soriano, 2002, p. 294).

Dentro de los trabajos de la Escuela de Frankfurt destaca la “Crítica de la Razón Instrumental” desarrollada por Horkheimer (2002) quien establece una distinción entre razón

objetiva y subjetiva, en la que la razón objetiva caracteriza la racionalidad positivista moderna, a partir de su separación con la realidad social. De acuerdo con este autor:

La ciencia moderna, tal y como la entienden los positivistas, se refiere esencialmente a enunciados respecto a hechos y presupone, por tanto, la cosificación de la vida en general y de la percepción en general... Esa ciencia ve al mundo como un mundo de hechos y cosas y descuida la necesidad de ligar la transformación del mundo en hechos y en cosas con el proceso social (p.54)

Este autor crítica especialmente la capacidad de la razón instrumental para instituir a la cultura como “pauta de verdad” dónde “*el dominio de la naturaleza incluye el dominio de los hombres*” (ibíd.). En ese sentido la distinción entre Medicina Tradicional y Medicina Moderna mantiene la idea eurocéntrica ampliamente superada que establece un paralelismo entre Medicina Tradicional = Naturaleza y Medicina Moderna=Cultura. A su vez, cuando se argumenta sobre la necesidad de construir una medicina tradicional “sostenible”, se debe precisamente a este vínculo artificial que la acerca a un “estado de naturaleza”. Así, dicha sostenibilidad se considera un proceso que debe ser orquestado a través de la acción externa y orientada de individuos “racionales”.

De acuerdo con los planteamientos de López Sáenz (1988) esta “tiranía” de la razón instrumental adquiere, mediante el lenguaje, su forma más inmediata de expresión en dónde lo ideal queda integrado en la realidad mediante lo que Marx define como “alineación” es decir, actos de subordinación voluntaria a través del accionar de mecanismos ideológicos determinados. López Sáenz (1988) lo establece de la siguiente manera:

Los opuestos se reconcilian en este estrecho universo del discurso. Se trata de un lenguaje unidimensional y antidialéctico que absorbe los elementos trascendentes de la razón... El lenguaje que se establece en nuestra sociedad no se presta al diálogo, únicamente establece hechos dándolos como válidos (p. 84).

Finalmente Habermas retoma los postulados de Max Weber quien define a la racionalidad como: “cualquier forma de la actividad económica capitalista, del tráfico social regido por el derecho privado burgués y de la dominación burocrática” (Habermas, 1968, p.53).

Por tanto, la racionalización de la sociedad depende de la institucionalización del progreso científico y técnico. Es pues, una racionalidad asentada en el dominio, que se oculta sobre una base discursiva que invoca imperativos “neutrales” de carácter técnico/científico.

Discursivamente, la racionalidad se estructura como un lenguaje liberado del contexto, sustentado en el aprendizaje de habilidades y cualificaciones, basado en la solución de problemas, cuyo fin último es el aumento de las fuerzas productivas y la extensión del poder de disposición técnica, cuyo fracaso se mide en términos de “ineficacia” o “fracaso ante la realidad”. De esta manera, la racionalidad comunicativa, asociada comúnmente a los sistemas tradicionales, se opone a esta racionalidad instrumental sustentada en la dicotomía fin-medio. Esta oposición marca el principio del fin de las sociedades tradicionales, despojadas de sustancia y reducidas a vestigios legitimadores del orden moderno.

Un elemento novedoso introducido por la lógica del capitalismo global es que esta racionalidad puede ser construida “desde abajo” es decir, que el discurso de la reciprocidad asociada al trabajo se convierte en el fundamento ideológico de la racionalidad instrumental. En este contexto, retomando a Habermas (op. cit.):

Las imágenes del mundo y las objetivaciones tradicionales pierden su poder y su vigencia como “mito”, como religión pública, como mito tradicional, como metafísica legitimante (...) en lugar de eso quedan transformadas en convicciones y éticas subjetivas, que aseguran el carácter vinculante, en términos privados, de las modernas orientaciones de valor y son reestructuradas en construcciones que proporcionan las dos cosas siguientes: una crítica de la tradición y una reorganización del material de la tradición así liberado, de acuerdo con los principios del tráfico jurídico formal y del intercambio de equivalentes (derecho natural racional) (p. 78-79).

Por tanto, la racionalización de la Medicina Tradicional implica la transmutación de sus contenidos para su constitución como un saber técnicamente utilizable, dentro de un proyecto político históricamente determinado que se enmascara bajo la idea de “universalidad” y “reciprocidad” pero que es evaluado en términos de eficacia, por lo que puede ser desechado cuándo su utilidad termina.

La internacionalización de la medicina tradicional y su inclusión en el ámbito de la Cooperación al Desarrollo, implica por tanto una racionalización signada por la necesidad de adaptarse a un esquema de disciplinamiento moderno que, al otorgar base científica a este saber médico, lo carga de componente ideológico, transformándolo en un elemento productivo útil a la lógica del capitalismo global.

6. Siguiendo esta argumentación, los elementos positivos que a partir de esta Estrategia de Medicina Tradicional se conceden a la misma son: diversidad y flexibilidad, accesibilidad y asequibilidad, así como el aumento de la popularidad en los países

desarrollados. Se valora principalmente el bajo coste y el escaso nivel de inversión tecnológica que requiere.

Recordando los postulados de Althusser (op. cit.), la ideología moderna, especialmente en la forma transnacional contemporánea, interpela a los individuos como sujetos, toda vez que la ideología asume la función de constituir a individuos concretos en sujetos que estructuran la realidad a partir de situaciones “evidentes” de una verdad preestablecida.

De acuerdo a este autor, el proceso de construcción de individuos a sujetos gracias a la ideología, ocurre bajo un proceso de “interpelación”. En el caso de la Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional, esa interpelación se realiza exaltando los “bajos costes” y la posibilidad de adaptar estos saberes tradicionales a necesidades individuales.

Así, mientras el conocimiento del modelo biomédico moderno se encuentra claramente “reglado” la medicina tradicional adquiere un carácter flexible –en cuanto a su interpelación subjetiva- marcando una nueva oposición binaria. Vemos también como, a nivel de los Estados-Nación, la medicina tradicional necesita ser normalizada, “disciplinada” para, en su papel como un “producto de consumo” al que puede accederse individualmente, adquirir flexibilidad y diversidad, proceso indispensable para su alternativización, es decir, para su incorporación subalternizada.

Esta consideración de la Medicina Tradicional como un recurso, un instrumento de producción y (re) producción del Sistema Capitalista, será abordada en profundidad a continuación, ya que determina uno de los dos rasgos -junto con la ritualización- que caracterizan la internacionalización discursiva de la medicina tradicional en la actual etapa transnacional que identifica a la Salud Internacional: por un lado, la “privatización” del saber, ejemplificado dramáticamente en la biopiratería y el establecimiento de derechos de patentes, y finalmente, el papel de la Medicina Tradicional como correctora/paliativa de las enormes desigualdades en cuanto al acceso a la salud propias del paradigma neoliberal.

La privatización de la Medicina Tradicional: biopiratería y patentes

Ya hemos caracterizado el paradigma global de salud como un momento en el que esta dimensión comienza a perder gradualmente su categorización como un bien de carácter público que debía incentivarse a través de los Estados y Organismos Internacionales.

Con la privatización de la salud, y la necesidad de expandir el Modelo Médico Hegemónico, surgen cambios estructurales en el esquema internacional, representados por la pérdida de

influencia de la OMS como centro rector en políticas de salud, siendo relevado por el Banco Mundial y empresas farmacéuticas.

Lo anterior generó un proceso de acumulación masiva de capital por parte de las empresas farmacéuticas nacionales y transnacionales, las cuales, a partir de la estrecha relación entre herbolaria y farmacología, comienzan a desarrollar medicamentos tomando como base los principios activos de recursos biológicos específicos.

Tal proceso es precedido por una etapa en la que el “desarrollo” puede entenderse únicamente a partir de los Planes de Ajuste Estructural (PAE). Estos pueden definirse como acciones llevadas a cabo -sobre todo desde el seno del Fondo Monetario Internacional- para restablecer el equilibrio contable que se había perdido debido a las crisis económicas que continuamente golpeaban a los países del “Tercer Mundo”.

Los estragos de estos ajustes en la microeconomía y el nivel de bienestar de las poblaciones subdesarrolladas, se acompañan con el establecimiento discursivo de un “ajuste con rostro humano”. Esta caracterización discursiva es considerada por Rist (op. cit.): “una astucia semántica que consiste en unir dos términos antinómicos para hacer repercutir sobre el que es condenable el valor que se le otorga al otro. Se considera así que las desgracias ligadas al ajuste toman el aspecto humano que las hará aceptables” (p. 202). Por tanto, es gracias a este proceso que se inaugura una nueva etapa del Desarrollo conocida como “Desarrollo Humano Sustentable”.

Además de las críticas clásicas que pueden hacerse a este modelo: habla de “la humanidad” como un ser homogéneo, autónomo y racional, elimina la responsabilidad política al esgrimir que el desarrollo sustentable “involucra a todos” y continua con el paradigma del crecimiento económico, el discurso del “desarrollo sostenible” impacta directamente en la Medicina Tradicional al legitimar un “fetichismo de la naturaleza” en el que, de manera claramente contradictoria, la tecnología –siguiendo el paradigma de dominio de lo natural como fórmula para el progreso- sería la encargada de asegurar la protección de la naturaleza mediante su administración, control y manipulación. De esta manera, la biopolítica, es decir, la “consideración de la vida por parte del poder” (Foucault, [1976] 2006, p. 217) es reconfigurada, excediendo la corporalidad de los individuos en el establecimiento de un discurso “medioambiental” de carácter marcadamente geopolítico.

En su trama narrativa sustentada en la “preservación de la vida”, el discurso del medioambiente, como parte constitutiva de una razón instrumental moderna, engendra una

aporía insalvable: la defensa del medioambiente concluye necesariamente en su explotación “racional”.

Por tanto, la conjunción entre un nuevo paradigma del desarrollo, sustentado en el medio ambiente, y la tecnificación del entorno natural dentro de un marco de neoliberalismo económico, otorga a los recursos naturales –incluidos aquellos a los que la medicina tradicional les concede una eficacia terapéutica- un “capital genético” que necesita desregularse para ser aprovechado por “la humanidad” en su conjunto.

La reificación de la vida, así como su consideración oscilante entre “marco de producción/explotación” y medio para alcanzar un desarrollo, alcanzan su punto más alto con el desarrollo de la ingeniería genética y el establecimiento de patentes “biológicos” que afectan directamente a los saberes médicos tradicionales. En este proceso: “los capitales ponen en juego su hegemonía mundial, proceso en que los capitales contaminantes y los capitales biotecnológicos se ven involucrados en una carrera por controlar esta...veta de riqueza” (Barreda Marín, 1999, s/p).

De acuerdo con Delgado (2001), este proceso se ha diseñado mediante dos líneas de acción específicas. Por un lado, la construcción de un sistema de bioprospección mundial y por otro lado, el desarrollo de un sistema mundial de propiedad intelectual que legitima la privatización de los componentes biológicos de la vida humana.

Cabe aclarar que el proceso de retraimiento estatal, establecido en párrafos anteriores, no debe entenderse como la desaparición de la influencia del Estado en la esfera económica. Por el contrario, las Corporaciones Multinacionales implicadas en el establecimiento de patentes biológicos operan desde una base nacional que las protege y las incentiva, dónde la competencia por generar un mayor número de patentes se hace evidente.

El término biopiratería fue acuñado por Pat Mooney (199) se refiere a:

La utilización de los sistemas de propiedad intelectual para legitimar la propiedad y el control exclusivo de conocimientos y recursos biológicos sin reconocimiento, recompensa o protección de las contribuciones de las comunidades indígenas y campesinas, por lo que la bioprospección no se puede ver más que como biopiratería (p. 118).

La biopiratería es pues, ejemplo claro del “reino del oxímoron” planteado por Rist (op. cit.) en la medida que el discurso de “preservación de la vida” coexiste íntimamente con la idea de una “apropiación” de recursos naturales *cosificados*. En este sentido cuando la lógica del capital advierte sus propias contradicciones –el crecimiento indefinido visto como un

“peligro”, al menos a nivel discursivo- lo que hace es incentivarlas bajo el argumento de que es necesario recuperar el conocimiento de ese recurso estratégico, mediado siempre desde la lógica del capital para que sea redituable (Veraza, 1984). La vida ya no es sólo factor de producción sino que puede “producirse” a gran escala.

Un ejemplo que permite ilustrar claramente estos argumentos es la realización, en 1993, de la Convención sobre Diversidad Biológica, en el marco de la Cumbre de Río de Janeiro, Brasil, celebrada un año antes. Aunque se establece que “*los Estados tienen derechos sobre sus materiales biológicos y que los recursos ya no están a la libre disposición de otros*” en la práctica tal Convención legaliza los “acuerdos de bioprospección” como acuerdos bilaterales que anulan la idea de restricción de la libre disposición planteada como argumento central del documento.

En lo que respecta al establecimiento de un Sistema Mundial de Propiedad Intelectual, los esfuerzos de las naciones desarrolladas para armonizar un sistema legal de patentes que trascendiera el ámbito nacional cristalizaron durante la Ronda de Uruguay del Acuerdo General sobre Aranceles y Comercio (GATT) que a partir de 1994 se transforma en la Organización Mundial de Comercio (OMC). En esta reunión, los derechos de propiedad intelectual (TRIP) se convirtieron en objeto de negociación para el comercio internacional, por lo que se crea la Organización Mundial para la Propiedad Intelectual (WIPO), obligando a los países signatarios de GATT a establecer legislaciones mínimas de propiedad intelectual y promoviendo la cooperación entre países en cuanto a legislación de patentes. Tal mecanismo es posibilitado gracias a los Acuerdos Multilaterales de Inversión y la liberalización de los capitales para que puedan intervenir libremente en sectores estratégicos para los países en desarrollo, entre los que se incluye el sector salud (Delgado, op. cit.).

De los productos que comercializa la industria farmacéutica, 60% provienen de los países del Sur (Torres 1996, 13). De acuerdo con la RAFI –Rural Advanced Foundation International- se estima que tres cuartos de todos los fármacos de prescripción de origen vegetal se descubrieron gracias al “estudio” de la medicina tradicional. La importancia económica de estos “descubrimientos” resulta significativa: “se estima que el valor económico de los fármacos derivados en plantas en Estados Unidos es mayor de 68 millones de dólares anuales” (Ribeiro, 2002, p. 19).

Cabe mencionar que las comunidades de origen de las cuales se extraen estos conocimientos médicos no reciben regalía alguna. Por el contrario, pueden caer en infracciones legales si

continúan utilizando terapéuticamente dichos materiales, que a partir de su establecimiento como patentes se convierten en propiedad privada.

Por tanto, la medicina tradicional atraviesa una pauperización dual: por un lado, a través de su mercantilización, es decir, la expansión de su eficacia terapéutica desde una perspectiva únicamente etnobotánica, la cual desprovee a este conocimiento de su carácter social, comunitario y cultural. Lo anterior es ya una práctica común desde tiempos coloniales. Como describe De la Cruz (1991): “El conocimiento herbolario azteca, plasmado en el *Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis* fue enviado a Europa y utilizado por manos de frailes y boticarios” (p. 3-5).

Sin embargo, lo que resulta novedoso, generando una ruptura epistemológica con la praxis clásica de colonización del saber, es por un lado, la internacionalización del discurso hegemónico capaz de legitimar esas prácticas desde un sentido de “preservación de la vida” en el que el modelo biomédico ejerce una influencia significativa, y, de igual manera, su incorporación a los mecanismos de producción capitalista dentro de lo que puede caracterizarse como una segunda ola de liberalización comercial.

El segundo mecanismo de pauperización es, en contraposición con el despojo ideológico-cultural, una pauperización “material” y directa, en la que se prohíbe el uso de los instrumentos terapéuticos básicos que en muchos casos son además parte del ecosistema comunitario, además de fungir como elementos primordiales de subsistencia para las poblaciones locales.

Retomando los postulados de Bourdieu (1977): “todo poder de violencia simbólica, o sea, todo poder que logra imponer significados e imponerlos como legítimos disimulando relaciones de fuerza en que se funda su propia fuerza, añade su propia fuerza, propiamente simbólica, a estas relaciones de fuerza” (p. 44).

Desde esta perspectiva, el poder se ejerce mediante el ocultamiento de la procedencia misma del poder, lo que en este período se implanta como mecanismo hegemónico mediante la instauración discursiva de un “desarrollo humano” que en nombre de esta “humanidad” legitima la privatización, y, aludiendo a la diversidad cultural propicia su despojo. Tal dominación, en el ámbito de la Cooperación Internacional, se estructura bajo la idea de “bienes públicos globales” que es necesario preservar y proteger colectivamente.

Ya se ha establecido como, a pesar de cambios prácticos, el discurso moderno ha mantenido una misma línea discursiva que en la actualidad presenta sus trazos narrativos más profundos

y dramáticos. En el caso de la bioprospección y los derechos de patente, conviene recordar los planteamientos de Foucault (1999) al respecto del origen de la policía. De acuerdo con este autor:

En los inicios del S. XVIII se incorpora una nueva función, suministrar una nueva definición de la sociedad que incluya no sólo su reorganización sino también el bienestar de la población, el mejoramiento de la salud del pueblo, lo cual se media inicialmente por el aumento del promedio de vida. La triangulación de estas tres nuevas funciones, orden, riqueza y salud, se operacionaliza en la práctica con un grupo de reglamentos y normativas que permiten crear una institución que se mantiene hasta nuestros días, que conocemos con el nombre de policía (p. 331)

Dicha policía se proyecta al terreno de la Cooperación Internacional –aquí se alude especialmente a la teoría de los Regímenes Internacionales, que propugna por el establecimiento de bienes públicos globales- mediante un discurso que mantiene y reafirma las relaciones de hegemonía/subordinación bajo la idea de una salud apolítica y descontextualizada. Lo anterior solo puede lograrse mediante la neutralización de la medicina tradicional –como práctica y como discurso- lo que, además de generar mecanismos poderosos de legitimación política –el proyecto multicultural y la idea de preservación de la vida dan cuenta de ello- genera una rentabilidad económica importante, gracias al establecimiento de patentes y a la biopiratería. La integración de la medicina tradicional al modelo moderno como proyecto político y económico, es decir desde la tríada modernidad-colonialidad-trasnacionalización capitalista, se totaliza.

Para finalizar este apartado, se retomará un caso concreto recogido por Delgado (op. cit.) en el que se observa claramente la manera en la cual se ponen en marcha estos proyectos de bioprospección/biopiratería aludidos anteriormente.

El proyecto en este caso, se desarrolló mediante un convenio de Colaboración entre el ICBG (International Cooperative Diversity Group) maya, el Colegio de la Frontera Sur (Ecosur), la Universidad de Georgia y la empresa molecular Natural Limited, siendo suscrito en 1998. Dicho proyecto se realizó en el Estado de Chiapas, México.

Uno de los principales impulsores de este programa fue el Dr. Brent Berlin, de la Universidad de Georgia, cuyas investigaciones en la región comenzaron en 1987, cuándo inició un estudio de la medicina botánica maya (Berlin & Berlin 1996, Berlin, 2000). Este nuevo proyecto de bioprospección firmado en 1998 sin embargo: “busca validar el patentamiento de las investigaciones añejas de Berlin, mediante la reciente solicitud de patentar y comercializar los

componentes activos que supuestamente apenas van a extraer... se trata de reconfirmar el trabajo de Berlin, pero ahora a nivel molecular” (Delgado, op. cit., p. 203).

En la actualidad, ya se han recogido más de 6 mil muestras en todo el territorio chiapaneco. Cabe resaltar que una gran mayoría de los proyectos que funcionan bajo esta lógica se contabilizan como “proyectos de cooperación internacional” pues contribuyen a la “sistematización, la divulgación y el resguardo del conocimiento indígena”.

El saber/poder muestra así su funcionalidad a las estructuras de dominación hegemónica que las sustenta, en dónde las ciencias sociales juegan un papel determinante como saberes taxonómicos/jerarquizantes que posibilitan la proletarización de las alteridades.

La medicina tradicional, como acervo de conocimientos construidos a lo largo del tiempo, y como práctica terapéutica concreta, es de esta forma “reificado” para adecuarse a una estructura hegemónica que fetichiza el conocimiento médico tradicional para adecuarlo a un escenario productivo en términos de utilidad.

Ya se han analizado dos elementos fundamentales que permiten encuadrar el discurso de la medicina tradicional en el ámbito internacional: la ritualización, enmarcada en el multiculturalismo como proyecto funcional a la lógica del capital, y su “privatización” asegurando la reproducción de esta lógica. Finalmente, queda por analizar cómo se ha abordado a la Medicina Tradicional en un contexto de desigualdad creciente y acceso limitado a los servicios básicos de salud.

La Medicina Tradicional y las Inequidades sociales en Salud a nivel Internacional

De acuerdo con Menéndez (op. cit.):

El proceso de 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 operan entre los sectores sociales que entran en relación en una sociedad determinada (p. 72).

Ya hemos analizado el elemento histórico e ideológico que contribuyó a la construcción de una Medicina Tradicional subalternizada, lo que coincide paradójicamente con el “impulso discursivo” que se brinda internacionalmente a los saberes médicos tradicionales, sobre todo a raíz de su consideración como motor y condición necesaria para un “auténtico” desarrollo.

Resta por tanto, abordar la manera en que este proceso de hegemonización discursiva se entrelaza con las condiciones materiales de los sujetos, impactando en su relación con los saberes médicos y la intersubjetivización de los procesos de salud/enfermedad atención que determinan las trayectorias terapéuticas.

Siguiendo a Ribeiro (2002) se calcula que el 80% de la población rural del Tercer Mundo hace uso de plantas medicinales y recursos de la medicina tradicional para la atención de su salud. Lo anterior es confirmado por la OMS cuando establece que: “En África hasta un 80% de la población utiliza MT para ayudar a satisfacer sus necesidades sanitarias (...) En China, la MT contabiliza alrededor de un 40% de la atención sanitaria...La MT es a veces la única fuente asequible de atención sanitaria, especialmente en los países más pobres del mundo” (OMS, 2002, p. 1).

Cómo puede observarse, gradualmente –y sobre todo gracias a la internalización discursiva de la Medicina Tradicional- esta última comienza ser considerada la “medicina de/para los pobres” sin que esto se traduzca necesariamente en el cuestionamiento de las desigualdades sociales en salud, así como el origen/significado de los itinerarios terapéuticos en estas poblaciones vulnerables.

Así, el proceso de “tradicionalización” de la realidad a partir de la colonialidad epistémica eurocéntrica, que en un primer momento “inventa” a la alteridad a partir de criterios culturales, se establece a partir de criterios económicos: la “tradicionalización” discursiva se vincula especialmente a la idea de “lucha contra la pobreza” como estrategia de desarrollo y Cooperación Internacional.

Esta representación ahistórica de la Medicina Tradicional -esta inmovilidad a la que se le condena a partir de su estudio parcial y aislado de las condiciones históricas que lo producen- hace necesario un acercamiento a las desigualdades de salud que han originado la expansión de estas prácticas, y como esto es utilizado discursivamente por las estructuras hegemónicas como una prueba de la “autonomía” y efectividad de los saberes médicos tradicionales. Lo anterior nos permitirá observar, desde un análisis de carácter interseccional, como “lo tradicional” es realmente una categoría arbitraria que permite totalizar los procesos de alteridad/subordinación. Lo tradicional desde este contexto, se estructura en términos de clase social por encima del valor cultural que lo sustenta.

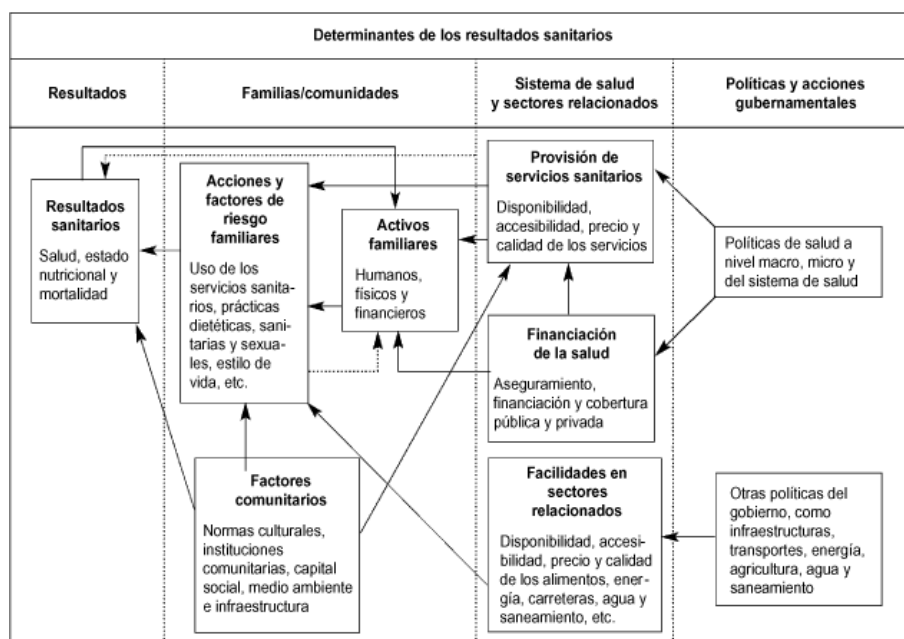
En lo que respecta al ámbito de la salud, en lo que Perdiguero (en Fernández Juárez, op. cit.) define como “*health-seeking-behaviour*” es decir, las estrategias que se ponen en marcha en

determinados grupos sociales para construir sus procesos de salud/enfermedad desde una perspectiva que supera el tratamiento específico de enfermedades. En ese sentido, tanto la accesibilidad geográfica como la consideración económica cuentan con un poder explicativo relevante para entender las decisiones que toman los sujetos y los itinerarios terapéuticos que establecen. De acuerdo con Wagstaff (2002):

La pobreza y la mala salud están interrelacionadas. Los países pobres tienen a presentar los peores resultados en salud. La asociación entre la pobreza y la mala salud refleja una relación de causalidad bidireccional (...) La enfermedad puede tener un considerable efecto en los ingresos familiares (...) Los países pobres y las personas pobres sufren múltiples privaciones que se expresan en altos niveles de mala salud (...) De este modo, las personas pobres se ven atrapadas en un círculo vicioso: la pobreza engendra mala salud y la mala salud mantiene la pobreza (s/p).

A su vez, el autor nos proporciona un esquema útil para entender la manera en que las desigualdades en salud requieren de un abordaje multidimensional e implican a una gran variedad de actores y variables de intersubjetivación. En dicho cuadro se observa que el primer elemento explicativo de las desigualdades en salud responde a las acciones gubernamentales, por lo que la salud adquiere una consideración política que a menudo desaparece de los discursos oficiales y de las acciones de cooperación, donde el mejoramiento de la salud y la disminución de la pobreza a menudo se muestran desconectadas entre sí, y aisladas del marco político que las engendra.

Diagrama 2. Determinantes de los resultados sanitarios



Fuente: Wagstaff, A., 2002, s/p.

Esta relación explícita entre salud y pobreza –que sin embargo no considera a la pobreza como un producto político sino como un desequilibrio “natural” a corregir- ha permitido enmarcar a la Medicina Tradicional en el paradigma actual de “lucha para la pobreza” que estructura a la Nueva Arquitectura Internacional de la Cooperación al Desarrollo.

Gilbert Rist (op. cit.) nos recuerda que históricamente han existido tres formas de “combatir” la pobreza:

1. En primer lugar, un enfoque de carácter caritativo o asistencial, basado en la compasión y en la generosidad como obligación moral e instrumento de salvación
2. Una solución “política” que, siguiendo los planteamientos de Foucault en “Vigilar y Castigar” (op. cit.), implica el establecimiento de un orden, por lo que los pobres deben ser situados al margen de la sociedad, encerrados, invisibilizados, y
3. Finalmente, un acercamiento utilitarista a la pobreza, en la que los pobres deben “ganarse” la ayuda, por lo cual, debe hacérseles trabajar o contribuir a la sociedad que los genera.

Como podemos darnos cuenta, tales alternativas no involucran una solución radical que tenga por objetivo eliminar la pobreza. Por el contrario, en realidad funcionan únicamente como estrategias de contención que permiten “organizar” o controlar la pobreza.

En lo que respecta a los Organismos Internacionales de Cooperación, estableciendo un paralelismo por el modelo biomédico establecido por Bichat, la pobreza es vista como un “agente infeccioso” externo y aislado de las poblaciones humanas, por lo que puede –y debe- extirparse de la sociedad mediante intervenciones quirúrgicas de corte social. Se le despoja entonces de su consideración relacional, ocultando el hecho evidente de que para entender los procesos de reproducción de la pobreza deben abordarse también los procesos –históricos, políticos, sociales, económicos- que posibilitaron la creación y mantenimiento de la riqueza.

La pobreza es entonces una construcción social que permite establecer un nuevo esquema de disciplinamiento, sustentado en la idea de que la reducción de la pobreza es ante todo, resultado de la eficiencia y el accionar de los Estados-Nación actuando aisladamente o en conjunto.

Así, a pesar de la emergencia de nuevos actores en el panorama internacional, dentro del ámbito de la Cooperación Internacional es posible diferenciar entre los Estados “comprometidos” con la lucha contra la pobreza, y los estados “frágiles” “vulnerables” que actúan como caldo de cultivo para la reproducción de la misma.

A partir de esta consideración de la pobreza, es necesario retratar el hecho de que las poblaciones tradicionales subalternizadas, quienes engendran saberes etnomédicos anclados en el entorno cultural y ecológico, son precisamente las que presentan las condiciones más negativas de salud –en cuanto al acceso, tasa de mortalidad, incidencia de fallecimientos por enfermedades curables- y falta de acceso e infraestructura médica en relación con las sociedades “occidentalizadas” con las que comparten un territorio nacional.

Dentro de estas “patologías de la pobreza”, la enfermedad no se construye únicamente a partir de la carencia de servicios médicos relacionados con el modelo alópata de salud, sino, por el contrario, responde a las duras condiciones de marginación, falta de acceso a recursos básicos, higiene deficiente y aislamiento geográfico a las que se les ha relegado.

Por tanto, la medicina tradicional como discurso oficial ha legitimado estas condiciones de desigualdad, al apoyarse en un discurso “respetuoso” y “multiculturalista” que, por otro lado, tiende a considerar a la medicina tradicional como un saber estático y rígido, incapaz de dinamizarse a raíz de la historia, los contactos culturales y el devenir de los actores sociales. A manera de ejemplo, encontramos que en el reconocimiento dado por la OMS a la Medicina Tradicional se establece lo siguiente: “en una reunión celebrada en Kampala, en julio del 2000, y patrocinada por ONUSIDA se acordó que la medicina tradicional está en un sentido real llevando la carga de la atención clínica de la epidemia del SIDA en África. Los ministerios y las agencias internacionales han pasado por alto esta tendencia” (OMS, op. cit.).

A su vez, que establece que la medicina tradicional es un recurso ideal para combatir las enfermedades crónicas –las cuales suponen grandes costes de atención e internamiento-.

Analizando esta declaración, podemos concluir que a una “patologización de la pobreza” se ha correspondido una “sanitarización” de la misma: mientras se establece un discurso basado en el respeto y la preservación de la medicina tradicional, se busca la apropiación de los “componentes activos” de estas medicinas, relegando a las poblaciones más vulnerables a la utilización exclusiva de este sistema en un contexto de continua pauperización de la salud, debido a las graves condiciones de subsistencia en las que se encuentran.

Observar que la medicina tradicional ha llevado la carga de la atención clínica de la epidemia del SIDA genera por tanto un gran número de interrogantes: ¿cómo es que se reconoce este hecho sin cuestionar la ineffectividad/inequidad distributiva de agencias internacionales en el reparto de retrovirales, campañas de sensibilización, capacitación de personal médico, entre otras acciones de cooperación? ¿Cómo entender la manera en la que los enormes recursos

humanos y financieros utilizados para el combate de la enfermedad únicamente provocaron una valorización de los saberes médicos que ya existían en dicha región antes de toda esa movilización internacional?. La distribución inequitativa de la ayuda, la acuciante situación de pobreza que asola a la región africana, así como el entendimiento de los procesos históricos y económicos que continúan hasta la actualidad y que propiciaron la “invención” de África como el país pobre por excelencia, tal vez sean puntos de partida necesarios para un análisis serio y exhaustivo entre medicina tradicional, VIH/SIDA y pobreza en este continente.

Retomando los planteamientos de Menéndez (op. cit.):

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 complementación no supone que dichas políticas se apliquen ortodoxa y uniformemente, y menos aún que los conjuntos sociales subalternos respondan y acepten homogénea y mecánicamente dichas políticas (p. 81)

Por tanto, es necesario abordar el surgimiento de enfermedades desde una perspectiva multifactorial en la que:

Responsible factors include ecological changes such as those due to agricultural or economic development or the anomalies in the climate, human demographic changes and behavior, travel and commerce, technology and industry, microbial adaptation and change, and breakdown of public health measures (Farmer, en Peter Brown, op. cit. p. 81).

Tal abordaje nos permitirá identificar las contradicciones que sustentan el discurso y la praxis de la Medicina Tradicional tal y como es denunciado por Menéndez (op. cit.). Desde esta consideración integral de la salud, puede establecerse que, más allá de una pugna epistemológica entre medicina moderna y medicina tradicional, lo fundamental es entender como ambos sistemas resultarán inefectivos mientras no se modifiquen las condiciones de pobreza y vulnerabilidad –recuperando su carácter histórico y político- que propician el surgimiento y la fatalidad de las patologías.

Recordando el mito de Penélope, dónde se deshace durante la noche lo que es construido en el día, el discurso de la medicina tradicional no es únicamente un mecanismo de producción/reproducción hegemónica a través de la inclusión de un orden epistemológico determinado. Es además un producto ideológico significativo, desde el momento en que se

actúa *como sí* se obrara (Bourdieu 1998) cuando en realidad se establecen prácticas que contradicen el discurso. De acuerdo con Bourdieu:

Esta dualidad es posible, y se puede vivir, a través de una especie de self-deception, de autoengaño. Pero esta self-deception individual se sostiene a través de una self-deception colectiva, un verdadero desconocimiento colectivo cuyo fundamento está inscripto en las estructuras objetivas (...) y en las estructuras mentales, excluyendo la posibilidad de pensar y de obrar de otro modo (Bourdieu, 1997, s/p.).

Asistimos por tanto a una triple cosificación de la medicina tradicional: como “eslogan político” que plantea la multiculturalidad funcional como modelo hegemónico, como “producto/mercancía” susceptible a la compra, venta y apropiación, y como “estrategia cultural” que se considera sin embargo inmóvil, pero que permite en primer lugar la legitimación del discurso intercultural –lo que se traduce en la apropiación de los conocimientos que la sostienen- y la despoltización de la medicina como productora de desigualdades. Por tanto, uno de los objetivos más importantes de este segundo capítulo hace alusión a la necesidad de recuperar una concepción politizada de la salud, vista como el punto de partida para el abordaje de cualquier sistema etnomédico, sea este “moderno” o “tradicional”. De esta manera podrá recuperarse en toda su profundidad interpretativa el sentido otorgado a la “medicina tradicional” al interior de contextos locales específicos, como ocurre en el caso boliviano analizado en el próximo capítulo.

g) Conclusiones

De acuerdo a Escobar (1998) un discurso puede ser conceptualizado como un “régimen de representación” capaz de crear una cierta realidad, y un marco cultural que permite percibirla y reproducirla. El discurso entonces: “crea una coherencia para informar modos de interpretación, y genera prácticas que construyen correspondencia entre el discurso y los modos de intervención que lo (re) producen, implementan y perpetúan...Un régimen de representación articula valores, objetos y prácticas que institucionalizan la interrelación y manejo de significados” (Souza Silva, 2004, s/p).

Una formación discursiva por tanto, ha de estar: “controlada, seleccionada y redistribuida por un cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar los poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y terrible materialidad” (Foucault, 1992, p. 5).

Por tanto, la medicina tradicional puede ser considerada un “discurso dentro del discurso”, un residuo discursivo al interior de la estructura narrativa de la modernidad, que a partir de su internalización y su incorporación al paradigma del desarrollo/progreso, adquiere características propias, estableciendo relaciones de funcionalidad al interior del discurso moderno responsable de su tradicionalización.

La textualidad de la medicina tradicional por tanto, establece un sistema hegemónico y jerarquizado -lo que Foucault (op. cit.) llama un “esquema de disciplinamiento”- estableciendo reglas específicas de acción y de interacción social circunscritas en la idea de una uniformidad global y una razón universal que debe seguirse a toda costa, permitiendo la dominación y demarcación de aquellos espacios, pensamientos, estrategias y relaciones que se erigen como rutas certeras a recorrer por todas las sociedades y culturas del planeta en aras de un “hermanamiento universal”. Siguiendo a Ramírez:

Este característico enfoque denota la condición imperante y estándar del desarrollo: canalizar los imaginarios sociales y los rumbos civilizatorios bajo regímenes de 'construcción de la verdad'. Al hacerlo, la forma de dimensionar el abstracto y universal nivel de análisis, se transforma en un factor condicionante de las reglas de expresión y de las categorías de enunciación de los acontecimientos, reflejando no sólo el aspecto determinante de la situación, sino también la naturaleza hegemónica del discurso (Ramírez, 2007, s/p).

A través de sus promesas y de los procesos hegemónicos de colonización epistémica que puso en marcha, el desarrollo y la modernidad se han posicionado como únicas condiciones de posibilidad de las sociedades humanas y, a pesar de las críticas y los planteamientos de carácter “alternativo”, hoy en día resulta en extremo difícil pensar por fuera de los límites de estos dos proyectos ideológicos tan íntimamente relacionados.

Sin embargo, un análisis antropológico-discursivo de las taxonomías establecidas por el régimen moderno, contribuye tanto a dar explicaciones de los efectos socioculturales producidos por la aplicación de programas de Salud Pública Internacional y, al mismo tiempo, “etnografiar” el discurso del Modelo Médico Hegemónico, el cual aborda al cuerpo y a los procesos de salud-enfermedad-atención de manera aislada, mecanicista e instrumental. Por tanto, la reconstrucción de su discurso y los efectos materiales del mismo permite “recuperar lo cultural” de los saberes médicos, no como un elemento folclórico e inmanente, sino como la condición de posibilidad para pensar en un pluralismo médico simétrico y respetuoso.

De esta manera, hemos podido notar como el discurso de la Medicina Tradicional, construido localmente como una estrategia para reforzar el poder del Estado-Nación europeo, se

deslocaliza al entrar en contacto con el panorama internacional, transmutando de un discurso-praxis sustentado en la dominación y la exclusión, a un discurso-ideología que, aunque mantiene los mismos principios “modernos”, se expresa ahora en términos de inclusión, participación y “pluralidad”.

De acuerdo con Lacan, la fantasía es una construcción de la realidad desde el deseo. Roca Jusmet (2007) profundiza: “la fantasía no es una forma de escapar a la realidad, sino, por el contrario una forma de posibilitarla. Sólo podemos acceder a la realidad desde el lenguaje y necesitamos una fantasía desde la que elaborar la ficción que nos permita simbolizarla. La realidad se sostiene, en algún sentido, desde la fantasía, ya que a partir de esta nos constituimos sujetos” (s/p).

Etnografiar el discurso de la medicina tradicional, nos permite acceder a este universo fantástico en dónde el elemento ideológico construye una realidad que es apropiada y reconfigurada por los individuos a partir de su posición en un determinado sistema de relaciones de poder. La medicina tradicional es por lo tanto, un producto histórico que necesita ser desmontado para abrir nuevos caminos de interpretación y diálogo tanto a nivel local como en su papel de elemento susceptible a la Cooperación para el Desarrollo

Janes y Corbet (2009)⁴⁶ proponen cuatro contribuciones antropológicas al análisis de la salud global:

1. La elaboración de etnografías sobre las desigualdades sociales en diversos contextos económicos y políticos
2. El análisis del impacto de la ciencia y la tecnología en los mundos locales
3. La interrogación, el análisis y la crítica de los programas de salud internacional
4. El alcance de estas políticas y el análisis de las consecuencias de la salud en la reconfiguración de las relaciones sociales a partir del desarrollo de la salud internacional

A partir del análisis aquí planteado, han intentado vincularse estas cuatro proposiciones para, por un lado, explorar la génesis y características discursivas de la medicina tradicional como “residuo de la modernidad”. A su vez, se ha profundizado en el impacto de este discurso a partir de su internacionalización como estrategia avocada al “desarrollo” de las poblaciones más vulnerables. Este abordaje discursivo, desarrollado desde el punto de vista de una “antropología sociológica” fuertemente imbuida por el post-estructuralismo, permite observar

⁴⁶ En Larrea Killinger, op. cit. 129

como las imágenes ideológicas del mundo se proyectan en las políticas sanitarias internacionales de Cooperación. Finalmente, como se analizará en el último capítulo, queda mostrar la forma en que estos procesos discursivos-ideológicos son reconfigurados a partir del accionar de actores individuales en un contexto local determinado.

La libre circulación de personas, mercancías, y flujos monetarios/financieros que caracteriza al modelo global, coincide con un panorama discursivo desregulado en donde las narrativas fluctúan libremente, por lo que son susceptibles a una hibridación que termina generando nuevas construcciones discursivas dentro de una intertextualidad construida colectivamente. En este punto es esencial estudiar como los discursos son apropiados, reconfigurados, institucionalizados y resistidos localmente como única manera de entender el impacto de la globalización capitalista y las contradicciones inherentes a este sistema.

Analizar la manera en la que la Cooperación Internacional totaliza y proletariza a los saberes médicos tradicionales, permite recuperar el elemento político que constituye el discurso de la medicina tradicional, observando y re-incorporando los elementos de carácter económico, social y organizacional que explican y construyen la noción de lo tradicional como un discurso subalterno y residual. De esta manera se materializan los mecanismos hegemónicos desarrollados en el primer capítulo de este trabajo.

Souza Silva (op. cit.) establece: “el discurso oculto es contexto-céntrico. Es específico de un espacio social determinado y de un conjunto particular de actores...Contiene actos de lenguaje y una extensa gama de prácticas que contradicen el discurso público” (s/p).

Toda vez que se ha desmontado la “superestructura” de la medicina tradicional –su discurso originario- así como su “infraestructura” –su materialización en un campo específico, en este caso la Cooperación Internacional- la última parte de este análisis se enfoca en recuperar el accionar y la reconfiguración discursiva de actores individuales en un contexto social determinado por sus particularidades históricas, políticas y culturales. En otras palabras, la estructura que adquiere localmente el discurso de la Medicina Tradicional.

El último capítulo se dedicará entonces, a mostrar como el discurso de la medicina tradicional “cobra vida” al entrar en contacto con realidades específicas que engendran en sí mismas la capacidad de resistencia/apropiación del proyecto moderno.

Retomando la idea de medicina tradicional como “significante vacío” de acuerdo a los planteamientos de Laclau (op. cit.), los cuales operan como “eventos” que son “llenados de significado” posibilitando la construcción de determinadas estructuras hegemónicas, resta

mostrar como el discurso de la medicina tradicional es “cargado de sentido”, tomando formas a menudo paradójicas y contradictorias. El siguiente capítulo, desarrollado a partir del análisis de los estudios de caso, se avocará por tanto, en palabras de Latour (2000): “A examinar la manera en que las entidades heterogéneas –gentes, ideas, intereses, acontecimientos y objetos...-se unen para realizar la traslación en el orden conceptual y material y conceptual del proceso de desarrollo” (en Pérez Galán, op. cit., p. 267).

Resta entonces, estudiar el discurso de la medicina tradicional al interior de un sistema de intersubjetividades que permite adaptar su narratividad de acuerdo a intereses específicos. Este enfoque hermenéutico/interpretativo permitirá establecer nuevas bases de proximidad hacia el discurso y la praxis de la medicina tradicional, tarea urgente debido a la significación política que en la actualidad comienza a impregnar su discurso. Lo anterior se relaciona intrínsecamente con las luchas reivindicativas de carácter étnico que proliferan actualmente, a partir de las cuales los grupos indígenas “tradicionales” comienzan a ser visualizados como actores políticos de peso, capaces de cuestionar las bases mismas del proyecto moderno que los ha construido históricamente.

El siguiente capítulo es por tanto un intento de avanzar en ese sentido, observando a la medicina tradicional no como una dimensión continua, universal y homogénea. Por el contrario, dichos saberes médicos tradicionales buscarán analizarse genealógicamente, recuperando –y reivindicando- la multiplicidad y el acontecimiento como centro explicativo de una Medicina Tradicional entendida como “construcción cultural compleja”. De esta manera, la tríada decolonial –discurso, praxis/institucionalización y lugar- se completa, dando lugar a una Medicina Tradicional poscolonial y (re) politizada.

CAPÍTULO 3. ESTUDIO DE CASO: MEDICINA TRADICIONAL EN BOLIVIA.

a) Introducción

De acuerdo con Olivier De Sardan (1995) el desarrollo, al convertirse en un objeto de estudio de pleno derecho para las ciencias sociales, concierne a las problemáticas del cambio social, tanto desde el ángulo profesional como de las estrategias de los actores (De Sardan 1995, 48-52). Al respecto, Coll (2003) argumenta que: “para las poblaciones, el desarrollo es primero una intervención, su objeto son los proyectos, y los proyectos son los actores que lo representan y que toman en su nombre, recursos, técnicas y/o saberes. Los proyectos de desarrollo entran así en la historia, en las dinámicas sociales y culturales de las sociedades rurales de los países del Sur” (p. 199).

Por tanto, para comprender exitosamente el impacto –tanto a nivel discursivo, como epistemológico y práctico- de las dinámicas del desarrollo sobre una región determinada, es necesario deconstruir el elemento ideológico que sustenta a su discurso. De esta manera, el desarrollo es visto entonces como un proceso de negociación y espacio de encuentro entre actores, objetivos, y narratividades. En palabras de Long (1989): “El desarrollo genera interfases, definidas como puntos de intersección críticos entre diversos niveles del orden social, dónde es más probable que ocurran los conflictos de valores y de interés social” (p. 177).

Tomando como punto de partida estos breves postulados, estudiar el caso boliviano permitirá entonces recuperar la subjetividad de los actores implicados en el discurso, visualizando a los individuos subalternizados ya no como “víctimas” de un discurso omnipresente que dictamina sus acciones y dirige sus destinos, sino como sujetos capaces de resistir y (re) configurar a los mecanismos hegemónicos que actúan sobre ellos. De esta manera, las estructuras construidas jerárquicamente, al entrar en contacto con una localidad específica, se despliegan heterárquicamente, generando archipiélagos de poder que dotan de nuevos sentidos interpretativos al discurso de la Medicina Tradicional (Castro-Gómez, 2007).

Para Mosse (2005): “Las intervenciones y resultados planificados del desarrollo han de aparecer siempre en forma técnica, basados en hechos empíricos y muestras analíticas representativas para preservar su legitimidad y apoyos (...) el proyecto tiene que ser representado en ciertos niveles como si no tuviera contexto político o institucional” (p. 37).

Por tanto, el plantear estudios de caso representativos de un aparato conceptual contingente y contradictorio como es el desarrollo permite, además de la inclusión de otras narrativas que enriquezcan y aborden críticamente un discurso erigido como proyecto universal, observar los procesos de subalternización que se ponen en marcha, caracterizados por la implantación de un discurso “oculto” –un mecanismo de censura en términos de Foucault (op. cit.)- que, mediante el accionar de los actores, sale a la luz y llega a posicionarse como un elemento de resistencia ante el discurso hegemónico.

En lo que respecta al caso boliviano, a través del estudio de su coyuntura política actual, los movimientos sociales que sustentaron una reivindicación cultural-étnica a lo largo de su historia, así como los fundamentos que sostienen a su medicina tradicional y la relación de esta con el modelo hegemónico, se realizará un análisis basado en el estudio de la intersubjetividad/intertextualidad para -mediante un proceso de contextualización y recuperación de lo local- entender los mecanismos que dan forma al discurso de la medicina tradicional en Bolivia.

Por tanto, lo importante será observar de que manera el discurso de la medicina tradicional construye un esquema de representación a partir de la subordinación hegemónica de la episteme y el estudio del elemento cultural que sustenta este saber médico. Retomando los postulados del grupo colonialidad/modernidad, se ejemplificará la manera en la que la modernidad abre nuevos espacios de colonización simbólica en lo que Mignolo (2001) denomina “colonialidad global”, generando saberes “tradicionales” que legitiman la lógica capitalista y habilitan la intervención de actores externos.

En este apartado veremos también la manera en que el discurso es resistido, reconfigurado y confrontado mediante movimientos reivindicativos y la puesta en práctica de mecanismos propios de acercamiento al paradigma desarrollista, ilustrando la manera en que las narrativas modernas son resistidas a partir de la recuperación de “lo local”, en dónde la medicina tradicional juega un papel preponderante.

Entendiendo a la medicina tradicional como una “palabra clave” (Williams, 1983) o una “metáfora maestra” (Mosse, 2005) que funciona como metanarrativa del desarrollo social, podemos entender su papel como conformadora de comunidades epistémicas “reales” que modifican las prácticas de los autores, y dotan al discurso de elementos clave para su (re) producción y hegemonización, pero del mismo modo, para su resistencia y eventual superación a partir de la implantación de una hermenéutica crítica y pluritópica, como se argumentará en profundidad más adelante.

b) Bolivia: Datos Básicos⁴⁷

La República de Bolivia, que a partir de la promulgación de una nueva Constitución en el año 2009 se conoce como “Estado Plurinacional de Bolivia” se encuentra situada en la región subcontinental americana conocida como “América del Sur”, limitando al norte y al noreste con Brasil, al noroeste con Perú, al sudeste con Paraguay, al sur con la Argentina y al oeste y sudoeste con Chile. De acuerdo a su Constitución Bolivia es un: “Estado unitario, Social, de Derecho Plurinacional Comunitario, libre, independiente, soberano democrático, intercultural, descentralizado y con autonomías”.

Actualmente abarca una superficie de 1,098, 581 km² y es uno de los pocos Estados Nación a nivel mundial en contar con dos capitales: una de carácter administrativa, donde residen los poderes del gobierno (La Paz) y una de carácter constitucional, sede del poder judicial (Sucre). Esta división sin embargo, responde a procesos históricos y conflictos étnico-regionales de larga data que serán analizados con exhaustividad en párrafos posteriores.

El país se encuentra dividido en 9 departamentos con características históricas, geográficas, políticas y étnicas muy diferenciadas: Beni, Cochabamba, Chuquisaca, La Paz, Oruro, Pando, Potosí, Tarija y Santa Cruz. Estas a su vez se subdividen en 112 provincias, 314 secciones de provincias y 1, 384 cantones.

Los idiomas oficiales son el español, el aymara y el quechua, y se reconoce el estatuto cooficial de otras 36 lenguas precolombinas.

En la siguiente tabla, se mencionan algunos de los indicadores sociales más importantes –con un especial énfasis en indicadores en salud- que permiten establecer un primer acercamiento con la realidad boliviana:

Tabla 2. Estadísticas sociodemográficas de Bolivia

CARACTERÍSTICAS	INDICADOR
Renta per Cápita (2011)	2, 225 USD
Coefficiente de Gini (2011)	0, 60
Índice de Desarrollo Humano (2011)	0, 663/108

⁴⁷ Información obtenida a través del Ministerio de Relaciones y Culto de Bolivia y el Ministerio de Asuntos Exteriores de España, junio de 2013.

Esperanza de Vida	66, 6 años
Tasa de Mortalidad niños < 5 años	51
Tasa de Alfabetización Adultos	90.7%
Incidencia de Pobreza (2009)	51, 31
Población Total	10, 269, 598
Población Pobre	5, 269, 390

Fuente: Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto del Estado Plurinacional de Bolivia

Actualmente –datos del 2011- Bolivia mantiene el puesto 108 de 187 países en lo que respecta a la clasificación del Índice de Desarrollo Humano, con más de la mitad de su población considerada en escasez de recursos básicos para su subsistencia.

En lo que respecta a su composición indígena, en Bolivia coexisten alrededor de 33 grupos indígenas esparcidos por todo el territorio. Si bien históricamente, y debido al peso demográfico y político que representan, los grupos quechua y aymara son los más visibles, en realidad el mosaico cultural boliviano es muy amplio. De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2013) Bolivia es el país de América Latina con mayor porcentaje de población indígena (el 62% según datos del PNUD para el año 2002). De la población indígena, se calcula que la mayoría son quechuas (50, 3%) y Aymaras (39, 8%). En menor porcentaje, aunque con una importante dispersión territorial, se encuentran los pueblos de las llamadas tierras bajas, como los Achiquitanos (3,6%) y Guaraníes (2.5%). Entre los departamentos con más alta población indígena se encuentran Cochabamba, La Paz, Oruro y Chuquisaca.

Mohotek (1996) establece una clasificación los grupos indígenas bolivianos de acuerdo a las siguientes características:

Tabla 3. Grupos Indígenas de Bolivia

REGIÓN ANDINA	REGIÓN AMAZÓNICA	REGIÓN CHACHO-AMAZÓNICA
1. Aymará	5. Aurora	29. Guaraní
2. Quechua	6. Baure	30. Chiquitano
3. Uru	7. Canichana	31. Guarayó
4. Afroboliviano	8. Cavineño	32. Ayoreo
	9. Cayubaba	33. Tapiete
	10. Chacobo	34. Weenhayek
	11. Chimán	35. Paiconeca
	12. Ese Ejja	
	13. Itonama	
	14. Joaquiniano	
	15. Leco	
	16. Manchineri	
	17. Moré	
	18. Mosestem	
	19. Movina	
	20. Moxeño	
	21. Nahua	
	22. Pacahuara	
	23. Sironio	
	24. Tacana	
	25. Tomorona	
	26. Yaminahua	
	27. Yuqui	
	28. Yuracare	

Fuente: Mohotek, 1996.

En lo que respecta a condiciones básicas de salud, de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (2011) la mortalidad materno-infantil es de 222 (por cada 100 000 nacidos vivos), la tasa de fecundidad es de 2, 6 hijos por mujer, la tasa bruta de natalidad es

de 35,8 por cada 1000 habitantes, la tasa de mortalidad en adultos es de 7,2 por cada 1000 habitantes, y la tasa de mortalidad infantil –en niños menores de 5 años- es de 63, 00 por cada 1000 nacidos vivos. Cabe destacar que existe una gran disparidad de acuerdo al lugar de residencia, ya que mientras que en el contexto urbano la tasa de mortalidad es de 54/1000, en el contexto rural –dónde la presencia indígena es mayoritaria- la tasa es de 98/1000 nacidos vivos. De 1.817.157 partos declarados por mujeres de 15 años o más, 963.752 se atendieron en establecimientos de salud, 754.120 en domicilios, 37.364 en otro lugar y 61.921 no especifican el lugar. El 13,28% de la población es analfabeta, el 63,28% cuenta con servicio sanitario; en el área rural un 33,14% y el 82,36% de hogares en el área urbana.

Este primer acercamiento muestra una realidad boliviana en la que persisten grandes índices de pobreza extrema relacionados indisolublemente al enorme componente indígena con el que cuenta el país, lo que tiende a elevar las brechas de desigualdad e incide negativamente en las estadísticas básicas de salud. Lo anterior, involucra la necesidad de establecer paliativos hacia las grandes condiciones de desigualdad y acceso a los servicios de salud, para lo cual se recurre, entre otras cosas y como ha sido puntualizado en el capítulo anterior, a la revitalización de la Medicina Tradicional como estrategia de desarrollo

c) Historia, cosmovisión andina y movimientos sociales

Un acercamiento al estudio de la historia en la sociedad boliviana debe centrarse especialmente en el análisis de los conflictos sociales que moldearon la perspectiva de los actores, tomando como punto de partida la experiencia colonial y los conflictos interétnicos que continúan hasta la actualidad.

Antes de la conquista y posterior colonización de territorio boliviano, este compartía un espacio geográfico y una cultura común con los actuales territorios de Colombia, Venezuela, Ecuador y Perú, en lo que se ha denominado “Región andina”. De acuerdo con Rama (2004) dicha área se considera: “una vasta zona de la que sirven de asiento los Andes y las plurales culturas indígenas que en ellos residían y sobre la cual se desarrolló desde la conquista una sociedad dual, particularmente refractaria a las transformaciones del mundo moderno” (p. 124)

Cabe destacar que la zona Andina incluye un número significativo de grupos culturales que comparten entre sí especialmente una cosmovisión agrocéntrica que estructura su organización social en base a ciclos agrícolas. Sin embargo, más allá de estas características

culturales compartidas, el Área Cultural Andina aglutina en realidad una gran diversidad de pueblos indígenas que han pasado por tres fases de subalternización:

1. Una etapa “precolombina” en donde la expansión del imperio incaico produjo la conquista de numerosos pueblos que, si bien mantuvieron ciertas características culturales propias, transitan hacia una homogeneización lingüística y cultural como parte de dicho proceso imperial (Rama, op. cit.).
2. Una etapa colonial, en la que la misión evangelizadora realizada en idioma quechua, y la generalización de la alteridad bajo el discurso de “lo indígena”, establecen similitudes culturales ficticias y
3. Una última fase caracterizada por los procesos de “mestizaje” y el auge del proyecto indigenista asociado a los primeros intentos de construir un nacionalismo latinoamericano sólido y moderno.

Por lo tanto, lo que conocemos como “área cultural andina” en realidad abarca un extenso mosaico cultural que discursivamente se ha totalizado para responder a estructuras hegemónicas con intereses hegemónicos definidos.

Volviendo al análisis histórico del Estado Boliviano, antes de la llegada de los conquistadores, las culturas que ahí habitaban se estructuraban espacialmente bajo un sistema organizacional que se conoce como “Tawantinsuyu”, que en quechua significa “los cuatro territorios”. Homologado a los territorios ocupados por el Imperio Inca, el Tawantinsuyu funcionaba como el sistema político, económico, jurídico y social y religioso bajo el cual se estructuran las sociedades correspondientes al área cultural andina. Los cuatro territorios (*suyos*) se distribuían de la siguiente manera:

- Chinchaysuyo (ubicado al norte)
- Collasuyo (ubicado al sur)
- Antisuyo (ubicado al este)
- Contisuyo (ubicado al oeste)

El Tawantinsuyu puede conceptualizarse como un “estado temprano en transición” (Ziólkowski, 1996) cuyas características más importantes son: las funciones sacerdotales del Sapan Inka, la vigencia de jerarquías basadas en el parentesco, además del surgimiento de una administración burocrática independiente y la solarización del culto imperial. (Sánchez Romero, 2001, 95).

En lo que respecta a la cosmovisión legitimada a partir de esta estructura “protoestatal”, destaca especialmente el concepto de *Pacha*, término que representa por igual la idea de tiempo o de espacio, por lo que puede utilizarse para definir lugares, épocas históricas o la expresión de pasado, presente y futuro. Arce Ruiz (2007) establece que: “presenta la facultad de aunar lo estático y lo dinámico, posibilidad que no existe en la cosmovisión occidental católica” (p. 3).

Tal estructuración semántica permitirá entender posteriormente los significados que adquiere la medicina tradicional “nómada” tal y como se practica en Bolivia, así como la transición del paradigma desarrollista al paradigma de Buen Vivir, implementado a raíz de la llegada de Evo Morales a la presidencia de la República.

A partir de la idea de “Pacha” la cosmovisión del Tawantinsuyu queda establecida de acuerdo a la siguiente división de las dimensiones espacio-temporales que conforman el universo:

- Hahah Pacha: zona dónde moran los santos.
- Hanan Pacha: dónde viven los pájaros, hasta el arco del cielo, con implicaciones temporales.
- Urin Pacha: zona de la superficie de la tierra, con implicaciones temporales.
- Uju Pacha: zona que se encuentra en el fondo de la tierra.

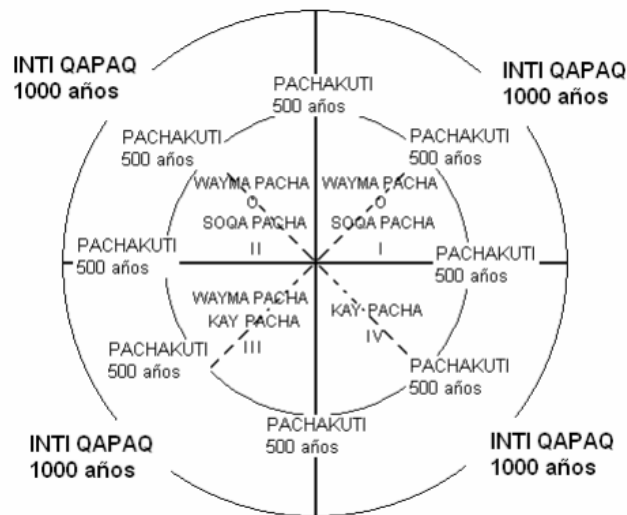
La consideración del tiempo es dual, dividida entre un tiempo solar (bajo un esquema sustentado en el ciclo agrícola) y un ciclo lunar (caracterizado por un período de lluvias), mediados por un tiempo de transición que permite dirigir la alternancia entre contrarios. El esquema dual, de alternancia entre opuestos, resulta esencial para acercarnos a una categorización general de la cosmogonía andina. Lo anterior se proyecta claramente en la concepción del saber tradicional, especialmente en el establecimiento de una “teoría de los humores”, tal como se analizará en párrafos posteriores. A su vez, permite entender porqué la unidad mínima social en el mundo andino no recae en el individuo sino en la pareja –hombre y mujer-.

Yaranga (1991) habla de la concepción cíclica del tiempo, así como su división en los siguientes niveles:

- Wayma Pacha o Soqa Pacha, que es el tiempo antiguo o pasado o el futuro mediato
- Wayma Pacha Kay Pacha: es el futuro inmediato y el pasado más antiguo
- Kay Pacha: es el tiempo presente, que genera el pasado inmediato y el futuro inmediato

La siguiente figura, elaborada por Yaranga (1991) y recuperada por Arce Ruíz (op. cit.), ejemplifica esquemáticamente estos estadios temporales, en dónde el Pachakuti (ciclos temporales de 500 años) marca el paso de una era a otra:

Ilustración 3. Esquema Temporal de la Región Andina.



Fuente: Yaranga, 1991.

Con el inicio del proceso colonial dicha organización espacio-temporal se desestructuró, e intento adecuarse a parámetros que establecieran un paralelismo con la religión católica, facilitando los procesos de evangelización. La clasificación entonces, quedó establecida de la siguiente manera:

1. El Mancqa Pacha, o el equivalente al infierno católico, que sin embargo involucra una serie de contradicciones al sincretizarse con el universo indígena. La más evidente de todas es considerar a las criaturas que habitan este inframundo, son capaces de generar prosperidad si se logran “seducir” adecuadamente —el equivalente a los santos en el universo cristiano—. Por tanto, la figura de los “diablos” adquiere una finalidad utilitaria y esencial en la cosmovisión andina. El demonio por tanto tiene la capacidad de “sanar” o “enfermar” los cuerpos, y se relaciona íntimamente con la idea de salud en el mundo andino.
2. El Alax-pacha es la morada de los santos, donde habita el Dios católico, que se equipara con el sol. Es un dios que “proporciona luz”, que libra de enfermedades y las sana -suma miriku o buen médico- (Arce Ruíz, op. cit., p. 6).

Uno de los principales problemas con los que los conquistadores se encontraron fue la necesidad de establecer un Dios único cargado de bondad y una figura negativa que asumiera

el papel del demonio católico. Si bien se establece que Wiracocha o Dios-Sol sería la deidad principal y el equivalente a Jesucristo, en realidad dicha tarea nunca pudo completarse en su totalidad, por lo que el sistema de creencias adquirió características particulares que impactan profundamente en la relación que se establece con los saberes terapéuticos tradicionales.

De acuerdo con Arce Ruíz (op. cit.): “la concepción de espacio-temporal de las comunidades andinas no podría construirse por separado del resto de la vida (cotidiana o mítica)” (p. 8)

Por tanto, entender el funcionamiento de la medicina tradicional indígena en Bolivia significa posicionarse desde un enfoque de análisis que trascienda los espacios nacionales, divididos geográficamente de acuerdo a consideraciones sociopolíticas vinculadas al surgimiento del Estado. Por el contrario, la geografía distintiva de la zona, la enorme vinculación con una antropología “tecnificada” que posibilitó la expansión del Imperio Inca, y la misma lógica imperial de este grupo basada en la “apropiación” de elementos cosmogónicos de otras culturas, para posteriormente incorporarlos a sus propios patrones culturales, permiten considerar a la medicina tradicional bajo la idea de “área cultural” no desde la perspectiva difusionista de la antropología americana, criticada entre otros por Steward y Harris debido a su excesiva rigidez y carácter ahistórico, sino desde un aparato conceptual más cercano a los planteamientos de Aguirre Beltrán (op. cit.) y su idea de región “sociopolítica” o dominical.

Dentro de esta perspectiva, el término “región” aparece como una construcción teórica no totalizada por el pensamiento geográfico-estadístico. Aguirre Beltrán distingue entre un centro de naturaleza “real” determinado por un centro rector y comunidades subordinadas. Si bien su análisis se centra en determinar como el centro rector es siempre “ladino” o mestizo rodeado de comunidades indígenas periféricas, en realidad la lógica imperial de la cultura Inca permite identificar tal subordinación desde tiempos precolombinos.

En lo que podemos definir como una continuidad histórico-epistémica determinada por la lógica de conquista cultural, el concepto de región cultural: “expresa a la vez, una situación intercultural y una relación de dominio, que se traducen en una fuerte explotación económica de los indígenas y un cierto grado de aislamiento” (Viqueira, 2001, p. 162).

El centro rector es un elemento primordial para entender este sistema –lo que en el caso de la medicina tradicional sería el modelo médico hegemónico que ha sido deconstruido en capítulos anteriores-. Además, permite entender de qué manera las comunidades subordinadas se relacionan con las instituciones y la cultura de la sociedad dominante.

Contrariamente a las definiciones de la antropología norteamericana, la región cultural propuesta por dicho autor es un constructo eminentemente sociopolítico, cuyo punto cumbre es la configuración de las llamadas “regiones de refugio” (Aguirre Beltrán, 1967) en donde el “indígena” es visto por primera vez no como sujeto en sí sino como sujeto de relación, cuyo polo opuesto pero indispensable es el centro dominante.

Por tanto, un punto de partida antropológico esencial para entender a la medicina tradicional boliviana consiste en enmarcarla dentro de un primer contexto geográfico-simbólico-cosmogónico y cultural más amplio – la zona andina-. Si bien el concepto de región propuesto por Aguirre Beltrán resulta útil para nuestro análisis, debe entenderse desde su carácter “líquido” en donde incluso el elemento geográfico puede ser estudiado a partir de su textualidad discursiva.

Lo anterior no significa el establecimiento de categorías “universales” que expliquen la medicina tradicional desde un enfoque reduccionista y etnocéntrico. Sin embargo, si observamos la región andina como un constructo cultural amplio establecido anteriormente a los procesos de conquista, puede entenderse como la idea de “lo diverso” en la coyuntura boliviana actual, corresponde también a un proyecto político que suele dejar del lado los elementos culturales comunes que estructuran al área andina.

Volviendo al análisis histórico, la organización social en el Imperio Inca se encontraba determinada bajo un sistema de castas sociales jerarquizadas bajo la idea de “nobleza” e identificación con las divinidades. La estructura se organizaba de la siguiente manera:

Tabla 4. Estructura social de la Región Andina.

CASTAS SOCIALES	REPRESENTANTES
Inca	Inca (el emperador)
Realeza	Auqui: El hijo del Inca Coya: Esposa del Inca Panacas reales: Primeras generaciones de cada Panaca (parientes)
Nobleza	Nobleza de sangre: miembros restantes de los Panacas (parientes)

Nobleza de privilegio: personas que destacaron por sus servicios; sacerdotes y acllas, altos jefes	
Ayllu	Hatun Runa: el pueblo en general (campesinos) Mitimaes: grupos trasladados para colonizar nuevas regiones enseñando a los pueblos nuevas costumbres Yanaconas: servidores del Inca y del imperio. Muchos de ellos eran prisioneros

Fuente: Centellas Castro, 2011, p. 17

Este sistema de organización social resulta fundamental para entender el papel de la medicina tradicional desde una perspectiva no-biologicista, en la que la organización social es un elemento que no ordena sólo a los grupos humanos, sino que se extiende a las dimensiones espacio-temporales detalladas con anterioridad. Ese sistema organizador del Universo impacta directamente en los individuos, influyendo significativamente en la construcción de la salud y la enfermedad, así como los procesos terapéuticos recomendados desde los saberes médicos tradicionales. El sistema de Ayllu se ha convertido en un sistema de asignación y reparto de la tierra que se mantiene hasta la actualidad.

Cabe destacar que, al interior del Imperio Inca, se realizaban varias tareas de naturaleza comunitaria como la “mita” : un sistema de trabajo a favor del Tawantinsuyu –construcción de caminos, explotación de recursos naturales, cuidado de cosechas, etc.- y el “ayni” el cual era un trabajo de reciprocidad familiar y comunitaria dependiendo de las condiciones y necesidades de sus miembros. Este sistema se mantiene hasta la actualidad y participa como elemento del “ritual terapéutico” que permite disminuir la carga económica de la enfermedad cuando esta aqueja a un elemento productivo de las familias.

Con la conquista del Imperio Inca a manos de Francisco Pizarro en 1533, que culmina con la ejecución del Inca Atahualpa en la Plaza de Cajamarca, se establece lo que Mignolo (2000) denomina “diferencia colonial” como un concepto que designa las “estructuras de desigualdad que la experiencia colonial inaugura a través de la diferenciación de identidades” (Aguerre, 2011). Para Mignolo (2000): “la diferencia colonial es la condición de posibilidad de la

colonialidad del poder, y el instrumento de legitimización de la subalternización de las personas y de sus conocimientos” (p. 16).

De este modo, las nuevas identidades geoculturales fueron impuestas desde Europa a las colonias bajo su dominio. De acuerdo con Quijano (2000): “como parte del nuevo patrón de poder mundial, Europa... concentró bajo su hegemonía el control de todas las formas de control de la subjetividad, de la cultura, y en especial, del conocimiento, de la producción del conocimiento” (p. 209).

A partir de la colonización, la alteridad se homogeneizó bajo el discurso de lo indígena, y el componente racial se posicionó como el elemento taxonómico por excelencia, dando lugar a un nuevo sistema de organización social que respondía a una región más amplia conocida como el “Virreinato del Perú”. Bajo este nuevo sistema el Kollasuyu se funde en este nuevo sistema virreinal, cuya capital es Lima, teniendo bajo su jurisdicción los territorios del antiguo Imperio Incaico, además del oriente boliviano, ecuatoriano y peruano hasta llegar a las llanuras amazónicas.

La riqueza natural –especialmente los recursos minerales con los que contaba el territorio– hicieron necesaria la creación de un aparato productivo en donde los indios funcionan como mano de obra principal para tareas extractivas y de recolección.

Así pues, en palabras de Del Alamo (op. cit):

La colonización uniformó... la situación y la condición de la mayor parte de los pueblos indígenas. Así, durante el período de la colonia, el contacto y la relación entre los indígenas y europeos produciría un profundo proceso de mestizaje cultural y social que permitió “invisibilizar” a un importante porcentaje de indígenas bajo un manto ambiguo y contradictorio (p. 106).

Tales procesos de colonialidad –material y epistémica– combinados con la fuerte tensión entre diversidad/unidad que se presenta desde tiempos imperiales, ayuda a explicar en parte el surgimiento de numerosos conflictos sociales en donde el componente étnico ha estado presente como un elemento fundamental, los cuáles persisten a pesar de la llegada a poder del indígena aymara Evo Morales. El papel de los movimientos sociales será detallado más adelante, ya que funge como un punto de partida importante para entender la relación de la medicina tradicional con el modelo hegemónico en un contexto político y cultural “sui generis” en donde el desarrollo se aborda a partir de un discurso étnico y emancipador.

En lo que respecta al papel de la medicina tradicional en Bolivia durante la Colonia, destacan los trabajos del cronista Felipe Guamán Poma de Ayala, mestizo peruano autor de “La Nueva Crónica y el Buen Gobierno” quién escribe a su majestad Felipe III aquello que ve y recoge de acuerdo a testimonios de los propios indígenas. En su libro, Poma de Ayala menciona algunas terapias médicas como la siguiente:

De cómo tenían costumbre de purgarse cada mes con su purga que ellos le llaman bilca taurí. Con tres pares de grano pesado, con macay, lo junta y lo muele y se lo bebe por la boca y se echan luego con la mitad por debajo con una medicina y jerinca que ellos le llaman uilcachina. Con ello tenían mucha fuerza para pelear y aumentaban su salud (En Trejos, 1980, s/p)

Gracias a los trabajos de este autor, podemos conocer que la región que hoy es conocida como Bolivia y que en ese tiempo se conocía como Kollasuyo era conocida como el país de “médicos y medicinas”. En ellos destacaban tres grupos: Los Kallawayas, los Qulla y los Kulawa. De acuerdo con Ponz (2005): los Kallawayas han sido reconocidos no solo por su arte, sino por la medicina tradicional que practican: una medicina nosológica, con nomenclatura diferente a la medicina occidental, que toma sus instrumentos de trabajo directamente de la naturaleza, y es transmitida oralmente de padres a hijos (p. 8).

Los Kulawa por otro lado, son “médicos itinerantes” que recorren importantes distancias en la región andina para poner en práctica sus saberes, contando con un gran reconocimiento e interés antropológico debido a su preeminencia en la actualidad.

En lo que respecta al tratamiento otorgado a la medicina tradicional durante la época colonial, siguiendo a Mills (1997) las prácticas médicas tradicionales se dividían en dos clases. La primera era: “una idolatría formal o falsa religión, más peligrosa y semejante al culto de los wakas en Cuzco (...) y la segunda, una combinación de superstición y error remanentes, a las que se hacía referencia generalmente como hechicería, y estaba situada aún por debajo de esa falsa religión” (Mills, 1997, p. 101-102).

A esta clasificación dual, conviene agregar una tercera analizada en capítulos anteriores: una medicina herbolaria e “inofensiva” paralela al modelo biologicista de salud que aún se encontraba en etapa de gestación pero que empezaba a permear al mundo europeo. Esta medicina es permitida e incluso institucionalizada a partir de las “Instituciones de Indios” que se crean para dar legitimidad al proyecto colonial.

La medicina tradicional indígena se encontraba fuertemente imbuida de elementos religiosos al momento del contacto cultural con Europa, por tanto, muchas de sus prácticas fueron

reducidas a la idea de “prácticas mágicas”, siendo perseguidas y propiciando un proceso de readaptación/reconfiguración colonial de sus creencias al interior de un contexto de clasificación epistemológica/científica de los saberes.

Luis Arana Bustamante (2009), en su trabajo sobre el ritual curativo andino relacionado a la utilización de piedras, recoge un documento fechado en 1621, perteneciente a la serie “extirpación de idolatrías” del Archivo Arzobispal de Lima, en donde se detalla el proceso seguido a Cristóbal Curis Ananpa y Domingo Parían, acusados de “sacerdoticio” e “idolatría”.

Ambos son en realidad, sacerdotes del Dios-montaña Rasu-Yacolca –recordemos que la religión andina es de carácter animista- por lo que puede observarse la importante relación entre prácticas médicas y religiosas en lo que respecta al mundo andino.

Un indio llamado Gerónimo Porres, acusa a ambos sacerdotes, ciegos y tullidos, de haber llegado a casa de su hermano “como decir de quererle curar usando de sus ceremonias” y que, al ingresar a casa del enfermo que únicamente declaraba sentir gran flaqueza. En la siguiente descripción se detalla claramente lo acontecido:

“y le tomó las piernas juntas hamba a dos se las enpeço a tantear y bajándose por una piedra que alli estaba que la [ha]ví traydo una hermana de este declarante y tomando un topo [prendedor] de plata que pidio a la hermana del susodicho enpeço a hazer unas señales y rayas con el dicho topo en la dicha piedra que es la ceremonia que ellos usan» (1r; énfasis en el original). «Hechas estas rayas...», luego «tomó unos ajos y untando la dicha [piedra] con los dichos ajos (...) le refregó el cuerpo a este dicho declarante todo el cuerpo con ella y (...) hechó la dicha piedra dentro de un mate de agua la qual mandó / luego berter el dicho ydólatra y antes de bertella hiço una demostracion de que deçia la oraçion de Padrenuestro por dalles a entender que lo que haçia era cosa liçita y buena no sabiendo como no sabe reçar de ninguna manera y (...) les dijo estaria al punto bueno”⁴⁸ (En Bustamante, 2009, p. 295).

Retomando información de otros testigos, se acusa a estos dos personajes de “supersticiones” y “mal oficio”. Así pues, una práctica que persiste hasta nuestros días y se encuentra ampliamente extendida en varios países de Latinoamérica, como lo es la “limpia” o la “soba”, consistente en expulsar “el mal” o la enfermedad mediante objetos dotados de un poder terapéutico concreto, en tiempos coloniales se considera “hechicería” y es perseguida desde los tribunales religiosos. A partir de este documento, podemos notar igualmente como la medicina comienza a tomar matices sincréticos –la utilización de ajos, rezar un padre nuestro- debido a la persecución de la cuál es objeto. En palabras de Millones Santa (2012): “como es

⁴⁸ En el idioma original

sabido, las culturas nativas no fueron exterminadas, si bien se descompuso todo el sistema institucional que las mantenía, rezagos del mismo pudo refugiarse en la clandestinidad... tal vez, el renglón más psicologizante de su conocimiento, es aquel que exageraba determinados aspectos mágico-religiosos” (s/p.).

Si retomamos el análisis de Foucault presente en “Vigilar y Castigar” (op. cit.), el autor nos recuerda que siempre que exista una relación de poder, esta entraña las bases mismas de su resistencia, por lo que adquiere características “creativas” y transformadoras propias. Así, la resistencia genera nuevos procesos sociales que construyen *habitus* diferenciados.

De acuerdo con Giraldo Díaz (2006) la resistencia debe entenderse de manera relacional y paradójica, dónde existe un poder que: “mientras unifica y envuelve dentro de sí a cada elemento de la vida social, en ese mismo momento revela un nuevo contexto, un nuevo medio de la máxima pluralidad e incontenible singularización –un ambiente del evento” (p. 120).

Así, la resistencia es el ejercicio de un poder que subjetiviza al actor que resiste. En ese sentido las prácticas culturales de las sociedades de ahora en adelante conceptualizadas discursivamente como “indígenas” funcionan como un elemento de resistencia que va dinamizándose a partir de las tácticas y estrategias que se generan. La medicina tradicional no queda exenta de estos procesos, complejizándose y adquiriendo características más cercanas a la cosmovisión biomédica occidental, así como explotando prácticas permitidas como la “herbolaria”.

A partir de su persecución, la medicina tradicional adquiere un carácter dual: en primer lugar, como símbolo de una “comunidad imaginada”, es decir, como rasgo identitario que permite reafirmar una organización cultural, cosmogónica y social de larga data y, en segundo lugar, adquiriendo un carácter doméstico/”prohibido” en dónde ciertas prácticas son desreguladas y se trasladan al terreno familiar, siendo especialmente las mujeres las encargadas de proteger y transmitir dicho acervo de conocimientos.

En el caso de Bolivia, los levantamientos indígenas en contra de los conquistadores españoles, especialmente debido a las condiciones de explotación y a la “institucionalización” de la mita como trabajo obligatorio que permitía a los conquistadores “tradicionalizar la explotación”, fueron constantes durante todo el proceso colonial.

El movimiento más representativo de dicha resistencia, podemos encontrarlo en la rebelión de Tupaj Katari (1780-1781) a cargo de un ejército de 40 mil indígenas, cuyos antecedentes

directos pueden encontrarse en el movimiento de Tomás Katari de Chayanta (Norte de Potosí) y el de Tupac Amaru en Cuzco (Perú) (Quiroga, 2012).

Presenciamos lo que puede definirse como una período de efervescencia étnica, dónde los levantamientos eran continuos, y las ejecuciones públicas no acallaban los reclamos indígenas. En palabras de Barnadas (1978): “a comienzos de marzo de 1781, la insurrección india era patente: de Larikaja, de Umasuyus, de Pakaxa, de los mismos pueblos circundantes de la Paz llegaban noticias alarmantes para la clase colona. El 14 de aquel mes empezaba el cerco en la ciudad [de La Paz] que se prolongaría hasta el primero de julio y, reiniciado a comienzos de agosto, no iba a acabar hasta el 16 de octubre” (p. 9).

Gracias al apoyo del ejército argentino, el cerco de la Paz se rompe, Túpac Katari es capturado junto con su esposa, Bartolina Sisa, para posteriormente ser ejecutados en el Santuario de Peñas y en la plaza mayor de La Paz, respectivamente. Ambos son descuartizados por la fuerza de caballos y las partes de sus cuerpos exhibidas en diferentes zonas del territorio andino, como escarmiento ante posibles nuevos levantamientos.

Dicho movimiento ha constituido históricamente un símbolo de la resistencia indígena en Bolivia, dando lugar a un Movimiento Guerrillero que fue capaz de conjuntar demandas sociales y étnicas, cobrando gran fuerza durante la década de 1950. La metáfora del cuerpo desmembrado de Katari -como símbolo de resistencia “real” y “epistémica” de los movimientos indígenas en Bolivia- será retomada para su análisis en párrafos posteriores.

Continuando con el análisis histórico, el proceso de independencia y posterior construcción de un Estado Republicano en Bolivia no se tradujeron en un cambio radical en la situación de los grupos étnicos sometidos durante la Colonia, por lo que el discurso taxonómico y jerarquizador asociado a los procesos de colonialismo permaneció. Se establece por lo tanto una relación de “colonialidad”, término que excede conceptualmente la idea de “colonialismo” pues mientras este último involucra únicamente la idea de control y dominación política directa, la colonialidad alude a procesos de subordinación epistémica que se mantienen en la actualidad. En palabras de Quijano (2007): “Extinguido el colonialismo como sistema político formal, el poder social está aún constituido sobre la base de criterios originados en la relación colonial” (p. 96).

Cuando en 1835 el dominio español finaliza sobre la región andina, Simón Bolívar decide suprimir la contribución impuesta a los indígenas por el gobierno español, conocida como

tributo.⁴⁹ Sin embargo, tan solo unas décadas más tarde, el Gobernador Sucre decide reintroducirlo debido a las dificultades económicas del nuevo Estado. Lo anterior es un ejemplo de la forma en que el Estado Boliviano nace como República, es decir, heredando la estructura social colonial que lo precede.

Uno de los elementos más significativos de legitimación “real” y discursiva de esta nueva República es el hecho de que los indígenas no contarán con un estatus ciudadano formalmente reconocido: al sustentarse en el conocimiento del idioma español, el grado de alfabetismo, así como el elemento patrimonial, la ciudadanía retoma y profundiza categorizaciones sociales excluyentes, convirtiéndose en una estructura hegemónica productora de marginación. Según Valenzuela Fernández (2004):

La República de Bolivia se fundó a partir de estructuras que consagraban prestigio, propiedad y poder en función del color de la piel, el apellido, el idioma y el linaje. La realidad interna se escindió entre el indio y aquellos que habían nacido bajo la jurisdicción de la nueva república, la de los ciudadanos que sabían leer y escribir en castellano (...) Por ello, se puede afirmar que en Bolivia el “indio” ha carecido durante mucho de ciudadanía (...) Lo cual habilita para plantear que ha existido un tipo de ciudadanía patrimonial, es decir, sujeta a los patrimonios heredados (p. 28).

De este modo, se legitima el despojo de tierras comunales y la expansión creciente de las haciendas como organización territorial en el Estado Boliviano Independiente. Por tanto, la posesión de la tierra⁵⁰ y la concesión de un estatus ciudadano se configuran como procesos fuertemente interrelacionados, lo que explica el mantenimiento de tributos y la enorme concentración de tierras de un sector oligárquico que detentaba a su vez el poder político del territorio y las regiones que lo componen.

Es durante la década de 1950 que comienzan a configurarse las primeras revoluciones vinculadas a la reivindicación territorial, siendo la reforma agraria su reclamo más sonado. Dentro de este período el discurso de lo étnico se encuentra aún sesgado y totalizado bajo la idea de “lo campesino” en consonancia con los procesos de construcción de una identidad “mestiza” y homogénea que se plantea como un proyecto orquestado desde el Estado-Nación.

⁴⁹ Es importante recordar que, tras la guerra de Independencia, el Virreinato del Perú se separa en tres estados independientes: en 1821 el Perú se declara independiente y, cuatro años más tarde, el Estado de Ero Charcas (también llamado el Alto Perú) se separa en 1825, adoptando el nombre de Bolivia en honor al libertador Bolívar

⁵⁰ A este respecto, conviene recordar que durante el proceso de colonización, se establece en los virreinos un sistema de “encomiendas”, grandes extensiones de tierra otorgadas a la nobleza o por “méritos” de conquista, generando la concentración de enormes extensiones de tierra – a menudo comunal- en manos privadas

En este punto conviene considerar que el mestizaje, de acuerdo con Boccara (2006) constituye un proceso crucial de dominación y violencia, por lo que remite a fenómenos políticos que trascienden el elemento meramente biologicista. Según Gruzinzsky (2007) conviene comprender a los mestizajes americanos en el siguiente contexto: caos de la América invadida, occidentalización impuesta y mimetismo/reclusión de “lo indígena”.

El advenimiento de los procesos de “mestizaje”, entendido como un proceso político de aculturación dirigida en el que se busca integrar al naciente Estado Boliviano al proyecto de la modernidad, se conjuga con la implantación de un sistema capitalista de producción y manejo de la tierra, generando un proceso dual: una “esquizofrenia identitaria” en la que lo indígena se convierte en un instrumento mítico de reivindicación política –desde su discursividad subalterna- y a la vez un elemento de legitimación del poder-desde su discursividad hegemónica- que habilita al Estado a expandir su ámbito de influencia.

En palabras de Rodríguez García (2011): “contrariamente a los deseos de la oligarquía, [el desarrollo capitalista] con el tiempo abrió vías para la continuidad del proceso de cholificación de los indios debido a su incorporación al trabajo minero y a su lenta pero permanente migración campo-ciudad” (p. 155).

La “cholificación”, lo “cholo” es un concepto acuñado por Anibal Quijano (1964), el cual se define como:

Un grupo social (...) que emerge desde la masa indígena servil o semi-servil de las haciendas y de las comunidades indígenas, cuya situación social no está claramente estructurada y definida, porque no están definidas las normas y los estándares de diferenciación social. Participa, por eso, al mismo tiempo y de manera combinada y superpuesta, de la condición de casta y la condición de clase social, sin ser ya la una y sin ser del todo la otra (Quijano, 1980, p. 68-69).

De acuerdo con Portocarrero (2012) el mundo del cholo es un microcosmos en el que se funden las contradicciones y ambivalencias de la sociedad poscolonial. Es por tanto, un discurso “traumático” que da cuenta de las contradicciones estructurales y multidimensionales entre “lo indígena” y lo “moderno”, en la que ambos discursos se convierten en arquetipos míticos y ambivalentes. En lo que respecta a la medicina tradicional, la figura de lo cholo como un sistema cultural “en transición” requiere una revisión exhaustiva de su tratamiento a nivel internacional, generando una “etnopolítica de la medicina”.

Este enfrentamiento epistemológico –indígena/”occidental”- ha desembocado en un ciclo pendular tensión-conflicto que puede llegar a confluír y desarrollarse en períodos muy cortos de tiempo. Un ejemplo de lo anterior es el hecho de que el triunfo del Movimiento Revolucionario Boliviano, basado en la reivindicación territorial de las clases excluidas, es decir, una reivindicación de la alteridad, coincide con la puesta en marcha de proyectos “indigenistas” de integración en dónde esta misma alteridad aparece negada e incluso problematizada.

Con el triunfo de la Revolución Boliviana de 1952, Víctor Paz Estenssoro -candidato del Movimiento Nacionalista Revolucionario, quien gana las elecciones presidenciales, posteriormente anuladas por una Junta Militar - lidera un movimiento armado que llega al poder gracias a la participación activa de los grupos indígenas. Sin embargo, este mismo gobierno pone en marcha un programa unificador en los que la etnicidad es vista como: “una visión de clase...una forma primitiva condenada a desaparecer con los procesos rápidos de la modernización” (Albó, 1996, p. 8).

Paradójicamente la afiliación de los grupos indígenas en sindicatos tuvo resultados contradictorios, y el elemento étnico se convirtió en un poderoso instrumento reivindicativo, generando un discurso dónde era posible esgrimir consideraciones históricas, políticas, económicas y culturales. A partir del surgimiento de organizaciones como la Confederación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Bolivia (CSUTCB) así como organizaciones mineras y obreras, se reivindicó el reconocimiento cultural y político de los pueblos indígenas.

Cabe destacar que finalmente –y a pesar de algunas conquistas sociales significativas como el establecimiento del voto universal, la nacionalización de las minas y una tímida reforma agraria- la revolución de 1952 finalmente es derrotada por los militares en 1964. El establecimiento del pacto militar-campesino, que permitió legitimar la puesta en marcha de una serie de dictaduras militares en la región boliviana, puede analizarse desde lo que Gramsci (1971) denomina “terreno de coyuntura” con la cual explica que clases distintas o grupos diversos pueden unirse bajo circunstancias históricas particulares para formar una voluntad colectiva o “bloque histórico” que permita maximizar su factor de resistencia o subordinación. En el caso de Bolivia, siguiendo los planteamientos de Postero (2005): “los movimientos sociales indígenas han tomado dos posiciones: como fuerzas de resistencia que presionan para cumplir sus propios intereses, y como fuerzas de consolidación, que se alían con clases dominantes y partidos políticos” (p. 59)

Al interior de ese movimiento indígena de carácter “proletario” destaca una rama “indianista” conocida como el Movimiento Revolucionario Tupac Katari (MRTK) el cual se encuentra fuertemente imbuido por movimientos sociales obreros de filiación marxista. Tal grupo se apoya discursivamente en la metáfora del desmembramiento de Katari, cuestionando la idea del Estado Boliviano como una realidad homogénea y multidimensional. (Sanjinés, 138 en Walsh, op. cit.).

El movimiento katarista se lleva a cabo por una incipiente “elite intelectual” indígena, como consecuencia de los procesos migratorios campo-ciudad, tomando como punto de partida su identidad común aymara. Dicho movimiento surge principalmente por dos motivos (Del Álamo, op. cit.):

1. La ausencia o pérdida de sentido de las organizaciones de clase de carácter campesino, que funcionaban como única forma de inclusión del elemento indígena al proyecto nacional
2. La frustración de estos nuevos “campesinos” al no lograr el progreso material prometido a cambio de abandonar –discursiva y prácticamente- su origen étnico. Critican especialmente el reduccionismo económico que los cosifica, transmutando de su carácter de “pueblo” al de “clase social”.

Siguiendo a Del Olmo (op. cit.):

El movimiento social katarista logra articularse mediante dos tipos de enlace: uno meramente simbólico, a través de la recuperación de la imagen histórica de Túpac Katari, que rápidamente iba siendo convertido en un potente movilizador y un puente simbólico con el pasado; el otro enlace, de orden socio-espacial, era la generación de relaciones dinámicas y múltiples... entre la ciudad y el campo (p. 321).

Siguiendo esa tónica, en 1973 se redacta el “Manifiesto de Tiawanaku”, en dónde por primera vez aparece explicitado el elemento étnico de acuerdo a su carácter político-reivindicativo. Una de las ideas centrales del texto es *“nos sentimos económicamente explotados y cultural y políticamente oprimidos”*. El discurso subalterno aparece entonces complejizado y la relación entre economía-política-cultura -como dimensiones interseccionales para comprender a las estructuras hegemónicas- se formaliza.

El movimiento katarista, a pesar de su inviabilidad e importantes diferencias políticas de carácter interno generó, por un lado, la conciencia del elemento indígena como un componente unificador y políticamente poderoso –un discurso subalterno sumamente

movilizador- y por el otro, dio lugar a una simbología compartida capaz de movilizar a partir de la memoria colectiva. Siguiendo a Chihuailaf (2008) estos símbolos fueron principalmente: la imagen de Túpac Katari y Bartolina Sisa, la whipala (bandera cuadrada de siete colores) y las vestimentas tradicionales. A su vez, todas las expresiones y simbolizaciones que dieran cuenta del pasado indígena –incluida la medicina tradicional- se convierten en estandartes poderosos capaces de construir un discurso indígena cohesionado y unidireccional.

Como sucedería con otros países latinoamericanos, los años ochenta y noventa marcan un crecimiento exponencial de movimiento indígena a nivel regional, en gran medida gracias al financiamiento de ONGs y de la iglesia, así como la internalización discursiva de lo indígena y de lo “multicultural” como consecuencia de los procesos globalizadores y la conmemoración –en 1992- del quinto aniversario de la llegada de Colón a América. Unos años antes (en 1982) ya se había creado la Confederación de Pueblos Indígenas de Bolivia (CIDOB) logrando armonizar sus demandas bajo el lema de “defensa del territorio”.

Gracias a la publicitada marcha “Por el territorio y la dignidad” llevada a cabo en 1990, los indígenas logran posicionarse como actores políticos de envergadura, generando espacios estratégicos de reconfiguración discursiva. Por primera vez, los líderes indígenas eran participantes activos en la toma de decisiones, y no simplemente “los beneficiarios” de proyectos específicos (Postero, op. cit.).

Por tanto, durante esta época se transforma la posición legal de los pueblos indígenas: se reconoce el estatus de Bolivia como “nación multiétnica y pluricultural” y el artículo 171 declara que “se reconocen, respetan y protegen (...) los derechos sociales, económicos y culturales de los pueblos indígenas quienes habitan el territorio nacional”.

A su vez, se proponen leyes de educación intercultural (ley 1565) y de legalización de títulos de tierras colectivas. Una de las más importantes es la ley de Participación Popular, la cual establece mecanismos para la participación de representantes indígenas en la administración municipal.

Aunque, como se ha dejado claro en capítulos anteriores, el discurso multiculturalista y su auge dentro del proceso globalizador no generaron una ruptura epistémica importante, en el caso de Bolivia dicho proceso tiene particularidades a rescatar:

- En primer lugar, se contaba con una organización indígena sólida y significativa, con raíces históricas profundas y un contenido ideológico unificador que el discurso multiculturalista neoliberal no logró fracturar completamente.

- La consecución de avances políticos fundamentales: el elemento indígena logra articular sus demandas en una agenda concreta, generando una intensa movilización social.
- El discurso étnico –que alcanza su punto cumbre con el movimiento katarista como justificador ideológico del discurso- pudo articularse exitosamente con demandas que trascienden su discurso, como el acceso a la tierra, la defensa del territorio y la participación en los procesos políticos. En otras palabras, el discurso de lo indígena es cargado de significado por parte de sus significantes, adquiriendo un poder inusitado.
- Finalmente, las demandas de origen étnico parten de un reconocimiento de la “memoria histórica” pero se asientan discursivamente en el tiempo presente como motor del futuro. El elemento indígena aparece por lo tanto, subjetivado discursivamente, transformándose en un elemento dinámico y contemporáneo al discurso moderno.

Tales particularidades dieron lugar a lo que se conoce como “el ciclo rebelde” que, de acuerdo con Cabezas (2005), se compone de los siguientes elementos:

- Los procesos de exclusión y pobreza generados por las reformas neoliberales de los años noventa, en dónde comienzan a privatizarse recursos nacionales estratégicos asentados en comunidades indígenas como el agua o el gas.
- La irradiación de la identidad india como elemento articulador de los movimientos sociales.
- La irrupción de los movimientos sociales en el Parlamento con las elecciones del 2002.
- El punto de inflexión caracterizado por la denominada “guerra del gas”, en dónde la defensa hacia la privatización del gas funcionó como: “síntesis y aglutinador de las reivindicaciones estructurales de los sectores populares e indígenas que, en definitiva, exigían participación política en las decisiones estratégicas del país, reformas estructurales del modelo económico, equidad social, justicia e inclusión” (Cabezas, op. cit., p. 10).

La magnitud de la movilización social fue tal, que el Presidente Gonzalo Sánchez de Lozada se vio obligado a renunciar y huir hacia Estados Unidos.

El “ciclo rebelde” culmina en 2006, con la elección democrática del presidente Evo Morales Ayma, cocalero de extracción netamente indígena y candidato por el Movimiento al

Socialismo (MAS). En lo que puede denominarse como una “refundación epistemológica del Estado”, el discurso subalterno transmuta, convirtiéndose en un discurso productor de hegemonía y por, tanto, adquiriendo necesariamente elementos conservadores que limitan su carácter revolucionario.

De acuerdo con García Linera (2004) el campo político boliviano actual se estructura a partir de tres polos antagónicos, organizados en torno a los ejes étnico-cultural (indígenas/criollos), de clase (trabajadores/empresarios) y regional (occidente/oriente). Si bien el discurso de lo indígena se ha posicionado como el hegemónico a nivel político, no ha logrado el mismo resultado en otros aspectos sociales de gran peso, como el factor económico o el internacional”. El gran reto de Evo Morales consiste por tanto en cómo construir un Estado nacional a partir del componente indígena, es decir, como hegemonizar efectivamente lo subalterno.

A partir de este breve repaso histórico-político ha sido posible dar cuenta del proceso de reconfiguración de lo indígena –lo “tradicional”- tal y como acontece en el contexto boliviano. En especial, permite caracterizar a lo tradicional como un proceso histórico-político-discursivo complejo: como un discurso dinámico que involucra a una diversidad de actores capaces de incidir sobre él.

De igual modo, podemos dar cuenta de cómo el elemento indígena trasciende el discurso globalizador del *diversity management* (Bennet, 1998) para configurarse a través de la defensa del territorio y la puesta en marcha de políticas de “lo local” reivindicando la idea de “lo subalterno” como vía de escape a la colonización epistémica. De acuerdo con Álvarez (2007): “centrarse en el lugar...proporciona una lente analítica novedosa y especialmente penetrante mediante la cual se puede revisar/rever nuestras respuestas políticas a la modernidad y al capitalismo neoliberal” (En Harcourt, 2007, p. 262).

Es desde esta perspectiva de lugar, construido socialmente a través de procesos históricos y políticos específicos, que se estudiará el discurso y la praxis de la medicina tradicional en Bolivia, la cual, a partir de lo analizado hasta ahora, se posiciona como 1) un símbolo de resistencia étnica, 2) un elemento de reivindicación cultural y 3) praxis y movilización social en defensa del territorio/la biodiversidad.

No debemos sin embargo, caer en la trampa de reivindicar lo étnico desde una posición utópica y/o esencialista. En lo que respecta a Bolivia, el discurso de la indianidad ha generado una intensa polarización social, conflictividad económica y fragmentación del territorio. A su

vez, al momento de entrar en contacto con el panorama internacional e inclusive políticas estratégicas como la salud, este discurso-otro se diluye y adecua a circunstancias específicas, como analizaremos más adelante.

Es innegable que en Bolivia el discurso de “lo étnico/tradicional” se encuentra fuertemente imbuido por la cultura de la resistencia que lo constituye.

Así, desde la historia y los movimientos sociales en Bolivia, la salud se vuelve un elemento complejo que abarca clase social, etnicidad, distribución de recursos, preservación de tradiciones y cuidado del medio ambiente. Por tanto, el modelo médico hegemónico resulta insuficiente para atender a las demandas de los pueblos indígenas.

Para paliar estas deficiencias se ha recurrido al discurso de la “interculturalidad en salud”. Este concepto sin embargo, continua aun colonizado por la reivindicación multicultural de carácter instrumental, propia del modelo neoliberal. En párrafos posteriores se analizará detalladamente el impacto del discurso de la indianidad en las políticas de salud –tanto nacionales como internacionales- de Bolivia, mostrando de qué manera se entrelaza con una idea de “medicina tradicional” construida multidimensionalmente.

d) Medicina Tradicional: Prácticas y Significados

Cómo se ha mencionado anteriormente, el territorio boliviano en la época prehispánica se encontraba conformado por un “Estado temprano” en transición conocido como Tawantinsuyu, dividido en cuatro territorios que posteriormente serían homologados por el territorio inca.

Uno de estos territorios es el “Qollasuyo/Collasuyo”, cuya traducción al español es “país de médicos y medicinas”. Por tanto, esta región se encontraba caracterizada por una cultura médica muy extendida, dónde los profesionales se clasificaban conforme a los siguientes criterios: Los Kallawaya, médicos nómadas retratados por el Cronista Poma de Ayala, los Qulla, o habitantes del Qollasuyo, y los Kullawa, médicos farmacéuticos itinerantes, con grandes conocimientos de etnobotánica (Fernández Juárez, 1999) .

El Occidente de Bolivia fue sin lugar a dudas, un centro desde dónde se irradiaba el conocimiento médico. En palabras de Machica’o: “los hombres de esta tierra son consejeros, augures y curanderos. Tienen una alta misión en su peregrinaje: socorrer al que va descaminado, curar al enfermo, mantener el alma con una infinita esperanza en el porvenir” (En Zalles, 2009, p. 174).

Ya en tiempos coloniales, a pesar de la persecución de estas prácticas médicas, por ser consideradas hieréticas, los europeos comienzan a sistematizar los usos de la farmacopea indígena, especialmente hierbas y plantas medicinales. Ejemplo de lo anterior, son las crónicas de Garcilaso de la Vega, cuando establece que:

Estas purgas y sangrías mandaban hacer los más experimentados en ellas, grandes herbolarios, que los hubo muy famosos en el tiempo de los Incas, que conocían las virtudes de muchas yerbas y por tradición la enseñaban a sus hijos, y estos eran tenidos por médicos, no para curar a todos sino a los reyes y a los de su sangre, y a sus curacas y a sus parientes (De la Vega, 1991, p. 125).

De acuerdo a lo referido por este autor, el conocimiento médico adquiere un carácter patrimonial/hereditario, y el conocimiento médico especializado se encuentra reservado a las élites reales. Estos planteamientos son confirmados por el cronista Poma de Ayala, el cual realiza el siguiente grabado, en el que se observa la cercanía del trato entre médicos y la realeza inca, en este caso el Emperador Túpac Yupanqui:

Ilustración 4. Médicos Kallawayas retratados por Poma de Ayala



Fuente: Poma de Ayala, 1980.

El siguiente cuadro elaborado por Zalles (op. cit.) permite ahondar discursivamente en la clasificación médica establecida entre los habitantes del Qollasuyo:

Tabla 5. Clasificación Médica de la Medicina Andina en Qollasuyo

QO/LLA	PLANTA MEDICINAL HABITANTE DEL COLLAO	QOLL- AÑA	CURAR
Qo/lliri	Médico	Qoll- una	Lo sagrado
Qoll-a suyo	País de médicos y medicamentos	Kall- awaya	El que lleva al hombro las plantas medicinales
Qoll-an tua	Casa de plantas medicinales	Kull –awa	Farmacéutico itinerante
Collacoto	Sitio dónde se reúnen los qollas- médicos	Colocollao	Mercado de plantas medicinales
Qoll- an pampa	Llanura de plantas medicinales	Qoll- an uyu	El corral dónde hay medicinas
Qoll- an jahuirra	Río de plantas medicinales	Qoll- u	El cerro dónde crecen los remedios naturales
Qoll- i	Árbol medicinal		

Fuente: Zalles, 2009, p. 174.

Cómo puede observarse en el análisis sintáctico de la clasificación de los saberes médicos, el prefijo “Qoll” incluye siempre la diada saber/localidad, indisoluble dentro de la estructura gramatical andina. Aunado a lo anterior, el nombre Kallawayá, además de nombrar a los curadores tradicionales, alude al señorío del que forman parte, asentado al noreste del Lago Titicaca, sobre los flancos de la Cordillera de Carabaya y Apolobampa (Saignes, 1985). De acuerdo con este autor:

Los kallawayas son originarios de los valles templados que se localizan en las proximidades de la Cordillera de Apolobampa, en las provincias Bautista Saavedra y Muñecas, al norte del Departamento de La Paz. Estos valles tuvieron una importancia estratégica relevante durante el Imperio Inca, por cuanto constituyen una puerta de acceso a las tierras bajas amazónicas, lo que pudo incidir en el adiestramiento de los kallawayas en relación con el conocimiento de especies herbáceas y ciertos recursos “shamánicos” amazónicos (Saignes, op. cit., p. 362).

El señorío Kallawayaya ha sido estudiado por su estructura territorial dualista y el aprovechamiento eficaz de los 4 nichos ecológicos que comprenden su territorio (Meyers, 2002). Para Ibañez (2002): “la organización Kallawayaya comprendía el aprovechamiento de cada una de las zonas, lo que les proporcionaba una increíble variedad de recursos y posibilidades (pastoreo, tubérculos, cereales)” (p. 65).

Con la llegada de los conquistadores españoles, el señorío Kallawayaya perdió su estructura tradicional, manteniendo vivo el conocimiento médico gracias a su itinerancia terapéutica. A su vez, las prácticas médicas “tradicionales” son perseguidas y denostadas. A raíz de dicha persecución, se pone en marcha una estrategia discursiva de carácter defensivo, cuyas implicaciones se mantienen hasta la actualidad: ante las acusaciones de “brujería”, los sabios aymaras contraatacan llamando “*kharisiris*” (el que te puede matar sacando la grasa de los riñones, dónde reside la energía vital) a sus acusadores. De acuerdo con Zalles (op. cit.) dicho mote se mantiene hasta la actualidad, traducándose como “el que nos quita la grasa, el dinero”.

Estos discursos antagónicos han contribuido a ampliar la distancia entre sistemas médicos —el biomédico y el indígena— generando desconfianza e impactando negativamente en la utilización de servicios de salud de corte occidental.

Vemos entonces que la estrategia de resguardo cultural sigue aquí un proceso inverso: mientras que los movimientos sociales reivindicativos de carácter étnico se sustentan en la recuperación del lugar como anclaje discursivo de las identidades, en el caso de los kallawayas, la desterritorialización funciona como una estrategia de supervivencia para mantener y difundir el saber terapéutico, el cual ha surgido en primera instancia del conocimiento ecológico de su lugar de pertenencia. Siguiendo a Fernández Juárez (1997):

El conocimiento especializado de plantas es una de las características que otorgan una personalidad concreta al kallawayaya. Girault (1987) catalogó más de 800 especies diferentes utilizadas en la farmacopea kallawayaya. El interés de los kallawayas por las variedades específicas de las plantas, la diferenciación orgánica y terapéutica de las diferentes partes que

la integran (...) y los modos de recolección y empleo de cada uno de esos principios (decocción, mate, infusión, cataplasma o enema) así como el cariz “cálido” o “fresco” del remedio, son factores importantes en la determinación que el kallawayá adopta en el tratamiento de la enfermedad (p. 24).

Destaca además el análisis clínico de la enfermedad, en la que aparecen rituales andinos fuertemente arraigados, como es el caso de la lectura de la hoja de coca, la cual, combinándose con un conocimiento biográfico del paciente, contribuye a generar un cuadro etiológico para la asignación de un tratamiento específico.

En lo que respecta al concepto de salud en la cosmovisión andina, esta representa una “totalidad viva” cercana al concepto de Pacha Mama (Madre Tierra), por lo que trasciende al individuo y la comunidad, e incluye elementos sobrenaturales como los espíritus y los antepasados. Siguiendo a Van Keesel (2008): “es un sistema de salud que implica también recursos psicológicos, sociales, éticos y religiosos y que se apoya en amplios conocimientos empíricos... Este sistema de salud y la consiguiente aplicación terapéutica... es el ejemplo de una tecnología adecuada en sus cuatro aspectos: cultural, social, económico y ecológico” (s/p).

La salud es por tanto, sinónimo de equilibrio individual, comunitario y ecológico/cosmogónico. El siguiente cuadro ayudará a explicitar los procesos que se ponen en marcha al hablar de la salud en el mundo andino:

Tabla 6. Procesos de Salud en el Mundo Andino.

EQUILIBRIO	SALUD	ROLES	PRINCIPIOS
Relación del hombre con: -sistema ecológico -grupo social de pertenencia	-Del individuo -Del medioambiente -Del grupo social	-Productor -Integrante	-Racionalidad -Moderación -Reciprocidad
Relación del grupo social con: -sistema ecológico y cosmogónico	-Del medioambiente -Salud comunitaria	-Productor -Guardián	-Reciprocidad -Cooperación -Hermetismo

			-Obediencia
Relación del hombre y grupo social con:	-Del individuo	- Ser espiritual	-Estabilidad
-Sistema de creencias	-Del grupo social		-Continuidad

Fuente: elaboración propia a partir de Delgado, 1984, 5.

Los kallawayas, a pesar de contar con una farmacopea y una filiación cultural específicas, mantienen varios rasgos en común con la medicina andina en general, especialmente su concepción sistémica y cosmogónica de los procesos de salud-enfermedad-atención, así como el fuerte anclaje organizativo/local de sus técnicas. De acuerdo con Ponz (op. cit.):

La importancia de la medicina tradicional radica en su ejercicio acorde con normas éticas y morales que sanciona la relación de reciprocidad con el entorno, con los seres que protegen, con la familia, con la costumbre y las demandas sociales: una medicina preocupada por la subsistencia, aunque realista en relación con los límites de la lucha con la vida (p. 8).

Si recordamos la importancia del “ayllu” como concepto central a la organización social y cosmogónica en el territorio andino, este adquiere características esenciales que permiten acercarnos al saber terapéutico tradicional de dicha región cultural.

Siguiendo los lineamientos de Van Kessel (1983), la cosmovisión andina: “tiene su origen en la estructura económica y sociopolítica de la comunidad (...) Esta proposición se respalda más que nada por el origen ecológico de las divinidades, su función en la mitología y su actuación según el modelo humano-aymara” (p. 165).

Este modelo humano se encuentra caracterizado por un mecanismo dual: el hombre se encuentra compuesto por la suma entre una dimensión social (la familia, el ayllu) y una dimensión espiritual (los dioses, los antepasados). De acuerdo con Buechler (1971) y su estudio del “paralelismo simpatético”, dentro de la cosmovisión andina se marca entonces un paralelismo entre los procesos humanos-sociales y los procesos naturales-ecológicos. Van Kessel (op. cit.) profundiza: “para mantener el equilibrio y la normalidad de las fuerzas naturales -meteorológicas y vegetativas- es necesario mantener una normalidad complementaria de la conducta humana -la reproducción humana, la producción económica, las relaciones sociales-“ (p. 166).

Dentro de esta perspectiva, el papel de la medicina andina consiste en mantener y restaurar el orden en alguna de estas dos dimensiones, dado que la enfermedad se produce por un estado de desequilibrio entre la totalidad de la tríada cuerpo-sociedad-universo. Dentro de los rituales terapéuticos, es frecuente encontrar ofrendas dirigidas a estas dimensiones, las cuales son “alimentadas” a manera de reconocimiento y homenaje.

De acuerdo con la cultura andina, el cosmos es una unidad orgánica, total y autorreplicable en pequeñas dimensiones. La metáfora del cuerpo-discurso anatómico, se encuentra presente incluso en su organización espacial, ya que a menudo suelen “totemizar” sus comunidades dándole forma de animales sagrados/mitológicos como el puma o el cóndor. Tomando en cuenta estas consideraciones, puede entenderse al tratamiento terapéutico tradicional como un “ritual integrador” que permite estrechar los lazos de la comunidad –se sustenta en la reciprocidad-, y mantener la homeostasis entre sus partes.

En ese sentido la enfermedad es entendida también como la ausencia de un compromiso comunitario sólido. El incumplimiento de las ordenanzas tradicionales en el ayllu llega a considerarse un factor determinante al momento de explicar una patología específica. Para Monast (1969): “*la enfermedad lleva a un examen de conciencia*” en dónde el enfermo interioriza su grado de compromiso hacia el ayllu, y solo mediante un ritual colectivo el enfermo “sana” a través de su re-integración como miembro de un sistema de pertenencia intracomunitario.

Por esa razón el Yatiri (curador tradicional) al interrogar clínicamente al paciente, busca significados etiológicos más allá de consideraciones biologicistas, en su afán por comprender el entramado social del enfermo. De esta manera se establece un diagnóstico que permite resarcir el daño, reinstaurando el equilibrio social del enfermo.

En la explicación de la enfermedad por tanto, confluyen las tres dimensiones retratadas en capítulos anteriores –*illness, sickness y disease*- dónde sin embargo, el elemento social es ampliado, conectando con los antepasados y con los nichos ecológicos de referencia. El elemento social se complementa entonces con el elemento ecológico y el cosmogónico.

La enfermedad por tanto, puede ser entendida de acuerdo a las siguientes explicaciones (Montibeller, 2009):

1. Desequilibrio en las dimensiones “cálido-fresco”: inflamación, consumo desordenado de alimentos, consumo de alcohol, etc. por lo que se debe restaurar el equilibrio

térmico a través de rituales de carácter ordenador y la ingesta de plantas medicinales en forma de infusión.

2. Desarmonía entre cuerpo y espíritu, ausencia del espíritu o espíritu enfermo: relacionado a síndromes culturales como “susto” y a otros cuadros patológicos debilitantes como la anemia o el insomnio. Ante esta situación el primer paso es detectar la situación que derivó en la pérdida del alma, para conducirla nuevamente a su lugar de origen. Destaca igualmente el concepto de “ajayu” (ánimo) como elemento que completa la concepción de persona (cuerpo-espíritu-ajayu) y que, de perderse, genera enfermedades a menudo mortales, pues el individuo pierde su “fuerza vital” a pesar de encontrarse fisiológicamente saludable.
3. Sanciones o castigos: actitudes reprochables hacia uno mismo, la comunidad o el entorno, que provocan el enojo de fuerzas cosmogónicas que enferman al individuo. En ese sentido, fenómenos naturales como el viento, el sol o la lluvia pueden provocar enfermedades. Por tanto, la salud se encuentra íntimamente ligada a la reciprocidad y las ofrendas, además de una conducta recta y socialmente aceptada.
4. Brujería: la patología totaliza la vida cotidiana y se manifiesta en ámbitos laborales, familiares, físicos, etc.

En lo que respecta al ritual terapéutico, cuenta con variaciones *ad infinitum* pues depende del componente etiológico, de las características particulares del ambiente, y de la localidad específica en la cual cierta patología se desenvuelve.

Sin embargo, conviene rescatar el esquema propuesto por Van Keesel (op. cit.) quién divide los rituales terapéuticos entre aquellos de carácter profiláctico y aquellos de carácter curativo de la siguiente manera:

Tabla 7. Tipos de Rituales Curativos en el Mundo Andino.

FIN/RAZON	RITUAL PROFILÁCTICO	RITUAL CURATIVO
RITUAL INTEGRADOR	Ej. Iniciación de casa, templo, etc. Incluye ayunos o confesiones	Rituales terapéuticos de enfermedad-pecado
RITUAL ORDENADOR	Ej. Rituales de limpia de	Rituales terapéuticos de

Fuente: Van Keesel, op. cit., p. 169

De acuerdo con el autor, la primera casilla –profiláctico integrador- se encuentra íntimamente relacionada con los rituales que aseguran la “plenitud de la vida”, además de una correcta integración de los seres al cosmos del que se forma parte.

En la segunda casilla –el ritual profiláctico ordenador- se encuentran las ceremonias de “limpia” dónde se pretende expulsar a los elementos generadores de enfermedades, relegándolos al ambiente que les corresponde. Aquí se insertaría el ejemplo observado en párrafos anteriores dónde se detalla el juicio a Cristóbal Curis Ananpa y Domingo Parían.

En la tercera casilla –el ritual curativo investigador- se pretende reintegrar al paciente a su ayllu, ya que ha cometido un error desequilibrante, generando un vacío que es necesario disolver mediante rituales específicos. De acuerdo con el autor: “el elemento de confesión-expiación-cumplimiento de obligaciones es significativo y esencial para un exitoso proceso de recuperación mediante tratamiento farmacológico, dietético, simbólico-sugestivo, etc.” (p. 169).

En la última casilla –el ritual curativo ordenador- busca expulsarse un elemento dañino que, mediante brujería, hechicería o el accionar de espíritus malignos, se introduce en el cuerpo del enfermo, causando graves daños. Es necesario por tanto, llevar a cabo una ceremonia de “reubicación” que devuelva a esa entidad patógena a su lugar en el cosmos.

Cabe destacar que, dentro de los procesos de salud-enfermedad-atención que identifican a la región andina, pueden distinguirse dos tipos de muertes:

- La muerte física, la extinción del individuo, el cual es re-ordenado en el cosmos, tomando un papel como “antepasado” o insertándose en el mundo espiritual que lo compone.
- La muerte “social” que se traduce en el rechazo de su comunidad, la pérdida de su pertenecía al ayllu, y por tanto, la pérdida de su subjetividad. El individuo es por tanto cosificado y se le despoja de cualquier actividad vital.

Veamos un ejemplo de un ritual curativo integrador, tal y como lo recoge Fernández Juárez en su estudio “*Medicina Kallawayaya. Medicina Indígena en la Ciudad de la Paz. Bolivia*” (2001):

Para mesas en curaciones, especialmente en agosto, también puede ser en carnavales, también puede ser en espíritu, día de agosto, la tierra está abierta. Entonces siempre alcanzan todos los que tienen empresas, fábricas, todos los diferentes vecinos se hacen un sahumero para que no tenga problema, para que no tengan separaciones, para que no tengan ningún muerto. La tierra, cuando no le alcanzan hace atraso, no le pueden recuperar fracasos, si no es peleas, separaciones, si no es malignos parece, entonces lugar es mal. Entonces quien está mal hay que hacer pasar una mesita. Sullu de llama, dulce mesa, incienso, copal, pan de oro, untu de llama, huevo, feto, clavel, coca, alcohol (...) en sahumero. «Pachamama, santa tierra, tierra virgen, discúlpale, perdónale, yo te estoy alcanzando esta ofrenda. Este k`uchú recíbelo». Así, con este rezo hay que alcanzar a la tierra, santa tierra hay que hacerle pasar un brasito; con ese ya le perdonamos, no enfermamos, tampoco no hay problema. Cuando lugar está mal entonces otros se sienten afligidos, entonces una mesa será, al momento hay que preparar. (p. 266).

Atendiendo al testimonio de un curador tradicional kallawayá, podemos dar cuenta, entre otras cosas, del carácter colectivo de la enfermedad, su vinculación con la tierra y los calendarios agrícolas/festivos que determinan la existencia humana, la necesidad de restaurar un equilibrio cosmológico perdido y, finalmente, el alto grado de sincretismo que recorre a estas prácticas, pues debemos recordar que la mayoría de estos grupos indígenas practican la religión católica, conjuntando su creencia con rituales precolombinos de carácter animista. A su vez, cuerpo y alma funcionan como dos dimensiones indisolubles que deben ser tratadas conjuntamente, ya que una patología “física” puede explicarse por la pérdida/enfermedad del alma y viceversa.

Otro elemento esencial para entender el funcionamiento y significados de la medicina tradicional en los Andes bolivianos tiene que ver con la inexistencia de tratamientos “universales” a partir de la detección de patologías específicas que se manifiestan personalmente de acuerdo a la historia y el posicionamiento cosmogónico/social del enfermo.

Finalmente, destaca la identificación de agentes patógenos asociados al entorno ecológico de referencia. Siguiendo los planteamientos de Fernández Juárez (op. cit.): “los lugares físicos que no están atendidos convenientemente, en relación a sus necesidades alimenticias, enferman y se encuentran, igualmente, en disposición de hacer enfermar a los inquilinos: son malos lugares, lugares insanos, culturalmente insalubres” (p. 275).

De ahí la necesidad de celebrar “mesas” o banquetes rituales que instauren el equilibrio con la naturaleza.⁵¹ Esto debido a que los dones alimenticios son considerados por los aymaras fruto de la reciprocidad mantenida con un medio ecológico que es atendido y alimentado escrupulosamente (Kessel & Condori, 1992).

Finalmente, es esencial recuperar la consideración andina sobre el cuerpo humano para entender la forma en que los procesos de salud-enfermedad-atención impactan directamente en su conceptualización.

En el universo andino, el cuerpo es un constructo social atado a tres dimensiones interrelacionadas nodalmente: el cuerpo “biológico”, el cuerpo “social” y el cuerpo “simbólico” (Fernández Juárez, 1998).

- **Cuerpo biológico:** si la metáfora que define la noción de cuerpo en la tradición médica cartesiana refiere a este último como una “máquina” desmontable y manipulable, en el caso de la cosmovisión andina, el cuerpo remite a su simbolización discursiva que se representa metafóricamente a partir de la idea de una “piedra/montaña”. El cuerpo debe ser duro, resistente, cerrado: debe ser una barrera que impida la entrada de patologías o brujerías que se encuentran libremente en el ambiente, por lo que es necesario “clausurarlo”. Esto incluye el seguimiento de una dieta alimenticia estricta, sustentada en la ingesta de alimentos “secos” y la separación entre sólido-líquido / cálido-fresco. Las patologías achacadas a la mala alimentación son frecuentes, incluyendo el comer solo o no seguir los horarios establecidos socialmente.
- **Cuerpo social:** mantiene el hermetismo del cuerpo biológico, por lo que iniciar una conversación o realizar una visita sin la previa autorización de los directamente involucrados genera rechazo y exclusión comunitaria. La casa y el espacio doméstico son lugares íntimos y privados, “clausurados” ante el mundo exterior (Fernández Juárez, op. cit.). Lo mismo ocurre con la comunidad, dónde suele distinguirse entre los “Kantu Runas” (originarios) y los “Kantu Wana” (habitantes de segunda generación), estableciendo un sistema de tributos y servidumbre de los últimos hacia los primeros, por lo que la marginación comunitaria funciona también como motor de identidad. (Gudeman, 2001).

⁵¹ En el dominio aymara se produce una significación pareja. El espacio sagrado es reproducido permanentemente al nombrarlo el yatiri cada vez que incluye uno de los ingredientes ceremoniales en la ofrenda. Por otra parte la mesa adquiere un marcado sentido anatómico al reproducir el cuerpo del doliente, al tiempo que los diferentes lugares sagrados del sector son nombrados según un pulcro orden de autoridad y una orientación específica (Fernández, 1995, 253-349).

- Cuerpo simbólico: representado por la figura de la “mesa” o las ofrendas rituales. En palabras de Fernández Juárez (op. cit.):

La ofrenda ceremonial o mesa es un conjunto cerrado, un cuerpo constituido por la serie de sustancias que la integran. Las hojas de coca, los nódulos de grasa, los chiwchis, los dulces, las especies herbáceas y los panes dorado y plateado que forman parte de la ofrenda se disponen en sentido de las hojas del reloj, configurando un objeto ceremonial clausurado (...) Reproduce un cuerpo perfecto, cuerpo biológico, social y ceremonial con las diferentes especias rituales, destinadas a configurar un cuerpo cerrado y que será ofrecido por la salud del paciente, a cambio de la «sombra» que ha sido recluida contra su voluntad (p. 270).

Cabe destacar que el “yatiri” o curador se encuentra completamente inserto en este entramado simbólico formado por la tríada individuo-comunidad-entorno, participando en todos los rituales de integración social y atendiendo únicamente un paciente por noche. El yatiri es una autoridad reconocida en temas de carácter agrícola –momentos de siembra/cosecha-, distribución de culpas y obligaciones de acuerdo a rituales específicos, además de aconsejar a las autoridades administrativas de la comunidad.

Siguiendo los planteamientos de Velasco Hurtado (2009) el yatiri es elegido mediante un fenómeno natural (comúnmente un rayo), transmite sus conocimientos de forma oral dentro de un contexto genealógico, y cuenta con un papel dual al interior del *habitus* simbólico-cultural de la comunidad:

- Una función comunitaria, a partir del consenso social
- Una individual, en dónde se realizan terapias curativas en el espacio doméstico. Además, se considera al yatiri un individuo “único” con cualidades extraordinarias.

La corporalidad se reproduce entonces en varias dimensiones - físicas y espirituales- cuyo reconocimiento trae aparejado el acceso a ese “cuerpo comunitario” tradicionalmente cerrado y receloso. La posibilidad de incidir sobre el cuerpo biológico es resultado de una actuación satisfactoria al interior del cuerpo simbólico-social de la comunidad.

Es cuerpo por tanto, no es un recipiente pasivo de enfermedades, en continua degradación y con un componente meramente biológico. Por el contrario, este da forma a la existencia social a través de su interconexión con dimensiones cosmogónicas/ecológicas que lo trascienden. Al respecto se rescatan los postulados de Judith Butler en lo que se ha denominado la “teoría performativa” del cuerpo. Cómo ha sido analizado en el marco teórico, el cuerpo para Butler

abandona su concepción materialista para instaurarse como una categoría fenomenológica construida cultural/discursivamente. De acuerdo con lo anterior el cuerpo es siempre: “una encarnación de posibilidades a la vez condicionadas por la convención histórica, es una manera de ir haciendo, dramatizando y reproduciendo una situación histórica” (Butler, 1990, p. 300).

En lo que respecta a la idea de “cuerpo” como un proyecto discursivo que sin embargo se encuentra revestido de una materialidad específica, generando relaciones de poder diádicas, Butler afirma lo siguiente: “lo que constituye el carácter fijo del cuerpo... será plenamente material, pero la materialidad deberá reconcebirse como el efecto de poder, como el efecto más productivo del poder” (Butler, 2005, p. 18).

Esta noción de cuerpo como “condición de posibilidad” práctica/discursiva que se materializa a partir de actos performativos se traduce en el anclaje de la medicina tradicional con una noción corpórea susceptible a su traducción en actos/discursos contrahegemónicos en relación con el modelo biomédico de salud. Las vacunas, los exámenes clínicos, las revisiones y la manipulación del cuerpo a menudo suscitan resistencias por parte de las poblaciones indígenas, lo que impide el éxito de prácticas interculturales que a menudo ignoran el significado de la corporalidad en el mundo andino.

En la estructura discursiva del Modelo Médico Hegemónico, la corporalidad se manifiesta como un elemento excluido de la significación, lo que Derrida (1997) define como “exterior constitutivo”. Sin embargo en la medicina tradicional el cuerpo se integra completamente al sistema cultural de referencia, por lo que ni este, ni los saberes médicos sobre los que él actúan, pueden reducirse a simple *tekhné* o manipulación instrumental-discursiva. Retomando a Butler (op. cit.) es justamente en esta performatividad de los actos corporales donde reside su capacidad de agencia y resistencia a mandatos culturales predeterminados.

A partir de este análisis de la medicina tradicional andina, es posible categorizarla como una medicina social que cumple cuatro funciones básicas:

1. Un sistema ecológico en el que, siguiendo los planteamientos de Rapaport (1990) la cultura funciona como el rasgo adaptativo característico de las comunidades humanas, en su búsqueda del equilibrio homeostático y la satisfacción de necesidades. En ese sentido, la medicina tradicional funciona como un “termostato” que regula las relaciones biológicas entre el ser humano y su entorno. A su vez, desde esta perspectiva la medicina tradicional se vincula históricamente con la defensa del

territorio y la búsqueda de una mayor autonomía de las poblaciones indígenas en relación con el Estado-Nación. La medicina tradicional se liga indisolublemente al territorio, por lo que es un elemento identitario sumamente poderoso al interior del universo andino.

2. Un sistema económico, capaz de regular los procesos de producción, estableciendo incentivos o atribuyendo sanciones al uso irracional de los recursos. A su vez, la utilización de elementos que forman parte del mismo sistema ecológico permite controlar los costes y transacciones de la producción. Por medio de la medicina tradicional la economía se “incrusta” en estructuras socio-culturales más amplias, incluido el ámbito sociosanitario.
3. Un sistema cultural integrador, plagado de símbolos de carácter identitario que refuerzan las relaciones de pertenencia. Los rituales terapéuticos afirman el carácter de “persona”, avalando la posibilidad de una integración exitosa al corpus sociocultural de referencia.
4. Un sistema simbólico-religioso que afirma el lugar del individuo-comunidad-ayllu en el cosmos, construyendo un marco ético-moral de conducta.

Por lo tanto, la medicina tradicional no puede –como ocurre en el ámbito de la Cooperación Internacional, según veremos más adelante- ser reducida únicamente al carácter de “técnica” o incluso de “sistema de creencias”. La medicina tradicional andina no sólo refleja, sino que da forma a las condiciones materiales de existencia de las comunidades e individuos, por lo que cualquier estrategia de acercamiento debe partir de esta perspectiva integral de abordaje.

La medicina tradicional es por tanto un componente cultural “vivo”, dinámico y autorregulado que incluso en su consideración histórica se convierte en un factor sumamente movilizador, como se ha planteado en el apartado anterior. Tanto a nivel histórico-social, como social-cultural, su práctica y mantenimiento resultan esenciales para la supervivencia de los entramados simbólicos que conforman el universo cultural andino.

Ante los embates modernizadores y la continua agresión a sus prácticas culturales desde tiempos coloniales, la medicina tradicional se ha insertado dentro de un nicho cultural cerrado y hermético, que refuerza la identidad y sin embargo dificulta en gran medida el diálogo entre sistemas etnomédicos. Estos desafíos para la interculturalidad serán analizados a profundidad más adelante.

Para finalizar este capítulo, es preciso ahondar en el significado que cobra el hecho de considerar a la medicina tradicional una “creencia”, así como las consecuencias generadas a partir de esta construcción discursiva.

De acuerdo con Good (1994) existe una estrecha relación entre la ciencia moderna y el fundamentalismo religioso, pues ambas apelan discursivamente a la “creencia” como elemento dogmático, pero también se sustentan en una perspectiva “moralizante” que encausa el pensamiento hacia la creencia “correcta” o “verdadera”.

Cómo se ha dejado claro en los primeros capítulos, el lenguaje de la medicina clínica puede ser catalogado como un discurso de carácter técnico sustentado en una visión natural-científica de la relación entre lenguaje, biología y experiencia (Good & Good, 1981). De acuerdo a este modelo, las patologías pueden catalogarse como disfunciones orgánicas de carácter universal, que se traducen a su vez en signos y síntomas –anormalidades- que es necesario diagnosticar y “combatir” a partir de tratamientos estandarizados.

En términos lingüísticos, el proceso de diagnosis puede ser interpretado como una traducción cultural que decodifica las expresiones simbólicas de los pacientes- a partir de sus elementos somáticos de referencia- hacia un lenguaje técnico-especializado que legitima una intervención puntual a nivel fisiológico. Por tanto, el ejercicio diagnóstico puede entenderse como un proceso cultural que permite construir las enfermedades más que combatirlas (Gaines & Hahn, 1985).

Recordando el patrón taxonómico de la racionalidad moderna como discurso de saber/poder, las “creencias” o aquellas prácticas, dolencias o actitudes que exceden el lenguaje científico, fueron clasificadas como una “protociencia” que a partir de su transmutación discursiva adquieren legitimidad “científica”, generando una oposición binaria antes-después que estigmatiza a la creencia como un acto irracional. La disciplina antropológica ha contribuido en gran medida a esta distinción, utilizando el término “creencia” para explicar los sistemas científicos o religiosos de poblaciones “folk”, sustituyendo una interpretación cultural por una de carácter historicista y etnocéntrico. En palabras de Good:

The analysis of culture as belief thus both reflected and helped reproduce an underlying epistemology and a prevailing structure of power relations (Good, op. cit., p. 73)

Este “paradigma empiricista” necesita ser superado en aras de establecer un acercamiento hermenéutico a los sistemas etnomédicos, enfocando las investigaciones en el estudio de

cómo el discurso, las actividades lingüísticas y las prácticas sociales contribuyen a la construcción del conocimiento (Latour, 1987).

Aunque el tema de la interculturalidad en salud se analizará más adelante, por ahora es conveniente adelantar que, para lograr esa “interculturalidad crítica” en términos de Walsh (op. cit.), el papel de la ciencia como un discurso “arbitral” entre conocimiento y creencia debe ser desmantelado. Por el contrario, los sistemas de conocimientos deben ser considerados sistemas simbólicos de interpretación construidos socio-históricamente, desempeñándose como sistemas reguladores/adaptativos/relacionales.

Por tanto, los sistemas médicos deben ser abordados, de acuerdo con Kleinman, como:

An ordered, coherent body of ideas, values, and practices, embedded in a given cultural context from which it derives its signification. It is an important part of the cultural world and such it is structured, like any other segment of social reality, by the regnant body of symbolic meanings (Kleinman, 1968, p. 86).

Dentro de esta perspectiva, la medicina cumple una función social elemental, cercana a la idea de “reciprocidad” planteada desde la antropología económica, comprimiendo una de las formas primarias de interacción simbólica, cargando así de significado el discurso de la enfermedad y la pertenencia a un grupo social determinado. Retomando a Kleinman:

Healing has a position situated at the strategic interface between the cultural systems, the system of social relations, and the individual (Kleinman, op. cit., p. 85).

Por tanto, el presente análisis de la medicina tradicional andina ha intentado situarla como una forma de “realidad simbólica” estructurada en un esquema de significación cultural más amplio, arraigada a su vez en un contexto histórico que determina y (re) configura su discurso, enriqueciéndolo y complejizando su estudio.

Así, la eficacia terapéutica de estos sistemas pasa a segundo plano, ya que la misma es a su vez un recurso simbólico que no puede ser reducido a estadísticas epidemiológicas construidas dentro de un esquema de pensamiento biomédico, especialmente en las sociedades andinas, dónde la muerte no es considerada un “fracaso”, y el fin último de su sistema médico no es prolongar la vida humana sino restaurar/mantener el equilibrio.

A continuación, se procederá a demostrar cómo este discurso socio-cultural profundo de la medicina andina boliviana, en su tránsito argumentativo hacia la “medicina tradicional” – tanto a nivel de política pública como en el ámbito de la cooperación internacional- es despojado de su carácter simbólico para presentarse como un saber “técnico” basado en el

conocimiento empírico y en la “creencia”: en síntesis, una industria cultural capaz de ser “integrada” a la racionalidad científica por su nobleza/gratuidad/naturalidad, catalogándose como un patrimonio cultural intangible e inmutable a ser “protegido”. Ninguna de estas dos perspectivas sin embargo implica un diálogo horizontal de saberes que interprete procesos “reales” que ya se encuentran en marcha, como es el caso de la hibridación terapéutica.

A partir del análisis realizado, se busca recuperar una medicina tradicional “centrada en el significado”, entendida esta como una realidad cultural constituida discursivamente, que no puede abstraerse de su naturaleza simbólica al interior de un esquema de relacionamiento social. Por tanto, una verdadera “reivindicación” de la medicina tradicional implica un triple proceso:

- La denuncia del modelo biomédico como un constructo histórico-ideológico determinado por una racionalidad instrumental, capaz de generar un discurso hegemónico disfrazado de objetividad/falsa neutralidad.
- La recuperación simbólica del discurso de la medicina “tradicional”, entendida ya no como el opuesto binario del modelo médico moderno, es decir, como una “protomedicina”, sino como un sistema cultural complejo fuertemente anclado en el lugar, con interconexiones simbólicas profundas.
- El análisis crítico de la institucionalización política desde el discurso de la medicina tradicional. Observar por tanto la manera en la que su discurso es desprovisto de significado a partir de una instrumentalización marcada por el accionar de actores de poder con intereses específicos.

Los puntos 1 y 2 han sido abordados a profundidad a lo largo de la investigación, por lo que a continuación se examinará de que manera es abordada la medicina tradicional Boliviana desde el ámbito de su cooperación internacional, observando la neutralización político-discursiva de la que se vuelve objeto, en lo que puede definirse como un proceso de “pauperización simbólica”. En el ámbito de la política exterior sin embargo, continúa teniendo una eficacia discursiva de creciente importancia, condensada en la reivindicación del cultivo de hoja de coca como símbolo de identidad y autodeterminación.

Para Foucault (op. cit.), el poder opera en la constitución de la materialidad misma de los discursos. Por tanto, la materialidad designa cierto efecto de poder o, más exactamente, es el poder en sus efectos constitutivos. Siguiendo a Butler:

En la medida en que el poder opere con éxito constituyendo el terreno de su objeto, un campo de inteligibilidad, como una ontología que se da por descontada, sus efectos materiales se consideran datos materiales o hechos primarios. Estas positividades materiales aparecen fuera del discurso y el poder, como sus referentes indiscutibles, sus significados trascendentales. Pero esa aparición es precisamente el momento en el cuál más se disimula y resulta más insidiosamente efectivo el régimen del poder/discurso. Cuando este efecto material se juzga como un punto de partida epistemológico, un sine qua non de cierta argumentación política, lo que se da es un movimiento de fundacionalismo epistemológico que, al aceptar este efecto constitutivo como un dato primario, entierra y enmascara efectivamente las relaciones de poder que lo constituyen (Butler, 2002, p. 64).

Lo que sigue es pues, observar como la medicina tradicional andina adquiere una materialidad política - a través del discurso y de la práctica- que la sitúa como una oposición binaria “natural” o como un proyecto político en construcción, sin considerar sus significados simbólicos e interpretativos profundos. Adquiere por tanto una materialidad funcional que habilita la intervención externa y reafirma el modelo médico hegemónico como paradigma sanitario universal. Veamos entonces como la política exterior y especialmente la cooperación internacional, materializan/pauperizan la medicina tradicional andina en Bolivia.

e) Política exterior y Cooperación Internacional en Medicina Tradicional

De acuerdo con Maira (2007), existe una importante correlación entre las limitaciones institucionales y conflictos continuos de la política interna en Bolivia y las restricciones que caracterizan a su política exterior.

A raíz de la independencia de España, las colonias americanas buscaron mecanismos de integración regional que permitieran consolidar Estados-Nación sólidos y unidos por sus particularidades culturales. Con la Carta de Jamaica, elaborada en 1815, Simón Bolívar propone el surgimiento de cuatro países:

La gran Colombia, suma de la Venezuela, Panamá, Colombia y Ecuador; un Estado del Río de la Plata, que nuclearía a Argentina, Uruguay y Paraguay; Chile, un país pequeño al que Bolívar consideraba singularmente bien dotado para la existencia independiente; y la suma de Perú y Alto Perú [Bolivia], que debían configurar un poderoso heredero del corazón del Virreinato de Lima (Maira, 2007, p. 74).

Cómo puede observarse, la idea de un trazado geopolítico extenso, configurado a partir de “regiones culturales” ha sido un proyecto de larga data en el espacio latinoamericano. En la actualidad, tales intentos correlatan con los crecientes esfuerzos de la región sudamericana

(especialmente Bolivia) para crear bloques regionales que multipliquen su peso en el espacio internacional.

Uno de los elementos que más ha caracterizado a la política exterior boliviana, más allá de los avatares políticos y las constantes luchas autonómicas/movimientos sociales que se desarrollan en su territorio, hace alusión al control y manejo efectivo de los recursos naturales. En este punto es necesario retomar algunos elementos de la historia Boliviana, especialmente la tensa relación con sus vecinos, con los que entabla guerras que le significan pérdidas importantes de territorio y acceso a recursos estratégicos:

En primer lugar, la Guerra del Pacífico (1879) en la que una alianza de Chile y Perú logra derrotar a las tropas bolivianas. El principal foco de disputa fue el salitre que se explotaba en la zona de Antofagasta, en aquel entonces bajo la soberanía boliviana. Chile, que tenía compañías salitreras en territorio boliviano, consideró que los pactos que reglamentaban la extracción de ese recurso no habían sido respetados, y ocupó militarmente territorios que respondían a los gobiernos aliados de Perú y Bolivia, dando lugar en 1879 a la Guerra por la posesión del territorio, antiguamente regulado por tratados establecidos en 1866 y 1874 respectivamente.

Otro de los acontecimientos funestos en la historia boliviana fue la llamada Guerra del Chaco. Dicho conflicto aconteció en junio de 1932 cuando Bolivia, que ya tenía leves conflictos fronterizos con Paraguay, tomó uno de los fortines paraguayos. La región en disputa era un terreno desértico e inhabitable llamado el Gran Chaco; supuestamente rico en yacimientos petrolíferos. La guerra duró hasta el 12 de junio de 1935, cuando ambos países firmaron un protocolo de paz y luego, en 1936, en la Conferencia de Buenos Aires, se firmó un acuerdo donde se atribuía a Paraguay la mayor parte del territorio en conflicto (120.000 Km cuadrados).

La pérdida de 120.000 kilómetros cuadrados en la Guerra del Pacífico, de 188.000 en la del Acre y de 240.000 en la del Chaco, más los 150.000 que fueron cedidos al Brasil en el tratado de 1867, han reducido el territorio boliviano en un total de 698.000 kilómetros cuadrados: de los 1,796.581 que tuvo al nacer a la vida republicana a los 1.098.581 que posee en la actualidad.

Tomando en cuenta lo anterior, puede explicarse el papel estratégico que los recursos naturales/energéticos tienen para el Estado Boliviano –recordemos que el ascenso de Morales y el MAS (Movimiento al Socialismo) obedecen a la defensa de estos recursos- que a su vez,

ha dinamizado su papel en los procesos de integración regional puestos en marcha en el área sudamericana. Volviendo al análisis de Maira (op. cit.), la UNASUR (Unión de Naciones Sudamericanas) ha estipulado que los dos principales componentes de la integración sudamericana recaen en la infraestructura y el acceso a los recursos energéticos.

Continuando con el análisis de la política exterior boliviana, Fernández Saavedra (2009). La política exterior de Evo Morales, reconoce como fuente ideológica:

La vertiente indigenista, construida en torno a los sindicatos cocaleros y los movimientos sociales del altiplano, inspirados por un grupo de intelectuales aymaras, que enarbolan las banderas legítimas de la lucha contra la exclusión, la desigualdad y la pobreza, las tareas pendientes de la democracia boliviana. (Fernández Saavedra, 2009, p. 1)

De acuerdo con este eje, la política exterior de Bolivia se encuentra determinada por los procesos de reivindicación histórica –como se observa en las crecientes nacionalizaciones de los recursos, así como el reconocimiento de un Estado Plurinacional e Intercultural- y la simbolización discursiva del Presidente Evo Morales como un gobernante indígena que sería el abanderado de los movimientos étnicos de la región.

Lo anterior puede ejemplificarse en los Objetivos Estratégicos Institucionales elaborado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Bolivia, principalmente los siguientes:

- Reivindicar el derecho irrenunciable e imprescindible de Bolivia al territorio que le da acceso al Océano Pacífico y a su espacio.
- Incorporar, en la política exterior, los principios constitucionales del Estado Plurinacional y los sistemas de planificación estratégica y operativa
- Lograr que la Comunidad Internacional reconozca a la hoja de coca originaria y ancestral como patrimonio cultural y recurso natural renovable de la diversidad de Bolivia y como factor de cohesión
- Contribuir a preservar, fortalecer y consolidar la soberanía e integridad territorial del Estado Plurinacional, comunitario y social

De este modo, podemos concluir que la política exterior de Bolivia a raíz del triunfo del MAS, tiene como uno de sus ejes fundamentales la defensa de la soberanía y el territorio a partir del discurso de la reivindicación histórica sustentada en lo étnico como trama argumental que hegemoniza su carácter subalterno. De este modo, al menos en términos formales, el discurso es construido “desde abajo” y, sin embargo, desde una posición de poder político legitimado.

La defensa de la hoja de coca como “patrimonio cultural” y “recurso natural ancestral” y la creación de un Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, así como la puesta en marcha de un “Estudio integral de la hoja de coca en Bolivia” liderado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Bolivia, en conjunción con otros actores internacionales como Representantes de la Comisión Europea, de la Organización de Estados Americanos y la Organización de las Naciones Unidas, da cuenta del compromiso decidido de la política exterior Boliviana por revalorizar el uso de una planta de carácter curativo como la hoja de coca. Siguiendo a Van Dijk (op. cit.):

El conocimiento no es tan sólo un concepto psicológico de “creencia compartida” sino que también está definido en términos socioculturales por las comunidades epistémicas y los criterios y estándares que éstas utilizan, tales como la observación fiable, la inferencia y, por supuesto, discurso... es necesario tener en cuenta no sólo la gestión del modo como se presupone, expresa y distribuye el conocimiento...sino también una serie de factores sociales tales como quién posee la autoridad epistémica en una sociedad (Van Dijk, op. cit., p. 176).

Por tanto, y a la luz de lo observado en la historia de los Movimientos Sociales en Bolivia, la hoja de coca se posiciona como el discurso paradigmático en un proceso de “ruptura/lucha epistémica” entre actores que han ido ganando paulatinamente posiciones de poder hasta constituirse a partir de un discurso dual (hegemónico-interno/contrahegemónico-externo). La lucha por la legalidad de la hoja de coca se hace extensiva al reconocimiento “real”, es decir, no jerarquizado taxonómicamente o condicionado por los filtros del discurso moderno, de la medicina tradicional como práctica médica válida y arraigada al lugar como espacio simbólico de configuración / (re) configuración discursiva.

A continuación se rescatan algunos fragmentos del discurso de Evo Morales en la 61ª Asamblea General de las Naciones Unidas en 2006 que dan cuenta de este giro discursivo/epistemológico:⁵² “Hay otra injusticia histórica, de penalizar a la hoja de Coca...Es la hoja de coca verde que representa a la cultura andina, una hoja de coca que representa al medio ambiente y a la esperanza de los pueblos. No es posible que la hoja de coca sea legal para la Coca Cola y sea ilegal para otros consumos medicinales en nuestro país, y en el mundo entero. “

En lo que respecta al carácter “ilegal” de la hoja de coca, como derivado para elaborar cocaína, el Presidente Morales realiza las siguientes aseveraciones: “como productores de la

⁵² Disponible en <http://www.black-king.net/espanol/videos/evo-morales-naciones-unidas.htm>.

hoja de coca, no habrá libre cultivo de coca pero tampoco habrá cero de coca...Cero de coca es como hablar de cero de quechuas, aymaras (...) eso termino en nuestro gobierno”

De este modo, en lo que respecta al primer pilar que sostiene a la política exterior boliviana en la actualidad –la vertiente indigenista- la medicina tradicional aparece como un elemento discursivo implícito y multidimensional, de la que se rescata su carácter como “patrimonio cultural”, la lucha por los recursos naturales, la defensa del medio ambiente y el reconocimiento de la diversidad étnica y cultural. Cómo se ha argumentado teóricamente, el discurso de la medicina tradicional en Bolivia, incluso al proyectarse internacionalmente en el discurso de su política exterior, se encuentra atado indisolublemente a la idea del “lugar” como espacio de lucha y resistencia de los actores, como espacio de construcción discursiva/ruptura epistémica, y como elemento cultural de pertenencia/ (re) configuración identitaria, así como un núcleo de reproducción económica. A través de la medicina tradicional se construye un vínculo inalienable entre identidad, lugar y poder.

La defensa de la hoja de coca, y de la medicina tradicional en general, puede entenderse a partir de lo que Gudeman y Rivera (1990, 14) definen como “modelos locales” los cuales son “experimentos de vida” que se desarrollan a través del uso en la imbricación de las prácticas locales, con procesos y conversaciones más amplios. En este sentido los modelos locales funcionan como modelos de praxis y al mismo tiempo, modelos discursivos. Lo anterior se retomará más adelante al analizar la construcción del “Buen Vivir” como paradigma de desarrollo constituido al interior del Estado Boliviano.

En lo que respecta al segundo elemento ideológico de la política exterior boliviana detectado por Fernández Saavedra (op. cit):

El segundo afluente es el núcleo político. Ese grupo, que ejerce la gestión real de gobierno, plantea, junto a Venezuela, Cuba y Nicaragua, la construcción de una especie de campo socialista latinoamericano, una versión regional del socialismo de mercado o de capitalismo con partido único, que llevan adelante China y Vietnam, con la diferencia de que estas últimas procuran una inserción plena de sus economías en las corrientes principales del comercio y la producción globalizadas, mientras que sus imitadores regionales rechazan cualquier intento de ingresar en ese mundo. (p. 2)

Existe por lo tanto, una tensión entre la afirmación de los principios de autodeterminación y la búsqueda de un internacionalismo regional que se configure como un bloque ideológico de envergadura. Bolivia ha sido protagonista en los crecientes Mecanismos de Integración de la región sudamericana, entre los que destacan:

- El Mercado Común del Sur (MERCOSUR), creado en 1991, y al que Bolivia solicita su adhesión en 1996. La importancia de este bloque radica en el establecimiento de acuerdos energéticos “blandos” que permiten el intercambio de recursos e infraestructura. A su vez, se establecen convenios de colaboración y vigilancia epidemiológica, entre los que destaca el proyecto “Puntos de Vida”, el cual es desarrollado por Bolivia, con el objetivo de lograr una detección precoz de factores de riesgo como diabetes, obesidad e hipertensión, rescatando elementos de la medicina tradicional como factor de atención primaria.
- La Comunidad Andina (CAN), la cual se encuentra conformada por cuatro países (Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú) cuyo objetivo es “alcanzar un desarrollo integral, más equilibrado y autónomo, mediante la integración andina, suramericana y latinoamericana”. Este proceso es de carácter multidimensional, abarcando no sólo aspectos económicos y comerciales, sino también diversas áreas que involucran la construcción del Mercado Común; y por ende, la libre circulación de servicios, capitales y personas; así como la política exterior común, integración fronteriza, agenda social y nuevos temas como energía y medio ambiente.

Al interior de este mecanismo se crea el ORAS (Organismo Andino de Salud), el cual ha venido impulsando la “Comisión Andina de Salud Intercultural”. El objetivo de este plan es:

Fortalecer las acciones que se desarrollan en los países andinos para favorecer el enfoque intercultural con el fin de contribuir a fortalecer las acciones que se desarrollan en los países andinos para favorecer el enfoque intercultural...el derecho a la salud de los pueblos originarios, a disminuir las brechas de acceso a los servicios de salud de la población indígena y a promover el diálogo, articulación y complementariedad entre los saberes y las prácticas de la medicina tradicional indígena y la medicina académica.⁵³ (ORASCONHU, p. 1-2).

Uno de los elementos más novedosos de dicha propuesta es el considerar a la salud como un proceso político que involucra aspectos como el reparto equitativo de tierras, el grado de aislamiento y marginación geográfica/social, y la identificación de cuatro barreras que impiden a los pueblos indígenas el acceso a un adecuado servicio de salud: barreras económicas y sociales, barreras culturales, barreras geográficas y barreras de la organización de los sistemas de salud.

⁵³ Disponible en <http://www.orasconhu.org/documentos/SI%20ASIS%20Andino%20de%20Poblaciones%20Indigenas%20con%20enfoque%20intercultural.pdf>.

- El ALBA (Iniciativa Bolivariana de las Américas), lanzada en La Habana el 14 de diciembre del 2004, a la que se han incorporado Estados como Venezuela, Bolivia, Nicaragua y los estados del Caribe: Antigua y Barbuda, Dominica y San Vicente. Dicha iniciativa nace como respuesta al ALCA (Área de Libre Comercio de las Américas) desarrollada por Estados Unidos. Los objetivos del ALBA son: (1) cooperación, (2) solidaridad, (3) complementariedad, (4) reciprocidad y (5) respeto a la soberanía de cada país (Verdes-Montenegro, 2010, p. 255).

Uno de los pilares de esta iniciativa es el establecimiento de acuerdos comerciales de acuerdo a las ventajas comparativas de sus Estados miembros.

Aunque aún tiene retos importantes a superar, como la inclusión más activa de la población civil, y la institucionalización por encima del componente ideológico que la constituye, tal iniciativa se ha consolidado como un foro esencial para el ejercicio de la Cooperación Sur-Sur en la región, con la participación activa del Estado Boliviano.

- Finalmente, la Unión de Naciones Sudamericanas (UNASUR), constituida en 2008, que a la fecha agrupa doce países sudamericanos (Uruguay, Argentina, Chile, Perú, Venezuela, Ecuador, Guyana, Surinam, Bolivia, Colombia, Brasil y Paraguay).

Al ser un mecanismo de integración regional de amplio alcance, el Estado Boliviano ha buscado lograr una solución concertada a la demanda histórica de una salida al mar. Aunado a lo anterior, dicho mecanismo proporciona un mercado estable para exportaciones bolivianas, especialmente de gas. Finalmente, UNASUR es un foro latinoamericano capaz de generar una presencia regional sólida a nivel internacional, por lo que permite dar respaldo regional a las profundas reformas políticas establecidas por el gobierno de Evo Morales.

Cómo puede observarse, la política exterior de Bolivia ha transitado, de un “regionalismo abierto” de corte neoliberal, basado en la apertura indiscriminada del comercio, así como reiterados intentos de privatización de los recursos naturales, a lo que Sanahuja (2008) define como “regionalismo post-liberal” marcado por el ascenso al poder de gobiernos de izquierda en la mayor parte de la región sudamericana. De acuerdo con este autor, este nuevo regionalismo se caracteriza por:

- a) La primacía de la agenda política, y una menor atención a la agenda económica y comercial.

- b) El retorno de “la agenda del desarrollo”, en el marco de las agendas económicas del “post-consenso de Washington” con políticas que pretenden distanciarse de las estrategias de regionalismo abierto, centradas en la liberalización comercial.
- c) Un mayor papel de los actores estatales, frente al protagonismo de los actores privados y las fuerzas del mercado del modelo anterior.
- d) Un énfasis mayor en la “agenda positiva” de la integración, centrada en la creación de instituciones y políticas comunes y en una cooperación más intensa en ámbitos no comerciales

Así, la política exterior boliviana se enmarca en los esfuerzos de la región por definir una posición común ante desafíos globales –desde una perspectiva realista de las Relaciones Internacionales, los Estados buscan ampliar sus recursos de poder a partir del establecimiento de una agenda compartida- que al mismo tiempo responda a retos regionales y se sustente en un nacionalismo caracterizado por la fuerte presencia del Estado.

En este ámbito, la medicina tradicional adquiere una importancia significativa al ser un conocimiento que se enfrenta a los mismos dilemas de la política exterior: la implementación de un patrimonio cultural a nivel local basado en la recuperación del territorio, y su consideración como un saber susceptible al contacto cultural y la “internacionalización”.⁵⁴

Cooperación Internacional Boliviana

Si bien la política exterior del Estado Boliviano surge como resultado de procesos históricos, sociales, económicos y políticos de larga data, en el ámbito de la Cooperación Internacional, el discurso adquiere matices diferenciados, explicados sobre todo por las condiciones de vulnerabilidad del país y su dependencia hacia la Ayuda Oficial al Desarrollo.

En lo que respecta específicamente al uso de la Cooperación Internacional en el contexto boliviano, siguiendo los planteamientos de De Grave (2007): “En los últimos 25 años, el financiamiento de la Cooperación Internacional ha jugado un papel crucial en la economía boliviana. Entre 1987 y 2005 ha representado entre el 7 y el 12% del PIB anual del país, con un total desembolsado de u\$ 12, 310.38 millones, es decir un promedio de u\$ 647,91 millones por año” (p. 7).

Es importante recordar que Bolivia, de acuerdo al Banco Mundial es un país de Renta Media Baja con un Ingreso Nacional Bruto Per Cápita de U\$ 1358.

⁵⁴ Una parte importante de discurso del Presidente Evo Morales en alusión a la legalización de la hoja de Coca se debe a las enormes posibilidades comerciales de Bolivia como exportador de este producto

En promedio, durante el período 2005-2009, los flujos de netos de Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) total alcanzaron USD 664.7 millones de dólares anuales (OCDE, 2011), lo cual representa el 5% del Ingreso Nacional Bruto y el 12% del gasto público (WDI, 2011). Considerando las cifras de 2010 reportadas en la encuesta sobre el total de AOD en el Estado, los principales cooperantes de Bolivia por parte de los multilaterales fueron el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Banco Mundial, Comisión Europea y Naciones Unidas, lo cuales canalizaron 60% de los recursos dirigidos al sector público, en tanto que los cooperantes bilaterales más importantes fueron Japón, España, Dinamarca, Países Bajos y Alemania, canalizando 30% de la AOD.⁵⁵ El siguiente cuadro permite mostrar más claramente los flujos de AOD recibidos por el Estado Boliviano:

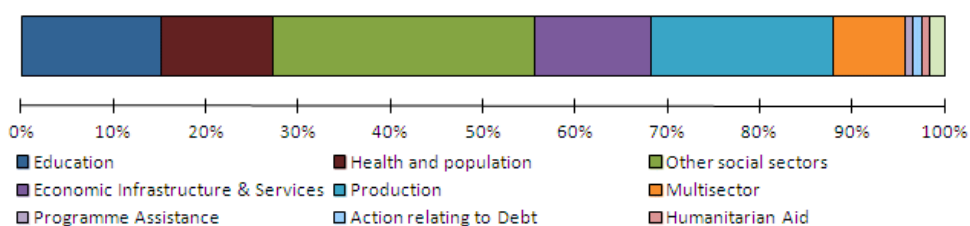
Ilustración 5. Ayuda Oficial al Desarrollo en Bolivia

Bolivia			
Receipts	2009	2010	2011
Net ODA (USD million)	725	675	759
Bilateral share (gross ODA)	66%	71%	60%
Net ODA / GNI	4.4%	3.6%	3.2%
Net Private flows (USD million)	128	15	160

For reference			
	2009	2010	2011
Population (million)	9.8	9.9	10.1
GNI per capita (Atlas USD)	1 640	1 810	2 040

Top Ten Donors of gross ODA (2010-11 average)		(USD m)
1	IDB Sp.Fund	142
2	Spain	101
3	United States	88
4	Germany	61
5	EU Institutions	58
6	Netherlands	51
7	Japan	47
8	IDA	46
9	Denmark	41
10	Sweden	31

Bilateral ODA by Sector (2010-11)



Sources: OECD - DAC, World Bank; www.oecd.org/dac/stats

Fuente: OCDE, 2011.

Como se observa en este gráfico, el sector salud ha sido uno de los más privilegiados por la Cooperación Internacional, destinándosele aproximadamente un 14% del total de la ayuda de carácter bilateral.

⁵⁵ Información disponible en <http://www.oecd.org/dac/effectiveness/Bolivia%204.pdf>.

Realizando un análisis histórico, puede afirmarse que la crisis de la deuda acaecida en la región latinoamericana en los años ochenta, generó un crecimiento exponencial de la deuda externa en el Estado Boliviano, coincidiendo con la gradual adquisición de poder de las Instituciones Financieras Internacionales.⁵⁶ Bolivia se convirtió en un “alumno ejemplar” para el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, recibiendo importantes montos de ayuda de la Comunidad Internacional como incentivo a las reformas estructurales que se sustentaban en el crecimiento macroeconómico a pesar de los costes sociales de los programas de ajuste.

De acuerdo con León & Eyben (2003) la ayuda externa se compone de dos conceptos fundamentalmente: 1) una cadena, en la cual los actores se sitúan de acuerdo a sus capacidades, generando ventajas o desventajas concretas, y 2) un regalo –“un don”- que determina las relaciones construidas en torno a él. Desde esta perspectiva ni el donante ni el receptor son actores homogéneos o están sujetos pasivamente a estructuras de poder más amplias.

Para León & Eyben (op. cit.) la cooperación boliviana se caracteriza por la presencia de diversos actores nacionales e internacionales, entre los que destacan las élites bolivianas, tradicionalmente beneficiadas al combinar su papel de funcionarios públicos con el de empresarios privados, además de los tecnócratas encargados de la gestión y ejecución de los recursos.

Un actor fundamental para entender a la Cooperación Internacional en Bolivia, se encuentra representado por el meteórico ascenso de Organizaciones No Gubernamentales e Instituciones Privadas, pues estas son las encargadas de implementar la ayuda y, al ensanchar su zona de acción hacia regiones comúnmente desatendidas por instituciones estatales, aumentan significativamente sus recursos de poder e influencia. En lo que respecta a la actuación de las Organizaciones No Gubernamentales, conviene recordar los postulados de Picas (op. cit), cuando establece que:

En realidad, el éxito de las ONG no es más que la aceptación de un fiasco (el discurso de los valores adquiere vigor correlativamente al agotamiento de los grandes proyectos políticos). Su legitimidad descansa no ya en el contenido de sus actuaciones, sino en la capacidad de

⁵⁶ Cabe recordar que Bolivia es el único país latinoamericano incluido en la iniciativa de los Países Pobres Altamente Endeudados (HIPC por sus cifras en inglés) en donde la comunidad internacional hace un reconocimiento explícito de la insostenibilidad en sus niveles de deuda. En 2003, la deuda externa de Bolivia había llegado a su punto más alto desde 1996: \$US 5.142,1 millones o 64% del PIB.

representar y expresar su compromiso solidario; no tanto en la calidad de la praxis, como en una cualidad: el hipotético desinterés que las empuja a actuar. (s/p).

Todos estos actores se amparan en una doble verdad: una “humanitaria” sustentada en el discurso de la lucha contra la pobreza, y una “económica” generalmente invisibilizada y despojada de su carga política. Por tanto la legitimidad, de acuerdo con Picas (op. cit.) se construye a partir del capital simbólico que se genere a partir del discurso.

En el caso de la ayuda boliviana, la posición última de esta cadena, a pesar de su centralidad discursiva, es ocupada por el grupo “beneficiario” de la ayuda, quién a menudo es excluido de todo el proceso de cooperación. En palabras de León (op. cit.):

Las relaciones y redes de relaciones que se establecen en el mundo del desarrollo, reproducen una élite o sociedad del desarrollo un tanto paralela a la sociabilidad mayor en Bolivia, pero sin duda con efectos ratificadores de la exclusión social, en tanto está basada en códigos y en valores no universales, sino exclusivos de una parte de la cadena de la ayuda (p. 39).

Por tanto, la cooperación internacional boliviana sigue una trayectoria pendular entre el “secreto profesional” en donde predominan las actitudes discrecionales, y el carácter asistencial, que reproduce a un nivel técnico las estructuras de dominación que, a pesar de la ruptura epistémica, no han conseguido eliminarse completamente.

Así, la Cooperación Internacional, debido a sus características estructurales básicas: ahistórica, discontinua, rígida, burocratizada y oscilante entre interés/solidaridad, en el caso del Estado Boliviano se traduce en el exacerbamiento de su vulnerabilidad social y de su fragilidad internacional. En este punto es esencial no considerar al Estado Boliviano un “víctima” de los procesos internacionales, pues sus propias estructuras internas y dependencia de la ayuda han favorecido tal subordinación.

En lo que respecta a la idea de Cooperación Internacional como “don” y siguiendo los planteamientos de Gudeman (op. cit.) acerca de la “extensión de la base”, Eyben y León (op. cit.) mencionan que en el caso boliviano la sociedad: “está basada en el relacionamiento personal del regalo, mas qué en relaciones interpersonales en torno a un derecho” (p. 16).

A partir de numerosos trabajos antropológicos acerca de la reciprocidad (entre los que destacan Levi-Strauss, Mauss, Sahlins y Polanyi, entre otros) la mutualidad debe ser entendida no sólo desde su materialidad, sino a través de las relaciones sociales, significados sociales y prácticas que genera. En ese sentido la reciprocidad contribuye a la construcción de una comunidad de bienes simbólicos, estableciendo relaciones diádicas entre las partes.

De esta manera, la reciprocidad puede entenderse no únicamente en base al interés personal de los actores, sino como parte de un sistema de prácticas más amplio donde los participantes conservan, expanden, pierden y ganan posiciones en la esfera social/internacional de referencia. (Gudeman, 2001)

Esta desigualdad entre donantes y receptores, así como los mecanismos de poder que actúan en los procesos de asignación y reparto de la ayuda, explican en gran medida la persistente subordinación del Estado Boliviano—real y discursivamente- a las estructuras de Cooperación Internacional. Son los actores —donantes, receptores y beneficiarios- los que desde sus prácticas cotidianas sostienen un aparato institucional que se apoya en un discurso contradictorio para legitimar prácticas basadas en el ejercicio del poder. La Cooperación Internacional se convierte entonces en un juego de simulación discursiva.

Otro elemento que contribuye a explicar el papel realista de la Cooperación Internacional, tiene que ver con el alineamiento del Estado Boliviano a políticas de Cooperación definidas multilateralmente en foros internacionales y que responden en gran medida a los intereses de los donantes. Así, Bolivia ha declarado su adhesión a la “Declaración de París” del año 2005, en donde se propone la alineación, armonización, rendición mutua de cuentas y gestión orientada a resultados de los proyectos de Cooperación al Desarrollo.

En esta tónica, el Gobierno de Bolivia presenta en 2006 el Plan Nacional de Desarrollo (PND) “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien 2006-2011”, el cual se fundamenta en cuatro pilares orientados a (1) profundizar la aplicación de la nueva Constitución Política del Estado para consolidar el Estado Plurinacional y las Autonomías Regionales (Bolivia Democrática); (2) profundizar el Modelo Económico Nacional Productivo, basado en la economía estatal, privada, comunitaria y cooperativa (Bolivia Productiva); (3) redistribuir de mejor manera la riqueza, los ingresos y las oportunidades para mejorar las condiciones de vida, “Vivir bien” (Bolivia Digna); y por ultimo (4) construir un país con identidad propia y soberanía en sus decisiones (Bolivia Soberana). Sin embargo, cabe destacar que este plan concede una importancia residual al elemento indígena que tanto sobresale en su discurso político interno, el cual se abandona al hablar de “desarrollo” o productividad.

En este sentido, y retomando los planteamientos de De Grave (op. cit.) se establece que Bolivia utiliza entre el 25 y el 40% de su Cooperación Internacional en la producción de bienes públicos, por lo que son los trabajadores calificados los que resultan mayoritariamente beneficiados, reforzando así las condiciones de desigualdad preexistentes.

Andersen y Evia (2003) en su estudio sobre la Cooperación Boliviana, concluyen que la ayuda externa tiende a suscitar el efecto contrario de sus objetivos originales: al ser un volumen de ayuda significativo genera efectos indeseados sobre actividades productivas, reemplazando la producción local y aumentando artificialmente los salarios de profesionales y técnicos estatales.

De igual manera, el Estado se posiciona como el principal receptor de la ayuda, adquiriendo el papel de gestor y distribuyendo de acuerdo a cuotas específicas del poder, desplazando en numerosas ocasiones al grupo beneficiario. Por todo lo anteriormente mencionado, los flujos de ayuda no se han traducido en una disminución significativa de las condiciones de extrema pobreza y marginación en la región Boliviana, a pesar de su recurrencia a Instituciones Regionales que otorgan una ayuda con menores condicionalidades, si comparamos con los requerimientos de Organismos Financieros Internacionales surgidos a partir de Bretton Woods.

La ley de Descentralización Administrativa, promulgada en 1995, sí bien ha contribuido a aumentar la capacidad de gestión de las instituciones municipales, ha traído como resultado una relación de ambigüedad entre los objetivos internos de desarrollo, generando tensiones entre la necesidad de instaurar proyectos productivos y a la vez mejorar la producción local, o la necesidad de crear proyectos a largo plazo y la búsqueda de resultados visibles que construyan “cuotas políticas” de poder.

Finalmente, la condicionalidad de la ayuda, característica intrínseca de la ayuda internacional brindada en los años noventa, puso en marcha la ejecución de un gran número de reformas de ajuste estructural, debilitando la capacidad de gestión institucional del Estado, y generando a su vez una dispersión de la ayuda signada por la multiplicación exponencial de los actores privados. Dichos actores a menudo actúan en agendas paralelas a las necesidades estatales, siguiendo programas distintos e incluso contradictorios entre sí.

Por tanto, y contrariamente a la historia de las movilizaciones sociales que provocaron una ruptura epistemológica en el discurso político boliviano – en lo que puede definirse como un proceso de “politización de la etnicidad”-, el discurso de la cooperación internacional provoca lo que Ferguson (1990) define como una “maquinaria antipolítica”, que despolitiza todo lo que toca, diluye realidades políticas en todas partes, y provoca la reafirmación de la jerarquización social de los actores. A su vez, la expansión de la AOD ha generado una “industria” del desarrollo que amenaza con erigirse en un poder fáctico capaz de limitar el campo de actuación del Estado.

En este punto, conviene rescatar una entrevista realizada por De Grave (op. cit.) a un funcionario del gobierno boliviano:

Otra de las cosas es lo que yo llamé “la paradoja de la cooperación internacional”. Te dicen: techos fiscales, tanto donación, tanto crédito comercial, tanto crédito concesional, no te puedes ir más allá, eso es lo que pasaba con el Fondo Monetario Internacional. Y la variable de ajuste es la inversión pública, porque tú dices ¿o reduzco inversión pública o reduzco gasto corriente? Pero yo no puedo dejar de pagarles a los maestros, a los funcionarios públicos y una serie de cosas, entonces ¿qué voy a hacer? Menos proyectos y voy a recortar la inversión pública y una serie de cosas. Y luego viene el Banco Mundial, el BID o alguna de esas instituciones y te dicen: ¡Pucha, no estás ejecutando tus recursos! Eres ineficiente. No, lo que pasa es que tengo al Fondo que me dice que no las ejecute. Tengo al Banco Mundial que me dice que porque no ejecuto los recursos soy ineficiente y al final ¡es exactamente la misma gente! (p. 30).

En lo que respecta específicamente al ámbito de la Cooperación en Salud, está se encuentra determinada tanto por agencias bilaterales como multilaterales. Dentro de las bilaterales los Estados más activos son: Bélgica, Italia, Canadá, Francia y Japón, relacionándose principalmente con el fortalecimiento de Redes de salud.

En lo que respecta a las Agencias Multilaterales destacan instituciones tales como: la Organización Panamericana de la Salud, UNICEF, UNFPA Y PMA manteniendo programas de asistencia técnica y fortalecimiento de los servicios de salud, así como el combate a enfermedades puntuales, como la Malaria y la Tuberculosis.

A su vez, agencias estatales como la KOICA (Cooperación Internacional Coreana) ha brindado apoyo específico en lo que respecta a la construcción y equipamiento de hospitales en regiones urbanas, como Pando. Existen también otros proyectos de cooperación con países latinoamericanos como Argentina, México y Brasil, enfocándose al intercambio de conocimientos y pequeños acuerdos de inversión.

En este punto es importante analizar los datos publicados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), cuando establecen que el monto total de Ayuda Oficial al Desarrollo fue de 759 millones de dólares para el año 2011, de los cuáles 113 millones se dedican al área de salud, siendo los principales donantes: los Estados Unidos, Canadá, Banco Interamericano de Desarrollo, España, Bélgica y Corea, trabajando principalmente en áreas como salud reproductiva, salud materna infantil y prestación de servicios de salud.

Siguiendo los datos proporcionados por la Organización Panamericana de la Salud, en el país hay tres proyectos sanitarios para el período 2009–2014 que cuentan con el apoyo del Fondo Mundial de Lucha contra la Tuberculosis, la Malaria y el Sida, por un monto total de US\$ 17.296.037. Las agencias de las Naciones Unidas ejecutan varios programas conjuntos con recursos del F–ODM AECID/PNUD; en salud destaca el referente al "fortalecimiento de la capacidad de respuesta local para la ejecución de iniciativas del Programa Multisectorial Desnutrición Cero" (Infancia, Seguridad Alimentaria y Nutrición FCL/ISAN) en el que participan UNFPA, PMA, FAO, UNICEF, ONUDI y OPS/OMS, por un monto total de US\$ 7.015.733. Adicionalmente, en fecha reciente se suscribió un convenio con la USAID para la ejecución del Proyecto FORTALESSA para el período 2011–2016 a ser ejecutado por OPS/OMS por un monto total de US\$ 5.117.647, de los cuales USAID aportará US\$ 4.350.000 y la OPS/OMS US\$ 767.647. UNICEF ejecutará además un monto total de US\$ 21.135.850, de los cuales USAID aportará US\$ 18.379.000 y UNICEF US\$ 2.756.850⁵⁷

Tabla 8. Monto de AOD destinada a Salud en Bolivia, desagregada por Donante

		4.3.14. Top 10 recipients 2011											
commitments, USD million		Haiti	Bolivia	Nicaragua	Guatemala	Honduras	Peru	Dominican Republic	Colombia	Ecuador	Brazil	Others	Total
Top 10 donors 2011	United States	272	20	9	19	12	10	19	1	0	6	83	452
	Global Fund	42	3	2	41	23	4	6	22	(1)	0	51	194
	Canada	77	13	0	0	6	0	-	0	0	0	33	130
	IDB Sp.Fund	-	35	65	0	-	-	-	-	1	-	1	102
	Spain	1	5	3	5	0	4	3	1	1	0	78	100
	Belgium	0	27	0	0	0	2	-	-	20	0	2	51
	Korea	0	0	-	-	33	3	0	0	0	-	1	38
	WHO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38	38
	UNFPA	3	2	1	2	2	2	1	2	1	2	16	33
	Japan	2	3	2	3	3	1	0	1	1	3	8	27
	Other donors	35	6	24	18	6	5	1	2	2	9	36	143
	Total	432	113	108	89	85	31	29	28	27	21	344	1 307

Fuente: OCDE, 2013.

Cabe mencionar que estos datos se presentan de manera genérica y no existe información desagregada que dé cuenta del estado de salud específico de los pueblos indígenas. En aquellos organismos que se presentan Estrategias encaminadas específicamente a la situación de estas comunidades –entre las que se destaca el diagnóstico sociodemográfico elaborado por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) así como la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el análisis de situación de Salud Andino con enfoque intercultural del Organismo Andino de Salud

⁵⁷ Información disponible en http://new.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=24&Itemid=25&lang=es.

(ORAS-CONHU)- los datos aluden únicamente a “grupos indígenas” sin establecer clasificaciones étnico-regionales que permitan analizar su situación de salud desde una postura alejada de esencialismos y oposiciones binarias totalizadoras.

Analizando el Plan Estratégico 2003-2007 de la Oficina Sanitaria Panamericana las principales áreas de intervención son: (1) prevención, control, reducción de enfermedades transmisibles, (2) prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles, (3) promoción de estilos de vida y ambientes sociales saludables. (4) crecimiento y desarrollo sanos, (5) Promoción de entornos físicos seguros, (6) preparativos, gerencia y respuesta en caso de desastres y (7) Acceso universal a los sistemas de salud integrados, equitativos y sostenibles.

En lo que respecta al Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2000-2005 las principales orientaciones estratégicas son: (1) reducir el exceso de morbilidad, mortalidad y discapacidad, especialmente en poblaciones pobres y marginadas, (2) promover modos de vida sanos y reducir los factores de riesgo para la salud humana de origen ambiental, económico, social y comportamental, (3) desarrollar sistemas de salud que mejoren de manera equitativa los resultados sanitarios, respondan a las demandas legítimas de la población y sean financieramente justos, (4) configurar una política propicia y crear un entorno institucional para el sector salud y (5) promover una dimensión sanitaria eficaz para la política social, económica, ambiental y de desarrollo.

Cómo puede observarse al analizar los postulados de ambos Organismos, el elemento indígena se encuentra ausente, retratado de manera implícita cuando se habla de “sistemas de salud integrados” o “poblaciones pobres y marginadas”. Sin embargo no existe una estrategia concreta para abordar las desigualdades de salud -a las que se da viabilidad argumental- sin una instrumentalización discursiva que genere efectos “reales”. La estrategia de ambas organizaciones puede entenderse por tanto como una construcción discursiva ficticia con una enorme eficacia simbólica. En palabras de Guerrero Arias (2004): “se construye un discurso de verdad que es instrumentalizado por el poder, pues las relaciones de poder que se establecen (...) requieren para su funcionamiento y legitimación la producción, circulación y funcionamiento de un discurso de verdad.” (p. 99).

Asimismo el autor nos recuerda que “el poder construye su discurso de verdad sustentado en la ficción, buscando inducir en la ficción efectos de verdad” (ibíd.). Por tanto, el discurso de los Organismos Internacionales de Salud funciona como un elemento legitimador que

complementa el discurso moderno, que reivindica lo multicultural como una estrategia para vaciarlo de sentido político.

Sólo al mencionar los componentes prioritarios que ambas instituciones definen para el establecimiento de acciones de cooperación técnica bilateral, aparecen explicitados los siguientes lineamientos: (1) descentralización de la cooperación técnica (2) abogacía por una mayor coordinación de los organismos que desarrollan cooperación internacional en salud (3) implantación de un foro permanente para las deliberaciones en salud, (4) **Promover el enfoque de interculturalidad** (5) enfocar las acciones de cooperación técnica en aquellos grupos sociales de mayor exclusión social (6) promoción de la cooperación técnica entre países y apoyo a los procesos de integración regional y (7) promoción de intersectorialidad, la gestión compartida y la construcción de redes sociales.

Esta mención de carácter residual al elemento intercultural es la única que puede encontrarse en todo el documento. Vemos por tanto que la carga simbólica del discurso mantiene su orientación biologicista/hegemónica que legitima su accionar en el control de las enfermedades, la disminución del riesgo y la desconexión real entre pobreza, atención a la salud y prevalencia de enfermedades. Así, la medicina tradicional como símbolo de reivindicación étnica y lucha política, tan presente en los procesos de construcción de política interna –e incluso como lineamiento de política exterior- aparece aquí narcotizado y subsumido por el discurso moderno, cuyo paradigma sanitario por excelencia es el modelo médico hegemónico tal y como es definido por Menéndez (op. cit.).

Profundizando en las iniciativas dónde queda formalmente explicitado el elemento indígena, veamos cómo se (re) configura el discurso y las implicaciones simbólicas del mismo:

La Iniciativa de salud de los Pueblos Indígenas de la Organización Panamericana de la Salud– la cual surge a partir del denominado “Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo” inaugurado en 1994- tiene como metas principales:

- Determinar pautas, metodologías y programas de capacitación para el establecimiento y desarrollo de planes, políticas y procesos (incluyendo formación de recursos humanos), nacionales y locales que favorezcan a los pueblos indígenas de la Región.
- Definir y/o apoyar proyectos con comunidades indígenas dirigidos a la solución de problemas prioritarios.
- Determinar pautas, metodologías y programas de capacitación para el desarrollo de los sistemas de salud tradicionales.

- Identificar y desarrollar mecanismos eficaces de coordinación, promoción, difusión e intercambio de información científica y técnica.

Entre otras cosas, se insta a los gobiernos a que: “promuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de modelos alternativos de atención a la población indígena, dentro de la estrategia de los SILOS (Sistemas Locales de Salud), incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad” (OPS/OMS, 2007, s/p.)

Sí bien es uno de los documentos más completos, en cuanto al reconocimiento explícito de las desigualdades en salud, así como la relación entre salud, medio ambiente, marginación y auto-determinación, dicha iniciativa contiene en su interior una paradoja fundamental: mientras que reconoce decididamente la necesidad de auto-determinación como condición necesaria para un acceso igualitario a la salud, concede al Estado la potestad de orquestar estos procesos, cuando en realidad –y el caso boliviano resulta paradigmático- estas luchas se realizan desde una perspectiva *bottom up*, la mayoría de las ocasiones con un claro antagonismo hacia el mismo Estado. Por tanto, se piensa aún dentro de los límites del Estado moderno tal y como surgió después de la paz de Westfalia, es decir, como el administrador y gestor del cambio social.

A su vez, se ofrecen soluciones de carácter técnico basadas en la “participación” de los grupos indígenas así como el diseño de “pautas” y “metodologías” diseñadas desde una racionalidad cartesiana causa/efecto desvinculada de las cosmovisiones de una gran cantidad de estos grupos.

En lo que respecta al caso específico de Bolivia, el Organismo de Salud Andino reivindica la necesidad de reconocer e incorporar los saberes médicos tradicionales en los procesos de atención a la salud, valorando la importancia de la diversidad cultural en los recorridos terapéuticos establecidos. Se reconoce además la existencia de numerosos determinantes sociales en salud, como el acceso y control de la tierra, reivindicando el uso de los terrenos de propiedad comunal. Sin embargo se promueven casi exclusivamente la puesta en marcha de un sistema de vigilancia e información epidemiológica y un enfoque intercultural en salud vinculado a los siguientes postulados⁵⁸:

- **Intraculturalidad:** Significa el reconocimiento, respeto y sobre todo, revalorización de los saberes de los pueblos originarios en materia de salud.

⁵⁸ En ORASCONHU, 2007, p. 58

- **Articulación de la medicina occidental y la medicina tradicional:** En términos de igualdad y respeto mutuo, estableciendo en los sistemas sanitarios mecanismos y puentes de articulación y complementariedad entre ambas medicinas.
- **Formación de recursos humanos con enfoque intercultural,** sobre todo en la formación de pre-grado y post-grado.
- **Cultura de respeto a los derechos de los pacientes:** respeto a las creencias y cosmovisión de los pacientes, sus costumbres y preferencias.

Como hemos analizado en el primer capítulo de esta investigación, la medicina científica moderna nace bajo el amparo de sistemas de administración/legitimación precisos como lo demuestra el auge de instituciones académicas y la formación de “recursos humanos” es decir, mediante la visualización de la medicina como un discurso de carácter técnico y mecanizable. Dichos elementos se mantienen en la propuesta del Organismo Andino de Salud, propugnando por una cientifización del elemento médico tradicional.

Sorprende además encontrar que el Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores,- Perteneciente también a la Comunidad Andina- en su decisión 588 sobre la protección y recuperación de bienes del patrimonio cultural de los Países Miembros de la Comunidad Andina define a la medicina tradicional como un “patrimonio cultural intangible”⁵⁹ tal y como se observa a continuación:

Patrimonio cultural intangible: comprende las manifestaciones y los significados sociales contenidos en la música y en las artes del espectáculo, el lenguaje y la literatura, las tradiciones orales, la toponimia, los festivales folklóricos y de toda naturaleza, los ritos y las creencias; el arte culinario y la medicina tradicional, entre otros conocimientos y tecnologías tradicionales, que la comunidad haya reconocido como recurrentes y válidas para identificación y expresión cultural.

Al ser considerada un patrimonio inmaterial, se diluye por tanto la identificación de la medicina tradicional con el discurso de localidad, autonomía y propiedad de la tierra, característico de las comunidades indígenas bolivianas.

Tomando en cuenta la multiplicidad de actores que componen a la Cooperación Internacional al Desarrollo, es preciso mencionar que las Organizaciones No Gubernamentales que actúan en el territorio boliviano no cuentan con datos desagregados por composición indígena y, más

⁵⁹Más información disponible en <http://www.sice.oas.org/trade/junac/decisiones/DEC588s.asp>

aún, no se tiene acceso a la información sobre el estado y la cantidad de proyectos en salud, interculturalidad o medicina tradicional que se ejecutan en Bolivia.

Cabe mencionar que, sí bien Bolivia cuenta con un Viceministerio de Salud Intercultural y Medicina Tradicional⁶⁰, no existen datos desagregados que permitan monitorear cuantos proyectos se llevan a cabo en lo que respecta a la salud intercultural y la medicina tradicional. Así mismo, las funciones de dicho Viceministerio se avocan principalmente al “registro” y “clasificación” de los médicos tradicionales, como una forma de institucionalizar y regular sus prácticas. Los actores que más inciden en la Cooperación Internacional en Medicina Tradicional son la Cooperación Italiana, con más de diez años de experiencia colaborando en proyectos de revitalización de la medicina tradicional, especialmente en el área de Potosí, la agencia técnica alemana e instituciones sanitarias internacionales como la Organización Panamericana de la Salud⁶¹, así como otras organizaciones de carácter privado, entre las que encontramos a la Asociación Médicos del Mundo.

Finalmente, en lo que significa un esfuerzo de síntesis y clasificación simbólico-discursiva de los principales actores y lineamientos en los que se sustenta la cooperación internacional en salud y medicina tradicional en Bolivia, es posible aislar los siguientes postulados:

- Los discursos de la Cooperación Internacional en el ámbito de la medicina tradicional en Bolivia, se sustentan en una concepción esencialista y totalizante del elemento indígena, en franca contradicción con el reconocimiento del elemento “pluricultural” al interior de sus fronteras. La diversidad se resume a dos polos antagónicos e históricamente enfrentados “lo moderno” versus “lo indígena/lo tradicional”
- La medicina tradicional y las prácticas indígenas en salud aparecen desconectadas de la idea de territorio/localidad – entendidos tanto como lugares dónde se reproducen las prácticas médicas, así como lugar dónde impacta la desigualdad social, es decir

⁶⁰ El mismo presidente Evo Morales declaró en Cochabamba el 20 de diciembre de 2011: “Hemos creado un Viceministerio de Medicina Tradicional aunque yo me siento decepcionado, no ha funcionado lamentablemente, por falta de que será, vamos a revisar”. En lo que respecta a la Cooperación Internacional mencionó “ahora sólo queremos respaldo científico de la OPS y de la OMS para ver cómo hacer nuestra fábrica de medicamentos en Bolivia”- Noticia disponible en <http://eju.tv/2011/12/evo-dice-que-el-viceministerio-de-medicina-tradicional-no-produce-nada/>-. Se observa por tanto que la revalorización de la medicina tradicional se orienta a su explotación comercial y a la necesidad de una regulación internacional que habilite su utilización.

⁶¹ Destaca el proyecto creado en conjunto con el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad y la Unión Europea: “Un modelo integral e incluyente bajo un concepto de derecho a la salud” en los municipios de Charazani y Curva en La Paz, Bolivia. Dicho proyecto sin embargo se basa en la “conjunción” de sistemas médicos, generando un espacio para la atención biomédica y uno para la atención tradicional al interior de un sistema hospitalario. Más información disponible en <http://www.saludintegralincluyente.com/noticias-en/el-viceministro-de-salud-de-bolivia-la-ops-y-la-ue-conocen-al-marcha-del-proyecto-en-terreno-visitando-amarete-curva-y-charazani.html>.

como lugar cultural y político-. La medicina tradicional se entiende discursivamente como un conocimiento y no como una praxis, mucho menos como un proyecto político.

- Existe una asociación prácticamente nula con el medio ambiente y los procesos de reivindicación étnica. Debido a la antigüedad de los datos no aparece explicitado el movimiento social generado a partir de la llegada de Evo Morales al poder, por lo que resulta difícil evaluar su gestión y la eficacia de las reformas generadas.
- Ausencia de datos actualizados – los más recientes oscilan entre los años 2000 y 2003-. No existe una recolección estadística periódica que permita evaluar avances y lecciones aprendidas de las acciones de cooperación, con el objetivo de generar nuevos derroteros de acción
- Primacía de soluciones técnicas/instrumentales –organización, participación, fortalecimiento son las palabras que más frecuentemente aparecen en los documentos-. Existen un importante énfasis puesto en la “seguridad” y regulación de medicinas tradicionales. El elemento tradicional por tanto, se subordina al modelo de “combate a enfermedades” característico de la Agenda Internacional de Desarrollo.
- La medicina tradicional, y la salud indígena, se consideran elementos que es necesario conocer, clasificar, gestionar y administrar –a partir de criterios modernos/racionales-. Es por tanto, un ejercicio fáctico de biopoder, pues no se sientan las bases para un conocimiento mutuo, no se comparten los datos con las poblaciones indígenas directamente involucradas y no se actualizan los datos. La mayoría de las publicaciones culminan con la recomendación de “ampliar los datos”, lo que no se traduce en la presencia de estadísticas actualizadas y compartidas por todos los actores de la Cooperación.
- El elemento indígena se encuentra asociado ambiguamente a la pobreza y la exclusión, se le atribuyen causas históricas que aparecen naturalizadas, sin dar explicaciones ni lineamientos de accionar dentro de una trama argumental sustentada en el presente.
- Las acciones de medicina tradicional y salud intercultural oscilan entre el proteccionismo –tanto a nivel estatal como la asistencia técnico-financiera de las Instituciones Internacionales- y la auto-determinación, generando recomendaciones vagas y contradictorias.

- Los médicos tradicionales son vistos como un “recurso humano”. El conocimiento tradicional se disecciona, haciéndolo adaptable a regulaciones internacionales y patrones comerciales.
- La salud se encuentra reificada: la medicina tradicional no se vincula a las concepciones indígenas de salud y enfermedad, sino a la utilización de remedios para situaciones puntuales (paradigma biomédico). El elemento comunitario asociado a la salud no es tomado en cuenta, por lo que la enfermedad se considera una vivencia individual/orgánica.
- Interculturalidad como palabra fetiche. A raíz de esta palabra se articulan todas las propuestas para la revalorización de la medicina tradicional. Pareciera ser sin embargo que basta con definirla para agotar su praxis, ya que no se mencionan maneras concretas para avanzar en su construcción.

Cómo puede notarse, el “nacionalismo indianizado” del gobierno de Evo Morales, en el que la medicina tradicional ha sabido ocupar un espacio privilegiado como elemento de articulación simbólica capaz de aglutinar un discurso étnico-reivindicativo, desaparece al momento de ser instrumentalizado como una “estrategia de cooperación”.

El componente indígena, que tanta atención recibe durante el establecimiento del modelo neoliberal, ha entrado en un *impasse* internacional, paradójicamente a raíz del ascenso de Evo Morales y la hegemonización del discurso indígena. Los Organismos Internacionales han retomado políticas asistenciales, revestidas semánticamente de “iniciativas interculturales”. Esto ha sido posible debido a la dependencia de Bolivia hacia la ayuda internacional y de su nula influencia por encima del ámbito regional, desde el que han surgido las iniciativas más ambiciosas en el área de medicina tradicional, a partir del Organismo Andino de Salud.

Por tanto, puede concluirse que en el ámbito de la Cooperación Internacional, la medicina tradicional no se vincula a las transformaciones del Estado y las Instituciones –contradiendo los postulados de la Declaración de París sobre Nueva Eficacia de la Ayuda- sino al interés por incorporar conocimientos tradicionales que suplan las desigualdades sociales en salud.

De acuerdo con Ramírez Hita (2008):

Uno de los elementos destacables del caso boliviano es que fue la Cooperación Internacional, la que introdujo el concepto de interculturalidad, que se caracteriza por replicar modelos de un país a otro, muchas veces sin contextualización, circunstancia que ha supuesto que la implementación en el campo de la salud se haya efectuado con escasa reflexión teórica (p. 4).

El discurso de la cooperación –al interior del cual surge la idea de “salud intercultural”- cuya lógica es asistencialista y moderna, contradice y desprovee de su contenido antihegemónico a los movimientos sociales de reivindicación étnica bolivianos, entendidos como procesos históricos multidimensionales construidos desde la base.

Analizando el desenvolvimiento de la triada política interna-exterior-internacional- al interior de una sola estructura simbólico-textual, podemos superar la dicotomía tradición-modernidad, observando cómo, en el escenario actual, ambas pueden situarse en un continuum que permite su alternancia discursiva. Superada la visión diacrónica y clasificatoria, en el que la tradición se sitúa como un mecanismo de reproducción cultural a través de la materialidad de los grupos sociales, la tradición se convierte en un “proceso” que se construye y (de) construye continuamente, a la par y al interior mismo de la modernidad. Como señala Raymond Williams (1997):

La tradición ha sido comúnmente considerada como un segmento relativamente inerte de una estructura social: la tradición como supervivencia del pasado. Sin embargo (...) siempre es algo más que un segmento histórico inerte; es en realidad el medio de incorporación práctico más poderoso. Lo que debemos comprender no es precisamente “una tradición” sino una tradición selectiva: una visión intencionalmente selectiva de un pasado configurativo y de un presente preconfigurado, que resulta entonces poderosamente operativo (p. 137).

De acuerdo con este autor, la tradición puede ser entendida entonces como “hegemonía en acción” capaz de permear al conjunto social al no constreñirse a una única institución o proyecto político. Así, mientras que en la historia específica de Bolivia la tradición se posiciona como un elemento fuertemente reivindicativo, revolucionario y movilizador social, en el caso de la Cooperación Internacional se erige precisamente como su opuesto: un instrumento de impronta conservadora/legitimadora del orden social.

En ambos casos, la tradición abandona su postura rígida –aunque discursivamente se continúe apelando a su inmutabilidad, especialmente desde el discurso de la comunidad internacional- para “incrustarse” intertextualmente en la modernidad.

La cooperación internacional y la medicina tradicional, para el caso boliviano, se explica entonces como una “tradicionalización” de la modernidad entendiendo a la tradicionalización como un proceso en el que: “estructura, forma y función no son considerados como rasgos discretos o inmanentes a fenómenos invariables o de transformación lenta en el transcurso del tiempo, sino resultado de un proceso dinámico de producción y recepción del discurso” (Briggs & Bauman 1996, p. 89).

Por tanto, el proceso de tradicionalización refiere a las conexiones pragmáticas que se establecen dentro del discurso, conectando enunciados actuales con discursos del pasado, construyendo así autoridad (relaciones de poder) en el uso y contextualización de las expresiones argumentativas (Briggs & Bauman, op. cit.). En el caso de Bolivia, dicha tradicionalización responde a la tensión entre nacionalismo-apertura, autonomía-dependencia, indianismo-“modernidad” que persiste en Bolivia a partir del triunfo de un modelo político contra-hegemónico con respaldo interno-regional pero con una gran vulnerabilidad en el panorama internacional. Lo anterior se ejemplifica en la valoración de la medicina tradicional como “símbolo” al interior de su política interna, y como “producto”/“estrategia” en su concepción en el ámbito de la Cooperación Internacional.

Este proceso no es nunca homogéneo y depende de la capacidad de los actores para apropiarse del mismo y cargarlo de sentido simbólico. En el centro de esta “batalla discursiva” por apropiarse del elemento movilizador de lo tradicional, se encuentra la medicina tradicional boliviana, más efectiva al llenarse de sentido histórico-local al interior de un discurso étnico-reivindicativo que al atarse a procesos institucionales externos vinculados a la idea de “desarrollo”. Es en aquellos proyectos en dónde la medicina tradicional se ata a su contexto de origen, dónde los resultados han probado ser más exitosos, tanto en lo que respecta a su alcance como en su eficacia terapéutica.⁶²

f) Del Desarrollo al Buen Vivir: El Suma Qamaña

Posiblemente una de las banderas más comúnmente elaboradas por los movimientos sociales sudamericanos de origen indígena, tiene que ver con la crítica al “desarrollo” como modelo productivo sustentado en el crecimiento económico y la extracción de recursos. Son pues, críticas al paradigma liberal del desarrollo tal y como han sido analizadas en párrafos posteriores: el desarrollo asociado a conceptos de la economía neoclásica –representados por Adam Smith, John Locke, Hobbes, Milton Friedman, entre otros- centrada en el papel de los individuos al interior del mercado.

⁶² Destaca la incorporación de los médicos tradicionales a un esquema de atención hospitalaria –aunque sin embargo esta iniciativa deja del lado aquellas comunidades que no cuentan con un centro de salud accesible- así como el Proyecto desarrollado en el municipio de Pocoata, al norte de Potosí, con el apoyo del Viceministerio de Salud Intercultural y la Organización No Gubernamental “Visión Mundial” en dónde, mediante la alimentación con productos orgánicos, la lactancia materna y la socialización de la desnutrición, lograron bajarse los índices de desnutrición infantil de un 42% a un 25% en un año y medio de aplicación. A su vez, destaca la creación de centros integrales de medicina tradicional, denominados Laka´ Uta en las provincias de Omasuyos, Los Andes y Eucaliptus, en el departamento de Oruro.

En la Región Andina principalmente, la implantación del modelo neoliberal como una estrategia modernizadora y desarrollista, trajo aparejado el aumento de la conflictividad social y la lucha por los recursos naturales, debido a la pauperización resultante a partir de la aplicación de estos modelos.

Con la llegada al poder de movimientos políticos avocados a la “refundación” del Estado, se ponen en marcha procesos que institucionalizan el componente contrahegemónico de los nuevos grupos de poder. En el caso de los países andinos, la creación de nuevos textos constitucionales –Ecuador en 2008 y Bolivia en 2009- se acompaña de un nuevo modelo ideológico/político de desarrollo definido como Buen Vivir, Sumak Kawsay o Suma Qamaña, el cual: “cuestiona la matriz ideológica de progreso y desarrollo, que determinó un discurso hegemónico, propio de la expansión capitalista hacia las periferias, denominadas subdesarrolladas o del tercer mundo, luego de la posguerra de los años 50 del siglo XX” (Hidalgo Flor, 2011, p. 87)

La Constitución Boliviana establece:

El Estado asume y promueve como principios ético-morales de la sociedad plural: ama quilla, ama llulla, ama suwa (no seas flojo, no seas mentiroso ni seas ladrón), suma qamaña (vivir bien), ñandereko (vida armoniosa), teko kavi (vida buena), ivi maraei (tierra sin mal) y qhapaj ñan (camino o vida noble)⁶³.

A pesar de que se le ha criticado su escasa instrumentalización, es innegable que la introducción de una nueva visión del desarrollo, de corte indígena y fundamentada en el conocimiento empírico de los habitantes del área andina, ha producido lo que Bourdieu (op. cit.) define como rupturas en el “*círculo de la reproducción simbólica*” generando ya no un modelo de “desarrollo alternativo” sino “alternativas al desarrollo” legitimadas en el seno del Estado.

Siguiendo el planteamiento de Medina (2008) una de las novedades principales del Suma Qamaña es precisamente la introducción de un principio cualitativo –no reducido a mediciones estadísticas como el principio de “Desarrollo Humano” establecido por Amartya Sen- basado en concepciones indígenas como la complementariedad de opuestos, la unidad dual, la sincronicidad, etc. Por tanto, permite avanzar en la superación de principios cartesianos y falsas dicotomías que tienen efectos concretos en la implantación de políticas de desarrollo en países “subdesarrollados”. Siguiendo a este autor: democracia es la

⁶³ Constitución Política de la República Plurinacional de Bolivia. Artículo 8

complementariedad de dos opuestos: el principio representativo y el principio participativo (...) el reduccionismo moderno estribó en identificar democracia sólo con el principio representativo (...) y entender el principio participativo como una forma primitiva del principio representativo (op. cit., p. 24-25).

Recuperar la complementariedad de opuestos en el ámbito democrático implica entonces “complejizar los sistemas democráticos, dotándoles del contrapeso para el manejo de lo local, de acuerdo al principio de subsidiaridad” (ibíd.).

Así, la consideración del Suma Qamaña como modelo alternativo al desarrollo implica, para el ámbito de la medicina tradicional, una conjunción no sintética-superadora en dónde la medicina tradicional sea considerada la forma primitiva del modelo médico hegemónico. Significa de igual forma abandonar la idea de interculturalidad como panacea que permitirá “adecuar” el modelo tradicional a modelos sociosanitarios de corte moderno. Por el contrario, significa reconocer las aportaciones de ambos sistemas desde su lógica interna-contextual-cultural avanzando en el reconocimiento de la multiplicidad de saberes y en la descolonización epistémica.

Dicha complementariedad de opuestos, sustentada en el principio de la unidad dual, no se constriñe únicamente al terreno de lo científico o a la generación de determinadas políticas públicas. Por el contrario, puede extrapolarse para la construcción de una diversidad cultural no jerarquizada que permita la creación de “modernidades múltiples”.

Por su parte Torrez (2008) introduce el estudio de cómo es entendido el concepto de desarrollo al interior de la cosmovisión aymara considerando lo siguiente:

Ante la intraducibilidad de los conceptos fundamentales, los aymaras buscan el equivalente homeomórfico del más importante de ellos: desarrollo. El suyo es vida: jaka (suponen en efecto, que el desarrollo tiene que ver con la vida) pero he aquí que Jaka, para el pensamiento aymara, es indisociable del concepto de muerte: Jiwa (...) En cambio el concepto occidental de desarrollo opera libremente, no está vinculado a su contrario (...) casi una tautología” (p. 56).

En el siguiente cuadro se resumen los conceptos fundamentales con los que los aymara piensan el equivalente a la noción occidental de desarrollo:

Tabla 9. Nociones de desarrollo desde la cosmovisión aymara

Qama/Sitial Ser Lugar del Ser	Qama-sa/Energía del ser Nuestro lugar del ser	Qama-wi/Lugar de vivencia Lugar de subsistir y convivencia	Qama-ña/Lugar de existir Hacia afuera Espacio armónico de la comunidad en e ayllu
Jaka/Vida Ser integrado en la trama de la vida	Jaka-sa/Nuestra Vida Nuestro poder de vida	Jaka-wi/lugar de vida Lugar de convivir, lugar del ser	Jaka-ña/lugar de vivir Hacia adentro Lugar donde se desarrolla un ser
Jiwa/muerte Transición de lo bello (agradable)	Jiwa-sa/Nuestra agradabilidad Muerte y nacimiento como transición	Jiwa-wi/Lugar de muerte	Jiwa-ña Lugar de morir Lugar agradable

Fuente: Torrez, op. cit., p. 58

Por lo tanto, la idea de “desarrollo” en el universo andino se encuentra atada indisolublemente a la noción de “muerte” como transición, como acción que se comparte con la vida en un mismo escenario cosmogónico. La muerte no es la finalización de un período o un ente pasivo que simplemente “llega” o se padece. Por el contrario, la muerte es un “ser que sale a la vida” –el opuesto complementario de la vida-.

El pensamiento aymara, del cual se desprende la propuesta constitucional del “Vivir bien”, es un modelo de pensamiento sistémico y ecológico, por encima de la linealidad del pensamiento cartesiano. La idea de desarrollo es inherente por tanto a una dimensión espacio-temporal performativa en la que ser es igual a estar, en un contexto de “suma de totalidades” que determinan la existencia de los individuos.

La Suma Qamaña es entonces un espacio-tiempo complejo, compuesto por seres que comparten un mismo espacio en el ciclo vital de la naturaleza. La metáfora del “mundo como ser vivo” es opuesta a la metáfora occidental del “mundo como máquina”.

Relacionado con lo anterior, la búsqueda del Suma Qamaña se encuentra íntimamente ligada a la recuperación del ayllu como modelo social dónde confluyen las prácticas económicas, ecológicas y cosmogónicas del hombre andino. En palabras de Choque Quispe (2006):

¿Cómo se logra el vivir bien? (...) a través de la satisfacción de la alimentación y esto a través del control de la producción (...) El deterioro de las condiciones sociales y productivas constituyen el principal motivo para la reconstitución de la organización propia, con el postulado de organizarnos a nuestra manera para un bien vivir (p. 4).

Esta noción del “Vivir Bien” vinculada a la territorialidad no debe entenderse como la búsqueda de “posesión” de la tierra. Por el contrario, la noción del espacio como un elemento “vivo” ha propiciado que en el Ecuador la naturaleza sea sujeto de derecho, en lo que Hernández (2009) define como “giro biocéntrico”. De esta forma, la noción de Vivir Bien se ata a un sentido ecológico dentro del cual la medicina tradicional juega un rol fundamental: el saber médico tradicional conjuga entonces elementos económicos, sanitarios, religiosos e identitarios, que confluyen en la metáfora de “la tierra” como discurso integrador de subsistencia-existencia-pervivencia cultural.

Cabe destacar que la “Buena Vida” (Suma Juakaña) asociada al cuidado de la salud es indispensable para alcanzar exitosamente este paradigma de desarrollo. La salud es entendida aquí como el resultado de relaciones armoniosas del ser humano consigo mismo, la familia, la comunidad y la naturaleza. Por tanto, incluso aquellas distinciones más “antropológicas” – *illness, sickness, disease*- resultan insuficientes para explicar la noción de salud como un estado de homeostasis cosmogónica/ecológica en el que la enfermedad y la muerte se incorporan no como amenazas o elementos antagónicos, sino como opuestos complementarios.

Por tanto, recuperar la noción de “Vivir Bien” (Suma Qamaña) como modelo de bienestar local, surgido de las particularidades culturales bolivianas, involucra ampliar la noción de salud hacia terrenos en los que el modelo biomédico cuenta con una nula capacidad de respuesta, debido a su enfoque individualizado, patológico y orgánico. Implica entonces, recuperar e incorporar a la medicina tradicional como conocimiento y práctica “horizontal” en relación al Modelo Médico Hegemónico.

Albó (2009) retoma algunos criterios sugeridos por Medina (op. cit.) para acercarse a la consecución del Suma Qamaña, entre los que podemos encontrar:

- Una sociedad convivial
- Una sociedad de frugalidad de vida y calidad de vida
- Una sociedad de alta sinergia
- Una sociedad de baja entropía
- Una sociedad del equilibrio
- Una sociedad eco-simbiótica con su espacio
- Una sociedad de flujos y redes dinámicos
- Una sociedad de democracias locales directas

Si bien los alcances de este paradigma alternativo al desarrollo han sido limitados, y hasta el momento puede entenderse más como filosofía moral que como un proyecto político concreto, es posible rescatar los siguientes elementos como propuestas novedosas que contribuyen a enriquecer los estudios *de y para* el desarrollo:

- Introduce un elemento ético/moral a una propuesta política de carácter estatal, incorporando el elemento plurinacional desde la redacción misma de su carta fundacional. La política por tanto, al menos discursivamente, recupera el areté aristotélico y retoma su carácter de “saber virtuoso”. Incluye por tanto lo que Escobar (2009) define como una nueva “ética del desarrollo”, la cual subordina los objetivos económicos a criterios ecológicos y la defensa de la vida en todas sus manifestaciones.
- Puede ser leído como un proyecto político que culmina una serie de movilizaciones sociales basadas en la reivindicación étnica, a la vez que inaugura un nuevo discurso basado en la hegemonización de la subalternidad. Introduce por tanto “shocks semánticos” que cuestionan los cimientos mismos de la colonialidad del poder. En palabras de Quijano (2011), el Buen Vivir significa avanzar en la construcción de una “existencia social alternativa”, abriendo nuevos espacios para la participación ciudadana y el reconocimiento real de la diversidad como componente nacional. Involucra a su vez un “retorno del Estado” en América Latina, después de la oleada neoliberal de los años noventa.
- Se posiciona como una verdadera alternativa al paradigma desarrollista lineal y “econocéntrico”. Como mencionan Vanhulst & Beling (2012):

El Buen Vivir propone una transformación de las estructuras económicas y de las relaciones de poder inter e intra sociedades (...) En este sentido, compite con interpretaciones dominantes del desarrollo sostenible que, en la práctica, preconizan el status quo o la reforma (incremental) del sistema anterior (...) sin problematizar las herencias de la modernización o del desarrollo en su conjunto (p. 6).

- Recupera el concepto de “lugar” desde una perspectiva multidimensional que involucra la revalorización étnico-cultural, la defensa del medio ambiente, la recuperación de la medicina tradicional, la soberanía alimentaria, la descentralización, la autonomía política y el control sobre el territorio. Como se ha mencionado en reiteradas ocasiones, en la idea de localidad confluye todo el poder contrahegemónico del discurso, y es desde este concepto donde germina la idea de “desobediencia epistémica” de acuerdo a los planteamientos de Mignolo (op. cit.).

Es aún muy pronto para elaborar conclusiones contundentes acerca del alcance de esta iniciativa, debido principalmente a su escasa temporalidad. Por otro lado, es innegable que este nuevo paradigma ha generado crecientes tensiones, aún al interior de las comunidades indígenas, las cuáles históricamente se han visto relegadas de los “frutos de la modernidad” por lo que se debaten entre la “buena vida” occidental –con un discurso bien articulado, además del impulso de importantes grupos de poder- y el buen vivir, un proyecto siempre abierto, plural y en construcción.

La idea de localidad, respeto a la vida y al territorio, así como complementariedad de opuestos brindan claves profundas para avanzar en la revalorización –práctica y discursiva- de la medicina tradicional por encima de una interculturalidad aún articulada al discurso hegemónico y a los dispositivos saber/poder Foucaultianos.

Si tomamos en cuenta que uno de los principales postulados de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda versa acerca de la importancia de la “armonización”, esta debe entenderse no únicamente como una armonización de carácter técnico, sino a la búsqueda de un acoplamiento epistémico basado en la intertextualidad y no en la traducción.

Gracias a la iniciativa del Suma Qumaña, la interculturalidad debe dejar de ser pensada como “mestizaje epistemológico” para ser abordada como una “suma de totalidades”. En este punto conviene rescatar los postulados de De Souza Santos (2010) en lo que se define como “democracia intercultural”, la cual se encuentra compuesta por los siguientes elementos:

- La coexistencia de diferentes formas de deliberación democrática, del voto individual al consenso de las elecciones a la rotación o al mandar obedeciendo, de la lucha por asumir cargos a la obligación-responsabilidad de asumirlos.
- Diferentes criterios de representación democrática (representación cuantitativa, de origen moderna, eurocéntrica, al lado de representación cualitativa, de origen ancestral, indocéntrica).
- Reconocimiento de derechos colectivos de los pueblos como condición del efectivo ejercicio de los derechos individuales (ciudadanía cultural como condición de ciudadanía cívica).
- Reconocimiento de los nuevos derechos fundamentales (simultáneamente individuales y colectivos): el derecho al agua, a la tierra, a la soberanía alimentaria, a los recursos naturales, a la biodiversidad, a los bosques y a los saberes tradicionales.
- Más allá de los derechos, educación orientada hacia formas de subjetividad asentadas en la reciprocidad cultural.

En ese sentido la interculturalidad se entiende como un proceso performativo definido por su praxis, dando lugar a una polifonía discursiva igualitaria y democrática.

Únicamente mediante el entendimiento de los procesos políticos, sociales-, culturales, y cosmogónicos que intersectan a la medicina tradicional boliviana –como patrimonio cultural, como expresión de localidad y como saber residual/estrategia de atención en un contexto pauperizado- podrá avanzarse en la construcción de una medicina tradicional “plurinacionalizada”, no subordinada/jerarquizada al modelo médico hegemónico.

Por tanto, la cooperación en medicina tradicional debe tomar como punto de partida el Suma Qamaña como el giro decolonial necesario para avanzar en la construcción de un diálogo efectivo de saberes. De otra manera, la interculturalidad y el respeto por lo diverso continuarán siendo una moda retórica, inserta en un discurso hegemónico que legitima la desigualdad social y vacía de contenido político y local cualquier iniciativa que se situé en los márgenes de la modernidad

g) Medicina Tradicional y Modelo Médico Hegemónico: Análisis a modo de conclusiones.

Recursos y Políticas Institucionales: Medicina Tradicional, Interculturalidad y Estado Boliviano.

El discurso de la interculturalidad comienza a utilizarse en Bolivia en la década de los ochenta, en el marco de una lucha por la educación popular, estrechamente asociada con la reivindicación de una educación plurilingüe (Mateos Cortes, 2010). De acuerdo con López (2009), tres son los elementos que influyen en la adopción y propagación del discurso intercultural en Bolivia: el manifiesto de Tiahuanaco, redactado por el movimiento katarista en 1973, el involucramiento y búsqueda de respuestas de Educación Bilingüe Intercultural, y la apertura democrática de los años ochenta.

En los últimos años, sobre la base de la nueva Constitución Política del Estado, el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan de Gobierno 2010-2015, se han puesto en marcha nuevas medidas de protección de la salud, plasmadas en el Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 “Hacia la Salud Universal” (PSD) y la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI).

De acuerdo al Plan Sectorial de Desarrollo, tres son los pilares que sustentan la política boliviana en salud en el gobierno de Evo Morales:

- Acceso Universal y Gratuito al Sistema Único SAFCI. Esto será posible mediante la mejora de la capacidad resolutoria de la red de servicios, cierre de brechas de recurso humano y la efectiva incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud.
- Promoción de la Salud y Movilización Social. Se busca reducir las inequidades y proteger a las poblaciones más vulnerables, junto a una estrategia de Educación en Salud para la Vida, basada en la intersectorialidad.
- Rectoría y Soberanía en Salud. Se busca mejorar la gobernanza mediante el mejoramiento de la gestión financiera, la alineación de las estrategias del sector en niveles descentralizados y la efectiva implementación de la inteligencia sanitaria.

Cómo puede observarse, la promoción de la interculturalidad en salud aparece explícitamente reconocida, aunque como un elemento secundario que se articula con la necesidad de establecer un acceso universal a la salud de toda la población.

En ese sentido, destaca especialmente la creación en el año 2008 del Sistema de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (SAFCI), cuyo objetivo principal es:

Contribuir a la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales en salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud (buscando la autogestión); y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y la comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo a la mejora de las condiciones de vida de la población.⁶⁴

Para lograr lo anterior se ha establecido un Modelo de Gestión Participativa en Salud, cómo una manera de generar espacios en el que los diferentes sistemas de organización de las comunidades urbanas y rurales (ayllus, capitánías, organizaciones barriales, juntas vecinales, entre otros) toman decisiones en cuanto a la gestión del modelo de atención y cuidado de la salud, tanto a nivel local, como departamental, municipal y nacional.

Los cuatro principios que sostienen la estrategia del SAFCI son los siguientes:

- Participación comunitaria: se define como la capacidad autogestionaria de las comunidades urbanas y rurales en la identificación, priorización, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de desarrollo integral comunitario en salud.
- Intersectorialidad: es la intervención coordinada entre la población y los diferentes sectores (salud, educación, saneamiento básico, producción, vivienda, alimentación) con el fin de actuar sobre las determinantes socioestratégicas de la salud en base a las alianzas estratégicas o programáticas, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas o necesidades identificadas.
- Interculturalidad: definida como el proceso de articulación-complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena, originaria campesina y otras), a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud.
- Integralidad: es la capacidad del servicio de salud para concebir el proceso salud enfermedad como una totalidad que contempla a la persona y su relación con la

⁶⁴ Artículo 2 del Decreto Supremo Núm. 29601: "Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural". Disponible en <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ley32371.pdf>.

familia, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual; con el fin de implementar procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y recuperación de manera eficiente y eficaz.

Dicha iniciativa parte de un reconocimiento acertado: las enormes brechas de desigualdad entre las áreas urbano/rural en lo que a indicadores y acceso a la salud se refiere. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud desarrollada en 2008 por el Ministerio de Salud y Deportes, a nivel urbano la mortalidad infantil fue de 43 por 1000 nacidos vivos y a nivel rural de 75 por 1000 nacidos vivos.

A su vez, mientras que las tasas de desnutrición crónica infantil se han reducido a nivel nacional de un 38% en 1989 a 21,8% en 2008, dicho avance corresponde casi exclusivamente a las zonas urbanas, ya que en las áreas rurales, 39 de cada 100 niños y niñas menores de cinco años tienen desnutrición crónica.

Según datos del Organismo Andino de Salud (op. cit.), en las comunidades rurales bolivianas sólo se cuenta con un nivel primario de atención a la salud, por lo que en la mayoría de los casos se carecen de la infraestructura y equipamiento médico necesario. Aunado a lo anterior, dichos servicios están a cargo de auxiliares de enfermería encargados de la atención médica de emergencia. Las condiciones de marginación geográfica y social impiden responder adecuadamente ante cualquier emergencia que implique una internación u hospitalización prolongada.

El siguiente cuadro ilustra con claridad la falta de disponibilidad médica en el territorio boliviano:

Tabla 10. Recursos humanos sociosanitarios en Bolivia

Departamento	Total departamento			Capital de departamento			Resto del departamento		
	Pob.	Total médicos	Médicos X 10.000 hab.	Pob.	Total médicos	Médicos X 10.000 hab.	Pob.	Total médicos	Médicos X 10.000 hab.
Chuquisaca	531.522	470	8.8	215.778	359	16.6	315.744	111	3.5
La Paz	2.350.466	1.180	5.0	793.293	813	10.2	1.557.173	367	2.6
Cochabamba	1.455.711	358	2.5	517.024	186	3.6	938.687	172	1.8
Oruro	391.870	147	3.8	201.504	134	6.6	190.366	13	0.7
Potosí	709.013	235	3.3	145.057	86	5.9	563.956	149	2.6
Tarja	391.226	255	6.5	153.457	144	9.4	237.769	111	4.7
Santa Cruz	2.029.471	403	2.0	1.135.526	271	2.4	893.945	132	1.5
Beni	362.521	183	5.0	79.963	81	10.1	282.558	102	3.6
Pando	52.525	42	8.0	22.324	34	15.2	30.201	8	2.6
Bolivia	8.274.325	3.273	4.0	3.263.926	2.108	6.5	5.010.399	1.165	2.3

Fuente: INE, Censo Nacional de población y vivienda, 2001. Ministerio de Salud y Deportes, 2004.

De acuerdo con la información del cuadro anterior, dentro del sector de salud boliviano se dispone únicamente de cuatro médicos por cada 10, 000 habitantes. Sin embargo, en las capitales de departamento, la disponibilidad de médicos aumenta a 6.5 médicos por cada 1000 habitantes, contra 2.3 médicos para el resto de los departamentos. Es en las poblaciones indígenas dónde las cuatro barreras principales hacia la salud que se mencionan en párrafos anteriores (económica, geográfica, cultural y de organización) se manifiestan con mayor fuerza. En lo que respecta a la barrera determinada por la organización de los servicios de salud, se reconocen los siguientes impedimentos:

- Desconocimiento y rechazo a la cosmovisión indígena sobre el proceso de salud-enfermedad por parte de los prestadores de atención.
- Falta de conocimientos lingüísticos y recurrencia a discursos técnicos para explicar la recurrencia y el funcionamiento de determinadas patologías.
- Falta de respeto a los derechos de los pacientes, así como maltrato por parte del personal de salud.
- Inadecuación cultural de la infraestructura y del equipamiento para la atención médica.

Finalmente, un dato revelador acerca de las disparidades en el acceso a la salud de acuerdo a la condición étnica es la cobertura del parto institucional e inmunizaciones según la condición étnica:

Tabla 11. Cobertura de parto institucional e inmunizaciones a partir de la condición étnica en Bolivia.

SERVICIO	AÑO	COBERTURA NACIONAL	COBERTURA SEGÚN CONDICIÓN ÉTNICO-LINGÜÍSTICO	
			No indígena	Indígena
Parto Institucional	2003	60.8	82.7	51.8
Vacuna Pentalvente	2003	71.5	79.8	69.4

Fuente: UDAPE. Pueblos Indígenas Originarios y Objetivos de Desarrollo del Milenio

Cómo puede observarse, la diferencia en la atención del parto institucional entre población no indígena e indígena varía en 30.9 puntos porcentuales. En cuanto a la vacuna pentavalente, la diferencia de cobertura entre niños no indígenas e indígenas es de 11.4 puntos porcentuales.

Cómo ha quedado demostrado, las inequidades en el acceso a los servicios biomédicos de salud son evidentes, y se relacionan con otras dimensiones relevantes como el acceso a los recursos económicos, los niveles educativos, el acceso a una vivienda digna, el acceso a servicios básicos de higiene, etc.

Sin embargo, este reconocimiento no se ha traducido en una estrategia adecuada de políticas - nacionales e internacionales- pues mientras el discurso sugiere una ruptura epistemológica en cuanto al modo de entender a la medicina tradicional y a la salud en general, la materialización del mismo ha seguido pautas discursivas ligadas al proyecto moderno, nulificando su eficacia tanto en términos cuantitativos como en cualitativos.

Así, desde los postulados oficiales que explican el funcionamiento del Sistema de Atención Familiar, Comunitaria e Intercultural (SAFCI) sólo se le dedica una línea a la medicina tradicional, mencionando que:

Es responsabilidad del Estado Plurinacional Comunitario, financiar económicamente a los pueblos originarios, para garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, revalorizando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígenas.⁶⁵

Se habla por tanto de “trabajo conjunto” entendido este como “*la posibilidad de coordinar, referir, contrarreferir o atender conjuntamente a las personas, familia y comunidad*”. Sin embargo, en lo que respecta a la instrumentalización concreta de la política de salud, es decir, el establecimiento de un Modelo de Gestión Participativa organizado a través de redes de salud, el elemento tradicional se encuentra ausente, específicamente el papel de sus practicantes y sus funciones específicas en la toma de decisiones. Así, el Modelo de Gestión Participativa aparece desconectado del Modelo de Atención SAFCI.

Una manera de explicar esta desconexión es recurrir a los planteamientos de Murguialday (2005) y Rahmena (1996) acerca de la manera en que se ha manejado el elemento participativo al interior de políticas de desarrollo más amplias.

⁶⁵ En “Salud Familiar Comunitaria Intercultural”. Documento Técnico- Estratégico. Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes. p. 53. Disponible en <http://es.slideshare.net/estasjoven/guia-modelo-safci>.

Siguiendo a estos autores, podemos notar como el discurso del SAFCI, aunque se enmarca en el discurso rupturista-reivindicador propio de la coyuntura política boliviana, en realidad se encuentra impregnado de una línea argumental modernizadora-occidental, al considerar a las comunidades indígenas como agentes pasivos que es necesario “incorporar” a un modelo estatal, pues es a partir de esta pasividad/falta de participación que se explica el deterioro de sus condiciones de salud. Aunado a lo anterior, se abusa del concepto de “interculturalidad”, dotándolo de una polisemia deshabilitante, ya que no se toma en cuenta que en estas poblaciones se recurre en gran medida a las prácticas médicas tradicionales –incluso por encima del modelo biomédico, debido a la falta de accesibilidad y costos elevados del mismo–. Por tanto, la lógica discursiva continúa considerando a la práctica médica tradicional como un saber residual que debe integrarse al Modelo Médico Hegemónico, funcionando como un sistema de “atención primaria en salud”, lo que ya ocurre en la actualidad.

Un ejemplo de lo anterior son las atribuciones con las que se dota al Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad de Bolivia, las cuales son:

- Diseñar la política de promoción de la medicina tradicional y su articulación con la medicina académica o universitaria, en el marco de la interculturalidad y adecuación étnico-cultural de los servicios de salud.
- Diseñar un modelo de atención integral de promoción y fomento de la salud familiar y comunitaria, respetando la interculturalidad en las comunidades, pueblos, suyus, marcas, ayllus, tentas, capitanías y otras territorialidades y formas de gestión política en el país.
- Incorporar prácticas de medicina tradicional en el sistema nacional de salud e implementar un sistema de registro y codificación de la terapéutica tradicional y alternativa, e incorporarla a la farmacopea nacional de medicamentos.
- Acreditar los recursos humanos que llevan adelante la práctica de la medicina tradicional y establecer protocolos de normas y procedimientos de la asistencia sanitaria tradicional y alternativa.
- Fomentar la investigación de la medicina tradicional e interculturalidad en los servicios de salud, y articular las redes de servicios y redes sociales con la práctica de la medicina tradicional.

Toda vez que hemos analizado los componentes cosmogónicos, discursivos y simbólicos de la medicina tradicional en capítulos anteriores, es posible encontrar varios problemas epistemológicos en lo que respecta a esta atribución de funciones desde el ámbito estatal:

- Difícilmente se entiende a la medicina tradicional por fuera de estructuras semánticas que refieran a su “incorporación”; “articulación” o importancia para la “interculturalidad”. Es decir, se mantiene su valoración binaria como elemento primigenio e incluso complementario del modelo biomédico. En otras palabras, se parte de una diferenciación cultural cuando en realidad esta no se reconoce fácticamente.
- Por tanto, para la creación de políticas interculturales se parte de la interrelación de dos modelos que son tratados de forma muy distinta en términos discursivos/hegemónicos: por un lado, el discurso de la medicina alopática, el cual se reproduce a partir de la homogeneización/universalización de sus postulados, abogando por la consistencia narrativa interna, la institucionalización, la búsqueda de “objetividad” científica y el control de los fenómenos. Por el otro, un discurso disperso, sustentado en la particularidad y la recuperación de lo local, de carácter multidimensional y contingente. Al encubrir el segundo discurso con el mote de “medicina tradicional”, este se reduce a un opuesto binario, reificado y manipulable.
- A la par del desarrollo histórico del discurso biomédico, así como las estrategias internacionales para el manejo de la medicina tradicional, la institucionalización de los saberes médicos tradicionales se establece como un pre-requisito para su alternativización y posterior incorporación al Modelo Médico Hegemónico.
- Se mantiene a su vez la idea de “riesgo implícito” en las prácticas, por lo que se legitima el registro y control de los saberes/curadores tradicionales. Los practicantes tradicionales pierden toda vinculación comunitaria y se reducen al campo de “recursos humanos”, técnicos que deben compartir sus conocimientos de forma académica, lo que contradice el sustento cultural de sus actividades.

De acuerdo a la evaluación realizada por Médicos Mundi, enfocada en la Operativización del Modelo de Atención y Gestión de la SAFCI bajo el lema “Un modelo integral e incluyente

bajo un concepto de derecho a la salud”⁶⁶, se detectaron varias debilidades inherentes a esta política sectorial de salud, entre las que se destacan las siguientes:

- El personal de salud se encuentra aún enfocado en la atención individual, y en realidad las actividades a nivel comunitario y familiar a nivel de prevención y promoción de la salud no son realizadas. Se dedica una gran cantidad del tiempo al llenado de cuestionarios y otros trámites de carácter burocrático.
- Aún se cuenta con escaso personal médico para atender las necesidades de atención médica referentes al modelo biomédico de salud.
- No se cuenta con materiales didácticos de promoción de la salud. La evaluación concluye que “el personal no se siente comprometido con la política y se rehúsa a aplicarla, sigue con el modelo asistencialista y así no prioriza actividades de promoción de la salud y participación comunitaria” (p. 19)

De acuerdo a los resultados de dicha evaluación, los alcances de la iniciativa son pobres y no han incidido en la mejora de las condiciones de salud de las poblaciones más desfavorecidas de Bolivia. Cabe destacar que ninguna de las evaluaciones hacia la política actual de salud incluye el papel de los médicos tradicionales ni el grado de “inclusión” de los saberes médicos indígenas en los servicios de salud. Por lo tanto, un elemento transversal y estructurador del discurso de la medicina tradicional en Bolivia –la integración- aparece ausente en la instrumentalización y posterior evaluación de dichas políticas.

Los hospitales interculturales de Potosí. Un caso práctico.

En lo que refiere a iniciativas concretas que se han generado a raíz de estos nuevos planes y programas de desarrollo en salud intercultural, destaca la iniciativa generada en 2005 por el Ministerio de Salud y Deportes, como resultado de la conformación de una Mesa de Salud Intercultural un año antes, conocida como *Guía para la atención de la salud materna con enfoque intercultural*⁶⁷.

A partir de la elaboración de esta guía, se impulsa el desarrollo de actividades de adecuación cultural de los servicios de salud en Potosí y Tarija. Gracias a un diagnóstico de las condiciones de infraestructura y equipamiento en clínicas de atención médica, se concluye que:

⁶⁶ Texto completo disponible en <http://www.saludintegralincludente.com/ftp/saludintegralincludente/DOCUMENTOS/PDF/DTN%20países/DocumentoTecnicoNacionalBolivia.pdf>.

⁶⁷ Texto disponible en <http://saludpublica.bvsp.org.bo/textocompleto/bvsp/boxp68/salud-interculturalidad.pdf#page=120>

“En los partos institucionales (...) debido a varios factores como lo son los protocolos institucionalmente aceptados, la falta de espacios, la falta de recursos para la atención prolongada, etc. las mujeres que dan a luz generalmente son dadas de alta al finalizar el segundo día de internación (...) Esto significa que el sistema oficial de salud no permite a la parturienta contar con un espacio en el que se sienta cómoda, dónde permanezca protegida del frío y sobre todo dónde pueda permanecer el tiempo necesario de acuerdo a sus características culturales” (Velasco, 2007, p. 153-154).

Tomando en cuenta que en las comunidades andinas el sitio preferido para dar a luz es la cocina, debido a su iluminación y la cantidad de calor que desde ahí se recibe, se concluye que las condiciones de parto institucional son inadecuadas culturalmente. Por tanto, se procede a la creación de espacios culturalmente⁶⁸ adecuados dentro de las instituciones oficiales de salud, las cuales destacan por tres innovaciones principales: a) la creación de un espacio para el médico tradicional, b) la construcción de una sala de parto tradicional y c) un albergue para los familiares, acondicionado con espacios de cocina y descanso (Tapia & Delgadillo, 2009 en Menardi & Zangari, op. cit.).

La realización de dicha iniciativa constó de tres etapas:

1. Una primera etapa de capacitación a personal técnico en temas de interculturalidad e infraestructura sanitaria. Así, se establecieron talleres y cursos de capacitación a ingenieros y arquitectos participantes en temas de interculturalidad y antropología de la arquitectura. Una de las primeras dificultades que se reconocieron fue el tipo de material a utilizar: mientras que las comunidades propugnaban por materiales “modernos” que simbolizaran prestigio/riqueza, como el ladrillo, los arquitectos buscan incluir materiales tradicionales como el adobe. Finalmente, se opta por utilizar ladrillo debido a que las certificaciones sanitarias internacionales así lo requerían.

Aunque el análisis será retomado y ampliado al final de este capítulo, es importante notar como la sensibilización intercultural se realiza a favor de profesionales “técnicos”, por lo que se confunde el termino interculturalidad con el de “sensibilización cultural”. A su vez, se piensa en las culturas tradicionales como entes estáticos y “puros” ignorando los procesos de

⁶⁸ El proyecto estuvo a cargo del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, en convenio con el Programa de Apoyo a la Higiene y la Salud de Base (PROHISABA), la Prefectura de Potosí, el Servicio Departamental de Potosí y el Fondo Nacional de Inversión Productiva y Social, llevándose a cabo durante el período 2006-2008, con un resultado de 39 adecuaciones culturales en Centros de Salud. Más información disponible en Tapia & Delgadillo, 2009 (En Menardi & Zangari, op. cit.).

aculturación de los que forman parte⁶⁹. Adicionalmente, el proyecto se basa en la inclusión /participación de prácticas culturales en un contexto moderno –el contexto hospitalario- por lo que en realidad no existe diálogo alguno. Hablamos por tanto de asimilación, no de interculturalidad.

Dentro de la evaluación de esta primera etapa, se reconoce la dificultad para incorporar a los “beneficiarios” en los procesos de adecuación intercultural, pues se considera que la participación “tiende a prolongar los tiempos de ejecución de las obras”. Existe por tanto, un quiebre espacio-temporal que dificulta a priori las condiciones para un diálogo efectivo de saberes.

- Una segunda etapa, avocada a la construcción de establecimientos de salud con enfoque intercultural: en esta etapa buscó efectivizarse la participación comunitaria, especialmente desde el enfoque de género. Adicionalmente, se puso en marcha un mecanismo de “traducción cultural”, dónde se enseñó a la gente a interpretar los planos y a involucrarse en la elección de aspectos como los colores y la distribución de los espacios. Cabe destacar que muchos de estos cambios fueron frenados por personal médico, siendo el que tiene la última palabra en relación con las adecuaciones realizadas: “el biomédico ha rechazado los detalles de los ambientes adecuados culturalmente, la sala de parto tenía que ser roja, pero no ha aceptado y finalmente se ha pintado de blanco” (p. 347).

Durante esta etapa se valoran los avances en cuanto a la inclusión comunitaria y a la asignación de roles. Cualquier referencia a la participación de médicos tradicionales y la realización de prácticas médicas acordes a la cosmogonía andina permanecen ausentes en el proceso evaluatorio.

- Finalmente, una tercera etapa en dónde, a la par de procesos de descentralización, y la participación del Consejo Departamental de Médicos Tradicionales de Potosí, se les delega a los curadores tradicionales la tarea de dar funcionalidad a los espacios destinados a terapeutas tradicionales en los hospitales. Sin embargo, y sin dar más explicaciones al respecto, se menciona que estos procesos “no pudieron consolidarse” (p. 348).

⁶⁹ En ese sentido, lo tradicional se convierte en un *performance político* que simboliza el carácter “patrimonial” de las culturas indígenas, situadas estas desde una perspectiva histórico-testimonial. A su vez, permite dar visibilidad a las acciones políticas dedicadas a grupos indígenas.

En esta tercera etapa, un elemento innovador es la creación de una “metodología de Desarrollo Comunitario” (DESCOM) que articula otras experiencias en temas de agua y saneamiento básico, enfocándose en la promoción de la participación de los diversos actores sociales e institucionales.

En lo que respecta a los resultados concretos de la iniciativa –se construyeron 47 salas de parto tradicional-se destaca lo siguiente:

Cada una de las 47 que se construyeron tiene sus propias especificidades –ningún establecimiento es igual al otro- que responden a las características tipográficas y climatológicas de la zona y a las sugerencias de la comunidad y el personal de salud, además de cumplir con las normas técnicas vigentes. Asimismo, el financiamiento de cada obra permitió lograr construcciones de buena calidad (p. 350).

Se destaca además la sensibilización de los profesionales en el área de la construcción. En lo que respecta a la adecuación de la sala de partos, se reconocen mejoras en la iluminación y en el ambiente íntimo que se genera. Sin embargo se dejan del lado elementos importantes, como las concepciones frías-cálidas de las enfermedades propias de la cultura andina (Velasco, 2007).

Adicionalmente, se considera que el espacio construido para el médico tradicional es adecuado por sus dimensiones y su ubicación cercana al consultorio biomédico. Sin embargo, el papel de los médicos tradicionales sigue siendo ambiguo, y la utilización de los espacios azarosa e irregular. De acuerdo con testimonios de un miembro de la Comisión de Médicos Tradicionales de Potosí (CODEMETROP):

El problema es que la antigua dirigencia del CODEMETROP ha recibido los hospitales interculturales, pero no ha sabido comunicar bien a los médicos y a las parteras de las comunidades, no se les ha dicho: “este espacio es para nosotros, aquí podemos trabajar de igual a igual con los doctores”, ése ha sido un error para que ahora también muchos de nuestros compañeros médicos tradicionales no sepan que tienen esta oportunidad, y también ha habido otros problemitas, por ejemplo cuando ha sido la inauguración y se ha hecho entrega de los nuevos edificios, también debería recibir algún dirigente de los consejos municipales de los médicos tradicionales o algún representante de la medicina tradicional del lugar. Ahora nosotros como directiva del CODEMETROP vamos a hacer algo, pero es muy importante conseguir un presupuesto para pagar algo a los médicos tradicionales que atiendan en el hospital, si no, no van a venir.

Por lo que puede observarse, la iniciativa de creación de espacios para el ejercicio de la medicina tradicional se ha llevado a cabo sin informar a los mismos practicantes tradicionales, por lo que los espacios son desaprovechados. A su vez, la ausencia de remuneración económica actúa en detrimento del proyecto, ya que el traslado de los médicos tradicionales hacia las instituciones hospitalarias –que suelen localizarse en poblaciones de concentración poblacional media- se considera un gasto “extra” difícil de solventar por parte de los curadores tradicionales.

Un elemento fundamental, reconocido en la evaluación del proyecto, es el hecho de que, para hacer uso de los espacios habilitados al interior del sistema hospitalario, los médicos tradicionales deben adecuar sus prácticas y reducirlas al ejercicio de la herbolaria y los masajes terapéuticos. En otras palabras, la medicina tradicional se ejerce sin relación con el contexto ecológico y cultural que la genera.

Por el contrario, aquellos curadores tradicionales que continúan recurriendo a terapias comunitarias más amplias –lo que en la evaluación se denomina “terapias mágico-religiosas”- generalmente no están dispuestos a trabajar en el terreno institucional y buscan una mayor autonomía del sistema estatal de salud. Como reconoce un médico tradicional: “yo no aceptaría trabajar dentro de un hospital, nosotros trabajamos viajando, yendo a la casa de los enfermos, yendo a los cerros, a los santuarios, de día, de noche, en el hospital no se puede hacer nada de eso (...) para “pequeñas cosas” quizás se pueda trabajar con los doctores” (p. 355).

Existen por tanto médicos tradicionales que, a partir de su negación a participar en los espacios propios del Modelo Médico Hegemónico, son relegados de las prácticas interculturales orquestadas desde el Estado, las cuales exigen la “alternativización” de sus conocimientos como requisito para poder ser incluidos en espacios biomédicos.

Los espacios hospitalarios, tal y como son pensados desde el modelo biomédico, impiden una atención terapéutica que utilice todos los elementos necesarios para el proceso curativo. Como se ha analizado anteriormente, las mesas y ceremonias rituales, así como la utilización de ofrendas y el sacrificio de animales, no son permitidos en estos centros, por lo que gran parte de las consultas hacia el médico tradicional deben realizarse fuera de los espacios institucionales. Otra explicación de lo anterior recae en la necesidad del médico tradicional de contar con un conocimiento “biográfico” y posicional del paciente, en aras de recomendar un tratamiento único y adecuado. Dicho diagnóstico es imposible de realizar en un espacio neutral e inconexo como el hospitalario.

Lo mismo ocurre en el caso de las parteras tradicionales, ya que a pesar de la adecuación física de los espacios –aún con avances limitados- su participación es mínima y el enfoque de género se encuentra ausente en la práctica (estas parteras a menudo son sustituidas por hombres/médicos tradicionales).

A pesar de las deficiencias detalladas, desde una postura institucional se considera que la experiencia de adecuación intercultural en los hospitales de Potosí es “alentadora” especialmente por los procesos de participación comunitaria –dentro de organizaciones desarrolladas por el propio Estado- que puso en marcha. Se mencionan además avances de carácter normativo, en cuanto a los “aprendizajes” del proyecto, entre los que se encuentran el involucramiento de médicos tradicionales en la toma de decisiones.

Sin embargo, varias son las falencias que pueden identificarse en relación a este modelo de salud intercultural puesto en marcha por el Estado Boliviano:

En primer lugar, la interculturalidad es desprovista de su carácter intersectorial, por lo que las deficiencias en el sistema de atención médica y el acceso/utilización de los servicios médicos se abordan desde una perspectiva “cultura-céntrica” que deja del lado elementos de carácter socioeconómico, fundamentales al momento de explicar las desigualdades en salud, así como las altas tasas de mortalidad y prevalencia de enfermedades en la región.

Adicionalmente, se piensa que una sala de partos “adecuada culturalmente” generará una mayor recurrencia de las mujeres indígenas a los servicios de salud nacionales. Sin embargo, en un contexto de falta de personal médico y escasa capacidad para responder a situaciones de emergencia –sólo se cuenta con sala de atención primaria, sin posibilidad de realizar operaciones o trasladar pacientes graves a hospitales con equipamiento adecuado- lo anterior provoca mayores problemas en lugar de generar soluciones. En palabras de Menéndez (2006): "la reducción de la interculturalidad casi exclusivamente a los aspectos culturales expresa, frecuentemente, objetivos de asimilación e integración, así como tiende a excluir o por lo menos a opacar los procesos socioeconómicos que reducen o directamente impiden establecer relaciones interculturales realmente respetuosas y simétricas" (p. 61).

Esta “recuperación” de lo cultural parte sin embargo de una concepción fundamentalmente etnocéntrica que considera a los sistemas médicos como universos estáticos y ajenos el uno del otro. Aunado a lo anterior, la plurinacionalidad boliviana –se cuenta con 37 grupos indígenas reconocidos- se reduce a un solo polo antagónico al modelo biomédico –la medicina indígena-, provocando posturas esencialistas y relaciones asimétricas de poder al

interior mismo de los grupos indígenas, pues se da primacía casi total a los grupos quechua y aymara, dejando del lado otras concepciones alejadas del componente étnico, como prácticas asociadas a la religión y la medicina popular, entre otras. Por tanto, paradójicamente este reconocimiento de la diversidad en realidad se traduce en su reclusión/homogeneización.

Aunado a lo anterior, se parte de un desconocimiento casi total de los significados que orientan las prácticas médicas de las poblaciones andinas.

Ya se ha demostrado que, a diferencia del modelo biomédico, el cuerpo para el individuo andino es una estructura herméticamente cerrada que involucra procesos identitarios y de cohesión comunitaria. La promoción de la salud, y la creciente medicalización de las comunidades indígenas sin embargo, “abren” el cuerpo biológico, simbólico y social de dichas comunidades al control estatal, contrastando con la idea de reivindicación territorial y construcción cultural de lo local que se manifiesta en los movimientos sociales que abogan por la transformación del Estado. Ejemplo de lo anterior lo encontramos en los planteamientos de Fernández Juárez (op. cit.) cuando establece que:

Algunos maestros ceremoniales, yatiris, me han asegurado que los niños que nacen en los hospitales y postas ya no pueden ser atendidos con las formas de terapia tradicionales puesto que su cuerpo ya se ha «acostumbrado» a los fármacos, perdiendo eficacia la terapia amerindia. Son cuerpos «conquistados » en el plano terapéutico por el médico y la institución hospitalaria en definitiva, por las formas del «poder» estatal urbano, asociado al campo de la medicina. (p. 271).

Por tanto, al no incorporar las reivindicaciones de clase/territoriales, y no partir de un conocimiento profundo de la red de significación que estructura a la cultura andina, el resultado es opuesto al planteamiento político que lo sustenta: se pone en marcha un mecanismo de aculturación, pensado en términos de complementariedad de unos saberes médicos relacionados asimétricamente (Menéndez, 2006).

En ese sentido, es esencial recuperar la idea de “control cultural” planteada por Bonfil Batalla (1982), como una noción que remite necesariamente al campo de lo político y que se define como: “la capacidad social de decisión sobre los recursos culturales, es decir, sobre todos aquellos componentes de una cultura que deben ponerse en juego para identificar las necesidades, los problemas y las aspiraciones de la propia sociedad, e intentar satisfacerlas, resolverlas y cumplirlas” (Bonfil Batalla, 1982, p. 192, consultado en Pérez Galán, op. cit., p. 329).

A partir de esta definición, el autor plantea el siguiente cuadro que explica los diferentes grados de control cultural de las sociedades:

Tabla 12. Etapas del control cultural

RECURSOS		DECISIONES	
		Propias	Ajenas
Propios		Cultura autónoma	Cultura enajenada
Ajenos		Cultura apropiada	Cultura impuesta

Fuente: Bonfil Batalla, 1982.

Por recursos, Bonfil atiende a “los elementos de una cultura que son necesarios poner en juego para formular y realizar un propósito social” (p. 330). Por otro lado, decisión se entiende como “autonomía, es decir, la capacidad libre de un grupo social para optar entre diversas alternativas” (ibíd.).

A partir de esta distinción, los proyectos de salud intercultural orquestados por el Estado Boliviano corresponden a la idea de una cultura enajenada, ya que se cuenta con el reconocimiento de recursos propios que es necesario revalorizar, y sin embargo la toma de decisiones queda relegada a ámbitos estatales a los que posteriormente se invita a las comunidades a participar.⁷⁰

Además, se deja de lado a cualquier médico tradicional no autorizado o afiliado a Comisiones de Médicos Tradicionales, las cuales funcionan como verdaderos poderes fácticos capaces de determinar políticas a nivel nacional –aunque esto no se vea reflejado en su participación activa en los proyectos-

Finalmente, el proyecto de los hospitales interculturales genera nuevas responsabilidades para los profesionales biomédicos, los cuales, además de la enorme demanda de atención que suelen cubrir, especialmente en comunidades aisladas, deben convertirse en “gestores comunitarios”, asumiendo tareas que restan tiempo dedicado a la atención de pacientes (Ramírez Hita, 2008).

⁷⁰ En capítulos posteriores se ha retomado la crítica a la participación de Rahmena (op. cit.) como un instrumento ideológico de control político y social que dota de legitimidad a las intervenciones desarrollistas, perpetuando su implementación.

El proyecto de hospitales interculturales por tanto, es un claro reflejo de una materialización discursiva de la interculturalidad anclada en paradigmas modernos que nulifican la idea de localidad/cultura propia. A continuación, se recomendará la inclusión de una interculturalidad integral, crítica y política, cuyo discurso permita superar las limitaciones enumeradas en párrafos anteriores, y al mismo tiempo sea capaz de aprovechar el giro decolonial que comienza a gestarse en Bolivia, entre otras razones gracias a la creación de un nuevo paradigma de desarrollo, como es el caso del Suma Qumaña.

Sentando las bases para la construcción de una interculturalidad crítica en Bolivia.

Cómo hemos analizado para el caso boliviano, los sistemas médicos tradicionales aparecen aún como “creencias”, dotados de elementos “mágico-religiosos” y sin embargo, con un componente armónico –se instaura un filtro modernizador que permite su incorporación subordinada al modelo médico hegemónico- susceptible a su integración/asimilación. Este proceso es lo que se ha conceptualizado como la “tradicionalización de la modernidad”: la recuperación/revalorización del componente cultural, sin introducir efectivamente la diferencia colonial ni el análisis intersectorial del discurso subalterno, generando efectos adversos como la neutralización política y la naturalización/armonización moral de un discurso a todas luces conflictivo –la interculturalidad- que sin embargo ha logrado constituirse como un principio organizador al interior del discurso del desarrollo. En palabras de Ramírez Hita (op. cit.):

En el análisis de la interculturalidad en salud están ausentes las relaciones dentro de las cuales las subjetividades se desarrollan. Se ignoran por tanto, cuestiones de tanta trascendencia como la violencia, el racismo y las desigualdades que están institucionalizadas en el funcionamiento de la estructura sanitaria boliviana...La interculturalidad no fue asumida como un concepto provisorio que necesitaba ser contrastado y probado, sino que fue aceptada como una realidad en sí misma (s/p).

A partir del análisis de esta experiencia, que ejemplifica la manera en la que desde el Estado Nacional se construye y práctica el discurso de la interculturalidad, esta puede ser entendida como un proceso de importación/exportación de significados, produciendo redes discursivas apropiadas por los actores, que funcionan como estructuras hegemónicas estatales a gran escala.

Se trata por tanto, de la construcción de una gramática identidad/alteridad (Gringich, 2004) elucidada desde una perspectiva comparativa/asimétrica, por lo que jamás se trata de un

proceso armónico. En definitiva, se trata de la puesta en marcha de procesos de inclusión/exclusión de la diversidad cultural en el terreno de lo político.

Una vez que ha sido institucionalizado, el discurso de la interculturalidad migra del ámbito de las reivindicaciones sociales al de la teorización académica y la intervención sanitaria - estatal e internacional-. El término por tanto, es utilizado en programas prácticas y políticas sanitarias tanto local como internacionalmente, hasta convertirse en un “comodín para los discursos políticos de moda” (Cavalcanti-Schiell, 2007). En palabras de Coronado Malagón (2006): “Así se instala la polisemia de la interculturalidad, que se constituye en un campo de fuerzas políticas, en la que los diferentes actores –ya sea como aliados estratégicos o protagonistas antagónicos- se encuentran construyendo sus sentidos y prácticas” (p. 15).

Determinados actores se apropian del discurso intercultural y lo aplican a su propio contexto. En ese sentido, y atendiendo a los planteamientos de Mateo Cortés (op. cit.), la interculturalidad se constituye mediante un proceso de “importación discursiva” desde el campo de los estudios pedagógicos europeos, al de las Instituciones Internacionales y, finalmente, al ámbito de los movimientos sociales reivindicativos. Por lo tanto, el discurso de la interculturalidad se define desde sus inicios en forma transnacional.

Es a partir de esta transnacionalización de este discurso intercultural, que la medicina tradicional se incorpora discursivamente a los Organismos Internacionales de Salud, por lo que la medicina tradicional aparece siempre “totalizada” por el discurso de la interculturalidad. La salud intercultural por tanto, se constituye como un objeto discursivo propio marcado por la “transnacionalización” de los significados que la integran.

En Bolivia existe un continuo cruce e intercambio de significados entre el discurso de la interculturalidad de acuerdo a los intereses de los actores, por lo que a menudo se generan proyectos y objetivos contradictorios y antagónicos.

El objetivo es entonces, “reivindicar discursivamente” la idea de interculturalidad, dónde, de acuerdo con Campos Navarro (2009):

Es imposible separar la dimensión política de una interculturalidad entendida y usada desde las élites y los intereses transnacionales con fines pragmáticos, mercantiles y como parte de la globalización económica y cultural, de una interculturalidad que nace y se consolida en procesos de emancipación sociopolítica (p. 35).

Incorporar la dimensión política de la interculturalidad implica, además de la recuperación de la idea de “clase” y las desigualdades en salud que a partir de la misma se generan, entenderla

como un mecanismo de producción ideológica que es reapropiado de acuerdo con los intereses de los actores. Así, a la par de lo que ocurre con el concepto de “desarrollo” tal y como es denunciado por Rist (op. cit.), el concepto “intercultural” comienza a revestirse de nuevas adjetivaciones, que dan cuenta de su papel como concepto “vacío de sentido”. En los últimos años, presenciamos el nacimiento de la interculturalidad “apropiada”, “funcional”, “crítica” “micro-interculturalidad”, “interculturalidad negativa”, etc. Todas ellas legitiman la necesidad de seguir avanzando en la construcción de una “verdadera” interculturalidad, sin analizar las consecuencias –muchas veces funestas- de su implementación.

En lo que respecta específicamente al caso boliviano, es posible identificar dos fases discursivas en la utilización de “lo intercultural” en el ámbito sanitario:

- Una discursividad institucional “idealizada”, en la que la salud intercultural aparece:
 - Asociada a procesos de participación popular y reivindicación territorial. La salud intercultural promueve la ampliación de los espacios democráticos y la gestión comunitaria.
 - Una “actitud” construida colectivamente, como resultado del proceso histórico y la ruptura epistemológica generada a partir de la hegemonización del discurso tradicionalmente subordinado de la indianidad. Involucra por tanto el reconocimiento de la “diferencia colonial” y los procesos de hegemonía/subordinación que pone en marcha.
 - Una revalorización de los saberes médicos tradicionales. Se reivindica sobre todo su valor cultural y su capacidad para incorporarse al paradigma biomédico, reconociendo su gratuidad y accesibilidad. La salud intercultural se establece como un “campo de saberes asimétricos” en el que el modelo alópata se ha instituido como dominante.
 - Un “diálogo entre saberes” que tiende a la armonización de los sistemas médicos. De acuerdo con el Plan Estratégico de Medicina Tradicional e Interculturalidad de Bolivia se establece que *“la práctica intercultural es un diálogo horizontal entre diferentes culturas médicas, basado en el respeto y la aceptación de derechos de todos a participar en la salud”*.
 - Recuperación de la memoria histórica. En ese sentido, el programa de salud intercultural busca interpretar los procesos locales de reivindicación étnica, recuperando a la cultura como el punto de partida bajo el cual se estructura la tríada salud-enfermedad-atención. En lo que podría ser conceptualizado como

un “giro antropológico” busca recuperarse la historicidad de los discursos médicos.

- Una estrategia nacional de comunicación intercultural que involucre todos los niveles de organización política. Se ancla por lo tanto con procesos de descentralización/autonomía de las comunidades indígenas.
- Cuando esta discursividad emancipatoria se traduce en proyectos, planes o programas específicos, el cambio discursivo es evidente, y la salud intercultural es planteada en los siguientes términos:
 - Una “competencia/habilidad” de los profesionales biomédicos, que son capacitados interculturalmente en aras de asegurar la recurrencia a los servicios médicos –que en muchas ocasiones son inexistentes- y asegurar una adecuada relación médico-paciente. Se capacita en el conocimiento de las “creencias médicas” de los pacientes, así como el manejo de “síndromes de filiación cultural”.
 - El desarrollo de “competencias comunicativas interculturales”. La interculturalidad es por tanto un “saber” que puede transmitirse por medio de programas educativos, talleres, cursos, etc. en dónde el fracaso del proyecto intercultural se achaca casi exclusivamente a la errónea transmisión de dicho saber. Sin embargo, y de acuerdo con Citarella Menardi (2009) estos programas se encuentran a menudo descontextualizados –sin adecuación de contenido para las poblaciones indígenas-, con contenidos poco adaptados culturalmente, sin continuidad y sin una evaluación seria de sus programas-. Son por lo tanto, programas verticales establecidos desde el ámbito oficial, en los que se parte de un etnocentrismo y una desconfianza mutua.
 - Como política de Estado que debe orquestarse nacionalmente, a partir de la gestión y construcción de mecanismos de gestión comunitaria, así como la creación de infraestructura y equipamientos adecuados, con especial interés en el desarrollo de la salud materno-infantil. Se parte por lo tanto de un Enfoque de Bienestar que niega la agencia de los directamente involucrados, como se ha puesto de relieve en el capítulo dedicado al análisis de la Salud Internacional.
 - Como “receta” deslocalizada de cooperación internacional que es susceptible a su exportación generalizada. Brinda además legitimidad y visibilidad a los proyectos, evocando la idea de “apropiación” y participación de los beneficiarios.

- Salud intercultural entendida como multiplicación de las prácticas médicas. Se busca institucionalizar el saber tradicional a partir de la presión de actores individuales, por tanto, se crean registros y certificaciones que profesionalicen la práctica médica. Adicionalmente, se inserta a los curadores tradicionales en un esquema de mercado en el que la práctica médica es entendida como un “trabajo” y se coloca por fuera de las relaciones comunitarias que la engendran y dotan de sentido.
- Como “mezcla” de saberes y capacidades de orden técnico. La medicina tradicional se aborda desde el paradigma de la razón instrumental tal y como es denunciada por Horkheimer (op. cit.). En otras palabras, la medicina tradicional se vuelve un “hacer” vinculado a la búsqueda de productividad, por lo que pierde su carácter autoperfectivo. Dentro de esta dimensión se insertan los proyectos de adecuación hospitalaria intercultural tan extendidos en todo el territorio boliviano.

Por lo que hemos analizado hasta ahora, el discurso de la interculturalidad se constituye como un “universo simbólico”, compuesto por: “cuerpos de tradición teórica que integran zonas de significado diferentes y abarcan el orden institucional en su totalidad simbólica... Los universos simbólicos son la matriz de todos los significados objetivados socialmente y subjetivamente reales” (Berger & Luckmann, 1983, p. 124-125).

Los universos simbólicos son por lo tanto, construcciones cognoscitivas con funciones organizadoras tanto individuales como sociales. El discurso de la interculturalidad se ha posicionado entonces como un mecanismo efectivo de saber/poder que permite dar sentido y dotar de significado a la existencia indígena al interior de una sociedad nacional que la categoriza en términos de “lo alterno”, “lo distinto”:

Así, el discurso de la salud intercultural se presenta como el único dispositivo adecuado para (re) presentar y legitimar la práctica y el saber de la medicina tradicional. A través del discurso de la salud intercultural, la medicina tradicional aparece discursivamente como un corpus homogéneo y estático, eclipsando el componente ideológico que la genera y la historicidad subordinada de su conceptualización. Así, los universos simbólicos producidos o mediados por el discurso de la salud intercultural están en la base de todo proceso de legitimación del modelo biomédico y las instituciones internacionales que lo promueven.

Por tanto, la salud intercultural se erige como una realidad subjetiva que forma parte intrínseca de las sociedades (Berger & Luckmann, op. cit.) mediante la legitimación y socialización de su discurso.

A partir del análisis de un caso práctico, se ha demostrado el papel neutralizador del discurso estatal al retomar e implementar la interculturalidad en el terreno de la salud pública. Dichas aseveraciones se corresponden con los postulados de Catherine Walsh, quien establece que

Al asumir la interculturalidad dentro de la política y el discurso del Estado, y de modo similar dentro del discurso y las políticas de las instituciones multilaterales como el Banco Mundial, su fundamental significación transformativa tal y como es concebida por los movimientos indígenas es debilitada y co-optada.. El reconocimiento y la tolerancia multicultural que el paradigma multicultural promete, no solo mantiene la permanencia de la inequidad social, sino que deja intactas las estructuras sociales e instituciones que construyen, reproducen y mantienen esas inequidades (Walsh, 2006, p. 45).

Argumentando al interior del grupo colonialidad/modernidad del cual forma parte, Mignolo completa aseverando que:

Cuando la palabra interculturalidad la emplea el Estado en el discurso oficial, el sentido es equivalente a “multiculturalidad”. El Estado quiere ser inclusivo, reformador (...) En cambio, el proyecto intercultural en el discurso de los movimientos indígenas está diciendo otra cosa, está proponiendo una transformación. No está pidiendo el reconocimiento ni la inclusión del Estado...sino que está reclamando la necesidad de que el Estado reconozca la diferencia colonial (ética, política y epistémica). Está pidiendo que se reconozca la participación de los indígenas en el Estado, la intervención en paridad y reconociendo la diferencia actual de poder (...) de los indígenas en la transformación del Estado” (En Walsh, 2002, p. 26).

De acuerdo a lo anterior, podemos concluir que el proceso de emancipación y ruptura epistemológica, que parte del reconocimiento de la diferencia colonial y la búsqueda de transformación de las estructuras hegemónicas que se establece en Bolivia como resultado de movimientos sociales y la respuesta a proyectos de corte neoliberal, es cooptado, neutralizado y transmutado al no existir realmente una transformación efectiva de las estructuras políticas a raíz de la llegada de un líder indígena al poder. Es precisamente la dimensión de “poder” en todas sus vertientes y dimensiones, la que se encuentra ausente en el discurso de salud intercultural planteado por el Estado Boliviano, quien orienta lo intercultural únicamente hacia la revalorización de lo indígena, sin tomar en cuenta las estructuras hegemónicas que han subordinado su posición en relación con el resto de la sociedad boliviana.

De acuerdo con Michaux (2004):

El problema de la salud en Bolivia es comparable a un "cubo mágico": imposible armar una cara sin afectar a los demás lados. Las caras de la problemática en un país multicultural son múltiples: políticas, económicas, médicas, cognitivas, simbólicas, imaginarias, psicológicas, históricas y legales. Cada tópico alude a los demás, y todos se articulan en un profundo desencuentro intercultural (...) En este contexto llama la atención la falta de valoración del grado de complejidad que implica la interculturación, y, por otro lado la marginación de la comunidad como instancia de poder de decisión y de control. El sistema de salud se ha pensado desde un esquema verticalista monocultural encabezado por la Institución de salud, mientras las comunidades conciben su relación en forma de red“ (s/p).

Esta exclusión de los factores sociales, económicos, políticos y aspectos como la problemática ecológica, provoca que el discurso de la salud intercultural aparezca sesgado, convirtiéndose en un mero relativismo cultural. A su vez, se dejan del lado las representaciones y prácticas en términos ideológicos/de clase que operan en las relaciones intra-culturales, abarcando tanto a los profesionales médicos como a los curadores tradicionales y a la comunidad en su conjunto.

La totalización del discurso de la medicina tradicional por el elemento intercultural - que en realidad se asemeja peligrosamente a la noción de multiculturalidad- es un concepto que “tiende a sostener los intereses hegemónicos y mantener los centros de poder. Se refiere a la diversidad de la sociedad y a la necesidad de mantener la unidad en la diversidad” (Walsh, op. cit.). Esta concesión a la otredad se circunscribe al orden nacional, dejando incuestionadas las bases ideológicas que participan en la construcción de esta nación, así como la historicidad/carga ideológica de los saberes médicos involucrados. Existe por tanto, un uso intencional de la interculturalidad como parte constitutiva de las estrategias del Estado, incorporando las demandas y el uso subalterno dentro del aparato estatal.

En ese sentido, la aplicación efectiva de proyectos que reconozcan el papel de la medicina tradicional como parte del entramado simbólico que compone a la cultura andina, debe tener tres requisitos básicos:

1. En primer lugar, es necesario descolonizar el discurso de la medicina tradicional, analizándola no como una dimensión naturalmente folklorizada y en dónde lo tradicional aparece como una categoría discursiva reificada a partir de su análisis histórico-evolutivo. La medicina tradicional necesita ser abordada como el resultante de mecanismos de poder ideológico, así como la implantación de un proyecto

moderno eurocéntrico que ha desembocado en la legitimación de epistemologías hegemónicas, las cuales, bajo una aparente neutralidad, subordinan los saberes periféricos, bien sea operando bajo el mecanismo de censura/negación o bien, bajo la “tradicionalización” de los saberes, rebajados a creencias o proto-ciencias para habilitar su inclusión. Entendida desde esta perspectiva teórica, la medicina tradicional se presenta como un síntoma⁷¹ del Modelo Médico Hegemónico, en dónde la realidad está sostenida por la fantasía ideológica. Por tanto, interpretar las condiciones de posibilidad discursiva del Modelo Biomédico de Salud es necesariamente interpretar su síntoma.

2. Adicionalmente, se debe partir de un pensamiento marginal y fronterizo que sea capaz de superar las limitaciones del discurso totalizador de la interculturalidad, en dónde el factor cultural es abordado desde una perspectiva esencialista e incompleta. El discurso de la cultura –representado en gran medida gracias a los trabajos de antropología médica “clásica”- debe ponerse en juego con categorías igualmente esenciales para entender el rol de la medicina tradicional en Bolivia (la clase social, el género, el contexto internacional y la colonialidad taxonómica que persiste en la actualidad). En definitiva recuperar la medicina tradicional implica necesariamente la subjetivación del elemento cultural y el reconocimiento de la agencia por parte de los miembros de un grupo social.

En este caso en particular, conocer la medicina tradicional de Bolivia significa poner en juego las tres dimensiones temporales: un conocimiento histórico-político, que se construye no mediante el trazado de un mera línea evolutiva, o la glorificación de un pasado exiguo e inmóvil, sino su consideración procesual como un elemento explicativo y constructor del tiempo presente, que finalmente ayude a imaginar futuros diversos y colectivos.

Implica por tanto, pensar en la medicina tradicional como un elemento valioso por sí mismo, sin otorgarle valía a posteriori como resultado del contacto con el Modelo Médico Hegemónico. En ese sentido, es necesario tomar en cuenta que construir interculturalidad parte necesariamente de la recuperación y fortalecimiento de lo

⁷¹ En ese sentido se retoma la definición marxista –posteriormente retomada por Lacan- de síntoma: una formación cuya consistencia depende del desconocimiento del sujeto: el sujeto sólo puede gozar de él en la medida en que su lógica se le escapa. La reducción del todo a una totalidad universal deviene necesariamente en la aparición de una fisura que da cuenta de la falsedad /imposibilidad de sus postulados. A esto es a lo que Marx denomina síntoma y que puede ser simplificado bajo la idea de “una falsa universalización” que produce efectos en lo real.

propio como mecanismo de identidad y a su vez para tender puentes de entendimiento y “cadenas de equivalencia” simbólica entre sistemas culturales (Laclau, op. cit.).

Lo anterior se relaciona fuertemente con la recuperación pluriversa del sentido de “localidad” tal y como se analizará en las conclusiones de la presente investigación. Involucra además, identificar y reconocer los límites de la interculturalidad, abogando por el desarrollo equitativo y paralelo de ambos sistemas médicos, para que los miembros de las comunidades puedan elegir libremente sus recorridos terapéuticos evaluando la eficacia de ambos sistemas para situaciones determinadas, sin propugnar necesariamente por una mezcla dialéctica y superadora que se traduzca en un mestizaje de los sistemas médicos.⁷²

3. Sin caer en la tentación adjetivadora que permita legitimar la polisemia conceptual de discursos como el de “interculturalidad”, se parte de la idea de que la interculturalidad no debe basarse únicamente en el reconocimiento o la inclusión de la diferencia a procesos nacionales más amplios –como ocurre en el discurso de la medicina tradicional toda vez que ha sido instrumentalizado políticamente, y de forma más clara en el abordaje de este saber médico en el ámbito de la cooperación internacional- sino, más aún, simboliza la necesidad de poner en marcha una transformación estructural, discursiva y sociohistórica, capaz de sacudir los cimientos mismos de andamio epistemológico que se mantiene como una superestructura alienante, especialmente en las sociedades del mal llamado “Tercer Mundo”. En ese sentido, y retomando a Walsh (op. cit.): “La interculturalidad es un principio ideológico que debe guiar la transformación de estructuras e instituciones estatales y sociales” (p. 37).

La interculturalidad no es pues un elemento programático ni un mecanismo fijo de implementación de políticas, como ha sido entendido desde las estructuras institucionales nacionales e internacionales. Es en cambio un proyecto crítico resultado de una movilización colectiva que confronta la colonialidad del poder, propugnando ya no por una simple “inclusión” concesional del Estado-Nación, sino por una construcción alternativa de sociedad en la que “la diferencia no sea aditiva sino constitutiva” (ibíd., p. 34),

La interculturalidad por tanto, no debe ser entendida como un intento de “modernización” del discurso de la medicina tradicional desde un reconocimiento de la diferencia neutralizador y vacío, ni tampoco como el polo opuesto de dos sistemas etnomédicos que es necesario

⁷² Entendiendo al mestizaje como una categoría hegemónica resultante del proceso de jerarquización taxonómica tal y como es denunciado por Quijano (op. cit.).

armonizar como requisito indispensable para la construcción de una identidad nacional sólida. Es por el contrario, punto de partida y de llegada en la emancipación de lo pluriversal, en los intentos por generar una lógica otra que desemboque en “mundos y conocimientos de otro modo” (Escobar, op. cit.).

El caso de Bolivia es especialmente significativo, pues en su interior se ha gestado un movimiento social capaz de generar el giro epistémico necesario para una verdadera refundación del Estado. Sin embargo, las movilizaciones que permitieron detener intentos privatizadores, y que posibilitaron la llegada de Evo Morales al poder, no han logrado mantener su estatus revolucionario a partir de su institucionalización, como resultado de la histórica tensión entre nacionalismo/dependencia de la comunidad internacional.

Por lo tanto, el papel de la Cooperación Internacional debe traducirse en el impulso y fortalecimiento del nuevo paradigma estatal que busca implementarse en Bolivia, lo que hasta ahora no ha sucedido, pues se sigue actuando a través de los mecanismos tradicionales, repitiendo los “vicios” de la cooperación, entre los que destacan su carácter asistencialista y su funcionamiento bajo una lógica proyectista-empresarial.

Sólo mediante una evaluación intersectorial profunda podrá alcanzarse una armonización ya no únicamente de prácticas y objetivos, tal y como lo establece la Declaración de París, sino, más aún, una armonización epistémica que interprete los procesos reivindicativos que comienzan a gestarse localmente –especialmente al interior de los países del llamado “Tercer Mundo”-, dotándolos de sentido y situándolos en una posición simétrica y paralela a los discursos de la modernidad. En definitiva, el objetivo será el recuperar la localidad/historicidad de los discursos, prácticas y políticas de los sistemas etnomédicos, como una manera de orientar estos saberes hacia una atención integral y culturalmente diferenciada de la salud.

Avancemos ahora hacia el capítulo final de la investigación, en dónde se hará una síntesis y recapitulación de lo establecido hasta ahora, para finalmente profundizar en propuestas claras que permitan avanzar en un tratamiento antropológico y transdisciplinar de la medicina tradicional, como discurso, práctica y política de Estado.

CONCLUSIONES

A lo largo del presente estudio, hemos sido testigos de los desplazamientos y transformaciones ocurridas al interior del aparato discursivo que construye y (re) configura al saber médico tradicional, intentando establecer un ejercicio de “arqueología” Foucaultiana (Foucault, 2002). De acuerdo con este autor, la historia se ha encargado de “memorizar” los monumentos del pasado, transformándolos en documentos que hegemónicamente son instaurados como criterios de verdad. Ahora bien, el propósito de la “arqueología deconstructivista” ensayada a lo largo de esta investigación, procura por tanto recuperar el elemento sociocultural resultante de estos procesos de legitimación discursiva: la subalternización de sujetos y discursos-otros, cuya subordinación es negada, naturalizada, y desplazada de la racionalidad epistemológica.

De lo que se trata es entonces, en palabras de Schiwy: “cuestionar el mismo proceso de construir conocimiento sobre este sujeto y de definir las categorías de la subalternidad como tal en un contexto epistemológico marcado por el eurocentrismo de la historiografía” (Schiwy, 2002, p. 111).

Uno de los dispositivos de saber/poder por excelencia -abordado desde la teoría crítica y los Estudios Culturales Latinoamericanos- consiste en la producción de metarrelatos capaces de instituirse como conceptos organizativos centrales, naturalizando su discurso. Tal construcción narrativa posibilita la puesta en marcha de un aparato hegemónico-ideológico eficaz para legitimar una “historia local” como un “diseño global” (Mignolo, op. cit.).

Así, este análisis ha intentado, en primer lugar, demostrar como el Modelo Biomédico Hegemónico se encuentra imbuido de una fuerte racionalidad europea, la cual se instaura como proyecto universal a partir de los procesos de colonialidad puestos en marcha desde Occidente. En ese sentido, la medicina tradicional nace como un “saber residual”: es el resultado de un choque epistemológico de carácter asimétrico, en dónde el saber médico no moderno nace signado por la idea de una alteridad poco productiva al paradigma moderno.

Fuertemente atado al proceso de construcción de Estados Nacionales, el saber médico moderno posibilitó, por tanto, la instauración de tres procesos hegemónicos de suma importancia para entender los avatares histórico-discursivos de la Medicina Tradicional:

- En primer lugar, permitió la consolidación y expansión del Estado Liberal Mercantilista, a través de la puesta en marcha de políticas orientadas al control demográfico y a la profilaxis, específicamente medidas de higiene y control sanitario.
- A su vez, el modelo biomédico funcionó como un aparato correctivo y clasificador de las “desviaciones sociales”. En ese sentido, el discurso de la enfermedad permite la detección e intervención sobre patologías que se trasladan al terreno social, marcando un límite entre las conductas “normales” y las “anormales”. El binomio salud-enfermedad construye por tanto una alteridad anómica que es necesario corregir a toda costa, en aras del correcto funcionamiento del Estado.
- Fuertemente imbuido por un universalismo de corte Hegeliano, el proyecto europeo moderno, naturalizado a partir del modelo liberal-mercantilista, se posiciona entonces como un aparato ideológico eficaz, capaz de subordinar la episteme surgida en su interior a un proyecto colonial de corte “civilizador”. La alteridad, definida a partir de criterios construidos socialmente, se articula a partir de este momento en función del componente étnico-cultural, que es en consecuencia subalternizado. Presenciamos el nacimiento de los saberes “tradicionales”, incluyendo el elemento sanitario.

Hasta este punto, se coincide en gran medida con los análisis postestructuralistas y deconstructivistas, en cuanto al papel de la racionalidad instrumental moderna como un elemento de subordinación y producción de conocimientos-otros.

Sin embargo, en lo que respecta a la relación cada vez más estrecha entre la Cooperación Internacional y la Medicina Tradicional, nuestro análisis se enfoca en rastrear las consecuencias materiales de la legitimación hegemónica –a partir de su creciente institucionalización- del discurso que construye a estos saberes médicos tradicionales. Así, puede observarse cómo, a partir de su traslación a la esfera internacional, el saber médico tradicional transmuta de su consideración como un saber “no-moderno/otro” a un saber “premoderno/familiar”, reafirmando el papel de la biomedicina como Modelo Médico Hegemónico. Gracias a este giro discursivo, la colonialidad, representada en el elemento sanitario, se posiciona como un proyecto “solidario” y “universal”.

A partir de esta alteración discursiva, ha sido posible introducir un elemento novedoso, capaz de complejizar el estudio de la medicina tradicional como discurso internacional, ayudando además a superar los vacíos analíticos que surgen si se parte de un enfoque puramente deconstructivista. Así, se ha incorporado la idea de “análisis interseccional” (Hofman, 2010) extendiéndolo al campo semántico-discursivo. Lo anterior ha permitido mostrar de que

manera los metarrelatos de la modernidad se intersectan y enriquecen cotidianamente, reivindicando de esta manera el papel de los actores sociales como sujetos capaces de construir-reconfigurar-resistir a los aparatos hegemónicos de control.

Por tanto, a lo largo de nuestra investigación ha sido posible observar de que manera el discurso biomédico moderno –con su otredad, representada por la medicina tradicional- se coloca al interior de un campo de fuerzas discursivo, en donde conceptos como el “desarrollo” –como instrumento de institucionalización pacífica de la hegemonía moderna- convergen con la idea de una “cooperación internacional” –como misión civilizadora que posibilita la expansión del paradigma moderno-. De esta forma, el discurso de la biomedicina se traduce en la materialización de una medicina tradicional a partir de su consideración en términos de productividad/rentabilidad económica, asumiendo de esta forma un rol funcional –y legitimador- del discurso moderno.

Al otro lado de esta reificación epistemológica, la medicina tradicional se convierte en un instrumento de lucha política, en la que los actores buscan orientar un determinado discurso para conseguir la maximización de sus intereses. Estos procesos han desembocado en una consideración de la salud determinada por coyunturas políticas, económicas y sociales específicas, que van desde la salud como “combate a las enfermedades”, como “derecho reivindicativo”, como “proceso participativo” y finalmente, como “factor de producción y construcción mediática”. Todas estas etapas han modificado el discurso de la medicina tradicional en el ámbito internacional, transmutando desde su consideración como obstáculo al desarrollo, hasta presenciar su entronización como un elemento fundamental para alcanzar el mismo.

Por tanto, la Medicina Tradicional no es solo un discurso “pasivo” en los procesos de hegemonía/subordinación que expanden el paradigma moderno. Es también un constructo sociopolítico, resultado de una “colisión de intersubjetividades” que orienta y modifica su discurso a partir de actuaciones específicas, vinculadas a contextos internacionales más amplios. De esta manera, la medicina tradicional puede fungir tanto como un elemento legitimador del discurso hegemónico -y el sistema internacional de poder a partir del cual este se despliega y materializa- y, a su vez, como se demuestra en el ejemplo boliviano, es capaz de fungir como un símbolo de reivindicación de la subalternidad, partiendo justamente del componente que sitúa a los actores en una posición de alteridad/”inferioridad”: el elemento étnico.

Tomando como punto de partida estos procesos de etnización, es posible recuperar la idea de “localidad” - ejemplificada en los procesos analizados para el caso boliviano – como un elemento indispensable si se quiere explicitar el impacto político y sociocultural de los procesos de construcción hegemónica planteados en los primeros dos capítulos. Lo anterior ha permitido mostrar cómo, en palabras de Walsh (2002):

Las condiciones materiales de la subjetivación siempre se entretajan con el espacio y el lugar. Es decir, sí tienen importancia el sitio particular, el lugar y la coyuntura temporal dentro de los cuales los sujetos están marcados y contruidos, desde dónde la cultura-como-lucha-política está realizada y desde los autores la escriben (p. 176).

Así, el discurso de la medicina tradicional, con su posterior internacionalización, buscan constituirse como formas de “*disciplinar la subjetividad*” (Rabasa & Sanjinés, 1994/96, IX) mediante los intentos por desregular el elemento cultural. Sin embargo, en realidad este proceso es siempre inacabado, toda vez que los actores se sitúan en diferentes posiciones en relación con la agenda política hegemónica, dotando a sus luchas de una espacio-temporalidad particular, lo que les permite reivindicar su papel como “sujetos-productores de discurso”.

Castro-Gómez (2007) distingue entre dos estructuras hegemónicas: los mecanismos de poder de carácter “jerárquico” es decir, aquéllos que responden a una estructura vertical y determinan en gran medida el accionar de los sujetos, y los “heterárquicos”, en donde el poder se despliega molecularmente, por lo que la subordinación nunca es absoluta.

Partiendo de esta distinción, y a partir del análisis aquí planteado, observamos como el discurso de la medicina tradicional se construye jerárquicamente, y busca ser proyectado de igual manera, poniendo en marcha mecanismos institucionales avocados a la naturalización de su discurso. Sin embargo al momento de incorporarse –“volverse corporalidad”- y transformarse en una operación biopolítica, es decir, al desplegarse localmente, este se manifiesta heterárquicamente, por lo que debe ser estudiado a partir de las características particulares que adquiere, poniendo especial énfasis en las “prácticas de subjetivación” y en las cadenas de poder que se generan (Castro-Gómez, op. cit.).

En lo que respecta al saber médico tradicional -como instrumento de Cooperación al Desarrollo implementado en Bolivia-, observamos que en realidad estos dos mecanismos no actúan de manera aislada, pues se encuentran en constante retroalimentación e interrelación. Así, se habilita un análisis postestructuralista que busca rastrear la genealogía discursiva de la Medicina Tradicional, para posteriormente observar de que manera esta “macrofísica del poder” se imbuye con una “microfísica” del poder determinada localmente

En el caso de Bolivia, esta “cadena de poder” puede reconstruirse a partir de la consideración del elemento étnico, las problemáticas sociales, los movimientos indígenas, la cosmovisión andina, los nuevos paradigmas de desarrollo y el accionar de la Cooperación Internacional. La suma de todos estos elementos dota de un significado específico al saber médico tradicional boliviano. Es tarea pendiente de la disciplina antropológica comenzar a incorporar esta dimensión “macro” y política a los estudios de particularidades locales, pues estos sólo pueden ser entendidos holísticamente a partir de la conjunción de la totalidad de tramas argumentativas que construyen su discurso, evitando de esta manera caer en un “inventarismo antropológico” de corte puramente materialista.

A partir del análisis detallado de los procesos de objetivación/subjetivación discursiva que subyacen al interior del discurso de la medicina tradicional boliviana, es posible concluir que la subjetividad política se ha articulado en gran medida con la lucha por una mayor visibilidad del componente pluriétnico del Estado-Nación, así como la recuperación del conocimiento local, en lo que podemos caracterizar como “rebeliones basadas en la identidad” (Quijano, 1992).

En ese tenor, el discurso de la medicina tradicional es apropiado, hegemonizado, y cargado de sentido reivindicativo. Los movimientos indígenas bolivianos, a partir de la recuperación de “lo tradicional” como mecanismo de acción política, lograron constituir lo que he denominado una “hegemonización de la subalternidad”, instituyendo un paradigma-otro que cuestiona precisamente al proyecto moderno como modelo hegemónico, a la vez que propugna por una recuperación de los saberes-otros, considerados “conocimientos marginales” desde la óptica de la modernidad. En ese sentido, el discurso de la medicina tradicional funciona como un motor de “producción de lo político”, entendido este como “un momento vivo, un tipo de “magma de voluntades en conflicto” o antagonismos; es móvil y ubicuo, va más allá pero también subvierte los ambientes institucionales y las amarras de la política” (Slater, 1997, p. 226).

Estableciendo un paralelismo con los postulados de Butler (op. cit.) es a partir de “lo político” como proceso de movilización colectiva dónde se sientan las bases mismas para la resistencia a “la política” como instrumento hegemónico encargado de producir/legitimar discursos.

En el caso específico de Bolivia, este proceso se muestra incompleto. En lo que intenta plantearse como una “revolución epistémica y decolonial”, ésta en realidad no ha generado una ruptura con las directrices del discurso moderno. En ese sentido, conviene rescatar los planteamientos de Camus (1951) cuando establece: *“todas las revoluciones modernas han*

concluido en un reforzamiento del poder del Estado”. Así, como ha quedado demostrado a lo largo de este estudio, la llegada al Poder de Evo Morales, como resultado de procesos/movilizaciónes indígenas de larga data, no ha evitado que la medicina tradicional, al articularse dentro de una política pública e Internacional de atención a la salud, continúe teniendo un papel residual y subordinado al modelo biomédico.

En el caso de la Cooperación Internacional, y proyectos específicos de desarrollo, lo anterior se hace aún más evidente: cómo ha quedado demostrado en el ejemplo de los “hospitales interculturales”, la medicina tradicional es abordada como un saber técnico, cuya “inclusión” debe realizarse en términos de infraestructura hospitalaria, generando fracturas al interior de los lazos comunitarios de las poblaciones indígenas.

Una de las razones para explicar esta imposibilidad para instaurar un nuevo discurso que acompañe los procesos políticos generados al interior del territorio boliviano –dónde sin embargo ha generado avances importantes, destacando el paradigma del “Suma Quamaña”, como contrapropuesta al modelo desarrollista- radica precisamente en la capacidad del discurso moderno para proyectarse internacionalmente. De esta manera, el modelo sanitario “transnacional”, caracterizado como un proyecto incluyente y participativo, es capaz de neutralizar las reivindicaciones políticas surgidas desde un contexto local, incluyéndolas a priori en su discurso.

Por lo tanto, la subjetividad de los autores, si bien no se encuentra determinada exclusivamente por el poder hegemónico, no ha sabido “globalizar sus resistencias”, por lo que las reivindicaciones responden a momentos puntuales de escasa incidencia en el ámbito internacional.

La necesidad de acceder a recursos internacionales para suplir importantes carencias en términos de infraestructura y acceso a servicios básicos, ha propiciado la subordinación del discurso étnico-político-reivindicativo que surge al interior del Estado Boliviano, a un modelo sanitario “multicultural”, que mantiene una consideración esencialista de la medicina tradicional, buscando a toda costa su inclusión al paradigma moderno. Por tanto, vemos reflejada una tensión entre el accionar de los actores para reconfigurar estructuras jerárquicas –generando nuevos espacios de libertad y la reivindicación de paradigmas-otros- y un aparato discursivo poderoso que es capaz de frenar/aminorar –aunque no completamente- el elemento emancipador que se propone. El debate se centra entonces entre el entendimiento de la diversidad cultural a nivel de “gestión de mercancías” o la posibilidad de entenderla como un

paso previo para la conformación de un modelo humanista y pluriversal. Aún no está dicha la última palabra.

En síntesis, gracias al análisis exhaustivo del saber médico tradicional –como acción política, discurso y “motor de desarrollo”- quedan demostradas las siguientes aseveraciones, planteadas al inicio de la investigación:

- Por un lado, la contingencia y polisemia del discurso de la medicina tradicional de acuerdo a las intersecciones multidimensionales que lo constituyen. Vemos entonces que un saber “pagano”, perseguido por su carácter profano, se legitima socialmente, funcionando como un elemento identitario político-reivindicativo. Sin embargo, al entrar en contacto con el ámbito internacional dicho saber se desregula, por lo que es considerado únicamente un saber de carácter “técnico/instrumental”, o un patrimonio cultural anclado a un pasado irrecuperable. Por tanto, al transitar hacia la esfera internacional, la medicina tradicional es desprovista de sus dimensiones espacio-temporales, convirtiéndose en una mercancía, cuyo valor de uso reside en su capacidad para proyectar un “capitalismo con rostro humano” y su valor de cambio corresponde a la privatización/medicalización de sus prácticas
- Continuando con el análisis, un acercamiento antropológico a los mecanismos bajo los cuales opera la medicina tradicional andina -específicamente en Bolivia- permite recuperar la integralidad de su saber, el cual se posiciona no únicamente como un conjunto de prácticas terapéuticas/religiosas susceptibles a su registro etnográfico. Por el contrario, se corresponde a un sistema cosmogónico-identitario que se explica en términos ecológicos, políticos, sociales, económicos y culturales. Es pues todo un “sistema de vida” que desaparece al momento de su abordaje como instrumento avocado a la Cooperación y al Desarrollo.
- Lo anterior pone de manifiesto de que manera el componente étnico - tal y como es entendido desde el punto de vista del discurso moderno- es abordado exclusivamente desde sus características histórico-culturales, cuando en realidad la construcción de lo étnico abarca la intersección de categorías económico-político-sociales como la idea de clase, el género, la representatividad política, el control de la tierra y el territorio, procesos de corte autonómico, etc. En todas esas dimensiones, la medicina tradicional se posiciona como una “metáfora maestra” capaz de atar reivindicaciones políticas – control de la tierra-, ambientales –consideración ecológica de los recursos naturales-, políticas –búsqueda de autonomía en la toma de decisiones, incorporación

diferenciada a los Estados-Nacionales- y culturales –recuperación de los conocimientos tradicionales como mecanismo identitario-. Vemos por tanto, que su discurso trasciende a las unidades argumentativas “modernas” que buscan esencializarlo/reificarlo.

- En lo que respecta a la materialización del discurso de la medicina tradicional como mecanismo de saber/poder, en Bolivia este ha operado principalmente bajo dos dispositivos:
 - A partir de su institucionalización como mecanismo de biopoder, capaz de expandir el aparato estatal, además de regular/gestionar/controlar a los saberes médicos tradicionales. Lo anterior se ejemplifica con la necesidad de que los curadores indígenas se encuentren registrados, cuenten con una licencia otorgada por el Estado para ejercer su práctica, y se agrupen en Comisiones u Organizaciones vinculadas al Gobierno boliviano, entre otros requisitos.
 - A pesar de que el componente indígena es altamente significativo en Bolivia, llegando incluso a superar a la población mestiza, la medicina tradicional es abordada siempre desde una perspectiva “inter/multi cultural” es decir, buscando operativizar sus prácticas para revestirla de una funcionalidad moderna. El discurso de la medicina tradicional se enmarca entonces en la búsqueda de un “mestizaje epistemológico” incapaz de abordar a los saberes médicos tradicionales desde sus particularidades específicas.

Podemos concluir por tanto, que en Bolivia existe un aparato institucional en construcción y un arraigo histórico cultural desaprovechado por la Cooperación Internacional. Inserto en el paradigma participativo -ampliamente criticado a lo largo de esta investigación- en realidad no se ha logrado movilizar a los “beneficiarios” de los proyectos avocados a la recuperación de la medicina tradicional: se sigue pensando en ellos como sujetos pasivos, y la medicina tradicional aún se ata a políticas asistenciales que duplican actividades ya implementadas al interior las comunidades – recordemos que en estas poblaciones, más de la mitad de los individuos recurren a la medicina tradicional como única opción de tratamiento terapéutico-.

El análisis de la medicina tradicional boliviana a partir de los procesos de colonialidad/modernidad, permite entonces construir un “locus” de teorización propio para reflejar las particularidades contextuales, a partir del establecimiento de genealogías discursivas de corte amplio (Mignolo, 2005) visibilizando el carácter situado y relacional de todo tipo de conocimiento (Haraway, 1991). Recuperar el saber médico andino debe

entenderse como un método para avanzar en la descolonización intelectual. En ese sentido, es necesario retomar su papel simbólico como “aglutinador de identidades”, instrumentalizándolo a partir de su vinculación con procesos reivindicativos que trasciendan el ámbito sanitario.

Toda vez que se ha logrado demostrar fehacientemente el papel de la Medicina Tradicional como un discurso marcado por una doble subordinación⁷³, es posible elaborar un “plan de acción” que permite traducir el resultado de los análisis aquí planteados, en una praxis concreta orientada a una mejor comprensión de la medicina tradicional como discurso-sistema cultural-práctica política capaz de constituir un sistema identitario. Los puntos más significativos que componen esta estrategia teórico-práctica son los siguientes:

- a. De acuerdo a Pérez Lizaur (2007) uno de los campos más significativos desde el cuál comienza a orientarse el trabajo de la antropología aplicada, alude a la creciente importancia de la técnicas antropológicas para realizar evaluaciones, monitoreo y seguimiento de proyectos sociales y de desarrollo, incluyendo los llevados a cabo a través de acciones específicas orientadas a la Cooperación y el Desarrollo.

En lo que respecta a la Cooperación Internacional, la evaluación de proyectos resulta fundamental para conseguir una implementación efectiva de los principios establecidos en la Declaración de París, principalmente aquéllos que propugnan por la “armonización” entre donantes y receptores, así como el establecimiento de una “gestión orientada a resultados” (Sanahuja, 2006).

La evaluación, puede entenderse a su vez como un proceso político sustentado en la “producción de conocimiento”, por lo que existen distintos paradigmas desde puede orientarse el proceso evaluador. En general, al interior de la Cooperación al Desarrollo se ha transitado de las “formas tradicionales de evaluación” (Surbrandt, 1993) -entre las que se incluyen la evaluación de metas, de impactos y de procesos- hacia un paradigma “participativo” en dónde la participación es vista como un mecanismo de poder capaz de legitimar el accionar de las agencias desarrollistas, además de resultar económicamente rentable, toda vez que proporciona: a) un conocimiento cercano a las realidades del terreno b) redes de relaciones que son esenciales tanto para la implementación, como para la evaluación de las iniciativas

⁷³ Una primera, de carácter histórico, dónde la alteridad se plantea en términos de “violencia estructural” (Spivak, op. cit) y posteriormente una subordinación “institucional”, como un proyecto político legitimado a partir de su discurso “multicultural universal”

implementadas; y c) la cooperación, a nivel local, de organizaciones capaces de llevar a cabo las actividades de desarrollo, incluyendo la evaluación “conjunta” (Rahmena, 1996).

Tomando en cuenta las limitaciones metodológicas de estas evaluaciones de corte positivista, la presente investigación permite avanzar en la puesta en marcha de un nuevo paradigma evaluador “constructivista”, desde el cual la evaluación social sea entendida como un instrumento orientador/constructor de políticas, capaz de coadyuvar –desde la praxis profesional- a los procesos de decolonización epistémica aquí propuestos.

A partir de este nuevo enfoque, de acuerdo con Román (op. cit.) el giro de la investigación se desplaza desde la “verdad objetiva” a las posibilidades; al encuentro de variadas explicaciones, las cuales corresponden a múltiples posibilidades hermenéuticas. De esta manera es posible acceder a distintos dominios de significación que llegan a construir un contexto institucional, representado en este caso por las Agencias de Desarrollo.

Así, el presente estudio intenta fungir como un ejemplo de una evaluación antropológica “poscolonial” dirigida a la identificación de conjuntos relacionados de esquemas distinción - desde un acercamiento procesual sustentado en la identificación de los procesos de interrelación subjetivas construidas en torno a temas específicos- por sobre las explicaciones aisladas y lineales de las áreas socioculturales sobre las que se busca intervenir. Por tanto, las evaluaciones de proyecto social, propuestas a partir del análisis del caso boliviano, pretenden reivindicar una evaluación que se realice: “integrando el contexto en el que se produce la intervención social, de manera de explicar los fenómenos complejos dentro de redes de múltiples observaciones, que se sostienen y retroalimentan unas a otras” (Román, op. cit., s/p). Lo que se busca por tanto es “(re) construir el sentido de la evaluación, modificando el sentido de los procesos de evaluación a través de su efectiva conversión en prácticas constantes, endógenas y autorreguladas” (Hintze, 2001, p. 13). Lo anterior no significa únicamente recuperar las narratividades locales, introduciendo el enfoque experiencia de la antropología. Más aún, implica generar una evaluación que tome en cuenta los discursos mismos que orientan estas intervenciones, así como las relaciones de poder que se producen en la (re) configuración de los mismos.

En un terreno dónde los procesos evaluatorios generalmente resultan poco útiles para identificar falencias y orientar nuevas prácticas, una evaluación constructivista, como la propuesta en la presente investigación, permitirá, combinándose con otras técnicas evaluativas de carácter cuantitativo-cualitativo, reivindicar el papel de la evaluación como mecanismo

indispensable para la puesta en marcha de “modelos alternativos de desarrollo”, avanzando a su vez en la generación de “alternativas al modelo de desarrollo.”.

- b. Abordar el estudio de la medicina tradicional desde la perspectiva del enfoque modernidad/colonialidad permite a su vez recuperar y materializar la noción de “pensamiento-otro”, entendido como “una estrategia sin sistema cerrado, sino construcción de un juego del pensar y de lo político, que gana terreno silenciosamente sobre sus desfallecimientos y sus sufrimientos. Descolonizarse, esta es la posibilidad del pensamiento” (Khatibi, 2001, p. 75). Desde esta perspectiva, decolonizarse se vuelve “*un asunto de existencia*” (Walsh, 2005, p. 22).

Así pues, el presente trabajo ha buscado alejarse de los acercamientos materialistas e inventaristas a la medicina tradicional –los cuales ayudan a mantener una visión esencialista y “moderna” hacia los saberes médicos tradicionales- para posibilitar su visualización precisamente como un “asunto de existencia”⁷⁴ para las comunidades en las que este saber se reproduce. En el caso del movimiento indígena boliviano, ha sido el uso sociopolítico, intelectual y existencial de estos conocimientos-otros, en este caso los saberes médicos tradicionales, lo que ha permitido a estos grupos posicionarse estratégicamente como actores políticos desde su diferencial colonial. (ibíd.).

La meta de estos procesos decoloniales, habilitados a partir de la recuperación de saberes-otros, no se avoca específicamente a la transformación o a la “inclusión” de estos saberes, sino a la construcción colectiva de nuevos modelos de convivencia e interacción social, pensados “desde/con la diferencia” y no “a partir/para la diferencia”.

Lo anterior se hace extensivo al campo de la antropología, revestida aún de un cariz de científicidad positivista que la aleja de cualquier tipo de diálogo intradisciplinar. En ese sentido, es necesario avanzar en el reconocimiento de antropologías-otras que no se sustentan en el estudio/clasificación de las alteridades, sino en los procesos que las constituyen y las subordinan discursivamente como tales. Una manera de reivindicar el papel de la antropología como “disciplina humana” será por tanto propiciar un “diálogo entre antropologías” que enriquezca las posibilidades teórico/prácticas de la misma. En palabras de Quijano (1992) “la descolonización epistemológica permite “dar paso (...) a nueva comunicación intercultural, a

⁷⁴ La idea de “asunto de existencia” trasciende el elemento étnico/identitario, abarcando ámbitos cotidianos de las comunidades. No nos referimos por tanto, únicamente a la supervivencia “cultural” sino a la supervivencia “real” de estos grupos.

un intercambio de experiencias y de significaciones, con base de otra racionalidad que pueda pretender, con legitimidad, a alguna universalidad” (p. 447).

- c. Toda vez que ha quedado demostrado el papel de la medicina tradicional como una trama simbólica materializada en múltiples dimensiones sociales, se hace necesario implementar proyectos de desarrollo que partan del enfoque de integralidad/complementariedad de escenarios socioculturales. Desde esta perspectiva, una verdadera “revitalización” de la medicina tradicional, debe necesariamente incorporar la recuperación de las prácticas ancestrales de producción, así como una consideración ecológica que garantice la seguridad y la soberanía alimentaria de las poblaciones indígenas.

De acuerdo con la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, promulgada en 2009, se incluye como forma de organización político-territorial en el país a la autonomía municipal, regional y departamental, junto con la autonomía indígena. Los sujetos autonómicos de esta última son *“las naciones y los pueblos indígenas, originarios y campesinos, cuya población comparte territorio, cultura, historia, lenguas, y organización o instituciones jurídicas, políticas, sociales y económicas propias”* (Art. 289). Desde esta perspectiva, la recuperación de la medicina tradicional debe vincularse a procesos reivindicativos/autonómicos generados en el marco de una ciudadanía indígena. Lo anterior, permitiría entender la naturaleza del movimiento étnico boliviano más allá de cualquier esencialismo que nos haría caer en la trampa de la “postpolítica” planteada por Zizek (2001).

Una vía de superación de este “atolladero posmoderno” consiste en recuperar el concepto de “ciudadanía étnica” desplegado por Montoya (1998) el cual, busca ir más allá de la simple noción de una ciudadanía que privilegia la igualdad, incluyendo el derecho a la diferencia. No se trata por tanto de reivindicar un “fin de las ideologías” o vanagloriar una fragmentación de tintes posmodernos. Se trata, por el contrario, del establecimiento de un nuevo “pacto social” que parta del reconocimiento de la diversidad cultural, sin ser totalizado por “la cosa étnica”.

El elemento étnico es, por tanto, punto de partida y no de llegada en los procesos de construcción de una nueva ciudadanía decolonial. Una de las contribuciones más significativas de los movimientos indígenas, ha consistido precisamente en la posibilidad de pensar en una “ciudadanía performativa” dónde la idea de “titularidad de derechos” se construya colectiva y cotidianamente.

- d. Estrechamente vinculado al proceso de construcción de ciudadanía étnica y reivindicación autonómica, el presente análisis ha puesto de relevancia la necesidad de pensar a la medicina tradicional desde la idea de “territorio”, siendo entendido este desde una perspectiva más amplia que el de una simple “unidad productiva” o “externalidad económica”, como se entiende desde el paradigma moderno. Por el contrario, el territorio debe abordarse a partir de toda su textura y profundidad simbólica, como el elemento dónde confluyen y se reconstruyen las identidades, como espacio de lucha política y como condición de posibilidad hermenéutica. Desde esta perspectiva, el territorio trasciende el espacio geográfico y, cada vez más, se construye a partir de la confluencia entre dimensiones locales e internacionales. En palabras de García Canclini: “la identidad es ahora, para millones de personas, una co-producción internacional” (García Canclini, 1999, p. 124).

En lo que corresponde al ámbito de las Relaciones Internacionales y la Cooperación Internacional, la noción de lugar ha ocupado tradicionalmente una posición residual, siendo caracterizado únicamente como el receptáculo de proyectos específicos o el contenedor de subjetividades propensas a la participación. Lo anterior provoca una tendencia a la estandarización de los procesos de intervención, lo que se refleja claramente en los proyectos “interculturales” desde los cuales se aborda a la medicina tradicional.

De acuerdo con Escobar (op. cit.) la idea de lugar ha desaparecido ante el frenesí de la globalización, por lo que la localidad se subordina a procesos transnacionales. Por tanto, y siguiendo los planteamientos de Dirlik (2000) se propone recuperar la idea de “lugar como proyecto”. El punto de partida para lograr lo anterior, consiste en recuperar la noción de “lugar” establecida por Lefebvre. Para este autor, el lugar debe ser entendido como: “la ubicación de una multiplicidad de formas de política cultural, es decir, de lo cultural convirtiéndose en política” (en Escobar, op. cit., p. 128).

En la práctica sin embargo, esta distinción resulta inoperante, dado que “lugar” y “globalización” en realidad oscilan permanentemente, generando una dinamización paralela y conjunta. Sin embargo, lo local aquí se aborda a nivel metafórico, como el sitio de enunciación de una crítica radical al poder, y a las pretensiones universalistas del proyecto moderno. En el caso de la medicina tradicional boliviana, reivindicarla a partir de la idea de lugar significa vincularla a nociones como la identidad, la defensa del territorio, la lucha por el reconocimiento autonómico y la posibilidad de coexistencia de modelos epistemológicos-

otros, dando cuenta de la “heterogeneidad multitemporal” de los sistemas culturales (García Canclini, 1989).

Así, desde la Cooperación Internacional, y desde el ámbito académico, se pone de relieve la necesidad de pensar en la medicina tradicional a partir de una “ecología política” multidimensional, en dónde el territorio es constantemente creado y reconfigurado por los actores sociales. El territorio por tanto, se convierte en un espacio de identidad construida intersubjetivamente, por lo que se erige desde el terreno de la multiplicidad/la disidencia (Escobar, op. cit.).

Desde esta perspectiva, la medicina tradicional no se visualiza como un modelo médico alternativo/complementario/funcional a la biomedicina, sino, por el contrario, como una ruptura epistemológica hacia este modelo.

La Cooperación al Desarrollo parte generalmente de una única premisa: la “globalización de lo local”. Gracias a los análisis aquí planteados, se pone de relieve la necesidad de invertir el modelo, pensando por el contrario en la “localización de lo global”, como estrategia para articular saberes, avanzando en la construcción de “mundos y conocimientos de otro modo”. En definitiva, se trata entonces de “la proyección de lugares hacia espacios para crear nuevas estructuras de poder...de manera de incorporar los lugares a su propia constitución” (Dirlik, op. cit., 40).

Finalmente, es importante mencionar que partir de la idea de “localidad” como punto de partida analítico para el abordaje de la medicina tradicional, implica trascender su consideración dicotómica como oposición-binaria, para observarla a partir de sus características particulares. Lo anterior debería fungir como requisito previo e indispensable ante cualquier intento de establecer una relación “intercultural”. Así, el fortalecimiento de la medicina tradicional como saber propio anclado a una localidad, permitirá, trabajar en la construcción de condiciones de igualdad y equilibrio epistémico, fundamentales para la puesta de marcha de un “diálogo de saberes”, concepto en el que se profundizará más adelante.

- e. Hasta ahora, nos hemos enfocado en analizar las consecuencias de un análisis heterárquico-decolonial para con la medicina tradicional. Sin embargo, los alcances de este estudio pueden hacerse extensivos al campo de la biomedicina, toda vez que a partir de los postulados establecidos es posible avanzar en la “decolonización” del modelo biomédico, buscando generar

iniciativas sanitarias interculturales que partan del reconocimiento y la crítica hacia las limitaciones del paradigma alópata.

En Bolivia, se ha dejado en claro que un porcentaje importante de los proyectos sanitarios – sean implementados como política pública o a partir de acciones concretas de Cooperación al Desarrollo- parten de la institucionalización o incorporación hospitalaria de los saberes médicos tradicionales como medida para propiciar la interculturalidad. Sin embargo, dichas iniciativas parten de un desconocimiento profundo de las imbricaciones socioculturales que determinan a este sistema etnomédico. Por lo tanto, continuamente se cae en (re) presentaciones hegemónicas hacia las terapias tradicionales, sin reconocer el papel de las comunidades y curadores tradicionales como “agentes sanitarios”. Un ejemplo concreto de lo anterior, tiene que ver con la elaboración de cuestionarios y protocolos médico”, los cuales se realizan siguiendo cánones occidentales poco representativos de las dinámicas terapéuticas características de los saberes médicos tradicionales.

Una de las maneras de enriquecer el modelo biomédico y evitar esta totalización mecanicista/institucional, tiene que ver con el establecimiento de una epidemiología de carácter sociocultural, que propugne por la no desagregación de los conjuntos sociales, estudiándolos como una unidad que expresa la articulación entre los sujetos, recuperando así la integralidad del proceso de salud-enfermedad-atención. Asimismo, y enriqueciéndose a partir del abordaje sanitario implementado desde los saberes médicos tradicionales, desde el modelo biomédico puede avanzarse en la visualización de la enfermedad como una construcción social, construida histórica y comunitariamente. Desde esta perspectiva, los tratamientos terapéuticos alópatas deben incorporar el estudio de las dinámicas políticas de dominación social y control sobre las poblaciones, las cuales inciden directamente sobre la propagación/el control de las enfermedades. En definitiva, lo que se busca es recuperar la dimensión política de la salud.

- f. Finalmente, una de las preguntas más urgentes, surgida a partir de la presente investigación, corresponde a la necesidad de generar procesos interculturales capaces de trascender el elemento discursivo. La pregunta es, por tanto: ¿de qué manera puede la interculturalidad, cargarse de sentido contrahegemónico? ¿cómo superar su carácter contingente y polisémico? ¿Cómo evitar que la interculturalidad funcione como un elemento legitimador de la colonialidad del saber?

Todas estas interrogantes deben responderse colectivamente. Sin embargo, una manera de avanzar en la búsqueda de discursos interculturales-otros negociados epistemológicamente, consiste en la incorporación de nociones como la “ecología de saberes” y el “diálogo de saberes”, desarrollados por De Sousa Santos (2012) y Leff (2006) respectivamente. La intención es, por tanto, tomar ambos conceptos como punto de partida para lograr un desplazamiento de la “sociología de las ausencias de los conocimientos subalternos, a la política de la emergencia de los nuevos movimientos sociales” (Escobar, 2010, p. 63) abordados principalmente desde la reivindicación orientada al reconocimiento de una “constelación epistémica” que plantean.

Recuperar la idea de ecología de los saberes implica pensar en el saber como un elemento procesual, capaz de incluir diferentes puntos de vista, enriqueciéndose continuamente. No es por tanto un espacio de “complementación/inclusión” sino de producción/construcción de nuevas formas de comprender el mundo y reapropiarse de la naturaleza y la cultura (Leff, 2003)

Una manera de encausar este diálogo de saberes es a partir del reconocimiento de una Bioética Hermenéutica, capaz de posicionarse como un marco normativo vinculante, sustentado en la globalización de los lugares, como espacios de enunciación y diálogo interpretativo. Así, la bioética con orientación hermenéutica propugna por una relocalización de los saberes sobre una base común de valores que actúen como contenidos éticos mínimos al interior de contextos diversos y contingentes en constante interpretación.

Por tanto, se propugna por una interculturalidad capaz de entender a los procesos de salud-enfermedad-atención como “textos abiertos” habilitados para una lectura, construcción y (re) construcción compartida, dotados de un significado en suspenso y resistiendo a cualquier pretensión de encapsulamiento unívoco. Mediante una comprensión hermenéutica del discurso biomédico, es posible modificar el estatus ontológico de los procesos sanitarios sin caer en la tentación de construir escalas hegemónicas de (re) presentación y de clasificación taxonómica de los saberes.

Lo anterior significa, a su vez, recuperar la agencia de los sujetos, tanto a nivel paciente como a nivel de actuación política y sociocultural, ahondando en la búsqueda de nuevos discursos que aglutinen los diversos ámbitos desde los cuales se construye y se vive el binomio salud-enfermedad.

Uno de los principios más importantes en el ámbito de la Cooperación Internacional alude a la coherencia de políticas como proceso necesario para efectivizar cualquier proyecto de Cooperación Internacional. Lo anterior debe incidir directamente en el ámbito sanitario, detectando cuales políticas impactan directamente en la degradación de la salud de las poblaciones más vulnerables, más allá de planes puntuales sustentados en la creación de infraestructura y dotación de personal médico. Profundizando, puede establecerse que:

Una ética hermenéutica, luego, no corresponderá a ninguna descripción “neutral” de objetividades, sino más bien a un evento trans-apropiador en el que las partes (...) se ponen en juego por igual y del cual salen modificadas y en el que se comprenden en cuanto son comprendidas dentro de un horizonte más amplio del que no disponen, sino que las dispone. (Villarreal, op. cit., p. 155).

Recuperar el saber médico andino debe entenderse como un método para avanzar en la descolonización intelectual, localizando experiencias globales a partir de ejercicios dialógico-hermenéuticos como los aquí planteados. Esto permite:

Recuperar el sentido originario de la salud desde lo más profundo de la tradición médica implica confrontar al ser humano con los significados que le permiten relacionarse con el mundo y comprenderlo sin limitarse a la simple manipulación de la naturaleza o la sociedad, es decir, abrir su proyecto de vida desde la finitud de su existencia para crear nuevas solidaridades con los que están junto a él, trascender el mundo circundante de lo útil y comprender la salud como un saber de y para la vida. (Rillo, 2008, s/p).

La salud es pues, un proyecto inacabado que debe enriquecerse a partir de su interpretación como una “polifonía simbólica” capaz de cuestionar, transformar y construir pensamientos, prácticas políticas y poderes sociales -otros, alimentando una nueva realidad social, en la que la “destradicionalización” de los saberes locales, se vuelve una tarea urgente e indispensable. La conjunción entre teoría como interpretación filosófica y praxis política, permitirá avanzar en esos procesos, construyendo una interculturalidad crítica, que aborde el saber médico tradicional **con** sus prácticas y sus representaciones cosmogónicas y no **desde** una (re) presentación o traducción en códigos coloniales. Lo que se ha buscado en esta investigación es, por tanto, avanzar en la construcción de nuevos marcos epistemológicos que cuestionen las pretensiones universalistas del proyecto moderno, reivindicando al mismo tiempo los discursos negados, cada vez más necesarios para leer críticamente al mundo y “para comprender, (re) aprender y actuar en el presente” (Walsh, op. cit, p. 12)

Lo anterior, requiere un gran ejercicio de imaginación, creatividad y compromiso político-académico. Sólo así, podrá habilitarse un diálogo de saberes, que se traduzca en un nuevo modelo de humanidad construido ética y colectivamente.

La medicina tradicional es, por tanto, una metáfora que nos permite imaginar una convivencia epistemológica activa, simétrica y enriquecedora, abierta siempre a nuevos procesos de construcción e interpretación. El conocimiento antropológico tiene aún mucho que aportar a ese respecto, abriendo espacios para la desnaturalización de la subalternidad, posicionando a su vez a estos “saberes-otros” desde toda su riqueza interpretativa, su potencial político y su capacidad creadora. Esa “antropología de la urgencia” debe encaminarse al enriquecimiento y (re) humanización de nuestra disciplina y de las sociedades humanas en su conjunto, reivindicado la noción de utopía planteada por Žižek (op. cit.) y retomada al principio de nuestra investigación. En palabras de Eduardo Galeano (1993):

Ella está en el horizonte. Me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos. Camino diez pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá. Por mucho que camine, nunca la alcanzaré. ¿Para qué sirve la utopía? Para eso sirve: para caminar.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilera, R. (2010). Biopolítica, poder y sujeto en Michel Foucault. *Universitas. Revista de Filosofía, Derecho y Política*. 11:27-42. En <http://universitas.idhbc.es/n11/11-03.pdf>. Accedido el 18 de diciembre de 2012.
- Aguirre Beltrán, M. (1974). Algunas ideas sobre el indigenismo. *Revista Nueva Antropología*, (1) 4. 106-100 México: UNAM. En Palerm, A. (1967) *Teoría Etnológica* México: Editorial Cultural y Educativa.
- En <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/nuant/cont/4/pr/pr7.pdf>. Accedido el 30 de noviembre de 2012.
- Alarcón, Vidal, Rozas (2006). Salud Intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile* 131: pp. 1061-1065.
- Alonso, L. (2003) *Pierre Bourdieu, el lenguaje y la comunicación: de los mercados lingüísticos a la degradación mediática*. Universidad de Navarra. En http://www.unavarra.es/puresoc/pdfs/c_tribuna/TL-Alonso-lenguaje.PDF. Accedido el 20 de diciembre de 2012.
- Althusser L. (1970) *Ideología y aparatos ideológicos del Estado, Freud y Lacan*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- (1974) *Por una crítica de la práctica teórica. Respuesta a John Lewis*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Álvarez, M. & Obregón, M. (2002) *La OPS y el Estado Colombiano. Cien años de historia: 1902-2002*. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud. En http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=267:la-ops-y-el-estado-colombiano-cien-anos-de-historia-1902-2002&catid=683&Itemid=361. Accedido el 26 de febrero de 2013.
- Álvarez, S. (2007) Epílogo: La política del lugar, el lugar de la política: algunas reflexiones hacia el futuro. En Escobar, A. & Harcourt, W. *Las mujeres y las políticas del lugar*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Amaya, H. (2008) Foucault, la genealogía, la historia, la verdad. *Revista Universidad de Guadalajara*. Núm. 28. En <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug28/foucault.html> Accedido el 19 de abril de 2013.
- Appadurai, A. (2004) The capacity to Aspire: Culture and the terms of recognition. En Rao & Walton (eds) *Culture and Public Action*. Stanford: Stanford University Press
- Arana Bustamante, L. (2009) Hico unas rayas en la dicha piedra: un ritual curativo andino y su contexto cultural (Yauyos c.1590-1621). En *Bulletin de l'Institut Francais d'Études Andines* 38 (2):289-305.
- Disponible en [http://www.ifeanet.org/publicaciones/boletines/38\(2\)/289.pdf](http://www.ifeanet.org/publicaciones/boletines/38(2)/289.pdf). Accedido 6 de mayo de 2013.
- Arboleda, M (2010) El postestructuralismo como punto de intersección entre medio ambiente y sociedad. *Civilizar* 10 (19): 15-22. En http://www.usergioarboleda.edu.co/civilizar/civilizar%20%2019/postestructuralismo_%20interseccion_medioambiente_sociedad.pdf. Accedido el 5 de diciembre de 2012
- Arce Ruiz, O. (2007) Tiempo y espacio en el Tawantinsuyu: Introducción a las concepciones espacio-temporales de los incas. En *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas* 16(2). Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Disponible en <http://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/view/NOMA0707220383A/26528>. Accedido el 28 de abril de 2013.
- Bauman, Z. (2003) *Modernidad Líquida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Beck, U. (1998) *La Sociedad del Riesgo. Hacia una Nueva Modernidad*. Barcelona-Buenos Aires-México: Editorial Paidós.
- Bello Maldonado, A. (2004) *Etnicidad y Ciudadanía en América Latina. La acción colectiva de los Pueblos Indígenas*. Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas.
- Benalte Benazet, Álvaro (2007). *Introducción a la Antropología de la salud, la enfermedad y los sistemas de cuidado*. [en línea]. España: Libros en Red. En <http://www.slideshare.net/juanjo1152/fichas-bibliograficas-apa-1820836#btnNext>
- Berger, P. & Luckmann, T. (2001) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrutu Editores.

- Bocara, G. (2006) Colonización, resistencia y etnogénesis en las colonias americanas. En *Instituto Francés de Estudios Andinos* 148. Quito: Travaux de l'IFEA.
- Boixareu, R. (2008). *Las dimensiones de la enfermedad*. En Boixareu, R. (coord.), pp. 205-214. Barcelona: Herder.
- Bourdieu, P. (1977) *La reproducción. Elemento para una teoría del sistema de enseñanza*. Barcelona: Laia
 - (1987a) Los tres estados del capital cultural. *Sociológica*, 2 (5). pp. 11-17
 - (1987b) *Cosas dichas* Barcelona: Gedisa
 - (1988) *La distinción. Criterio y bases del gusto*. Ciudad: Taurus.
 - (1990) *La sociología de la cultura*. México CONACULTA: Editorial Grijalbo
 - (1991) *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
 - (2007) "Prefacio", "Espacio social y espacio simbólico", "¿Es posible un acto desinteresado?" y "El punto de vista escolástico", en *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama
- Bouveresse, J. (2004). La objetividad, el conocimiento y el poder. En Eribon, Didier (comp.) *El infrecuente Foucault*, (renovación del pensamiento crítico), Buenos Aires: Letra Viva-Edelp.
- Brandolín, A (2002) Postcolonialismo y deconstructivismo textual. En *Catoblebas. Revista Crítica del Presente*. 5:14. En <http://nodulo.org/ec/2002/n005p14.htm>. Accedido el 8 de enero de 2013.
- Brown P. & Barret R. (2009). *Understanding and Applying Medical Anthropology*. Estados Unidos: Editorial McGraw-Hill.
- Butler, J. (1990) Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. En *Performing Feminisms: Feminist Critical Theory And Theatre*, Washington: John Hopkins University Press.
- (2002) *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Buenos Aires: Paidós.
 - (2007) *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós Ibérica: España.

Cabezas, M. (2005) Bolivia: Tiempos Rebeldes. Coyuntura y causas profundas de las movilizaciones indígena-populares en *Revista de Antropología Iberoamericana* Núm. 41. Madrid.

Disponible en <http://www.aibr.org/antropologia/41may/criticos/may0501.pdf>.
Accedido el 20 de mayo de 2013.

Calavia, O. (2001) *Prometeo de Pie: alternativas étnicas y éticas a la apropiación del conocimiento*. Comunicación presentada, en una versión preliminar en portugués, en un simposio dedicado a la relación entre bio-industria y derechos intelectuales nativos, en la IV Reunião de Antropologia do Mercosul (Curitiba, noviembre de 2001). En <http://www.brasilplural.ufsc.br/Oscar%20Calavia%20Prometeu%20de%20pie.pdf>.
Accedido el 23 de mayo de 2013.

Campos Navarro, R. & Ruiz-Llanos, A. (2003) Adecuaciones Interculturales en los hospitales para Indios de Nueva España, En *Gaceta Médica de México* 137 (6):595-608. En <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2001/gm016j.pdf>. Accedido el 20 de febrero de 2013.

Caplan, A. McCartney, J. & Sisti D. (2004) *Health, Disease and Illness: Concepts in Medicine*. Washington, D. C.: Georgetown University Press.

Carpio, G, Ponz, E. & Meo, S. (2005) *La medicina tradicional de los Tacana y Machineri: conocimientos prácticos de las plantas medicinales*. La Paz: Fundación PIEB.

Castro-Gómez, S. (1993) *Ciencias Sociales, violencia epistémica y el problema de la invención del otro*. Organización de Estados Americanos. En <http://www.oei.es/salactsi/castro1.htm>. Accedido el 7 de febrero de 2013.

- (2000) *Althusser, los estudios culturales y el concepto de ideología*. Organización de los Estados Americanos. En <http://www.oei.es/salactsi/castro3.htm>. Accedido el 24 de enero de 2013.
- (2005). *La poscolonialidad explicada a los niños*. Popayán: Universidad del Cauca, Instituto Pensar.
- (2005) *La hybris del punto cero. Ciencia raza e Ilustración en la Nueva Granada (1750-1816)*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- (2007) *Michel Foucault y la colonialidad del poder*. En *Tabula Rasa* núm. 6. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana: Instituto Pensar.

- Castrejón, G. (2010) Poder, saber y gobernabilidad. Simposio: *Michel Foucault, psicoanálisis, gubernamentalidad y biopolítica*. México: UNAM. En <http://es.scribd.com/doc/90982066/Foucault-Saber-Poder-Gobernabilidad>. Accedido el 3 de marzo de 2013.
- Castrillón, A, & Pulido, M. (2003) Biopolítica y Cuerpo: Medicina, literatura y ética en la modernidad. *Revista Educación y Pedagogía* Vol.XV Núm 37.:187-19. En <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/revistaey/article/view/5984/5393>. Accedido el 3 de febrero de 2013.
- Centellas Castro M. (2011) *Historia de Bolivia*. Bolivia: Facultad de Derecho y Ciencias Políticas, Universidad Mayor de San Andrés. Disponible en http://www.educabolivia.bo/educabolivia_v3/images/archivos/publicaciones/documento/c38fef36abf250340cc04ada7c0a9ddf.pdf. Accedido el 17 de mayo de 2013.
- Cerrillo Vidal, J. (2008) ¿Medicina Alternativa? Una aproximación a las metáforas de salud y enfermedad en los discursos médicos oficial y homeopático. *En Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 2 (1).
- En <http://www.intersticios.es/article/view/2280/1895>. Accedido el 20 de noviembre de 2012.
- Chihuailaf, A. (2008) Los indígenas en el escenario político-social boliviano del siglo XX. En *Sociedad y Discurso* Núm. 14:33-54. Reino Unido: Revista del Departamento de Lengua y Cultura de la Universidad de Aalborg. Disponible en http://vbn.aau.dk/ws/files/62723334/SyD14_chihuailaf.pdf. Accedido el 18 de mayo de 2013.
- Choque Quispe, M. (2006) La historia del Movimiento Indígena en la búsqueda del Suma Qumaña (Vivir Bien) En International Expert Group Meeting on the Millennium Development Goals, Indigenous Participation and Good Governance. New York: United Nations.
- Collin, L. (2006). New Age: Representaciones del cuerpo y cuidado de la salud, En *Revista Mitológicas*, vol. XXI, pp-9-22. Buenos Aires, Argentina: Centro Argentino de Etnología Americana. En <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/146/14617733001.pdf>. Accedido el 15 de noviembre de 2012

- Comisión Económica para América Latina y El Caribe (2005) Los pueblos indígenas de Bolivia: diagnóstico sociodemográfico a partir del Censo del 2001. Santiago de Chile: CEPAL/Naciones Unidas.
- Craig, D. & Porter, D. (2006). *Development beyond neoliberalism? Governance, poverty reduction and political economy* USA & Canada: Routledge en Mosse, D. (2011) (ed) *Adventures in Aidland: the anthropology of professionals in International Development*. United States: Berghahn Books.
- Crapanzano, V. (1977). On the Writing of Ethnography. *Dialectical Anthropology* 2: pp. 69-73 en Dietz, Gunther (2011). Hacia una etnografía doblemente reflexiva: una propuesta desde la antropología de la interculturalidad. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 6 (1): pp.3-26. En <http://www.aibr.org/antropologia/06v01/articulos/060101.pdf>. Accedido el 15 de abril de 2013.
- Crenshaw, K. (1995). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color, in Crenshaw et al. (eds.), *Critical race theory*, pp. 357–383. New York: New Press. En www.wcsap.org/Events/Workshop07/mapping-margins.pdf. Accedido el 14 de abril de 2013.
- Cueto & Zamora (2006). *Historia, salud y globalización*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, Universidad Peruana Cayetano Herida.
- De Grave, J. (2007) Estado boliviano y Cooperación Internacional. Malestar, responsabilidades y aperturas. *En Documento de Trabajo: Informe Nacional sobre el Desarrollo Humano en Bolivia*. Bolivia: PNUD
- De la Cruz, M. (1991), *Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis*. México: Fondo de Cultura Económica/Instituto Mexicano del Seguro Social
- De la Flor Gómez, J. (2005) *El complejo político liberal en el régimen internacional de cooperación en salud*. Universidad Autónoma de Madrid (UAM): Departamento de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales
- De la Vega, G, (1991) *Comentarios Reales de los Incas I*. Lima: Fondo de Cultura Económica
- Deleuze, G. (1987). *Foucault*. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Delgado, D. (2001). La biopiratería y la propiedad intelectual como fundamento del desarrollo biotecnológico. *En Revista Problemas del Desarrollo* 32 (126). México IIEC-UNAM.

- Derrida, J (2001) Sobre el Marxismo. En *Staccato*, programa televisivo de France Culturel, del 6 de julio de 1999; traducción de Cristina de Peretti y Francisco Vidarte. En <http://www.jacquesderrida.com.ar/textos/marxismo.htm>. Accedido el 15 de diciembre de 2012
- De Sousa Santos, B. (2010) Refundación del Estado en América Latina. Perspectivas desde una epistemología del Sur. Lima: Instituto Internacional de Derecho y Sociedad, Programa Democracia y Transformación Global.
- (2012) De las dualidades a las ecologías. En Serie: Cuaderno de trabajo núm. 18. Bolivia: Red Boliviana de Mujeres Transformando la Economía. En <http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/cuaderno%2018.pdf>. Accedio el 8 de mayo de 2013.
- De Souza Silva, J. (2004) Desarrollo y Dominación. Hacia la descolonización del pensamiento subordinado al conocimiento autorizado por el más fuerte. En *Globalización: Revista Mensual de Economía, Sociedad y Cultura*. Disponible en <http://rcci.net/globalizacion/index.htm>. Accedido el 1 de abril de 2013.
- Dietz, G. (2011). Hacia una etnografía doblemente reflexiva: una propuesta desde la antropología de la interculturalidad. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 6 (1), pp. 3-26. En <http://www.aibr.org/antropologia/06v01/articulos/060101.pdf> Accedido el 15 de abril de 2013.
- Dirlik, A. (2000) Place-based Imagination: Globalism and the Politics of Place en Dirlik, A. *Place and Politics in the Age of Global Capitalism*. Nueva York: Rowman and Littlefield,
- Dougherty, J. & Pfaltzgraff, R. (1993) *Teorías en pugna de las Relaciones Internacionales*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano
- Douglas M. (1998). *Estilos de pensar*. Barcelona: Anagrama
- Dussel, E. (2001) Eurocentrismo y modernidad. En Mignolo, W. (comp) *Capitalismo y geopolítica del conocimiento*. Buenos Aires: Ediciones del Signo
- Dutton, B. & Sánchez, N. (1993) *Lilio de la Medicina*. Madrid: Arco/Libro
- Embid, A. (2000) Del control de la natalidad al genocidio. *Revista de Medicinas Complementarias. Medicina Holística* Núm 60. En

<http://www.amcmh.org/PagAMC/medicina/articulospdf/60ControlNatalidad.pdf>.

Accedido el 1 de marzo de 2013

Escobar, A. (1984). Discourse and Power in Development, Michel Foucault and the Relevance of his work to the Third World. *Alternatives* 10 (3): pp. 377 –400

- (1992) Culture, Practice and Politics: anthropology and the study of social movements. *Critique of Anthropology* 12 (4): pp. 395-432.

- (2000) El lugar de la naturaleza y la naturaleza del lugar: globalización o posdesarrollo en Viola, A. (comp.) *Antropología del Desarrollo*, Barcelona, Buenos Aires, México: Paidós.

- (2002) *Globalización, Desarrollo y Modernidad*. En Corporación Región, Medellín: Ed Planeación, Participación y Desarrollo. En <http://www.oei.es/salactsi/escobar.htm>. Accedido el 3 de mayo de 2013.

- (2006) *Más allá del tercer mundo. Globalización y diferencia*. Bogotá: ICANH/Universidad del Cauca

- (2008) *Antropologías del Mundo: transformaciones disciplinarias dentro de sistemas de poder*. Colombia: Envión Editores.

- (2010) *Una Minga para el postdesarrollo: lugar, medio ambiente y movimientos sociales en las transformaciones globales*. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Escobar Vekeman, C. (2003). La antropología médica: una visión cultural de la salud. *Colombia Hacia La Promoción De La Salud*. Colombia: Editorial Universidad de Caldas. En http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_6.pdf. Accedido el 8 de noviembre de 2012.

Estalella, A. & Ardévol, E. (2007) Ética de campo: hacia una ética situada para la investigación etnográfica de internet. *Forum: Qualitative Social Research*, 8 (3). En <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/277/609> Accedido el 16 de abril de 2013.

Esteva, Gustavo (1996) Desarrollo. En Sachs, W. (1996) *El diccionario del desarrollo: una guía del conocimiento como poder*, Perú: PRATEC. En: <http://www.uv.mx/mie/planestudios/documents/SESSION-6-Sachs-Diccionario-Del-Desarrollo.pdf>. Accedido el 29 de enero de 2013.

- Estrach Mira, N. (2001) La Máscara del Multiculturalismo. En *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales* 94 (104). Universidad de Barcelona. En <http://www.ub.edu/geocrit/sn-94-104.htm>- Accedido el 3 de mayo de 2013.
- Ember C. R. (2004). *Concepto y alcance de la Antropología Médica*. Madrid: Editorial Pearson
- Fassin, J. (1990). *Sociétés, développement et santé*. Paris: Ellipses/Aupelf. Recuperado en [http://www.bantaba.ehu.es/ext/SES_2_CONTENTIDOS_2.2_La_mirada_de_la_Antropología.pdf](http://www.bantaba.ehu.es/ext/SES_2_CONTENTIDOS_2.2_La_mirada_de_la_Antropologia.pdf). Accedido el 1 de diciembre de 2012.
- Fairclough, N & Kodak R. (1997) Critical discourse analysis, en T.A. van Dijk (ed.), *Discourse Studies. A multidisciplinary introduction*. Vol. 2, *Discourse as social interaction*, Londres: Sage, 258-284.
- Feagin, J., Orum. A. & Sjoberg G. (eds.) (1991) *A case for case study*. Chapel Hill: University of Carolina Press.
- Ferguson, J (1994) *Antipolitics Machine: Development, Depoliticization and Bureaucratic Power in Lesotho*. USA: University of Minnesota
- Fernández Juárez, G (1997) Testimonio Kallawaya. Medicina y Ritual en los Andes de Bolivia. Quito, Ecuador: Ediciones Abya Yalá
- (1998) Enfermedad, moda y cuerpo social en el altiplano Aymara. En *Revista Española de Antropología Americana* Núm. 28: 259-282. Madrid: UCM.
 - (2006) Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito, Ecuador: Ediciones Abya Yalá.
- Fernández Saavedra, G. (2009). La política exterior boliviana, Ponencia presentada en el Primer Encuentro Internacional del Observatorio Andino de Política Exterior OBANPEX, 31 de marzo de 2009, Quito, Ecuador.
- Franco-Giraldo, A. & Álvarez-Dardet, C. (2009) Salud Pública Global: un desafío a los límites de la salud internacional a propósito de la influenza humana A. En *Revista Panamericana de Salud Pública* 25 (6):540-547.
- Frenk, J. (1992) La nueva salud pública. En *La crisis de la salud pública: reflexiones para debate*. Pub. Cient. No 540. Washington D.C.: OPS/OMS.

Frenk, J; Chacón, F. (1992) *Conceptual bases for education and research*, n.95, pp. 205-221 PAHO.

Foster G. (1987) Bureaucratic aspects of International Health agencies. *Soc Sci Med* 25(9): pp.1039-1048. Recuperado en Rubinstein, R.A. and Lane, S.D. (1990) *International Health and Development*, En *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, T.M. Westport, CT: Greenwood Press

Foucault, M. (1974) Historia de la Medicalización. En: *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*, Argentina: Editorial Altamira.

- (1980) *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- (1983) *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI
- ([1970]1992) *El orden del discurso*. España: Tusquets Editores.
- (1992) *Microfísica del poder*. Madrid: Ediciones La Piqueta (2002) *La arqueología del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- (1995) *Historia de la sexualidad I- La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- (2006) *Defender la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica
- (2007) *La vida: la experiencia y la ciencia. En Ensayos de biopolítica. Excesos de vida*, Buenos Aires: Editorial Paidós.

Gadamer, H. (1996) *Verdad y Método I. Fundamentos de una hermenéutica filosófica*. Salamanca: Sígueme.

Galán, M. & Sanahuja, J. A. (1999). *El sistema internacional de cooperación al desarrollo: Una aproximación a sus autores e instrumentos*. Madrid.: CIDEAL.

- (1998) *Estética y hermenéutica*, en *Estética y hermenéutica*. Madrid: Tecnos.

Gallardo Arias, P. (2003) Medicina Tradicional-Medicina Moderna entre los Huastecos de San Luis Potosí. En *Anales de Antropología* 37 (2003): 229-240.

Gallardo Ruíz J. (2002) *Medicina Tradicional P'urhépecha*. México: El Colegio de Michoacán.

García Canclini, N. (1999) *Culturas híbridas: estrategias para entrar y salir de la modernidad*. México: DeBolsillo.

- (1984) *Cultura y organización popular. Gramsci con Bourdieu*. En *Cuadernos Políticos* Núm. 38. México, D.F.: Ediciones Era.

- García Canclini, N., Piedras, F (2005). *Las industrias culturales y el desarrollo de México*. México: Editorial S. XXI
- Geertz, C. (1987) *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- (1991) *El surgimiento de la antropología posmoderna*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Giddens, A. (1995) *La constitución de la sociedad: bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gimeno, J. (2011) Poniendo la antropología en valor. *Revista Nueva Tendencias en Antropología*, Núm 2: 147-179. En <http://www.revistadeantropologia.es/Textos/N2/Poniendo%20la%20antropologia%20en%20valor.pdf>. Accedido el 4 de enero de 2013
- Giraldo Díaz, R. (2006) Poder y resistencia en Michel Foucault. En *Tabula Rasa* Núm. 4:103-122. Bogotá, Colombia.
- Goldsmith, Edward (1996). Development as Colonialism, en Mander, J. y Goldsmith E. (Eds) *The Case Against the Global Economy and for a Turn Toward the Local*. San Francisco: Sierra Club Books.
- Gómez Dantés O., Khoshnood, B. (1991) La evolución de la salud internacional en el siglo veinte. *Salud Pública de México* 33: pp. 314-329.
- González Stephan, B. (1996): Economías fundacionales. Diseño del cuerpo ciudadano, en: B. González Stephan (comp.), *Cultura y Tercer Mundo. Nuevas identidades y ciudadanías*. Caracas: Editorial Nueva Sociedad.
- Good, B (2010) Medical Anthropology and the problem of belief En Good, B., Fischer, M., Willen, S. & Del Vecchio, M. (Eds) *A reader in medical anthropology. Theoretical Trajectories, Emergent Realities*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Gramsci, A. (1975). *Cuadernos de la cárcel*. México D.F.: Era.
- Granados, M., Martínez, E., Morales, P., Ortiz, R., Sandoval, H., Zuluaga, G. (2005). Aproximación a la medicina tradicional colombiana. Una mirada al margen de la cultura occidental. *Revista Ciencias de la Salud*, 3 (001): pp. 98-106. Bogotá: Universidad del Rosario. En <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/562/56230113.pdf>. Accedido el 1 de diciembre de 2012

- Grebe, E. (1988) La medicina tradicional: un enfoque antropológico. *Enfoques. Aten prim.* 3(3): pp.5-10.
- Gruzinski, S. (2007). *El pensamiento mestizo. Cultura amerindia y civilización del Renacimiento.* Barcelona: Paidós.
- Gudeman, S. (2007). *The Anthropology of Economy. Community, Market and Culture,* Oxford: Blackwell.
- Guerrero Arias, P. (2004) *Usurpación simbólica, identidad y poder.* Quito: Ediciones Abya Yala
- Gutiérrez, A. (1997) *Bourdieu y las prácticas sociales* (2ª Edición). Córdoba, Argentina: Universidad de Córdoba.
- Gutiérrez Zuñiga (2000). Más allá de la pertenencia religiosa: católicos en la era de acuario, *En Sectas o Iglesias, Viejos o nuevos movimientos religiosos* Masferrer Elio comp. Colombia: ALER / Plaza y Valdés.
- Habermas, J. (1968) *Ciencia y técnica como ideología.* Chile: Centro de Estudios Miguel Enríquez.
- Hale, C.R. (2006) *Más que un indio... Racial Ambivalence and Neoliberal Multiculturalism in Guatemala.* Santa Fe: SAR Press en Dietz, Gunther (2011). Hacia una etnografía doblemente reflexiva: una propuesta desde la antropología de la interculturalidad. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 6 (1): pp. 3-26. En <http://www.aibr.org/antropologia/06v01/articulos/060101.pdf> Accedido el 15 de abril de 2013.
- Haraway, D. (2004) *Testigo:Modesto@Segundo_Milenio. Feminismo y Tecnociencia.* Barcelona: Editorial UOC.
- Harris, M. (1980) *Vacas, cerdos, guerras y brujas.* Madrid: Alianza editorial.
- Hine, C. (2010) *Etnografía Virtual.* Barcelona: Editorial UOC (Universitat Oberta de Catalunya).
- Hintze, S. (2001) Reflexiones sobre el conflicto y la participación en la evaluación de políticas sociales. En *Revista Reforma y Democracia* núm. 21. Caracas: CLAD. http://politicayplanificacionsocial.sociales.uba.ar/files/2012/04/Hintze_Reflexiones.pdf. Accedido el 8 de mayo de 2013.

- Hobart, M. (1993) *An Antropological Critique of Development: the growth of ignorance*. London: Routledge.
- Hofman, N. (2010) Understanding Women's Work through the confluence of Gender, Race and Social Class. En *Cultural Dynamics* 22:179. Disponible en https://moodle.usal.es/file.php/6115/Hofman_Women_sWork.pdf. Accedido el 8 de mayo de 2013
- Hook, S. (1995) *National Interest and Foreign Aid*. Washington: Lynne Rienner.
- Ibañez, P. (2011) *El Martirio de Laureano Ibañez. Guerra y Religión en Apolobampa, Siglo XVII*. Bolivia: FOBOMADE.
- Idoyaga Molina, A (comp.) (2007). *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*, Vol. 2. Buenos Aires: CAEA-IUNA.
- Illich I. (1975) *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. México: Joaquín Moritz.
- Jaramillo, J. (2005) *Historia y filosofía de la medicina*. San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- ISB—International Sanitary Bureau (1903) *Transactions of the First General International Sanitary Convention of the American Republics*. Washington, D.C.: Government Printing Office.
- Jiménez, C. (2003) Las teorías de la Cooperación Internacional dentro de las Relaciones Internacionales. En *Revista Polis* 03, Vol. 2:115-147. Disponible en <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/polis/cont/20032/art/art5.pdf>. Accedido el 27 de enero de 2013.
- Kane, O. (2011) *África y la producción intelectual no eurófona. Introducción al conocimiento islámico al Sur del Sáhara*. En <http://www.rebellion.org/docs/135936.pdf>. Accedido el 25 de enero de 2013.
- Khatibi, Abdelkebir. (2001). Maghreb plural. En Walter D. Mignolo (comp.). *Capitalismo y geopolítica del conocimiento. El eurocentrismo y la filosofía de la liberación en el debate intelectual contemporáneo* (pp. 71-92). Buenos Aires: Signo.
- Krotz, E. (2005) La producción de la antropología en el sur: características, perspectivas, interrogantes. *Journal of the World Anthropology Network* 1: pp. 161-170. En

- http://ramwan.net/documents/05_e_Journal/journal-1/12.Krotz.pdf. Accedido el 12 de abril de 2013.
- Lander, E. (2003). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas Latinoamericanas*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Buenos Aires: Ediciones FACES/UCV.
- Landívar, M. & Landívar, M. & Prieto, M. (2004). *Historia de la Medicina*. Ecuador: Universidad de Cuenca.
- Laclau, E. & Mouffe, C. (1985) *Hegemony and Socialist Strategy: Towards a Radical Democratic Politics*. London: Verso.
- Laín Entralgo, P. (1976) *Historia Universal de la Medicina. Tomo III. Edad Media*. Barcelona: Salvat Editores
- Latour, B. (2001). *La esperanza de Pandora. Ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia*. Barcelona: Gedisa.
- Leff, E. (2006) *Complejidad, racionalidad ambiental y diálogo de saberes*. Ponencia presentada en el I Congreso Internacional Interdisciplinar de participación, animación e invención socioeducativa, celebrado en Barcelona en 2005. Disponible en http://www.magrama.gob.es/es/ceneam/articulos-de-opinion/2006_01leff_tcm7-53048.pdf. Accedido el 7 de mayo de 2013.
- Le Gouff, J., & Truong, N. (2005) *Una historia del cuerpo en la Edad Media*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- León Portilla, M. (1991) Las comunidades mesoamericanas ante la institución de los hospitales para indios. En: *Medicina novohispana siglo XVI. Historia General de la Medicina en México. Tomo II*. Aguirre-Beltrán, G., Moreno de los Arcos, R., (coords.) México: Universidad Nacional Autónoma de México- Academia Nacional de Medicina.
- Lerín, S. (2004) Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Revista Desacatos*, 15-16: pp. 111-125. México: CIESAS. En <http://ciesas.edu.mx/Desacatos/15-16%20Indexado/2%20Esquinas%201.pdf>. Accedido el 17 de noviembre de 2012
- Lewis, D. & Mosse, D. (2006) *Development Brokers and Translators. The ethnography of aid an agencies*. USA: Kumarian Press.

- Lewis, J. (1992). Approaches to the study of the New Age Movement. *En: Perspectives on the New Age*, J.Lewis y J.G. Melton (comp.) Albany: State University of New York Press.
- Leyva, X. & S. Speed (2008) Hacia la investigación descolonizada: nuestra experiencia de colabor. *Gobernar (en) la diversidad: experiencias indígenas desde América Latina. Hacia la investigación de colabor*. X. Leyva, A. Burguete y. S. Speed (coords.). México: CIESAS, FLACSO Ecuador y FLACSO Guatemala.
- Lipovetzky, G. (2006) *Los tiempos hipermodernos*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Long, N (1989). Creating space for a change. A perspective on the sociology of development. *Sociologia Ruralist* 24 (3-4):168-184.
- López Sáenz, M. (1988) La crítica de la racionalidad tecnológica en Herbert Marcuse. *Revista Enorar* 14:81-93. Disponible en <http://ddd.uab.cat/pub/enraonar/0211402Xn14p81.pdf>. Accedido el 29 de marzo de 2013.
- Maira, L. (2007) Dilemas internos y espacios internacionales en el gobierno de Evo Morales. En *Revista Nueva Sociedad* Núm. 209. Disponible en http://www.nuso.org/upload/articulos/3430_1.pdf. Accedido el 25 de mayo de 2013.
- Marín, M.A. (2005). La construcción de identidades cívicas y culturales en la sociedad red. En Soriano E. (coord.). *La interculturalidad como factor de calidad educativa*. Madrid: La Muralla
- Martínez Guzmán, F. (2007) Poder y resistencia: saberes en torno al transtorno de identidad sexual. En *Fractalidades en Investigación Crítica (FIC)*. Disponible en <http://psicologiasocial.uab.es/fic/ca/node/356>. Consultado el 1 de marzo de 2013
- Martínez Mauri, M & Larrea Killinger, C. (2010) *Antropología social, Desarrollo y Cooperación Internacional*. Barcelona: Editorial UOC
- Médicos Mundi, Navarra. Operativización del Modelo de Atención y Gestión de la SAFCI. Documento Técnico Nacional de Bolivia. En *Salud Integral e Incluyente. Proyecto Multipaís 2011-2014: Guatemala, Bolivia y Perú*.
- Medina, J. (2008) *Suma Qumaña. La comprensión indígena de la vida buena*. Bolivia: Edición Comunicación PADEP/GTZ

- Menéndez, E. (1985). Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. *Revista Nueva Antropología*, 7 (028). México: UNAM. En <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=15972803>. Accedido el 19 de noviembre de 2012.
- (1985b) b): Modelo Médico Hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. En *Cuadernos Médicos Sociales* N° 33: 3-34, Rosario, Argentina.
 - (1988) *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires: Argentina.
 - (2005) Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social* 14: pp. 33-69. En <http://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/RASO0505110033A/9403>. Accedido el 25 de noviembre de 2012.
 - (1994) La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades* 4 (7). 171-183. En <http://www.uam-antropologia.info/alteridades/alt7-8-menendez.pdf>. Accedido el 2 de noviembre de 2012
- Meñaca, A (2006) La multiculturalidad de la medicina. El envío de medicamentos en familias migrantes ecuatorianas en Fernández Juárez, G (coord.) *Salud e interculturalidad en América Latina* vol 2. Quito: Ediciones Abya Yala.
- Mignolo, W. (2000) *Local Histories / Global Designs: coloniality, subaltern knowledges and border thinking*. Princeton: Princeton University Press.
- (2001) *Capitalismo y geopolítica del conocimiento*. Buenos Aires: Ediciones del Signo.
- Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto de Bolivia. En <http://www.rree.gov.bo/>. Accedido el 10 de mayo de 2013.
- Mohanty, C., Russo & Torres (2001) *Third World women and the politics of feminism*. Bloomington: Indiana University Press.
- Mohotek, K. (1996) *Comunidades, Territorios Indígenas y Biodiversidad en Bolivia*. Bolivia: Universidad Autónoma Gabriel René Moreno.
- Montes, M. (2010), Transferencias de la maternidad: el itinerario asistencial del embarazo. *Antropología y enfermería* vol. II. Tarragona: Publicaciones URV.

- Montoya, R. (1998). *Movimientos indígenas en América del Sur: potencialidades y límites*.
En http://www.andes.missouri.edu/andes/Indice_Completo.htm. Accedido el 6 de mayo de 2013.
- Morelo-Mesa, J. (2006) Del maestro sangrador al médico... europeo: medicina colonial en el protectorado español de Marruecos (1912-1956), En *Hist. cienc. saude-Manguinhos* 13 (2) Rio de Janeiro. Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702006000200010&script=sci_arttext. Accedido el 13 de febrero de 2013
- Morgenthau, H. (1962), A Political Theory of Foreign Aid, *The American Political Science Review*, The American Political Science Association, Vol. LVI.
- (1985) *Politics among Nations. A struggle for power and peace*. Nueva York: Alfred A. Knopf (trad. Buenos Aires, 1963).
- Mosse, D. (2011) (ed) *Adventures in Aidland: the anthropology of professionals in International Development*. United States: Berghahn Books.
- (2004) Is good policy unimplementable? Reflections on the ethnography of aid policy in practice. *Development and change* 35(4):639-671.
 - (2005) *Cultivating Development: An Ethnography of Aid Policy and Practice*. London; Ann Arbor, MI.: Pluto Press.
- Mudimbe, V. (1988) *The invention of África*. Bloomington: Indiana University Press
- Nogales-Gaete, J. (Ed.) (2004). Medicina Alternativa y Complementaria. En *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* 42 (4): pp. 243-250. En http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272004000400001&script=sci_arttext. Accedido el 18 de noviembre de 2012
- Obach-King, A. (2004). *Entre los márgenes y la oficialidad. Aproximación antropológica a la introducción de medicinas alternativas en dos centros de atención primaria en la ciudad de Barcelona*. Resumen del trabajo presentado en el Programa de Antropología Social, Departamento de Antropología Cultural, Universitat de Barcelona
- Olivier de Sardan, J. (2006) *Anthropology and Development: Understanding Contemporary Social Change*. London: Zed book .

- (1991) *Savoirs populaires et agents de développement* En Olivier de Sardan & Paquot (Eds). *D'un savoir a l'autre. Les agents de développement comme mediateurs*. París: Ministère de la Cooperation et du Développement.

O, Neill, J., Bartlett, J., Mignone, J. (2006) *Best Practices in Intercultural Health*. Inter-American Development Bank.

Organismo Andino de Salud (2007) *Análisis de Situación de Salud Andino, ASIS Andino, con enfoque intercultural*.

En

<http://www.orasconhu.org/documentos/SI%20ASIS%20Andino%20de%20Poblaciones%20Indigenas%20con%20enfoco%20intercultural.pdf>. Accedido el 28 de mayo de 2013.

Organización Para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2011) *Aid Effectiveness 2011: Progress in Implementing the Paris Declaration. Volume II Country Chapters. Bolivia*. Disponible en <http://www.oecd.org/dac/effectiveness/Bolivia%204.pdf>. Accedido el 19 de mayo de 2013.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2013) *Development Aid at a glance. Statistics by Region: Americas*. Disponible en <http://www.oecd.org/dac/stats/America%20%20Development%20Aid%20at%20a%20Glance%202013.pdf>. Accedido el 17 de mayo de 2013.

Organización Internacional del Trabajo (2013). *Actividades por Región, América Latina, Bolivia*. <http://www.ilo.org/indigenous/Activitiesbyregion/LatinAmerica/Bolivia/lang-es/index.htm>. Accedido el 2 de mayo de 2013

Organización Mundial de la Salud (2002). *Estrategia sobre medicina tradicional 2002-2005*. En http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf. Accedido el 22 de noviembre de 2012.

Organización Mundial de la Salud (2005). *Atlas Global de Medicina Global, Complementaria y Alternativa*.

Organización Mundial de la Salud (2011) *Bolivia (Plurinational State of) Health Profile*. Disponible en <http://www.who.int/gho/countries/bol.pdf>. Accedido el 11 de mayo de 2013.

- Organización Panamericana de la Salud (1978). *Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria en Salud*. En http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm. Accedido el 22 de noviembre de 2012.
- Organización Panamericana de la Salud (2004) *Estrategia de Cooperación en el País Bolivia 2004-2007*. En http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_bol_es.pdf. Accedido el 29 de mayo de 2013.
- Organización Panamericana de la Salud (2006). *Medicina Indígena Tradicional y Medicina Convencional*. San José, Costa Rica. En <http://www.bvsde.paho.org/bvsapi/e/proyectreg2/paises/costarica/medicina.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (1993) *Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas OPS/OMS*. En <http://www.ops.org.bo/textocompleto/pi31304.pdf>. Accedido el 17 de mayo de 2013.
- Ortner, S. (1972) Is Female to Male as Nature is to Culture? *Feminist Studies I* (2):5-31. Revisado y reimpresso en Rosaldo, M. & Lamphere, L. (eds) *Woman, Culture and Society*. Stanford: Stanford University Press.
- Pachón Soto, D. (2008) Nueva Perspectiva Filosófica en América Latina: el grupo modernidad/colonialidad. *Ciencia Política* Núm. 5:8-35. En www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3663394.pdf. Accedido el 30 de enero de 2012.
- Pamo-Reina, O. (2006) *Medicina y reumatología peruanas: historias y aportes*. Lima: Comité Organizador PANLAR.
- Pedraz, V. (2007) La construcción del discurso médico y e arte de gobernar el cuerpo. Salud y moral en la Baja Edad Media occidental. *Educación Física y Deportes* 57:10-18. En http://articulos-apunts.edittec.com/57/es/057_010-018_es.pdf. Accedido el 1 de febrero de 2013.
- Pérez Bravo & Sierra Medel (1998). *Cooperación Técnica Internacional. La dinámica internacional y la experiencia mexicana*. México: SRE-PNUD.
- Pérez Galán, B. (ed.) (2012) *Antropología y Desarrollo: Discursos, Prácticas y Autores*, Editorial Catarata, Madrid.

- Pérez Lizaur, M. (2007) Las perspectivas y retos de la Antropología Aplicada en el S. XXI. En *Revista Mad*. Núm 16:1-9. Universidad de Chile: Departamento de Antropología. En <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/01/paper04.htm>. Accedido el 5 de mayo de 2013.
- Picas, J. (2006). Los límites de la solidaridad. Las ONG y el mercado de bienes simbólicos. *Gazeta de Antropología*, 22.
En http://www.ugr.es/~pwlac/G22_08Joan_Picas_Contreras.html. Accedido el 16 de noviembre de 2012.
- Pizza, G. (2005) *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*. Roma: Carocci.
- Polanyi, K. (2007) *La gran transformación. Crítica del liberalismo económico*. Madrid: Ediciones La Piqueta.
- Portoles, A (2004) *Feminismo poscolonial: la crítica al eurocentrismo del feminismo occidental*, Cuaderno de trabajo núm. 6. Universidad Complutense de Madrid.
- Postero, N. (2005) Movimientos Indígenas Bolivianos: articulaciones y fragmentaciones en búsqueda del multiculturalismo. En López & Regalsky (Eds) *Movimientos Indígenas y Estado en Bolivia*. Bolivia: Plural Editores.
- Power, K. (1998). Apuntes dirigidos hacia el concepto de lo multicultural. *Crítica Cultural y Creación Artística*, Cortés (Coord). Valencia: Signo Abierto.
- Preston, P, W. (1999) *Una introducción a la teoría del desarrollo*. México: Siglo XXI Editores.
- Pritchard, E. (1937). *Brujería, oráculos y magia entre los Azande*. Barcelona: Anagrama.
- Quijano, A. (1992). Colonialidad y modernidad/racionalidad. En Heraclio Bonilla (comp.). *Los conquistados. 1492 y la población indígena de las Américas*. Quito: Libri Mundi, Tercer Mundo.
- (2000) Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina En Castro-Gómez, S, Guariola-Rivera, O & Millán de Benavides , C. (eds.) *Pensar (en) los intersticios. Teoría y práctica de la crítica poscolonial*, Colección Pensar/Centro. Bogotá.: Editorial Javeriana.
 - (2000) Colonialidad del poder y clasificación social . *Journal of Wolrld-Systems Research I* (2):342-386.

- En http://www.manuelugarte.org/modulos/biblioteca/q/quijano/quijano_2.html.
Accedido el 24 de enero de 2013.
- (2011) Buen vivir y la colonialidad del poder. Quito: Centro Andino de Acción Popular.
- Rahmena, M. (1996), Participación, en Sachs, W. *Diccionario del desarrollo. Una guía del conocimiento como poder*. Perú: PRATEC.
- Rama, A (2004) *Transculturación Narrativa en América Latina*. México: Siglo XXI Editores.
- Ramírez Hita, S. (2008) *Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano*. Trabajo presentado en la Mesa 1. Antropología y Salud. Comisión: Antropología de la salud: políticas, prácticas y saberes. IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, UNAM. Posadas.
- En <http://www.scielo.org.ar/pdf/ava/n14/n14a10.pdf>. Accedido el 13 de mayo de 2013.
- Reich, M. (1991) El concepto y la práctica de la salud internacional en el programa Takemi. *Salud Pública de México*, 33 (04). Cuernavaca: Instituto de Salud Pública. En <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/106/10633416.pdf>. Accedido el 1 de diciembre de 2012.
- Ricoeur, P. (2001) *La metáfora viva*. Madrid: Trotta.
- (2000) Narratividad, fenomenología y experiencia. *Análisi 2, 2000*. 189-207. En <http://es.scribd.com/doc/14157660/Paul-Ricoeur-Narratividad-Fenomenologia-y-Hermeneutica>. Accedido el 9 de enero de 2013.
 - (1994) *Ideología y utopía*. México: Gedisa.
- Ridell, R. (2007) *Why Aid Isn't Working*. In Riddell, *Does Foreign Aid Really Work?* Oxford: Oxford University Press.
- Rillo, A. (2008) Aproximación ontológica al sentido originario de la salud desde la hermenéutica filosófica. *Revista Humanidades Médicas* 8 (1): Camagüey. En http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202008000100002&script=sci_arttext.
Accedido el 8 de mayo de 2013.
- Rist G. (2002). *El desarrollo, historia de una creencia occidental*. Madrid: Editorial Catarata

- Roca Jusmet, L. (2011) *Filosofía y medicina: discursos, prácticas, paradigmas y modelos*. En Materiales para pensar. <http://luisroca13.blogspot.com/2010/01/filosofia-y-medicina.html>. Accedido el 3 de febrero de 2013
- (2012) *Paradigmas y modelos en los discursos médicos*. En Materiales para pensar. <http://luisroca13.blogspot.com.es/2010/06/paradigmas-y-modelos-en-los-discursos.html>. Accedido el 14 de febrero de 2013
- Rodríguez Alcides, L. (2005) El planteamiento ideológico de Alma-Ata en *Revista Cubana de Salud Pública* 31 (2).
- En http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_2_05/spu11205.htm. Accedido el 25 de marzo de 2013.
- Rodríguez Garcia, H. (2011) Mestizaje y conflictos sociales. El caso de la construcción nacional boliviana. En *Cuadernos Intercambio* Año. 8 Núm. 9. 145:182. En <http://www.latindex.ucr.ac.cr/intca009/intercambio-8-9-08.pdf>. Accedido el 17 de mayo de 2013.
- Rodríguez, V. (2002) *Políticas culturales y textualidad de la cultura: retos y límites de sus temas recurrentes*. Organización de Estados Iberoamericanos: Programa Iberoamérica: unidad cultural en la diversidad
- Román, M (1999) Hacia una evaluación constructivista de los proyectos sociales. En *Revista Mad*. Núm. 1. Universidad de Chile: Departamento de Antropología. En <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/01/paper04.htm>. Accedido el 5 de mayo de 2013.
- Rosler, R. & Young, P. (2011) La lección de anatomía del Dr. Pulp: el comienzo de una utopía médica. *Revista Médica de Chile*, 139:535-541. En <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n4/art18.pdf>. Accedido el 5 de febrero de 2013
- Rostow, W. (1960) *The stages of economic growth: a non-communist manifesto*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rubinstein, R.A. and Lane, S.D. (1990) International Health and Development, En *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, T.M. Westport, CT: Greenwood Press
- Sachs, W. (1996) *Diccionario del Desarrollo: una guía del conocimiento como poder*. Perú: PRATEC

- Said, E. (2007) *Orientalismo*. España: DeBolsillo.
- Salaverry, O. (Ed) (2000). *Historia de la Medicina Peruana en el S. XX*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Salazar, N. (2005) Más allá de la globalización: la glocalización del turismo. En *Política y Sociedad* 42 (1): 135-149. En <http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO0505130135A/23027%20>.
Accedido el 17 de enero de 2013
- Sanahuja, J. A. (2005). Seguridad, desarrollo y lucha contra la pobreza tras el 11-S: los Objetivos del Milenio y la “securitización” de la ayuda. *Documentación Social n° 136, monográfico sobre los Objetivos del Milenio*, pp. 25-41. En http://www.hegoa.ehu.es/congreso/bilbo/doku/bost/seguridad_desarrollo_lucha_pobreza.pdf. Accedido el 25 de noviembre de 2012
- (2008) Del Regionalismo Abierto al Regionalismo Post-liberal. Crisis y cambio en la integración regional en América Latina en Martínez Alfonso, L. & Vazquez, M. (coords.) *Anuario de la Integración Regional de América Latina y el Gran Caribe*. Buenos Aires: Coordinadora Regional de Investigaciones Económicas y Sociales.
- Sánchez Romero, R. (2001) El Tawantinsuyu salvaje en el Finis Terrae Australis (Chile Central). En *Revista Chilena de Antropología* Núm. 16: 87-127. Santiago de Chile: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Disponible en <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RCA/article/viewFile/17470/18239>. Accedido el 30 de abril de 2013.
- Sanders, D. (1985) *The Struggle for Health: Medicine and the Politics of Underdevelopment* London: Macmillan.
- Sanjinés, J. (2002) Mestizaje cabeza abajo: la pedagogía al revés de Felipe Quispe, “el Mallku” en Walsh & Castrp-Gómez (comp) *Indisciplinar las Ciencias Sociales. Geopolíticas del Conocimiento y colonialidad del poder. Perspectivas desde lo andino*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Ediciones Abya-Yala
- Saura, J. (2008) El discurso mediático y sus consecuencias para la interculturalidad. *Discurso y Sociedad*, 2 (4): pp. 816-838.
En [http://www.dissoc.org/ediciones/v02n04/DS2\(4\)Saura.pdf](http://www.dissoc.org/ediciones/v02n04/DS2(4)Saura.pdf). Accedido el 14 de abril de 2013.

- Sayago, S (2007) La metodología de los estudios críticos del discurso: problemas, posibilidades y desafíos. En Santander P. (ed) *Acerca de las posibilidades teóricas y políticas del análisis del discurso*. Valparaíso, Chile: Sonría. En <http://www.observatoriodecomunicacion.cl/sitio/wp-content/uploads/2012/07/LIBRO-AD.pdf>. Accedido el 16 de abril de 2013.
- Sistema Económico Latinoamericano y del Caribe (SELA) (2010) *Visiones, enfoques y Tendencias de la Cooperación Internacional: Hacia un marco conceptual y práctico latinoamericano y caribeño*. 4 (19).
En http://www.sela.org/attach/258/EDOCS/SRed/2010/07/T023600004271-0DT_4_Visiones_enfoques_y_tendencias_de_la_cooperacion_internacional.pdf.
Accedido el 13 de noviembre de 2012
- Smith, D. (2006) Incorporating texts into ethnographic practice, en Smith, D. (ed.) *Institutional Ethnography as practice*. Lanham: Rowman & Littlefield.
- Spicker, P., Alvaréz Leguizamón, S. & Gordon, D (2009) *Pobreza: Un glosario internacional*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Suárez, L. & Guaso, L. (2005) Evolucionismo, Mejoramiento Racial y Medicina Legal en *La ética y los avances recientes de la ciencia y la técnica*. México: Universidad Autónoma Metropolitana. En <http://csh.xoc.uam.mx/produccioneditorial/libreriavirtual/Laetica/Etica.pdf>. Accedido el 14 de febrero de 2013.
- Sulbrandt, J. (1993) La evaluación de los programas sociales: una perspectiva crítica de los modelos de evaluación usuales En Klirksberg, B. (comp.). *Pobreza. Un tempa impostergable: respuestas a nivel mundial*. México: Fondo de Cultura Económica
- Tani, R. (2003) La teoría antropológica y los fenómenos sociales. *Antropólogos Iberoamericanos en Red No 32*. En http://letras-uruguay.espaciolatino.com/tani/teoria_antropologica.htm. Accedido el 11 de enero de 2013.
- Tapia, I. & Delgadillo, J. (2011) La adecuación cultural de las infraestructuras de salud. En Citarella, L. & Zangari, A. (Eds) *Yachay Tinkuy. Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina*. Bolivia: Editorial Gente Común.

- Taylor, C. (2001) *El multiculturalismo y la política del reconocimiento*. México: Fondo de Cultura Económica
- Tejada de Rivero (2003). Alma Ata: 25 años después. *Revista Perspectivas de la Salud*, 8 (1). Organización Panamericana de la Salud. En <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/concurso2008/et/almaata25.pdf>. Accedido el 19 de noviembre de 2012.
- Trejo, F. (1980) *Nueva Crónica y Buen Gobierno de Guamán Poma de Ayala*. México: Siglo XXI Editores.
- Unceta, K. (2009). Desarrollo, subdesarrollo, maldesarrollo y postdesarrollo. En Pérez Galán (Ed) (2012) *Antropología y desarrollo. Discursos, prácticas y actores*. Madrid: Editorial Catarata
- Van Dijk, T. (1999) El análisis crítico del discurso. En *Anthropos (Barcelona)* 186. 23-36. En <http://www.discursos.org/oldarticles/EI%20an%20EIIlisis%20cr%20EDtico%20del%20discurso.pdf>. Accedido el 15 de abril de 2013.
- Villarroel, R. (2000) Bioética hermenéutica. *Acta Bioethica* 2000, 4 (1): pp. 143-157. En <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v6n1/art11.pdf>. Accedido el 13 de abril de 2013.
- Viquiera, C. (2001) *El enfoque regional en antropología*. México: Universidad Iberoamericana.
- Wagstaff, A. (2002) Pobreza y desigualdades en el sector salud. En *Revista Panamericana de Salud Pública* 11 (5-6): Washington. En http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S102049892002000500007&script=sci_arttext. Accedido el 1 de mayo de 2013.
- Walsh, C. (2009) Interculturalidad crítica y pedagogía de-colonial. *Revista Entre palabras*, Fac. Humanidades y Ciencias de la Educación, No.3 - No.4, La Paz, Bolivia: UMSA.
- Walsh C., Schiwy, F. & Castro-Gómez, S. (2002) *Indisciplinar las Ciencias Sociales. Geopolíticas del Conocimiento y colonialidad del poder. Perspectivas desde lo andino*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Ediciones Abya-Yala.
- Weber, M. (1988) *Sobre la teoría de las Ciencias Sociales* México: La Red de Jonás.
- Weffort, F. (1970) Notas sobre la teoría de la dependencia: teoría de clases o interés nacional? En *Revista Latinoamericana de Ciencia Política* Vol. 1 núm. 3: Santiago de Chile

- White, L. (1982) *La ciencia de la cultura: un estudio sobre el hombre y la civilización*. Buenos Aires: Paidós.
- Valenzuela Fernández, R. (2004) *Inequidad, Ciudadanía y Pueblos Indígenas en Bolivia*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Van Keesel, J. (1983) Ayllu y ritual terapéutico en la Medicina Andina. En Revista Chungará Núm. 10:165-176. Universidad de Tarapacá: Arica, Chile. Disponible en: http://www.chungara.cl/Vols/1983/Vol10/Ayllu_y_ritual_terapeutico_en_el_medicina_andina.pdf. Accedido el 27 de mayo de 2013.
- (2008) Vida y fuerza del ayllu Kallawayá. En Volveré, Revista Electrónica 5(30). Universidad Arturo Prat del Estado de Chile: Santiago de Chile. Disponible en http://www.unap.cl/iecta/revistas/volvere_30/articulo2.html. Accedido el 26 de mayo de 2013.
- Velasco, O. (2009) La Salud en la Cosmovisión Indígena. . En Citarella, L. & Zangari, A. (Eds) *Yachay Tinkuy. Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina*. Bolivia: Editorial Gente Común
- Williams, R. (1997) *Marxismo y Literatura*. Barcelona: Península.
- Yin, R.K. (1994). Case Study Research. *Design and Methods, Applied Social Research Methods* 5 (2), Newbury Park, CA: Sage.
- Zalles, J. (2009) Historia de la Medicina Andina Boliviana. Problemas y soluciones posibles. En Citarella, L. & Zangari, A. (Eds) *Yachay Tinkuy. Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina*. Bolivia: Editorial Gente Común.
- Zizek, S. (1998) *Estudios Culturales. Reflexiones sobre el multiculturalismo* Buenos Aires- Barcelona-México: Paidós
- (1998) Multiculturalismo o la lógica cultural del capitalismo multinacional,” en *Estudios culturales. Reflexiones sobre el multiculturalismo*, F. Jameson y S. Zizek. . Barcelona: Paidós
 - (2001) *En defensa de la intolerancia*. En <http://es.scribd.com/doc/21191875/SLAVOJ-%C5%BDI%C5%BDEK-En-defensa-de-la-intolerancia>
 - (2006) *Visión de paralaje*. USA: Fondo de Cultura Económica
 - (2010) *El sublime objeto de la ideología*. México: Editorial Siglo XXI