

Francisco M. Gil García y Patricia Vicente Martín
Coordinadores



MEDICINAS Y CUERPOS EN AMÉRICA LATINA

Debates antropológicos desde la salud y la interculturalidad

MEDICINAS Y CUERPOS EN AMÉRICA LATINA

Debates antropológicos
desde la salud y la interculturalidad

Francisco M. Gil García y Patricia Vicente Martín
Coordinadores

MEDICINAS Y CUERPOS EN AMÉRICA LATINA

Debates antropológicos
desde la salud y la interculturalidad



2017

MEDICINAS Y CUERPOS EN AMÉRICA LATINA
Debates antropológicos desde la salud y la interculturalidad

© *Francisco M. Gil García y Patricia Vicente Martín (coordinadores)*

Primera edición: Ediciones Abya-Yala
Av. 12 de Octubre N24-22 y Wilson bloque A
Casilla: 17-12-719
Teléfonos: (593-2) 2 506-267 / (593-2) 3962 800
e-mail: editorial@abyayala.org
www.abyayala.org
Quito-Ecuador

Derechos de autor: 050843

Depósito legal: 005852

ISBN: 978-9942-09-449-0

Diseño, diagramación Ediciones Abya-Yala
e impresión: Quito-Ecuador

Impreso en Quito-Ecuador, abril 2017

El contenido de este libro es de exclusiva responsabilidad de los autores

Contenido

Presentación	
<i>Francisco M. Gil García y Patricia Vicente Martín</i>	7
“Sin Raulito no hay salud intercultural”: Etnografía y trabajo de campo en el altiplano de Bolivia	
<i>Gerardo Fernández Juárez</i>	17
Interculturalidad en salud: dudas, limitaciones y repliegues	
<i>Eduardo L. Menéndez</i>	53
El remedio fetiche: Apuntes para una etnografía del medicamento	
<i>Francisco M. Gil García</i>	99
Lógicas interculturales y discursos contradictorios	
<i>Óscar Muñoz Morán</i>	137
Hambrientos y desnutridos en el oriente de Guatemala: Dificultades y aprietos biomédicos para una atención intercultural en salud	
<i>Lorenzo Mariano Juárez</i>	155
Salud e interculturalidad: Reflexiones a partir de la experiencia en un programa de cooperación al desarrollo en la Amazonía ecuatoriana	
<i>Montserrat Pulido Fuentes</i>	177

Tablas estadísticas y cuerpos invadidos: apuntes sobre el aborto en Bolivia y en Sudamérica	
<i>Patricia Vicente Martín</i>	207
Apropiación de pacientes, saberes y poderes: una perspectiva crítica desde la antropología de la salud en la región del Chaco	
<i>Javier Rodríguez Mir</i>	243
Sobre los autores	

Presentación

Francisco M. Gil García
Patricia Vicente Martín

Esbozar el concepto de *salud intercultural* en América Latina, una tarea complicada. Preguntarse qué es la interculturalidad no es una cuestión baladí; aportar una definición de interculturalidad –ya sea en el ámbito de la salud, de la educación o en cualquier otro– es aún una tarea necesariamente inconclusa. Este volumen intenta contribuir al debate con una serie de trabajos que reflexionan sobre el propio concepto, a la vez que abordan los (des)encuentros entre sistemas de salud amerindios y biomédicos en distintas áreas geográficas y culturales.

La interculturalidad, lo que concierne a la relación entre culturas –como bien sintetiza el *Diccionario* de la Real Academia Española–, se entiende de múltiples maneras. Es metodología y es teoría. Es también un tema, o una actitud a aplicar en el proceso de la investigación. Es, en definitiva, un concepto aparentemente sencillo, hasta que al profundizar en él surgen diferentes acepciones, a veces complementarias pero frecuentemente contradictorias (Menéndez, 2006, p. 51). Así por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) entiende la interculturalidad como: “un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto de las diferencias existentes en una o varias culturas, indispensable para construir una sociedad justa en el ámbito político, social, cultural, etario, lingüístico, de género y generacional” (OPS, 2008, p. 10).

Además de esta interacción comunicativa, la interculturalidad en salud es también una herramienta y una habilidad. Es considerada

como la capacidad que permite “reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad”; y actúa como herramienta enfocada a “la aceptabilidad de los sistemas de salud y para la consolidación de un sistema más equitativo y participativo”, que a través de diálogo horizontal persigue tanto el “reconocimiento y valoración de conocimientos y prácticas de salud locales” como la incorporación de estas últimas en el interior de los sistemas de salud convencionales (OPS, 2008, p. 11). A este respecto resulta interesante citar las palabras de Gerardo Fernández (2011):

El concepto de interculturalidad y sus aplicaciones concretas parece adolecer de un carácter escurridizo o cuando menos acumulativo, puesto que cuanto más se piensa en él y se hace el esfuerzo por enmarcarlo en una definición sencilla, nuevas sensibilidades, conceptos y perfiles aparecen asociados en el debate sobre su naturaleza (p. 2).

A pesar de ser un término acuñado de forma muy temprana, su uso comenzó a popularizarse a partir de la década de 1990, siendo en la actualidad una palabra fetiche y omnipresente (Aguirre, 1995 [1955]). Ante la polisemia y la falta de consenso, lo que aquí se plantea es una (breve) lista de acepciones.

En primer lugar, lo intercultural queda relacionado con la reciprocidad, la convivencia, el encuentro y el reconocimiento. Por ello podría definirse como el marco idóneo “para el reconocimiento recíproco entre culturas diferentes”, siempre que este reconocimiento se dé en términos de simetría y de igualdad, siempre valorando las diferencias (Onghena, 2002, pp. 87-88, 90). El énfasis sobre este tipo de diálogo parece haber sido lo más representativo y característico de la interculturalidad, pero basta atender a infinidad de casos concretos para matizar esta idea, e incluso desmentirla.

El discurso intercultural es –como bien ha señalado Laura Mateos (2010, p. 17)– un “fenómeno transnacional que enlaza, fertiliza e hibridiza diferentes tradicionales disciplinarias y nacionales”. Aunque en Europa este concepto nunca logró visibilizarse como una prioridad o herramienta especialmente apropiada, sí ha acabado por configurarse

como un instrumento pertinentemente útil para el trabajo con minorías étnicas –al igual que ha ocurrido en los distintos países latinoamericanos– o con colectivos de inmigrantes (Fernández, 2011, p. 17; Flores, 2011, pp. 14-15; Ramírez, 2011, p. 43). Aun cuando podía haberse instituido como la herramienta idónea para adecuar espacios y tratos, para valorar lo diferente, al final sirve más para estigmatizar a los otros. Como bien ha señalado Juan Antonio Flores (2011, p. 9), la idea de que “la interculturalidad es exclusivamente útil para trabajar con minorías indígenas o migrantes” está ampliamente difundida, y con ello la suposición de que estos colectivos poseen “singularidades culturales más o menos ‘problemáticas’”, las cuales deben ser salvadas o superadas a la hora de encarar un trabajo de tipo técnico.

Sin embargo, ¿por qué no creer en una idea positiva de lo intercultural, del encuentro real entre culturas? Sólo así se podrán realizar intercambios constructivos y respetuosos entre los extremos. Simplemente hay que cultivar actitudes que acaben trazando lo que Xavier Albó (2004, pp. 65, 68) definió como relaciones “hacia el centro”. Y en este sentido –que así debiera ser–, la interculturalidad bien puede ser entendida como una metodología que permita el estudio, la descripción y el análisis de la interacción dada entre diferentes culturas (Onghena, 2002, p. 86).

En cambio, la interculturalidad ha asumido diferentes acepciones y trayectorias, aun cuando algunas veces la revalorizan como piedra de toque de la Antropología, como el rasgo metodológico que la distingue. Al fin y al cabo todo trabajo de campo etnográfico se desarrolla en contextos de interculturalidad, sea cual sea la otredad estudiada, e incluso al plantear una antropología *at home* (Menéndez, 2006, p. 51).

Así, el proceso de interculturalidad ha pasado por diferentes momentos dentro de la propia trayectoria de la disciplina: en sus inicios estuvo dominado por las escuelas evolucionista y difusionista, singularizadas por un acusado etnocentrismo y por una marcada perspectiva asimétrica; concepción etnocéntrica que se radicalizó durante las décadas de 1920 y 1930, y que no sería cuestionada –desde puntos de vista

muy diversos— hasta la llegada del relativismo cultural mucho después. Es por ello que desde la década de 1990 se pueden distinguir usos muy dispares del concepto de interculturalidad, que al final pueden ordenarse en torno a dos líneas básicas (Menéndez, 2006, pp. 58-59). La primera de ellas, abrazada por quienes analizan los procesos de salud, enfermedad y atención en términos culturales, parte de la base de que los sujetos pertenecientes a culturas diferentes desarrollan prácticas y concepciones demasiado distintas como para permitir relaciones simétricas y complementarias. Es por tanto que resultará imprescindible corregir la mala comunicación imperante entre las partes. La otra línea, amén de reconocer aspectos simbólicos y etnicistas, articula una dimensión económica y política desde la cual presentar las condiciones de pobreza y desigualdad social como el elemento central que constituye las relaciones interculturales.

Por su parte, Juan Antonio Flores (2011, p. 25) amplía hasta cuatro los usos que en los últimos años se vienen dando en materia de interculturalidad en la salud: 1) como una moda, en parte por el auge y la popularidad reciente de los estudios antropológicos entre profesionales de la salud y trabajadores sociales. 2) como una retórica, una acepción bien interesante en tanto que trata el concepto como si de una palabra mágica, un fetiche se tratara, cada vez más frecuentemente y sin ningún tipo de rigor o precisión descriptiva; una suerte de término políticamente correcto de obligada presencia en los discursos políticos y los proyectos de cooperación. 3) como un horizonte utópico en sociedades de gran complejidad sociocultural. Y 4) como una necesidad técnica y de eficacia, sin duda la única apuesta práctica que merecería los esfuerzos de seguir trabajando en esta línea.

Con lamentable frecuencia, lo que a priori se había configurado como un diálogo horizontal ha acabado por convertirse —en palabras de Gerardo Fernández (2011, p. 18)— en una “posmoderna forma de paternalismo”. Muchos de quienes hablan de salud intercultural, ya sea desde los estados, las ONG o la academia, lo hacen llevados por esa tendencia de moda o a partir de esas retóricas vacuas recién señaladas, descuidándose generalmente la profundización en las raíces filosóficas del paradigma.

Suele ocurrir que los voluntariosos y bienintencionados principios recogidos en buena parte de los programas de atención intercultural en salud a la postre resultan difíciles de aplicar, mantener y garantizar.

Teniendo muy presentes estos enfoques, el presente volumen busca explorar la posibilidad y complejidad de las actuaciones sanitarias entre agentes y usuarios de culturas y contextos diferenciados de América Latina. Su propósito no es otro que el de favorecer la reflexión sobre aplicaciones teóricas y prácticas que la perspectiva intercultural puede ofrecer en el dominio de la salud, un tema –ha quedado dicho– tan en boga y a la vez tan necesitado de revisión crítica.

Gerardo Fernández Juárez adopta en “‘Sin Raulito no hay salud intercultural’. Etnografía y trabajo de campo en el altiplano de Bolivia” un tono delicadamente íntimo para discutir, desde experiencias de campo procedentes del altiplano boliviano, los conceptos de enfermedad, terapia y cultura, buscando con ello alcanzar una definición de lo intercultural en materia de salud. Para ello se sugiere un decálogo de lo que podrían considerarse como buenas prácticas en el tratamiento intercultural de la salud y la enfermedad, pensando especialmente en los equipos sanitarios que trabajan en comunidades indígenas.

Eduardo L. Menéndez repasa en “Interculturalidad en salud: dudas, limitaciones y repliegues” las aplicaciones e intervenciones más relevantes en materia de salud intercultural en la región latinoamericana, y en especial en México, incidiendo especialmente sobre distintas omisiones acometidas por los especialistas en esta materia; omisiones que han acabado por generar una visión estática y polarizada entre los dos grandes saberes médicos: occidental biomédico e indígena. A partir de esta idea, el autor interpreta la ineficacia de los enfoques interculturales en salud desde el empleo de una metodología que no contempló factores ni relacionales ni históricos, y que acabó convirtiendo la cultura y la procedencia étnica en elementos inicuos, al tiempo que se ignoraba la repercusión de los factores socioeconómicos y la situación de pobreza en la salud de las poblaciones indígenas.

En “El remedio fetiche. Apuntes para una etnología del medicamento” Francisco M. Gil García arranca de la idea de que algo tan cotidiano para nosotros como son los medicamentos puede resultar sin embargo extremadamente *exótico* en otras sociedades; un bien escaso –a veces incluso suntuario o de prestigio– sobre el que se proyectan capitales simbólicos y creencias diversas. En ese choque de lógicas entre la biomedicina occidental y las prácticas tradicionales, los fármacos llegan a convertirse en panacea, en remedio fetiche sobre el cual recaen las expectativas de una sanación omnímoda por parte de pacientes frecuentemente desinformados o confusos. Y es que la prescripción y el consumo de medicamentos sigue siendo una de las asignaturas pendientes de la salud intercultural. Desde el desencuentro entre el personal sanitario y los enfermos, el autor juega con ejemplos etnológicos y problemáticas generalizables a toda América Latina, para acabar comentando casos concretos procedentes de investigaciones de campo entre poblaciones del altiplano sur boliviano.

Óscar Muñoz Morán discute en “Lógicas interculturales, discursos contradictorios” la idea de que los antropólogos están acostumbrados a discursos que en apariencia contradicen la praxis, aun cuando la etnología demuestra que más que contradicciones son procesos de adaptación a las realidades pasadas, presentes y futuras. Tomando la salud como una de esas recurrencias en cualquier sociedad humana, hace un recorrido por discursos sobre los usos y desusos de medicina tradicional y/o la medicina clínica, y las lógicas internas que los definen, para concluir que el uso de ambas está más extendido de lo que parece entre los grupos amerindios, sin por ello romper con sus códigos propios. Porque, por encima del método, la salud es siempre lo primero. Con esta cabecera va desganando contradicciones detectadas en sus trabajos de campo en Asturias (España) y entre purépechas de Michoacán (México) y quechuas del norte de Potosí (Bolivia); contradicciones aparentes, pues –como al final concluirá– en el día a día de las distintas poblaciones se plantean sin generar ningún tipo de conflicto: enfermedades de origen sobrenatural curadas con medicina occidental, médicos de formación académica llevando a sus familiares a los especialistas tradicio-

nales para curar enfermedades que los medicamentos no han podido sanar, por citar sólo un par de casos.

En esta línea de la casuística compleja y la etnografía como ilustradora de relaciones complejas, Lorenzo Mariano Juárez analiza en “Hambrientos y desnutridos en el oriente de Guatemala. Dificultades y aprietos biomédicos para una atención intercultural en salud” cómo los itinerarios terapéuticos escogidos por los pacientes permiten una reflexión sobre las dificultades existentes en el oriente de Guatemala en el tratamiento de la desnutrición. Contra ese axioma universalista de la biología que dice que el hambre es la falta de alimentos, la carencia de calorías en términos aritméticos, el autor enfatiza los factores culturales. Apostando por otra manera de pensar y actuar, se plantea así una crítica a esos programas de lucha contra el hambre y la atención sanitaria a la desnutrición que han enfatizado la estrategia de paliar tales carencias con la entrega de alimentos, muchas veces sin considerar las lógicas de aquellos a los que se trata de aliviar; una crítica a esos discurso desarrollistas y biomédicos de los cuales no resultan sino desencuentros y fracasos.

En “Salud e Interculturalidad. Reflexiones a partir de la experiencia en un programa de cooperación al desarrollo en la Amazonía ecuatoriana” Montserrat Pulido Fuentes expone la necesidad de una idea de interculturalidad en términos de complementariedad entre las culturas que entran en contacto a través de los proyectos de cooperación al desarrollo. Asumiendo que hay diferencias, se enfatiza la necesidad de facilitar la confluencia entre las representaciones y prácticas que ambas partes utilizan, destacando –puesto que se aprecian malas condiciones de comunicación cultural, señala esta autora– qué hay que mejorar para posibilitar una mejor interrelación. Desde esta perspectiva se aporta un análisis crítico sobre los proyectos y programas de salud en la Amazonía ecuatoriana y desde su propia experiencia entre poblaciones achuar, presentando casos prácticos que favorecen una reflexión marcada por el reclamo a considerar un diálogo intercultural en el marco de la salud, con especial énfasis en la capacitación de los agentes de salud tanto en los sistemas tradicionales como en los occidentales.

En “Tablas estadísticas y cuerpos invadidos. Apuntes sobre el aborto en Bolivia y Sudamérica” Patricia Vicente Martín aborda una vieja cuestión: la problemática del aborto *ilegal*, que lleva causando la muerte y otras complicaciones a las mujeres latinoamericanas desde hace décadas, y que ha motivado a que en diferentes países se lo califique como un problema de salud pública, al tiempo que se lo reduce a meras estadísticas a partir de estudios clínicos. Sin invalidar estos trabajos, y considerando perspectivas de análisis diversas, lo que se propone es un punto de vista focalizado sobre la concepción del cuerpo, la concepción, el parto y el *malparto* entre poblaciones amerindias, y poniendo el acento –desde la experiencia en áreas rurales de Potosí (Bolivia)– en la necesidad de atender al propio punto de vista de la mujer indígena.

Cerrando el volumen, Javier Rodríguez-Mir incide en el hecho de que tratar de aplicar la interculturalidad en el ámbito de la salud supone un gran desafío, más aún cuando a la ya compleja relación entre el modelo hegemónico occidental y los sistemas de salud indígenas se añade la gestión e intervención de políticas públicas vinculadas al ámbito sanitario. Desde “Apropiación de pacientes, saberes y poderes. Una perspectiva crítica desde la antropología de la salud en la región del Chaco” insiste en el papel fundamental de la antropología en la interpretación y comprensión de fenómenos vinculados a los procesos de salud y enfermedad presentes en las representaciones mentales y la praxis, no sólo de la cosmovisión indígena, sino también del universo occidental. Tomando como referente el escenario del Chaco argentino, se aborda el choque mental y dialéctico entre sistemas nativos que conceptúan la salud desde procesos holísticos que trascienden los aspectos meramente biológicos para enraizarse en ámbitos espirituales profundos, y los modelos de salud pública, junto con su calado en la opinión y sensibilización del resto de la población nacional. Un choque que –a ojos del autor– no hace sino complejizar aún más unas relaciones médico-paciente en contextos interculturales de por sí bastante complejas por la falta de entendimiento mutuo.

Bibliografía

- Aguirre Beltrán, Gonzalo (1995). *Problemas de la salud en la situación intercultural* [1955]. México-Veracruz: Instituto Nacional Indigenista, Fondo de Cultura Económica, Universidad Veracruzana, Gobierno del Estado de Veracruz.
- Albó, Xavier (2004). Interculturalidad y salud. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas* (pp. 65-74). Quito: Abya-Yala, Agencia BOLHISPA-NA, Universidad de Castilla-La Mancha.
- Fernández Juárez, Gerardo (2011). Claroscuros de la salud intercultural en América Latina. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* 11. <http://nuevomundo.revues.org/61188>.
- Flores Martos, Juan Antonio (2011). Interculturalidad en salud y eficacia: algunas indicaciones de uso para OGND con proyectos de salud en América Latina. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* 11. <http://nuevomundo.revues.org/61232>.
- Mateos Cortés, Laura Selene (2010). *La migración transnacional del discurso intercultural: su incorporación, apropiación y resignificación por actores educativos en Veracruz, México*. Tesis de Doctorado. Granada: Universidad de Granada.
- Menéndez, Eduardo (2006). Interculturalidad, diferencias y Antropología “at home”. Algunas cuestiones metodológicas. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural* (pp. 51-67). Quito: Abya-Yala, AECI, Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III.
- Ongghena, Yolanda (2002). *Interculturalael. Balance y perspectivas. Encuentro internacional sobre interculturalidad*, noviembre 2001, [En línea, consultado a 10 de diciembre de 2016]. www.cidob.org/content/download/2852/25592/version/1/file/04_lineas_cast.pdf
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2008). *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. Washington: Pan American Health Org. (Organización Panamericana de la Salud, OPS).
- Ramírez Hita, Susana (2011). *Salud Intercultural: Crítica y problematización a partir del contexto boliviano*. La Paz: ISEAT.

“Sin Raulito no hay salud intercultural”

Etnografía y trabajo de campo en el altiplano de Bolivia

Gerardo Fernández Juárez

Abriendo el cuaderno

Dicen que los “gringos” acostumbramos a resolver cualquier tipo de problema y circunstancia con tan sólo introducir nuestra mano en los bolsillos; como por arte de birlibirloque, atesoramos plata, dinero y fortuna sin el más mínimo esfuerzo. Por eso, entre otras razones, nos dicen *q'aras*, “pelados”. Ellos son los *jaqi*, las “personas”. Su razón es el trabajo, el esfuerzo continuo; nada se les ha dado fácil. El éxito depende de su enconado empeño... y de que, finalmente, la *Pachamama* (Madre Tierra) quiera recompensar tanta entrega. Seguro que Raulito Condori, a pesar de su corta edad, ya habría tenido ocasión de escuchar alguna historia sobre nosotros. Su reacción asustadiza, la primera vez que contemplé mi rostro, así lo testimonia. ¡Cuatro ojos! (*ipusinayra!*), barba poblada, (*jach'asunkhani*), nariz pelada (*nasa q'ara*) piel quemada, aspecto cansino y talla “sobrehumana”, hacen de nuestro ser, de nuestra conceptualización como personas, algo extraño, extraordinario..., monstruoso. Sin embargo, en aquella ocasión la presencia del gringo, *q'ara*, *wiraxucha* (“caballero”, término igualmente empleado en referencia chistosa al chancho hasta el punto que no siempre resulta fácil diferenciar entre el trato grandilocuente y la mofa pública), no sirvió para nada. Raulito Condori murió; su vida se fue consumiendo en medio de una trágica agonía, enfermo de *coqueluche* (variante de la tosferina). Imposible resultó llevarlo al hospital de la localidad de Achacachi (provincia Omasuyos, departamento La Paz,

Bolivia). “No, joven Gerardo, allá van a abusar de la *wawa*, al hospital sólo se acercan los que van a morir”, me confiaban sus padres. Las posibilidades de medicación convencional estaban lejos de satisfacer a los padres del muchacho. “Peor le va a resultar inyección, ya es tarde”.

Finalmente el cuadro de antibióticos de mi botiquín de urgencia tampoco cumplió su objetivo. Las tetraciclinas tenían que serle administradas al niño personalmente, en las dosis hipotéticamente adecuadas, de no ser así, amanecían sobre la repisa de la pared de la habitación en el mismo lugar en que las dejé, frías, ajenas al drama, sin que nadie se hubiese animado ni tan siquiera a acercárselas al muchacho; mi impresión particular era que Raulito ya había sido desahuciado por su familia, por su cultura y... por los *achachilas* aymaras. Los *aphällas*¹, *achachilas*² asistentes de uno de los *ch'amakani*³ del sector, habían afirmado con rotundidad que el *ajayu*⁴ de Raulito estaba muy lejos y que los intentos (convencionales y tradicionales) por sanarlo resultarían estériles. Social y culturalmente Raulito estaba ya muerto, a pesar de que su corazón continuaba latiendo. El propio padre de Raúl, un tanto molesto con mis insistencias

1 *Aphällas*: Seres tutelares que participan en las sesiones oscuras de los *ch'amakanis*.

2 *Achachilas*: Principales seres tutelares del Altiplano. Así se les dice a las montañas, aunque su traducción literal sería “abuelo”.

3 *Ch'amakani*: Especialista ritual de especial relevancia y prestigio en el Altiplano aymara. Su virtud principal es la capacidad que presenta para hablar y conversar con las entidades tutelares de los Andes en sesiones nocturnas, que se efectúan en completa oscuridad, *ch'amaka*, posibilitando el desdoblamiento del especialista en varios personajes con voces propias que interpelan a lo largo de la sesión ceremonial, tanto al propio especialista, como al resto de participantes (Fernández, 2004a).

4 Los pobladores aymaras consideran que cada persona posee, al menos, tres entidades anímicas denominadas, en el ámbito lacustre del Titicaca, como *ajayu*, *animo* y *coraje*. Estas tres entidades, sufren de episodios de fuga, ante cualquier imprevisto, que los separa del cuerpo, siendo causa de diversas enfermedades e incluso pudiendo provocar la muerte, en los casos extremos en los que son capturadas por los seres tutelares del Altiplano y devoradas por ellos. Estas entidades anímicas son conocidas con el genérico de *ch'iwi* en aymara, es decir “sombra”, como también se las denomina en el Norte del Perú (Polia, 1989; Fernández, 2004b). Para una introducción general sobre la significación antropológica de las entidades anímicas y su relevancia en el concepto de “ser humano” en las culturas amerindias (Gutiérrez, 2010, pp. 9-55).

para trasladarlo al hospital, me comentaba suplicante, tratando de ser lo suficientemente convincente: “Tengo otros cuatro hijos más..., el hospital y las medicinas cuestan plata, a ver, ¿de dónde voy a sacar?”

Aquello fue suficiente para atemperar mis ánimos. La plata no era el problema, pero sí la férrea convicción familiar, amparada en la cultura, que reaccionaba molesta por mi exceso de celo. Desde la perspectiva aymara ya se había hecho lo humanamente razonable por sanar al muchacho, aunque sin éxito, y lo mejor era respetar su suerte, posibilitando que falleciera en casa, al calor de todos los suyos, sin el trauma inevitable que las instituciones hospitalarias producen en *wawas* y adultos. A pesar de todo me resultaba muy difícil entender esta respuesta, circunstancia que me hizo dudar sobre los supuestos “universales” de la cultura y entre todos ellos el valor otorgado a la vida por sobre todas las cosas.

También entre nosotros, los gringos, surgen cada vez voces disonantes sobre las prevalencias y privilegios de la tecnología “entubadora”; esas vidas conectadas a máquinas y aparatos sin más esperanza que prolongar la existencia hasta que la vida se pierde degenerándose entre computadoras y circuitos. Todo en mí era confusión. A pesar de mi intensa vivencia entre los aymara, me convulsionaba la idea de ejercer exclusivamente de “observador participante”. Sabía que no era a mí a quien tocaba tomar decisiones, pero contemplar impotente la muerte de aquel muchacho que a duras penas podía rehacerse de los ataques de tos, faltándole el resuello en cada espasmo, cambió de forma radical el objeto de mi presencia entre los aymaras del altiplano boliviano. Lo que empezó siendo un trabajo de conjeturas sobre los modos de terapia empleados por los “sabios” aymaras, los *yatiri*, frente a los usos de la medicina convencional, “académica”, fue cambiando de orientación hasta adquirir un sesgo sustancialmente “testimonial”. Sin pretensiones cuantitativas, pero reflejando el valor cualitativo de una problemática real que en ocasiones establece enfrentamientos feroces entre las distintas formas de conceptualizar la salud y la enfermedad, mientras que en otros casos, como veremos, indudables opciones complementarias.

No me quedé envuelto en mis dudas por más tiempo. Tampoco soportaba permanecer incrustado en la atalaya observadora que protege descaradamente al antropólogo de cualquier roce con la realidad y tomé mi decisión, asumiendo los riesgos. A los pocos días un equipo de médicos a los que planteé el problema, dadas las peculiaridades del caso y ante el hecho consumado del contagio, se presentaron en el lugar. Eran extraños y los recelos acostumbrados por los desconocidos y las inyecciones se acentuaron. Permanecimos en un lugar apartado mientras localizábamos a los niños afectados de la comunidad. El intercambio con los padres de familia resultó franco y directo, no en vano he sido el “joven Gerardo”⁵ durante algunos años y ya me conocen en el entorno. No ahorré ningún tipo de detalles en la entrevista con los padres de familia, recomendándoles aprovechar la presencia de los médicos para que analizaran a los niños y niñas enfermos, y les pudieran inyectar una dosis de penicilina, recalcando, eso sí, que se trataba de un “cariño”, es decir, que no les iba a costar ni un solo boliviano. Los médicos detectaron varios casos de neumonía, y esa afección coqueluchoide que hacía toser espasmódicamente a los más pequeños hasta obligarles a botar un esputo sangriento.

La inversión había sido hecha. Varios de los padres de familia confesaban que no podían dormir por la noche debido a los accesos de tos de los pequeños y a que en la escuela había múltiples casos de afectados. Incluso confesaron haberlos llevado al *yatiri*, quien ya había llamado el *ajayu* de alguno de ellos. Una vez aclarado que no les iba a costar nada quedamos en reunirnos en el camino hacia la explanada de la cancha⁶. Allí retrocedimos para preparar todo el equipo necesario;

5 Obviamente “en tiempos de soltero”, a lo largo de los años ochenta y primera mitad de los noventa del pasado siglo.

6 Paradójicamente, según supimos luego, no es bueno de cara al reconocimiento de la eficacia de los fármacos ofrecerlos completamente gratis. En el Altiplano, se considera que los fármacos que se ofrecen gratis o no tienen los excipientes necesarios para ser eficaces, o están “pasados”, caducados, o no son curativos respondiendo su empleo a otras finalidades encubiertas como provocar infertilidad en las mujeres. Los avances del SUMI en Bolivia, Seguro Universal Materno Infantil para la madre parturienta y el niño hasta los 5 años de edad, tropiezan con la ubicación de ciertos fármacos en sus programas de ayuda, pero no de otros.

pasaron los minutos y nadie se presentó. Ante la incertidumbre decidí acercarme sobre la cortada del cerro. El espectáculo me pareció indescriptible. Cerca de medio centenar de mujeres, con sus *wawas* a cuestas, de la mano y acompañadas –en algunos casos– por sus maridos, subían por el camino en dirección a la cancha. El servicio de asistencia se prolongó por espacio de varias horas. No pude evitar cierta emoción; el tiempo pasado ejerciendo una prolija convivencia en el entorno comunitario estaba dando sus frutos. Sentía que la comunidad confiaba en mis palabras. Una mezcla de satisfacción, orgullo y, tal vez, vanidad acentuaban el compromiso adquirido con ellos. “Nunca había visto tantos *potos*⁷ en mi vida”, comentó en tono jocoso uno de los médicos ante las carcajadas sonoras de los padres de familia. El ambiente de contacto resultó óptimo y los padres agradecieron la atención prestada.

A pesar de mis dudas morales por la decisión que tomé, por haber cruzado tal vez el “margen o umbral de competencia” que un antropólogo debe medir con cuidado, me sentía complacido y satisfecho como “profesional” y como persona. La decisión tomada fue tanto del antropólogo como de la persona. ¡Cómo diferenciar ambos aspectos! ¡Cómo separar lo uno de lo otro! La antropología forma parte de mi proyecto de vida y como tal actuó sin delimitar qué parcela de mi ser ejecuta la toma de decisiones. Me impliqué y el resultado hoy resulta obvio, una buena parte de los muchachos afectados disfruta de una segunda oportunidad con la vida, circunstancia que en Bolivia resulta un verdadero privilegio; alguna *wawa* lamentablemente también falleció –la medicina no es una ciencia exacta– pero el espacio de diálogo que se creó entre padres de familia, afectados, *yatiris*⁸ y médicos hizo posible una complementariedad de estrategias en el dominio de la salud, que resultó sustancialmente exitosa. No permanecí en el oscuro ángulo del arpa auscultando la realidad con anteojos; la realidad me tocó, me rozó de cerca, me hirió de forma desaprensiva. No he podido, quizás no he sabido permanecer en esa atalaya

7 Poto: En el habla coloquial de Bolivia, culo, “trasero”.

8 *Yatiri*: Especialista en ritual. Diestro en augurar mediante las hojas de coca, realizar ofrendas complejas (mesas) y curar enfermedades vinculadas al “susto” y a la actuación de los seres tutelares del Altiplano.

aséptica, “objetiva”, imparcial. La asepsia resulta imprescindible en medicina, no estoy tan seguro respecto a la antropología, sobre todo cuando el dolor, la agonía y la muerte son los “informantes clave”.

Escribir sobre las relaciones entre medicina tradicional y medicina convencional en un pequeño sector del altiplano aymara de Bolivia es algo así como ejercer una labor detectivesca en la resolución de un caso donde los actores implicados resultan igualmente sospechosos. Las estadísticas aceptadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) colocan al entorno rural boliviano en una situación sanitaria complicada. ¿Cómo es posible que en este contexto, la efectividad de la medicina convencional resulte tan baja e ineficaz? ¿Por qué circunstancia los equipos médicos formales son rechazados? En unos casos de forma implícita, no asistiendo los pobladores a las postas y hospitales. En otros, explícitamente, puesto que algunos equipos sanitarios han sido expulsados y apedreados en su labor sanitaria, por parte de los comuneros, los supuestos “beneficiarios” de dichas campañas de apoyo planteadas con muy buenas intenciones desde los gabinetes ministeriales y cuadros de dirección de ONG, pero sin una información previa de campo. Indudablemente la posibilidad de respuesta correcta a esta pregunta o paradoja que supone la actitud de ciertas poblaciones nativas respecto a la medicina “occidental”, implica contemplar parámetros dispares como las posibilidades económicas de la zona, el índice de escolarización y otros varios. Sin embargo, en Bolivia, cuando se trata de enjuiciar respuestas emprendidas por las poblaciones originarias respecto a las propuestas del Estado, no tarda en aparecer la arrogancia criolla y el paternalismo conformista sobre la escasa formación de los indiecitos (pobres ignorantes), cuando no de sus limitadas posibilidades intelectuales, como tuve en cierta ocasión que aguantar por parte de un conocido médico y senador boliviano.

Efectivamente, las respuestas ambiguas o negativas de los grupos étnicos bolivianos a los “preclaros” programas, juicios y proyectos estatales, poseen lógicos planteamientos que las naciones originarias construyen y no dudan en compartir cuando se les dedica un poco de tiempo. Es preciso encontrar las razones que explican estas respuestas desde dentro, antes de conformarnos en defender las antiguas tesis co-

loniales y criollas sobre la culpabilidad *per se* de los propios indígenas, condenados a la marginación y oficialmente responsables de la misma.

Bolivia, nación plurilingüe y pluricultural como reza la carta magna, sin embargo, no son muchos los planteamientos plurilingües y pluriculturales que se tienen en cuenta en los programas que se desarrollan en las comunidades rurales. La palabra mágica es “proyecto” que, según las reglas de la Ley de Participación Popular, implica “plata” y ha dado lugar al surgimiento de numerosas ONG, con fines dispares, no siempre impulsadas por el ideario altruista de “sin ánimo de lucro”, sea éste económico o político. La supuesta realidad social boliviana se convierte en “múltiple” cuando la impronta de la cultura establece sus dominios. Esta circunstancia incide en que cualquier aspecto, por trivial que parezca, sobre la vida pública, política, económica o social, implique un proceso de concertación social y el acuerdo para su eficaz reacomodo.

El ejercicio de la medicina rural precisa, igualmente, de una nueva perspectiva que pueda reorientar los medios y los fines que persigue de una manera consensuada. Colocar aparentemente algo tan sencillo (que no lo es tanto) como una vacuna implica, por un lado, a alguien que ejecuta la acción anotando escrupulosamente las incidencias en sus registros estadísticos (que son los que en buena medida van a garantizar la ayuda externa a percibir), y por otro lado, otra persona que, con perdón, pone su “poto” y nada más. La relación de poder resulta completamente asimétrica. El indígena que, por no variar la localización orgánica, ofrece su “poto” tiene que fiarse de la utilidad de aquel recurso cuya finalidad y objeto pocas veces comprende no porque sea torpe, como algunos quieren hacernos creer, sino porque nadie ha decidido explicarle qué es aquello, cuál es su finalidad, cuál el interés de ese personaje vestido de blanco a quien no conoce, que no habla la lengua nativa y que, además, está interesado especialmente en manipular a los niños y niñas de corta edad, es decir el futuro de la familia y de la comunidad. Pero, por otro lado, nadie del equipo médico se ha preocupado en atender las apreciaciones que sus pacientes les hacen sobre su manera de entender la enfermedad y los problemas de salud; sobre los problemas que producen los sistemas de aplicación médica; nadie les dedica tiempo a familiarizarse

y conocer sus temores respecto a los útiles médicos y la finalidad de sus prácticas; nadie del equipo les dedica tiempo a conocer sus puntos de vista y aprender también con ellos.

Poner la vacuna en el “poto”, anotar el nombre de la “víctima-beneficiario” y desaparecer cuanto antes de aquel inhóspito lugar son actitudes frecuentes de los equipos médicos formales que poco ayudan en los planteamientos complejos de profundo valor pluricultural en relación con la medicina formal y sus retos actuales.

Los determinantes de la salud, las causas y etiología de la enfermedad, su naturaleza y, por supuesto, las medidas de terapia seleccionadas por cada cultura, muestran de forma evidente que el dominio de la salud, la enfermedad y los procedimientos terapéuticos empleados están mediatizados por ella.

Enfermar y curarse en los Andes es algo sustancialmente distinto de lo que resulta estar sano, estar enfermo y curarse en términos convencionales. Son otros los parámetros considerados por los médicos nativos y por los enfermos en relación con la afección que padecen. Estar sano o estar enfermo depende de otros factores que no son pertinentes en la medicina convencional. Es por eso que los tratamientos apuntan en la dirección culturalmente pautada respecto a lo que es definido como “enfermedad”.

Puesto que la enfermedad, sus caracteres, modalidades y prácticas terapéuticas se definen desde la cultura, es en su ámbito donde hay que buscar algunas respuestas que hagan comprensible la desconfianza y el aparente fracaso o minusvalía de las entidades de salud que trabajan en el altiplano aymara de Bolivia.

Enfermedad, terapia y cultura. Observaciones desde el cuaderno de campo

Año pasado... el doctor era otro también... todos diferentes sus caracteres tienen ¿no ve? No son iguales. Y los pacientes que tenían confianza me preguntaban: “¿Está el doctor?” – “Sí”, le digo-. “¡Ah!, entonces volveré más tarde”. Así, “cuando no está vuelvo”, dicen, sí. Ahí yo sufría

mucho, en esa parte. “Ahora... ¿qué hago, pues? ¿Qué voy a decir?” (Cleo Alaru. Auxiliar Sanitaria aymara).

Dicen que la libreta o cuaderno de campo es el principal recurso metodológico que el antropólogo debe utilizar cuando se encuentra realizando su investigación. Las anotaciones apuradas, las manchas de tierra y comida, los tachones y correcciones múltiples, junto a los diseños y esbozos gráficos más pertinentes, suelen formar parte del conjunto estético que encierra cualquier libreta de campo. En la libreta de campo aparecen bosquejadas primeras impresiones, conjeturas, llamadas de atención junto a reflexiones testimoniales que ofrecen un contexto íntimo, personal, donde la descripción y la etnografía más aséptica suelen encontrar un cierto contrapeso emocional habitualmente secuestrado de las monografías científicas finalmente publicadas.

Las contradicciones que el antropólogo sufre al realizar su propia investigación, las “dudas” sobre su cometido ético, los placeres y sinsabores del trabajo de campo suelen adornar las páginas de la libreta cumpliendo con el cometido casi etimológico de la herramienta: “Diario” de “campo”, es decir, conjunto de revelaciones y apreciaciones íntimas plasmadas por escrito a resultas de la ocasión privilegiada que se establece en la relación con las gentes que tienen a bien acoger al investigador.

Las puntualizaciones emotivas o testimoniales suelen marginarse de las publicaciones finales por ser consideradas subjetivas y acientíficas. Sin embargo, contextualizan de forma suficientemente reveladora la situación vivida por el investigador durante la elaboración de su estudio, al tiempo que nos ayuda a entender mejor qué es eso de la antropología y sus características, cuando menos “peculiares”, como área científica⁹.

Cuando el dolor, la agonía y la muerte constituyen el contexto común de referencia de los informantes, me resulta difícil conformarme

9 La Antropología postmoderna de la década de 1990, y sus devaneos con la literatura, reconsideró de nuevo el valor que en sí mismo poseían los propios cuadernos de campo de los autores más consagrados y sus maneras específicas de hacer etnografía escrita (Malinowski, 1989; Rabinow, 1992; Barley, 1989; Geertz, 1989).

con modelos conjeturales sin detenerme en resaltar toda la “carne” (o el “alma”) contenida en las revelaciones de las personas implicadas en cada conflicto. Para ello la única modalidad precisa en la realización de la labor sobre el terreno es lo que Mallart denomina con sutileza “perder el tiempo”, como consideración fundamental a tener en cuenta en el desarrollo del trabajo de campo:

El etnógrafo debe entender que en su quehacer diario saber *perder el tiempo* es algo fundamental. La inmersión en una sociedad distinta no puede hacerse de otra forma. Y para mi, perder el tiempo es emplearlo para crear lazos humanos, para descubrir el entorno de la sociedad en la que queremos movernos, sus calles, sus caminos, sus montañas y ríos, su gente, sus lugares de encuentro, sus labores, sus actividades lúdicas... sin bloc de notas, sin cámara, sin magnetófono, aunque sea digital e imperceptible...; sin ningún protocolo, plan o cuestionario elaborado sabiamente...; estando, yendo, dejándose empapar de todo aquello que rodea al etnógrafo (Mallart, 2008, p. 187).

“Perder el tiempo”, en los términos que refleja Mallart implica estar dispuesto a compartir todo tipo de escenario posible con los pobladores en el terreno y no mediatizar las relaciones sociales que puedan producirse en función exclusiva de la investigación. En mi caso, siempre combiné la experiencia social de la vida en el Altiplano con aquellos aspectos más vinculados con la enfermedad y los modelos médicos aymaras, compartiendo conflictos y situaciones tanto con las familias aymaras, como con los *yatiris*, *qulliris* y *ch’amakanis*¹⁰ y, por supuesto, con los médicos, enfermeras y auxiliares de las postas sanitarias y hospitales. Sólo de esta manera, frecuentando las experiencias y situaciones que la vida cotidiana deparaba en las comunidades aymaras –en sus ámbitos domésticos y comunitario, en las características del dominio del parentesco, en el ejercicio del poder y la autoridad en los cabildos comunales, en la producción económica agrícola y ganadera, o en el entramado festivo y ceremonial– es que fui conociendo un cierto “estilo” de la me-

10 Tipos de especialistas rituales de las comunidades del Altiplano; todos ellos relacionados con las maneras aymaras de curar y sus terapias específicas.

dicina aymara imprescindible para conocer sus lógicas y perspectivas (Gutiérrez, 2003).

“Soldado” se dice coloquialmente al ayudante del *yatiri*. Como “soldado” he colaborado con diferentes maestros rituales aymaras en contextos y circunstancias diversas. Supuestamente el ayudante o “soldado” se encarga de llevar parte de los ingredientes ceremoniales, acompañando en todo momento a su “maestro” en las largas sesiones terapéuticas nocturnas. A pesar del cansancio y de mi torpeza para caminar por el altiplano durante la noche, mi cometido como “ayudante” ceremonial me ha permitido participar en diferentes sesiones curativas, conversar con los pacientes y escuchar sus puntos de vista sobre la medicina convencional, además de ciertos sustos provocados por mi inexperiencia con el alcohol y la quema de las ofrendas.

Hablar sobre la medicina y los problemas de salud es algo tristemente frecuente y relativamente sencillo, no sólo en las comunidades aymaras sino en la propia ciudad de La Paz, entre los “residentes”. No resulta fácil convivir con el dolor y la incertidumbre médica, así como igualmente, con las construcciones culturales ajenas en torno a la enfermedad y los distintos métodos de terapia considerados. Cuando acompaño a los especialistas rituales aymaras –*yatiris* y *ch’amakanis*–, me perturba el contacto con la enfermedad. El llanto, la agonía y el desahucio terapéutico en los términos adoptados por las sociedades aymaras me producen una gran inquietud...

- ¿Y si le lleváramos al hospital?

- No, joven Gerardo. En el hospital peor le van a perjudicar; saben ir al hospital los que van a morir. Ya es tarde. En hospital peor le van a hacer. Le van a perjudicar.

La terapia médica aymara, una vez hecho lo considerado oportuno y culturalmente pertinente, se retira, dejando al paciente junto a su familia y alojando la duda en mi interior. La “suerte” del paciente decidirá si se salva o perece, dependiendo de diversos factores, especialmente de la “urgencia” y apremio con que el “maestro” ceremonial intervino en el tratamiento. Lo que se puede hacer es asumido por parte de los

representantes de la medicina aymara. Ir más lejos resulta, en parte, inaceptable y considerado culturalmente impropio. Estos “enfermos terminales”, desde la perspectiva aymara, son “desconectados” para morir, llegado el caso, en el seno del hogar campesino, rodeado de los suyos.

La impotencia hacía arrancar turbados colores de mis mejillas, en varios casos. Nadie a quien acudir. Estaba solo, con mi “verdad” médica y a mi lado un conjunto escénico de actores que tironeaban fragmentos de *kaytu*¹¹ sobre el cuerpo del enfermo, seccionaban *wank’us*¹² y consultaban hojas de coca¹³. A pesar de ser antropólogo, me resultaba muy complicado asistir a las prácticas médicas de contenido ceremonial sin interrumpir la sesión con mi conjunto de “antídotos”: antibióticos, antihistamínicos, antihemorrágicos, incluso antipersonas, tratando de colaborar de forma “seria” en el tratamiento de la enfermedad; indudablemente los convencionalismos culturales que llevamos cargados en nuestro *q’ipi* aparecen de forma especial en situaciones de crisis como las que las enfermedades propician¹⁴.

El enfrentamiento entre las formas de la medicina tradicional aymara y las que corresponden a la medicina convencional, occidental y académica lo he sufrido de forma descarnada en mi propio interior, debatiéndome entre el escepticismo y la conjetura. El objeto de estudio me ha mostrado sus afiladas garras para herirme sin consideración alguna en las agonías irreversibles de niños y ancianos desahuciados.

11 *Kaytu*: Hilo de llama tranzado a la derecha o izquierda según el contexto ritual en que se utilice. En el tratamiento de algunas enfermedades se jala o tironea del *kaytu* para fragmentarlo e varios trozos y así posibilitar la eliminación del episodio patológico que sufra el enfermo.

12 *Wank’u*: Conejillo de indias. En algunas ocasiones se eviscera para que el especialista ritual “vea” y diagnostique la enfermedad del doliente por cuyo cuerpo se ha pasado previamente para que absorba el cuerpo del conejo las propiedades del daño o aflicción del enfermo.

13 La hoja de coca constituye el principal medio de diagnóstico y prevención de patologías en los Andes del Sur, constituyendo un modelo corporal a escala (Fernández, 1995).

14 *Q’ipi*: maleta, mochila. Aludo obviamente a las razones de nuestra respectiva “ecuación personal” que nos acompaña.

Pocas veces el investigador en antropología sale “indemne” de lo que ha sido su objeto de estudio; resulta decepcionante la sensación de “alivio” que aqueja la eficiencia de trabajos de campo planificados de tal forma que el contacto con los informantes resulta escueto, pragmático y artificial. Mala cosa es pasar por el trabajo de campo auscultando la realidad desde lejos protegido de cualquier salpicadura.

Medicina intercultural

Las poblaciones indígenas de América del Sur han desarrollado diferentes respuestas frente a las dolencias, aflicciones y enfermedades habituales de su entorno. Por un lado poseen determinados síndromes patológicos de marcado carácter cultural que surgen en el seno de un grupo étnico concreto, que desarrolla las pautas preventivas y terapéuticas más convenientes para la correcta resolución de dicho síndrome o conjunto de síntomas culturalmente establecidos. Este tipo de dolencias surgen en el entramado de aspectos que constituyen la cultura y responden a una naturaleza y etiología que habitualmente compromete otros parámetros esenciales en las características culturales del grupo. Las tácticas y estrategias curativas que surgen en atención a este tipo de síntomas, responden a la conceptualización que el grupo establece sobre la enfermedad y su naturaleza, encontrando sentido y eficacia en la propia trama cultural que el grupo sostiene y no fuera de ella. Este tipo de enfermedades son las habitualmente vedadas para los servicios de salud formales, que pretenden tratar la enfermedad de una forma “convencional” en las poblaciones indígenas de América.

Otro tipo de dolencias son las definidas como ajenas al grupo que las padece y su resolución depende de la actuación de las postas y centros sanitarios de salud; los médicos adquieren un reconocimiento y competencia en el tratamiento de este tipo de afecciones. El problema surge respecto a las dolencias que dentro del grupo se identifican con una etiología concreta de marcado carácter cultural. Mientras, los equipos médicos establecen una orientación diferente, impulsando una competencia de agentes diferenciados, y cierta confusión respecto al tra-

tamiento a seguir, lo cual genera con frecuencia serias dudas y desconfianza sobre las “garantías” de las medidas propuestas por los equipos de salud. Indudablemente cualquier alteración y enfrentamiento entre escuelas médicas y actores sociales de la medicina, incrementa la incertidumbre y angustia de los pacientes.

La implicación de la salud, la medicina y las formas de conceptualización de la enfermedad con respecto a las diferentes modalidades culturales que adquiere entre los grupos indígenas americanos¹⁵, despertó un temprano interés en antropólogos y etnógrafos por las consideraciones autóctonas sobre la enfermedad y su tratamiento, constituyendo un apartado obligatorio en las monografías clásicas.

La antropología médica escindida recientemente de la antropología social y cultural, pretende como objeto de estudio y análisis todos aquellos aspectos implicados en la conceptualización cultural de la enfermedad y su resolución terapéutica (Comelles y Martínez, 1993). Constituye una perspectiva analítica particularmente oportuna en ciertos estados de América Latina, de marcado talante pluricultural y multilingüe donde las aplicaciones médicas adoptan multitud de formatos divergentes, y las prácticas y categorías cognitivas diferenciadas entran en conflicto frecuente con las aspiraciones de la medicina formal o convencional asumida por los estados y delegada frecuentemente en las ONG de desarrollo.

El ejercicio médico convencional en países de marcado carácter pluricultural, como es el caso de Bolivia, supone un esfuerzo constante de negociación intercultural. Las altas tasas de mortalidad infantil obligan a tomar indudablemente en serio las directrices y orientaciones que las políticas sanitarias internacionales demandan del Estado boliviano. La delegación de esta responsabilidad en ONG nacionales o internacionales, y la formación universitaria de licenciados en medicina y profesionales sanitarios, sin ningún área formativa o simplemente informa-

15 Ver, entre otras múltiples, las aportaciones de Aguirre, 1992, 1994a, 1994b; Holland, 1963; Amodio y Juncosa, 1991; Pitarch, 1996; Fernández, 1999.

tiva en su perfil curricular académico sobre la diversidad cultural y las peculiaridades del entorno social donde van a ejercer su profesión, acrecienta una zanja crítica de separación entre las formas de la medicina étnica y las manifestaciones habitualmente prepotentes de los equipos sanitarios convencionales. Por otro lado, las relaciones de poder que se establecen entre los equipos médicos y sus pacientes indígenas, dificultan la resolución favorable de los conflictos que se producen al tratar sobre las medidas terapéuticas a seguir. La autoridad y competencia médica, las formas de terapia, la relación entre médico y paciente, la implicación familiar y social de la enfermedad, el gravamen económico, el sentido de eficacia de las prácticas terapéuticas, constituyen aspectos claves que resultan sustancialmente diferentes entre los modos y formas que presentan en los equipos convencionales, y los modos y formas que adoptan en el seno de las diferentes culturas indígenas americanas.

El ejemplo de la medicina aymara, su forma peculiar de concebir la salud, la enfermedad y las medidas terapéuticas pertinentes en ese triple registro configurado por concepciones de origen popular hispánico, elaboraciones rituales relacionadas con una tecnología y eficacia simbólica que aparecen reflejadas de forma temprana en las crónicas coloniales andinas y un extenso conocimiento de farmacopea popular, evidencian el sentido de una medicina inserta en las claves culturales soportadas por los médicos aymaras y relacionadas con su propio medio habitual de existencia. Los prejuicios y las displicencias habituales en quienes ejercen la acción médica convencional respecto a las medicinas étnicas, nada tienen que ver en el análisis objetivo de una disciplina como la medicina que se muestra próxima a las ciencias humanas y sociales puesto que son seres humanos, implicados en densas redes de comportamiento social, su herramienta habitual de trabajo y análisis. La medicina constituye un eslabón de importancia en la trama que sobre las sociedades humanas tejen sus respectivas culturas. El profundo sentimiento humanista que aparece inmerso en las prácticas médicas aymaras, como en otros diferentes grupos indígenas americanos, su dedicación y lógicas explicativas, su acuciosa observación en el conocimiento de ciertos principios farmacológicos aislados en las especies herbáceas de su entorno, debieran hacernos reflexio-

nar sobre la deshumanización de la medicina occidental; sobre nuestros pacientes igualmente sometidos a construcciones culturales complejas relativas a las enfermedades y sus propuestas curativas, en relación con las posibilidades de una mejor satisfacción de servicios sanitarios en nuestras propias instituciones hospitalarias, identificando las necesidades y carencias contrastadas por los usuarios.

Las medicinas étnicas –como es el caso de la medicina practicada por los indígenas aymaras– no pueden dejarse en manos de desaprensivos y exotistas iluminados que sostienen principios de carácter transcultural en aplicaciones médicas que responden a demandas concretas surgidas en contextos culturales precisos, bien delimitados y que responden a necesidades y construcciones culturales propias donde resultan eficaces. Otra cosa significa el estudio de los principios farmacológicos contenidos en las especies naturales empleadas y sus dosis pertinentes.

Por otra parte, desde la antropología, resulta gratificante contrastar la diversidad de opciones planteadas por los diferentes grupos étnicos americanos en relación con el tratamiento de la enfermedad. Gratificante en el sentido de resistencia y freno a las pretensiones de globalización cultural que imperan en estos tiempos, pero preocupante, por otra, debido a la política y el ejercicio de la autoridad efectuada por las diversas herramientas de los estados pluriculturales latinoamericanos y sus flecos desarrollistas. Cuando tienen que hacer frente a situaciones críticas de salud en los contextos habituales de marginación, como los que soportan los grupos indígenas contemporáneos. Las penosas estadísticas referidas al parámetro de mortalidad infantil, ya comentado, en buena parte de las zonas ocupadas por los grupos indígenas, plantea serios problemas éticos en el ejercicio de la antropología y la medicina convencional.

La dificultad por crear espacios de diálogo intercultural extrema la distancia y los enfrentamientos entre los curanderos tradicionales indígenas y los servicios formales de salud. Las peculiaridades culturales no son consideradas o lo son de una forma displicente por los equipos sanitarios formales, forzados a cumplir con ciertos registros estadísticos para asegurar su propio presupuesto. Así las cosas, la importancia del

conocimiento de la lengua indígena y de las conceptualizaciones nativas en torno a la enfermedad, por parte de los equipos de salud que trabajen en los espacios rurales, resulta fundamental. Su implicación paulatina, sin violencia, en la esfera social, el acomodo en las actividades habituales de las comunidades indígenas, posibilitará un espacio de diálogo donde la medicina y la enfermedad sea objeto de reflexión desde perspectivas dispares. La multiculturalidad obliga a la búsqueda de soluciones diferenciadas en el tratamiento de la enfermedad para prodigar esfuerzos de diálogo intercultural.

En una reflexión sobre la práctica médica intercultural, nada se puede reflexionar sin el parecer de la otra parte, es decir de la medicina convencional; de otra manera, la propuesta *chachawarmi*, de relación en pareja (hombre-mujer) entre la medicina aymara y la medicina convencional resultaría un mero fraude. Por otra parte, resulta difícil encontrar a médicos formados a la occidental dispuestos a aceptar equivalencias, simetrías de poder y respeto sobre el quehacer de *yatiris* y médicos nativos. Siguen siendo excepciones de enorme valor testimonial, pero excepciones al fin y al cabo, los dispuestos a entablar conversación en niveles de equivalencia con los médicos tradicionales aymaras. De aquí mi predisposición a encauzar el debate a partir del mundo aymara hacia los dominios de la medicina convencional. Por el otro lado, el debate aparece viciado, cuando no cancelado, con la solícita sonrisa de menosprecio de quien se sabe en la verdad absoluta. Los médicos convencionales se escudan en el positivismo científico de su razón; a partir de aquí y, teniendo en cuenta lo que consideran verdadera “ciencia”, no plantean alternativas de diálogo y contacto intercultural que no sean de carácter asimétrico, es decir, de parte de quien sabe (por supuesto, el médico) hacia quien tiene que aprender (el *yatiri* o el enfermo).

En el mejor de los casos me he tropezado con médicos que estarían dispuestos a tener a un *yatiri* como mero “asistente” en la posta. Esto ya establece medidas de distorsión en el ejercicio del poder, pues tal sugerencia procura ante todo que el *yatiri* se dé cuenta, en el contacto diario con el médico, de cuáles son las enfermedades graves, cuáles los síntomas para llevar con urgencia al enfermo a la posta, cuáles los indicios que justifican

la gravedad de la dolencia y el traslado a la institución hospitalaria más próxima. Esta posibilidad, que en sí misma parece buena y tremendamente meritoria, sin embargo se “descaféina” cuando lo que produce es una relación de sometimiento, donde el *yatiri* es considerado de forma paternalista un ignorante y a quien se inculcan ciertos conocimientos básicos de primeros auxilios. El planteamiento resultaría muy diferente si se establecieran relaciones de poder más equitativas. Ejemplos concretos existen tanto en el área boliviana como en los Andes peruanos¹⁶.

El año de provincias de los médicos, cuando ultiman su formación, es considerado por algunos como un año muy beneficioso porque van a aprender, experimentar y progresar en gran medida en su profesión. Es decir, mientras los médicos van al año de provincias entusiasmados porque van a “aprender”, sus pacientes los van a “sufrir” en dicho aprendizaje¹⁷. Una vez más nos encontramos con las formas del desequilibrio de responsabilidades en el servicio de atención sanitaria. Los médicos bolivianos tienen que salir al año de provincias con una solvente experiencia práctica; es de suponer que así lo hayan efectuado en el internado rotatorio.

16 En Bolivia, uno de los casos más representativos en el área rural era el de CENDA (Centro de Comunicación y Desarrollo Andino) en la comunidad de Raqaypampa (Cochabamba), donde se consiguieron importantes vínculos de relación entre médicos y *jampiris* (Alba et al., 1993; Alba, 1989). CENDA desde el año 1992 dejó el dominio de la salud, al parecer por complicaciones relacionadas con la política del equipo médico de una ONG, Médicos sin Fronteras, que se hizo cargo de la posta. Según me indica Pablo Regalsky, el “control” del equipo médico convencional fue posible gracias a la existencia de una autoridad comunal nativa con poder e influencia sobre el propio equipo médico; circunstancia excepcional en el resto de postas rurales bolivianas, donde la actuación del médico no se ve mediatizada por nadie. Por otra parte, es interesante resaltar una apreciación de Pablo Regalsky: parece ser que los médicos que trabajaron en el proyecto CENDA de articulación intercultural en la posta de Raqaypampa, estaban poco menos que vetados por la academia médica boliviana y sus “colegas”, precisamente por haberse prestado a colaborar en dicha experiencia.

17 Año de provincias reducido a seis meses en el área urbana y a tres meses en el área rural lo que dificulta en gran medida el simple proceso de adaptación del profesional de la salud en su nuevo ámbito, incapacitando más si cabe sus posibilidades de eficacia médica.

De todas formas sería una injusticia menospreciar los esfuerzos y progresos efectuados en atención materno infantil, los servicios de atención de parto y postparto subvencionados, la aparente gratuidad de algunos productos (vacunación rural) y el precio asequible de los servicios de consulta rurales (a pesar de las tentaciones) que, me consta, no siempre se recaudan. Tampoco se puede desconsiderar las condiciones en que los equipos médicos realizan su labor, más allá del éxito en su mentalización y la afinidad con los campesinos. Indudablemente son muchos los factores que justifican de sobra el grado de “sobreexplotación” que sufren los equipos sanitarios rurales, haciendo de su ingente labor un milagro cotidiano. Existen mil carencias técnicas y de formación; la presión de las estadísticas de las que depende la ayuda externa (vacunados, servicios odontológicos, número de traslados a La Paz, número de campañas preventivas, etc.); la imposibilidad real de acceder a todos los lugares necesitados, puesto que cada equipo ambulante ejerce su labor sobre un amplio sector. Pensemos, por ejemplo, en la población estimada que cubre el ESA en la treintena de subcentrales y más de cien sindicatos agrarios de Jesús y San Andrés de Machaqa, con una población cercana a las veinte mil personas (datos de 1995, Informe ESA). El equipo no puede demorar más de un día por localidad, intensificando la campaña preventiva, la consulta general, la atención odontológica y las vacunaciones, para volver a reproducir el programa en otra localidad en veinticuatro horas. Al mismo tiempo se atienden las urgencias detectadas, accidentes y partos complejos, trasladando al paciente –cuando se precisa– a La Paz. Indudablemente las condiciones de saturación profesional, lejos de un ambiente laboral y social cálido, afín y de reconocimiento, merma la eficacia sanitaria del equipo, cuando no incita el surgimiento de conflictos en su propio engranaje técnico y administrativo.

Los médicos critican la tozudez e intolerancia de algunos pacientes. Critican cómo los *yatiris* delegan en ellos cuando ya nada se puede hacer; critican el escaso valor cuantitativo de la medicina natural, es decir, curar en porcentajes inapreciables y a un costo temporal exagerado. Un RPS (Responsable Popular de Salud) dice: “¡he curado una osteomielitis con medicina natural, al costo de seis años de asistencia!”. No sirve

para los cauces evaluativos de la medicina occidental, que considera los índices de eficacia en otros parámetros temporales mucho más cortos y de regularizada eficacia en el tratamiento. Los médicos desconfían de las dosis que emplean los curanderos locales, en especial en el tratamiento de partos. Las infusiones empleadas para facilitar los alumbramientos pueden, según el comentario de algunos médicos, provocar malformaciones en el feto y dificultades en todo el proceso. Los fracasos médicos se producen tanto en la medicina occidental como en la medicina aymara. Sara, una maestra rural de Oruro me comentaba, vivamente impresionada, el dramático hecho protagonizado por una criatura agonizante en la comunidad donde impartía clase. La *wawa* tratada por el *yatiri* a base de violentos sobes de ortigas pretendía hacer regresar su *ajayu* a tiempo. La pequeña *wawa* murió en una terrible agonía. Pero ejemplos de fracasos flagrantes existen también en la medicina convencional. Recuerdo el caso de aquella mujer que ingresó hace un par de años en una institución hospitalaria de La Paz para hacerse una operación de cirugía estética y murió. Los casos recogidos por la prensa de malas administraciones de anestias con resultado de muerte, defunciones en los partos, etc., son relativamente frecuentes, no solamente en Bolivia sino en diferentes estados con una tecnología clínica moderna. Insistamos, la medicina no siempre cura a pesar de que tanto el médico como el *yatiri* buscan soluciones; el médico, tal vez con una respuesta individualizada, frente a la cultural y socialmente sancionada del *yatiri*¹⁸.

No podemos pecar de ingenuos y descontextualizar el problema de la salud del marco general de referencia. Ningún programa intercultural puede llevarse a cabo en el ámbito de la salud si no se consi-

18 Esta variable social de la enfermedad desespera en no pocas ocasiones a los equipos de salud que trabajan en el Altiplano. La enfermedad es vivida de forma colectiva, en el seno de la familia y la comunidad, y es en sus dominios donde la toma de decisiones se efectúa. Varias veces escuché en el seno del ESA relatos sobre procedimientos médicos paralizados por la familia o la comunidad del enfermo pese a su urgencia. En un caso era preciso trasladar con rapidez a un paciente para operarlo; la familia decidió no acceder al traslado a La Paz, con los inconvenientes conocidos que ello implica, y permanecer junto al enfermo hasta su previsible fallecimiento.

deran los problemas estructurales en las políticas de salud, es decir, los planteamientos políticos de las instituciones de salud, las prerrogativas gubernamentales de sus cuadros ministeriales y la esfera internacional. Difícilmente puede demandarse o aplicarse una política intercultural en salud si no está contemplada en los programas del Ministerio de Salud, si la academia médica no está dispuesta a ceder parcelas de poder en la resolución de la enfermedad y acepta considerar planteamientos diferentes a los convencionales. De poco sirve la presencia de un Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, como en el caso boliviano, si no cuenta con la confianza y el convencimiento de lo provechoso que puede resultar por parte del Ministro de Salud de turno. Es preciso situar el problema de salud boliviano en el marco político, económico y de relaciones de poder que le corresponde. No se puede desarrollar una práctica médica intercultural si no existen programas de dicho cariz en las instituciones ministeriales de salud, si no se contempla en los currículos de las facultades de medicina si no se forma a los médicos ni a los *yatiris*, *jampiris*, *qulliris* para el ejercicio de una medicina intercultural¹⁹; ¿qué cabe esperar entonces? La actuación del “plomero”, un remiendo aquí, otra chapuza allá, pero el problema sigue resultando estructural a lo largo de toda la cañería.

El problema de la salud exige un análisis integral. Mientras las condiciones de vida no mejoren de forma estructural difícilmente posibilitaremos otras respuestas sanitarias. Me preocupa el desmedido interés por hacer entender a los grupos étnicos, a toda costa y a cualquier precio, el interés de las vacunas y su incidencia en la vida; me preocupa traer hijos que no van a poder ser atendidos adecuadamente; me aterran los planteamientos de control de natalidad impulsados por el Estado, como en el ejemplo peruano, sin una formación previa. Eso no es “interculturalidad”, eso es violación de los derechos humanos. Cabe pensar que mientras no se den respuestas estructurales que afecten a las

19 Iniciativas provechosas de esta índole que se realizaron tanto en Bolivia como en otros Estados latinoamericanos a principios y mediados de la década de 2000, duermen ahora el “sueño de los justos” (Roberto Campos, comunicación personal).

condiciones económicas y políticas favorables a una aplicación médica intercultural, la mortalidad infantil continuará disparada como estrategia política de los pueblos marginados. La vida no admite juego. La supervivencia del grupo está por encima de la de los más débiles, los niños, impulsados a superar por ellos mismos cualquier afección o dolencia²⁰, y los ancianos²¹. Tal vez la eficaz implantación de la reforma educativa, y sus actuales programas de implantación intercultural bilingüe, ha sido posible, entre otras razones, por la existencia de miles de maestros aymaras que impulsan “desde dentro” el proceso, con sus contradicciones y las ambigüedades propias de la heterogeneidad de posturas que

-
- 20 Una mujer en el altiplano aymara del Perú insistía en no llevar a la posta a su hijo a pesar de los llantos y lloros del muchacho y de las recomendaciones de un maestro rural. La mujer defendía su postura porque su hijo tenía que ser bien macho y fuerte; si no ¿de qué le valía tener una *wawa* enferma y débil? El muchacho tenía que vencer por sí mismo la enfermedad sobreponiéndose al dolor y la fiebre. Resulta frecuente observar cómo los niños y niñas enfermos en el altiplano se apartan de las actividades cotidianas para reposar y “pasar” su enfermedad en silencio y soledad estrictos. Respecto a las soluciones integrales, los capitanes guaraníes de Chuquisaca y del Oriente boliviano confiaron a un alto enviado de la ONU que no estaban dispuestos a dejar vacunar a sus hijos para cumplir los promedios estadísticos demandados por las ONG y los programas del gobierno, mientras no se les concediera una solución estructural. De nada servía vacunar a los niños pequeños de fiebre amarilla si a los pocos años la mortandad iba a continuar cebándose en ellos con el dengue. Se requieren medidas sistemáticas, no parches puntuales.
- 21 La actitud aymara ante la muerte —que he documentado con el caso de Raulito— puede complementarse en los casos de enfermos crónicos y ancianos para los que la muerte no sólo se espera, sino se “exige” con urgencia. Xavier Albó (comunicación personal) me lo documenta con ejemplos en los que la comunidad ya llora, como a finados, antes de que efectivamente mueran, a aquellos ancianos que, habiendo completado su círculo vital, están muy enfermos o accidentados, y a quienes no cabe dedicar recursos muy limitados. Según el testimonio de Albó, “a veces me ha llegado gente pidiendo una bendición por algún enfermo crónico que no podía morir, para que Dios se apiadara de él y se lo llevara”. La forma de vivir las exequias de la muerte tampoco van acompañadas del drama que supone en el mundo occidental judeo-cristiano. Al muerto se le despide jugando y se sabe que volverá a visitar a los familiares para Todos Santos, continuando la relación y semanas atrás del mes de más responsabilidad con respecto a los vivos (Fernández, 1998; Flores y Abad, 2007).

es posible encontrar entre el magisterio rural. La escasa proporción de médicos rurales aymaras puede dificultar seriamente la introducción de semejantes propuestas en la “academia” médica boliviana, ajena a las manifestaciones culturales propias de los lugareños y a sus apreciaciones positivistas científicas.

Otra deuda pendiente por parte del Estado boliviano se refiere a la necesidad urgente de dignificar el papel del médico rural. En este aspecto nada puede hacerse sin contar con los programas ministeriales y su deseable implicación en los proyectos. Los médicos no pueden perpetuar una situación de servicio permanente que el Estado es incapaz de asumir e incentivar. Muy importante me parece la postura de un estudiante que comentaba que los alicientes médicos en el campo son muy limitados de cara a una formación profesionalizada. Es decir, poner vacunas y colocar gasas o atender partos son las misiones habituales en el tratamiento de la salud, aspectos que hacen difícil cumplir con el aliciente de la formación médica. Por tanto, para conseguir otros retos en la formación sanitaria, el médico se ve abocado a abandonar el campo, puesto que más no se puede hacer, por carencia de medios y objetivos, en una posta rural. Por otro lado, resulta razonable que el médico desee especializarse, dedicarse de forma más competente y reglada a su profesión, que pueda estabilizarse profesionalmente, montar su clínica, etc.

Es el Estado quien debe premiar el servicio de salud rural y ofrecer los mejores servicios disponibles. Comparto, en este sentido, la opinión de un médico del ESA que defendía la posibilidad de ofrecer una mejor medicina y atención en el campo, lo cual implica acrecentar los recursos económicos disponibles y mejorar en la atención clínica del paciente, frente a los derroteros ministeriales, que al parecer pretenden potenciar la atención sanitaria en los hospitales de La Paz. Trasladar a los pacientes a la Paz implica un costo de tiempo que tiene que cobrarse de la propia consulta médica, a la vez que se acrecientan los miedos y recelos de los pacientes alejados de su entorno familiar.

El médico rural no deja de ser una víctima más en todo este proceso, junto con sus pacientes. No es el culpable en tanto en cuanto el

Estado no le provee de otras fuentes de formación y financiamiento, no dignifica la figura del médico rural ni le capacita para puestos de mayor relieve e interés profesional. No podemos clavar las tintas sólo sobre sus espaldas. Qué duda cabe que cuando el equipo médico llega al campo ¡ya no hay nada que hacer!, sólo esperar que tenga, a título personal, la suficiente sensibilidad, vocación de servicio y tolerancia para hacer su trabajo en la mejor empatía posible con sus pacientes. No podemos exigir que el médico, además de buen profesional, en una situación generalmente no deseada, sea además antropólogo o ¡sacerdote! Es responsabilidad del Estado el otorgar a los equipos médicos la formación intercultural en salud que le otorgue indicadores y criterios para efectuar finalmente su labor en situación de prestigio, dignidad, reconocimiento social y laboral por su dedicación y perseverancia.

Conclusiones y sugerencias

La realidad pluricultural de Bolivia tiene indiscutiblemente que considerar la cuestión médica y sus diferentes perspectivas sin más dilación y en este sentido el camino ha supuesto avances y retrocesos importantes. Desde que Aguirre Beltrán (1994a [1955]) apuntara la necesidad de aplicar una perspectiva intercultural en salud en los pueblos indígenas mexicanos ha transcurrido mucho tiempo. En los años de 1990 y 2000, Bolivia fue puntera en la definición de diversas iniciativas de interés en materia de salud intercultural ¿Dónde quedaron los cursos de postgrado y especialización para médicos y enfermeras en salud intercultural ofertados por el SEDES-La Paz y la Universidad “Tomás Frías” de Potosí junto al apoyo tanto de la AECID como de la Cooperazione italiana COOPI? ¿Qué fue de la residencia y especialización de los médicos SAFCI (Salud Familiar y Comunitaria Intercultural) y sus resultados? ¿Y los esfuerzos por canalizar la adecuación intercultural al parto y su reconocimiento a la labor de las matronas y parteras? ¿La convivencia de médicos científicos y médicos indígenas en el seno de las instituciones hospitalarias? ¿Fueron todas ellas iniciativas de “oportunidad política” exclusivamente? ¿Contemplaban unos resultados objetivos a la hora de facilitar el acceso a los servicios convencionales de salud a la

población indígena? ¿Implicaban una decidida mejora de las posibilidades de calidad en la atención médica favoreciendo el uso positivo de las estrategias terapéuticas de diferentes tradiciones médicas?

Resulta complicado realizar sugerencias, sobre todo cuando el tema es tan complejo como el tratamiento intercultural de la salud y la enfermedad y sus expresiones en el trabajo de campo antropológico. En cualquier caso me atrevo a aventurar un pequeño muestrario de recomendaciones, espero útiles, para los equipos de salud que trabajan en comunidades indígenas.

Conocimiento de la lengua local

En tanto en cuanto comprendamos y nos hagamos entender en la lengua local iremos obteniendo mayores ventajas en el tratamiento asistencial, a la vez que vamos creando redes de empatía e integración en el área. El esfuerzo, a pesar de las dificultades, resulta gratificante y reconocido por los pacientes. Impulsa las relaciones de afinidad indispensables para crear relaciones de confianza mutuas entre el equipo médico, curanderos locales y pacientes. Por otra parte constituye un aspecto básico de cualquier planteamiento intercultural en salud, a semejanza de lo ocurrido en el área educativa (intercultural bilingüe).

Conocimiento de antropología social en general y antropología médica en particular

Su inclusión en los currícula universitarios de la carrera de medicina aliviaría el “choque cultural” que los egresados en medicina sufren ante realidades culturales tan diversas de las que proceden. Permite al equipo de salud reconocer unos principios no universales –y por tanto cargados de cierto relativismo– en la conceptualización y tratamiento terapéutico de la enfermedad. Puede servir para reducir las actitudes paternalistas y prepotentes habituales en el uso asimétrico del poder sanitario. Obliga, tanto al médico como al sanitario, a conocer el dominio cultural en el que va a efectuar su labor. Por tanto, no se sorprenderá de las interpretaciones

correspondientes sobre salud y enfermedad, pudiendo establecer una relación más equilibrada con sus pacientes. El respeto imprescindible a las formas nativas de enfermedad y curación, así como su conocimiento, le permitirá en no pocas ocasiones establecer fórmulas de complementación estratégica entre las técnicas tradicionales y las formas de curación clínicas que beneficiarán a los pacientes. El conocimiento del medio y las peculiaridades culturales de su jurisdicción evitará la torpeza de sobrevalorar injustificadamente aspectos como la higiene, el pudor y las “bromas”, cuyo resultado sólo puede incidir en la merma de confianza por parte de los enfermos. Por otro lado, ayudará a una mejor planificación de los servicios de salud, sus programas y objetivos²².

Compartir con los curanderos nativos y con los enfermos

No establecer pugna de competitividad o mercado con ellos. Potenciar los encuentros de aproximación y diálogo con los médicos nativos y con los pacientes. El intercambio con los médicos locales debe ser lo más horizontal y simétrico posible, en un contexto donde prive el respeto mutuo y la consideración de estar ante personas de prestigio y reconocimiento social. El contacto con los pacientes y con sus familiares debe ser lo más escrupuloso posible, con fluidez básica en la lengua local, y no ahorrando tiempo en todo lujo de explicaciones. Indicar con la profusión que resulte razonable el uso de los fármacos y recursos clí-

22 El licenciado Willy C. Chacón aporta el caso de una fracasada campaña de vacunación precisamente por desconocimiento de los usos culturales habituales en la comunidad de Pampallacta (Pisac, Perú): “Programó la enfermera una campaña de vacunación en la comunidad campesina de Pampallacta. Para tal efecto coordinó con el presidente de la comunidad para que las madres de familia, conjuntamente con sus niños, la esperaran un día domingo. Llegado el día, la enfermera fue a la comunidad. Encontró a pocas madres de familia con sus niños, hecho que en opinión de la enfermera constituía una gran irresponsabilidad de parte de las madres de familia. Era evidente que tal campaña de vacunación haya fracasado porque la enfermera desconocía la dinámica comunal de la zona. Los días domingos los campesinos asisten a la feria intercomunal a vender e intercambiar sus productos, con el fin de proveerse de productos faltantes y otros artículos esenciales en la vida cotidiana de las familias campesinas”.

nicos que sean oportunos. Explicar el sentido de los análisis, el por qué de su empleo y razonar con suficiente densidad, previo diagnóstico, el tipo de dolencia o enfermedad que el paciente padezca. Es preciso hablar con el detalle que el paciente demande dentro de las posibilidades que el equipo médico posea en cada situación. Atender con prisas y sin una eficaz asimilación de conceptos produce una tremenda angustia e inquietud en el paciente. Es preciso respetar el pudor, especialmente entre las mujeres, que puedan mostrar los pacientes ante los requerimientos analíticos. En ningún caso violentarlo con prepotencia. Nunca hacer al paciente responsable de su precaria situación de salud. Poseer suficientes conocimientos de la cultura local como para comprender las características de la vida cotidiana lugareña y no extrañarse de los hábitos higiénicos, modales, culinarios o laborales que presenten los pacientes y que pueden incidir en hacer más o menos incompatible cualquier sugerencia de control periódico en la posta. ¡Ojo con la farragosa jerga médica!²³ Por otro lado es preciso eliminar cualquier resquicio de prepotencia impositiva en los planteamientos de los programas a desarrollar. Esta recomendación parece trivial, pero así como decimos “se le salió el indio” cuando la gente bebe y se comporta de forma irracional o violenta, probablemente debieran decirnos “ya se le salió el blanco” en cuanto nos vemos con una pequeña parcela de poder, como representantes de la autoridad estatal y en el ejercicio de la palabra en plena asamblea comunal, donde frecuentemente se reclaman “sí o sí” acciones de parte de la comunidad con escaso margen de maniobra para los “beneficiarios”²⁴.

-
- 23 La profesora Flora Losada de la Universidad Nacional de Jujuy me comentaba al respecto una anécdota suficientemente explicativa en relación a los problemas que crea la jerga médica. El representante de salud recomendó a una mujer “norteña”, que se presentó en los Consultorios Externos de Pediatría con una *wawa* afectada de diarrea, que le diera al muchacho “comida blanda”. A los pocos días volvió de nuevo la madre con el niño en peor estado. A la pregunta del médico, si efectivamente le había dado a la *wawa* “comida blanda”, la mujer contestó que sí, “locro, guisos y fideos con salsa”, es decir, nada de lo que en el argot médico coincide con una dieta “blanda”, si bien se trataba de alimentos, indiscutiblemente “suaves” para la masticación.
- 24 En este ámbito sugiero revisar las publicaciones derivadas de la serie Salud e Interculturalidad en América Latina (Fernández coord., 2004, 2006, 2009; Fernández

En este sentido la comunicación fluida con las comunidades aymaras hizo posible identificar algunos rasgos etnográficos muy significativos en la lógica de sus modelos médicos, tal como valor del parto como un fenómeno “cálido” que choca violentamente con el frío sistemático del parto hospitalario; la necesidad de entregar la placenta a la parturienta o su familia; la postura del parto; la significación limitada de la sangre; el rechazo a las intervenciones quirúrgicas por la idea del cuerpo completo; el agravante de las campañas de vacunación no solicitadas, etc.

Estabilidad del personal sanitario, por un período no inferior a tres años

Hay que evitar la excesiva movilidad tan común. Los pacientes demandan calidad en los equipos médicos y continuidad. No resulta sencillo habituarse a caras nuevas y caracteres distintos cada año. En este sentido, flaco favor hace el “año de provincias” para conseguir el título “en provisión nacional”. Plantear la atención sanitaria en términos semejantes a un “exilio forzoso”, no parece la fórmula más adecuada para cumplir satisfactoriamente un servicio como el sanitario²⁵. En el modelo de reforma

dir., 2008; Fernández ed., 2010) con estudios de casos concretos sobre las relaciones tensas entre los dominios médicos convencionales y los propios de las poblaciones indígenas. Ver igualmente el libro de (Citarella y Zangari, 2009). Sobre la implicación de estas estrategias al hilo de los procesos migratorios, ver (Fernández, 2008). En relación con un estudio de caso en contexto potosino, ver (Ramírez, 2005).

- 25 Willy C. Chávez, profesional peruano relacionado con instituciones de salud mental en la zona de Pisac, (Perú), me refería recientemente una situación ilustrativa de la arrogancia y prepotencia con que no deben, en ningún caso, llevarse a cabo los programas estatales en salud. Resulta que en la comunidad de Kuyo Grande se presentaron unas representantes de salud que se identificaron como “enfermeras sin tener el título en posesión, como fue luego notorio entre los comuneros. Paso a transcribir a información del propio profesional: “Lo sorprendente de su participación fue cuando empezaron a decir que cómo era posible que los comuneros no asistan al centro de salud habiendo tantos enfermos. Muchos de ellos tenía citas reservadas. A los pocos minutos, para sorpresa de todos, las auxiliares empezaron a leer públicamente los nombres de los pacientes que estaban recibiendo tratamiento. Los campesinos y campesinas aludidos se incomodaron comentando entre ellos que cómo podían leer sus nombres delante de todos si es algo personal. Continuando con

educativa ya existe un antecedente en este sentido, con contratos de permanencia de al menos tres años (Xavier Albó, comunicación personal). Para asegurar la estabilidad, resulta indispensable desarrollar los necesarios estímulos económicos y de servicios básicos. No podemos tampoco exigir de los equipos médicos una vocación de servicio y sacrificio, no reconocido, de por vida. Como ya hemos indicado, el interés y el aliciente médico en el dominio rural aymara, para un profesional de la medicina que posea el lógico deseo de especializarse y continuar formándose, resulta más bien escaso. Poner vacunas, dar puntos de sutura y recomponer brazos termina por saturar y aburrir al médico más servicial y entregado. Por otra parte tendrá que ser el Estado, una vez más, quien dignifique la figura del médico rural y potencie sus actividades con los medios económicos adecuados para un feliz desempeño de sus competencias.

Apoyo constante en auxiliares nativos del lugar

Su trabajo va a resultar esencial para la paulatina integración de la posta o del hospital rural en el seno comunitario. Suelen constituir el punto de enganche entre la medicina tradicional y la asistencia clínica de los pacientes, fortaleciendo con el tiempo, el clima de confianza y afinidad pertinente entre ambos círculos.

su ‘discurso’, las auxiliares tildaron a los campesinos de desagradecidos porque no valoraban sus esfuerzos para ayudarlos y su sacrificio por permanecer en la comunidad sin comodidad alguna. Manifestaron que cuando algunas veces visitaban las casas nadie las atendía e incluso, según ellas, algunas personas les tiraron la puerta. Más adelante, en términos de orden expresa, dijeron que el Ministerio de Salud, con sede en Lima, por intermedio de la Región, imponía que hubiera voluntarios tanto varones como mujeres para ser sometidos a operaciones de vasectomía y ligadura de trompas, como parte del programa de Planificación Familiar. Según las auxiliares eso era lo mejor para los campesinos, dado que tenían demasiados hijos, como conejos, a los que no podían alimentar y los hacían morir. Tildándolos, además, como unos pobres ignorantes que no sabían nada. Y que ellas eran las que sabían y tenían la verdad”. Sin comentarios. El relato, que parece extraído de la película de Jorge Sanjinés “Yawar Mallku” (1969), lamentablemente es completamente real y refleja buena parte del sentir de las élites criollas sobre la economía doméstica de las poblaciones indígenas contemporáneas.

Información periódica en la asamblea comunitaria sobre programaciones, planes estratégicos y campañas de vacunación o de prevención

Plantear claramente los objetivos y los medios empleados en cada caso. Tomar las decisiones de forma consensuada con el parecer unánime de la colectividad. Las sugerencias tienen que ser coparticipativas; poco sentido tiene el que la aplicación de los supuestos programas interculturales en salud estén pensados desde el gabinete ministerial y aplicados por sus representantes si, en definitiva, no se contempla previamente el parecer de la comunidad y a través de sus autoridades representativas se formulan sus sugerencias y peticiones en los ampliados cantonales, provinciales y departamentales, para poder diagnosticar un Plan Estratégico Nacional de Medicina y Salud Intercultural, recabando toda la información posible sobre quejas, conflictos con los equipos formales de salud, carencias sanitarias, prioridades y sugerencias, etc., por parte de las comunidades implicadas. Es decir, en primer lugar habría que saber qué es lo que las comunidades demandan en salud del Estado, cuáles son sus criterios puntuales en asistencia sanitaria, sus principales exigencias y necesidades. De otra forma estaríamos volviendo a “pinchar el poto ajeno” sin pedir permiso ni consultar en primer lugar al propio interesado. De esta forma se evitaría la habitual marginación de los afectados en los programas ministeriales, su apatía, el desinterés y la “sospecha” en los ambiciosos proyectos que emanan del Estado. La política sanitaria intercultural y sus caracteres de aplicación deben estar ligados a los deseos formulados previamente por los representantes de las naciones originarias de Bolivia, como paso previo al diseño de cualquier Plan Estratégico.

Adopción de un enfoque intercultural bilingüe

La experiencia de los maestros rurales en educación intercultural bilingüe y otros posibles mediadores culturales disponibles en cada contexto local podría ser igualmente considerada en los planteamientos de los programas sobre medicina e interculturalidad. La presencia de los maestros en las comunidades rurales y su relevancia en las asambleas

comunitarias, pueden resultar oportunas para recabar los pareceres de la asamblea e introducir cauces de diálogo y negociación en el dominio intercultural de la salud. Igualmente su actividad laboral permitiría incluir las propuestas relativas a las campañas de salud preventiva, previo consenso con los padres de familia y autoridades comunitarias, en las actividades escolares correspondientes.

Comprensión de la dimensión social de toda enfermedad

Es preciso tener presente, en cualquier caso, los enfoques sociales que la enfermedad puede adoptar y los criterios de decisión consensuados, no sólo con el paciente, sino con la familia, e incluso el propio entorno social comunitario. La decisión sobre la salud de los comunarios adquiere un sentido social que es preciso respetar. Las decisiones sobre la vida y la muerte son de entidad social, no dependen exclusivamente del afectado, ni mucho menos del equipo de salud, a pesar de las lamentaciones de los equipos convencionales, quienes desearían poder actuar con suma urgencia trasladando a los pacientes de gravedad para su inmediata intervención en los hospitales de la capital. Las decisiones de esta envergadura suelen ser sopesadas con calma y cautela por el paciente, su entorno familiar, por los soportes médicos locales y, en su caso, por la propia autoridad comunitaria. Merece la pena considerar las pautas de “calidad” de vida que son esgrimidas en el seno comunitario, frente a las soluciones, en extremo organicistas y tecnológicas de los equipos sanitarios.

Creación de la figura institucionalizada del médico rural

En sustitución del servicio de “milicia” encubierto en el actual “año de provincias”, por un cuerpo específico de médicos rurales especializados en la atención sanitaria intercultural. No podemos pensar o exigir que toda la academia médica boliviana sepa lenguas indígenas y adopte nociones de antropología e interculturalidad en el servicio de salud. Tal vez no resultaría extraño que un cuerpo médico rural especializado en programas de medicina intercultural, dignificado en su labor

por el Estado, con la formación pertinente y el reconocimiento social preciso, fuera la punta de lanza de un nuevo acuerdo en atención sanitaria entre los representantes de las naciones originarias de Bolivia. El resto del cuerpo médico no tendría que pasar de mala gana, forzado, “el exilio” del año de provincias, ni los comuneros soportar en propias carnes sus “aprendizajes”, prepotencias y malos modos. Sería importante poder acoger en las facultades de medicina a mayor número de representantes indígenas en la carrera, así como considerar un área académica específica de Medicina Intercultural, con el reconocimiento y la excelencia correspondiente. A los ministerios de salud y educación les corresponde un esfuerzo considerable, reconociendo el área de Medicina Intercultural y convocando becas para estudiantes que deseen ejercer dicha especialidad en el área rural; en este sentido, becar a los mejores estudiantes, bachilleres de las áreas rurales, que deseosos de iniciar la carrera de medicina, no pueden hacerlo por falta de recursos, resultaría muy pertinente. Hay que considerar que muy probablemente la presencia de mayores efectivos locales en las postas sanitarias rurales facilitarían, como en el caso de la educación intercultural bilingüe en relación con los maestros, cualquier política intercultural en el dominio de la salud. Indudablemente la aplicación de este epígrafe precisa de las decisiones políticas, económicas y sociales correspondientes. El peligro de toda especialización médico rural consiste en el desprestigio que pudiera presentar dicha categoría frente al resto de la academia médica; es decir, trasladar al ámbito de la salud el problema ya constatado en el dominio educativo con profesores de primera (urbanos) y profesores de segunda (rurales). Si no queremos configurar igualmente médicos de prestigio (urbanos) y otros desprestigiados (rurales), es preciso por un lado dignificar y prestigiar con los correspondientes méritos al médico rural (sueldo y bonos de campo); pero, por otro lado, efectuar el esfuerzo político, económico y académico pertinentes como para impulsar la especialidad de medicina intercultural en las facultades de medicina del país. Identificar interculturalidad en salud con el dominio rural, constituye un error garrafal. La presencia de emigrantes en las ciudades bolivianas, procedentes de espacios culturales dispares, obliga a considerar

y aplicar los planteamientos interculturales en medicina en los propios ambulatorios, centros de salud y hospitales urbanos.

Difusión de estos preceptos a todos los ámbitos de la acción estatal

La *wiphala* política, social y cultural, representativa de la pluralidad boliviana, ha de reconocer igualmente la diversidad aplicada al dominio de la salud, proporcionando los espacios de encuentro y debate oportunos entre pacientes, familiares, curanderos, auxiliares y médicos, con el refrendo pluricultural y multilingüe del Estado. Todo ello debería quedar suficientemente consignado en las correspondientes campañas informativas.

Probablemente este tipo de acotaciones justifican su razón de ser de una forma mucho más transparente y menos conjetural. Simplemente con que el lector recapacite sobre el tipo de atención médica que le gustaría recibir como persona en situación de crisis sanitaria y no como “indio de mierda”. Hagamos el esfuerzo y apreciemos las dificultades y problemas que implicaría el aceptar la presencia de “extranjeros” o personas alejadas de nuestro círculo habitual, que desconocen nuestro idioma, que no saben comportarse según nuestras normas, que nos piden a los hijos para clavarles agujas y que son incapaces de apreciar el verdadero sentido de nuestras enfermedades. Estoy convencido que yo sería uno de los primeros en salir corriendo de su influencia, o tal vez en lanzarles la primera piedra en caso que se aproximaran demasiado. Las formas diferenciadas que adquiere la medicina aymara refleja su propia deontología en el marco estricto de la cultura. Una medicina de acuerdo con normas éticas y morales que sanciona la relación de reciprocidad con el entorno altiplánico, con los seres que nos protegen, con la familia, con la costumbre y las demandas sociales; una medicina preocupada por la subsistencia y desagarradoramente realista en relación con los límites que no debe traspasar en la lucha por la vida; partidaria de vivir y morir en casa, rodeado de los seres queridos. Una medicina a escala humana, preocupada por el enfermo, la persona, no por el afiliado a

la seguridad social, por su “plata” o por el órgano fisiológicamente indisponible. La recomendación de Petrona, auxiliar clínica aymara “¡que vaya pues *chachawarmi!*”²⁶ simplifica en grado extremo los conflictos, tensiones y rivalidades que el ejercicio del poder sobre la curación y la salud suponen en el altiplano aymara.

Raulito Condori ya se encuentra en el jardín de Jesús regando las plantas y cuidando su jardín con la pequeña escoba *de jichhu* que tata Cruz le construyó, junto a las ojotas y un diminuto chicote. Todo fue a parar al interior de su cajoncito para que lo utilice con diligencia. Mientras no se consideren las apreciaciones multiculturales en torno a la salud, seguro que habrá otros muchos Raulitos cuyos padres no querrán aproximarse a la posta o a las instituciones sanitarias que con carácter casi gratuito se reparten por el altiplano, pese a la extrema gravedad en que su hijo se encuentre. Mientras la clase médica continúe tratando las formulaciones indígenas como meras supercherías propias de gentes ignorantes, Bolivia continuará recolectando una tremenda cosecha de Raulitos y Ximenas, perdiendo una vez más el presente y su futuro como nación a pesar de su atractivo escaparate internacional, plurilingüe y multicultural. Si las medidas estructurales no llegan para potenciar una política intercultural en salud, seguiremos dependiendo de la vocación, sensibilidad y criterio (positivo en unos casos, negativo en otros) de cada actor vinculado con la salud rural. A inspiración del mal plomero, no se podrá hacer otra cosa sino “parchear” una situación endémica e injusta, sin lograr cambiar a tiempo la cañería.

26 La simbología de Cleo Alaru, auxiliar clínica y enfermera aymara de la posta de Qurpa (provincia Ingavi, departamento La Paz, Bolivia) alude a la metáfora de la pareja aymara, hombre (*chacha*) y mujer (*warmi*) diferentes en sus identidades, pero capaces de aportar sus especificidades individuales en la pareja matrimonial para completarse y complementarse mutuamente. Así debiera funcionar, según la versión de Cleo, la relación entre la medicina científica y la medicina aymara, cada una de ellas son sus especificidades, espacios, lógicas y procedimientos terapéuticos.

Bibliografía

- Aguirre Beltrán, Gonzalo (1992). *Obra antropológica VIII. Medicina y magia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- _____ (1994a). *Obra antropológica V. Programas de salud en la situación intercultural* [1955]. México: Fondo de Cultura Económica.
- _____ (1994b). *Obra antropológica XIII, Antropología médica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Alba, Juan José (1989). “Jampiris y médicos en Rakaypampa. La reestructuración de sus prácticas curativas: Una experiencia con el Centro de Comunicación y Desarrollo Andino, CENDA”. Ponencia presentada en el *Congreso de Medicina Tradicional*. Cochabamba
- Alba, Juan José et al. (1993). *Los jampiris de Rakaypampa*. Cochabamba: CENDA.
- Amodio, Emanuele y Juncosa, José (Comps.) (1991). *Los espíritus aliados*. Quito: Abya-Yala.
- Barley, Nigel (1989). *El antropólogo inocente*. Barcelona: Anagrama.
- Citarella, Luca y Zangari, Alessia (Eds.) (2009). *Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*. La Paz: Cooperazione Italiana.
- Comelles, Josep María y Martínez, Ángel (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad*. Madrid: Eudema.
- Fernández Juárez, Gerardo (1995). *El banquete aymara: mesas y yatiris*. La Paz: Hisbol.
- _____ (1998). Todos santos, todos “almas”. *Revista Andina*, 31, 139-159.
- _____ (1999). *Médicos y yatiris. Salud e interculturalidad en el Altiplano aymara*. La Paz: CIPCA.
- _____ (2004a). *Yatiris y ch’amakanis del Altiplano aymara. Sueños, testimonios y prácticas ceremoniales*. Quito: Abya-Yala.
- _____ (2004b). “Ajayu, animu Y KURAJI”. La enfermedad del “susto” en el altiplano de Bolivia. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas* (pp. 279-303). Quito: Abya-Yala, Agencia BOLHISPANA, Universidad de Castilla-La Mancha.
- Fernández Juárez, Gerardo (Coord.) (2004). *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya-Yala, Agencia BOLHISPANA, Universidad de Castilla-La Mancha.
- _____ (2006). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Abya-Yala, AECEI, Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

- _____ (2009). *Salud e interculturalidad en América Latina. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios*. Quito: Abya-Yala, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Fernández Juárez, Gerardo (Dir.) (2008). *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio*. Quito: Abya-Yala, AECI, Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Fernández Juárez, Gerardo (Ed.) (2010). *Salud, interculturalidad y derechos: claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir*. Quito: Abya-Yala, Ministerio de Salud Pública de Ecuador.
- Flores, Juan Antonio y Abad, Luisa (Coords.) (2007). *Etnografías de la muerte y las culturas en América Latina*. Cuenca: UCLM.
- Geertz, Clifford (1989). *El antropólogo como autor*. Barcelona: Paidós.
- Gutiérrez Estévez, Manuel (2003). El estilo de la civilización amerindia. *Revista de Occidente*, 269, 7-25.
- _____ (2010). Esos cuerpos, esas almas. Una introducción. En: Manuel Gutiérrez Estévez y Pedro Pitarch (Eds.), *Retóricas del cuerpo amerindio* (pp. 9-55). Madrid, Frankfurt am Main: Iberoamericana, Vervuert.
- Holland, William (1963). *Medicina maya en los Altos de Chiapas*. México: INI.
- Malinowski, Bronislaw (1989). *Diario de campo en Melanesia*. Madrid: Júcar.
- Mallart, Lluís (2008). Reflexiones sobre la etnografía por el estudio de los sistemas médicos africanos. En: Gerardo Fernández Juárez (Dir.), *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio* (pp. 187-196). Quito: Abya-Yala, AECI, Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Pitarch, Pedro (1996). *Ch'ulel. Una etnografía de las almas tzeltales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Polia, Mario (1989). “Contagio” y “pérdida de la sombra” en la teoría y práctica del curanderismo andino del Perú Septentrional: Provincias de Ayabaca y Huancabamba. *Revista Antropológica del Departamento de Ciencias Sociales*, 7, 195-231.
- Rabinow, Paul (1992). *Reflexiones sobre un trabajo de campo en Marruecos*. Madrid: Júcar.
- Ramírez Hita, Susana (2005). *Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí*. La Paz: Cooperazione Italiana.

Interculturalidad en salud

Dudas, limitaciones y repliegues

Eduardo L. Menéndez

Desde la década de 1970, y especialmente durante las décadas de los años 1980 y 1990, y los primeros años de 2000, surgieron y se desarrollaron en América Latina diversas propuestas y acciones de interculturalidad referidas a procesos de salud/enfermedad/atención-prevención, que buscaron articular la biomedicina y el sector salud con la medicina tradicional a partir del establecimiento de relaciones “paralelas”, tratando de reducir o eliminar las relaciones de exclusión, subordinación y de hegemonía/subalternidad dominantes entre los mismos. Las corrientes preocupadas por impulsar esta articulación, diseñaron y aplicaron propuestas específicas para lograr dos objetivos básicos. Por una parte, contribuir a la rehabilitación cultural y al empoderamiento de los grupos étnicos a través de demostrar la eficacia cultural y técnica de la medicina tradicional, proponiéndola como medicina paralela y/o alternativa. Por otra, mejorar la relación entre el personal de salud biomédico y el paciente indígena, no sólo para lograr una mayor eficacia clínica, sino para incrementar la demanda y abatir los rechazos de la población indígena hacia la atención biomédica, especialmente en los centros de atención primaria. Y es en función de estos objetivos que primero analizaré varias de las principales limitaciones que redujeron, distorsionaron o, directamente, impidieron la aplicación de las propuestas interculturales. En un segundo momento revisaré algunas orientaciones técnicas y metodológicas utilizadas por quienes estudian y aplican la interculturalidad.

Buscaré a través de esta revisión entender la racionalidad metodológica, teórica y, también, ideológica de las orientaciones dominantes respecto de la interculturalidad en salud aplicada a los pueblos originarios, para tratar de encontrar explicaciones, por lo menos parciales, no sólo al fracaso de varias de las principales propuestas, sino también a la persistencia de las mismas pese a dichos fracasos¹.

Ideología, saberes y otras preocupaciones

Las aproximaciones académicas y las propuestas políticas respecto de la interculturalidad han sido y siguen siendo en gran medida ideológicas, y subrayo que no lo señalo negativamente, dado que recupero el papel que potencialmente cumplen los procesos ideológicos en la posibilidad de la realización práctica de los objetivos de sujetos y grupos sociales (Eagleton, 2005; Menéndez, 2002). Pero considero que, debido a la prioridad de estos objetivos ideológicos, se han generado constantes sesgos, omisiones y/o resignificaciones en las maneras de utilizar la interculturalidad, así como sobre todo en impulsar intervenciones que frecuentemente confundieron la realidad con sus propias narrativas.

Ahora bien, ¿qué tipo de interculturalidad respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención fue pensada por los funcionarios de los gobiernos, así como por los profesionales –frecuentemente médicos– cercanos a los grupos étnicos, intelectuales más o menos orgánicos de algunas tendencias políticas y operadores de las

1 Si bien el contexto de referencia de lo que vamos a desarrollar es América Latina y el Caribe, no obstante la mayoría de los procesos que analizaré corresponden a México por varias razones: 1) porque es el país de la región donde se iniciaron más tempranamente las elaboraciones teóricas y también las aplicaciones de propuestas interculturales respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención, expresadas sobre todo a través de la obra de G. Aguirre (1955, 1986); 2) porque es, por lo menos, uno de los países donde se realizaron y siguen realizándose gran parte de las propuestas y acciones de interculturalidad en salud; 3) porque cuenta con el mayor volumen de población que se asume como indígena a nivel latinoamericano; y 4) porque es el país del que tengo mayor cantidad de información y en el cual he realizado estudios específicos.

cooperaciones internacionales? Considero que la mayoría de los interculturalistas partió de varios presupuestos y de ciertas tendencias metodológicas que orientaron negativamente sus propuestas y actividades, como son, por ejemplo, su presentismo y su ahistoricismo. Si asumimos que la interculturalidad y la multiculturalidad constituyen procesos sociales constantes que operan entre sujetos y grupos sociales en diversos contextos actuales, lo que habría que hacer –antes de generar intervenciones– es observar, describir y analizar qué procesos de interculturalidad/multiculturalidad –y especialmente los que tienen que ver con los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención– están ya operando en la vida cotidiana de los actores sociales para, a partir de ellos, y no sólo de nuestros presupuestos, tratar de impulsar y concretar los objetivos interculturales.

Pero lo que ocurrió –y no sólo en México– fue que los funcionarios, profesionales e intelectuales que promovieron la interculturalidad en salud frecuentemente la programaron e impulsaron sin pensar, y menos sin incluir las relaciones interculturales ya existentes; tratando de construir espacios y organizaciones interculturales que ellos pensaban que iban a funcionar, pero que luego de un tiempo se constató que no lo hacían. Por ejemplo, los hospitales y centros de salud interculturales evidenciaron –y siguen evidenciando– una mínima demanda por parte de la población indígena, así como por haber generado en varios casos problemas entre los propios curadores tradicionales (Callahan, 2006; Gallardo, 2002; Ramírez, 2011, 2014; Vélez, 1995). Y a su vez, en México, sobre todo desde la década de 1980, las organizaciones de curadores tradicionales fueron propuestas y organizadas por el Instituto Nacional Indigenista (INI) a nivel nacional, pero también por otros profesionales e intelectuales a nivel local (Page, 2002), desaparecieron en menos de dos décadas en su casi totalidad (Cortéz, 2015; Gallardo, 2002; Instituto Nacional Indigenista, 1992; Pitarch, 2004; Vélez, 1995; Zolla, 2011).

Además, prácticamente todas las propuestas e intervenciones interculturales no sólo no tomaron en cuenta las relaciones preexistentes, sino que fueron pensadas, organizadas e impulsadas por instituciones y personas que no pertenecían a los grupos y comunidades étnicas. Lo

cual no niega que sea legítimo, y a veces necesario impulsar acciones, incluidos cambios, desde fuera de la comunidad, ya sea por funcionarios, profesionales y/o intelectuales del Estado, de ONG o de grupos políticos. Pero para ello necesitamos saber algunas cosas como, por ejemplo, cuáles son las principales limitaciones que existen para lograr los objetivos propuestos. También cuáles son las fuerzas sociales que apoyan pero también las que se oponen, así como las que muestran aceptación, interés y/o rechazo. Y sobre todo la capacidad de agencia que tienen los sujetos y grupos respecto de los cuales quiero impulsar los cambios. Luego de varios años de trabajo con sectores sociales subalternos, tratando de impulsar su empoderamiento, la trayectoria de varias ONG y de otras organizaciones de la sociedad civil –y no digamos de las instituciones oficiales– indica que, sin embargo, son dichas organizaciones las que siguen dirigiendo y proponiendo las acciones, y no los grupos subalternos que supuestamente buscan empoderar.

Ahora bien, propuestas similares a las impulsadas por los interculturalistas durante las décadas de 1980 y 1990 habían ya sido generadas y aplicadas en décadas anteriores, sobre todo por el Sector Salud mexicano. Pero la trayectoria y resultado de las mismas no fueron tomadas en cuenta, pese a que eran conocidas por parte de aquellos que las impulsaron. Recordemos que el Programa de Extensión de Cobertura que aplicó el Sector Salud mexicano a mediados de la década de 1970 en pequeñas comunidades se basaba en que la atención primaria la hicieran auxiliares de salud, muchos de los cuales eran curadores tradicionales que fueron adiestrados durante tres meses en el reconocimiento y diagnóstico de las enfermedades más frecuentes, en aplicar inyecciones y vacunas, en la atención del embarazo y en la enseñanza de técnicas anticonceptivas a las mujeres (Menéndez, 1981a, 1981b; Menéndez coord. 1978; Ramírez, 1980).

Más aún, desde la década de 1920 las misiones culturales y los maestros rurales venían aplicando en las comunidades –en su gran mayoría indígenas– acciones de tipo biomédico, lo cual constituyó una constante sobre todo en las áreas rurales, donde el maestro no sólo enseñaba “primeros auxilios” sino que podía actuar como auxiliar de salud

en las “casas de salud”, e inclusive en centros de atención primaria. Lo cual fue retomado desde la década de 1950 por el INI, primero en los escasos centros de que disponían, pero que ampliaron notablemente su número durante la primera mitad de la década de 1970. Y será también desde la década de 1970 que se iniciará y expandirá el programa IMSS/COPLAMAR, como el mayor intento de lograr cobertura médica para las poblaciones rurales, incluidas las zonas indígenas (Hernández, 1984, 1988; Menéndez, 1981a, 1993; Zolla, 2011).

En todos los casos enumerados, los objetivos y tipos de acciones fueron generados desde fuera de las comunidades y no como demandas de las mismas, implicando, además, que en todos los casos se generaron procesos y experiencias interculturales. Tal vez, las actividades que con mayor continuidad e interés impulsó el Sector Salud fueron las que tenían que ver con el adiestramiento y control de las parteras empíricas, con el objetivo de incidir en la reducción de las tasas de mortalidad infantil y materna, y especialmente en el descenso de la tasa de natalidad. Necesitamos asumir que el Sector Salud durante los años de 1970 capacitó a las parteras para que realizaran los partos en un medio higiénico, incluida la desinfección de sus instrumentos tradicionales; las instruyó para que derivaran los partos complicados a los servicios biomédicos; y las educó en el uso de ciertos anticonceptivos. Pero además las adiestró, no sólo en el uso de instrumental biomédico, sino también en el manejo de determinados fármacos, que se iban a convertir en parte nuclear del saber de las parteras empíricas (Güemez, 1989, 1997; Ramírez, 1980).

La interculturalidad respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención implicó –por lo menos en México– la puesta en relación de actores sociales caracterizados por su pragmatismo, así como el Sector Salud había actuado pragmáticamente incluyendo y hasta adiestrando a las parteras empíricas cuando las necesitó, para luego excluirlas. Además, se apropió de ciertos aspectos de su saber médico cuando observó que podían serles útiles en la atención del embarazo y el parto, y procuró incrementar su demanda de atención por parte de las embarazadas, generando un mercado comunitario de parteras que se hará cada vez más competitivo; especialmente durante las décadas

de 1970 y 1980, debido en gran medida al incremento del número de parteras generado por la expansión de programas materno/infantiles (Güemez, 1997; Menéndez, 1981b; Ramírez, 1980).

Ahora bien, dentro de las propuestas interculturales referidas exclusivamente a los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención que se desarrollaron durante los años de 1980 y 1990 observamos dos tendencias, que a veces operaron conjuntamente, y que fueron impulsadas por instituciones del Gobierno. En ambas se aprecia cierta continuidad con las actividades que venían desarrollándose previamente en México, aunque con algunos objetivos diferentes. Las experiencias generadas entre 1920 y 1970 buscaban abatir la morbilidad a través de la modificación de las creencias y prácticas indígenas y de la expansión de la biomedicina, aunque fuera a través de curadores tradicionales o de personal no biomédico. En segundo lugar buscaban promover una mejor relación, de respeto mutuo entre la población indígena y el personal de salud biomédico (Aguirre, 1955, 1986). En el caso de las nuevas propuestas interculturales impulsadas en la década de 1980 por el INI “participacionista” se focalizó el segundo aspecto, pero sobre todo se buscó revalidar, legitimar e impulsar la medicina tradicional –y especialmente el trabajo de los curadores tradicionales–, aunque partiendo de algunos presupuestos cuando menos dudosos, ya que no tomaron en cuenta toda una serie de condiciones y de actores sociales que limitaban la realización de sus objetivos.

Y justamente no tomaron en cuenta el pragmatismo del Sector Salud, que se expresó a través del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), y especialmente del programa IMSS/COPLAMAR y sus sucesivas continuidades². Este instituto acompañó durante un tiempo al INI, hasta que, por diversas razones que tienen que ver con el pragmatismo médico, modificó su orientación retomando los primeros objetivos de expandir la cobertura biomédica y de excluir cada vez más a los curadores tradicionales.

2 Este programa, con modificaciones, se ha continuado hasta la actualidad a través de los nombres de Oportunidades, Solidaridad, Progreso.

La interculturalidad promovida por el INI y por los profesionales relacionados con grupos étnicos se basaba en reconocer y trabajar sobre aspectos culturales, a partir de subrayar la “diferencia” en los usos y costumbres en las “cosmovisiones”, en las formas de vida que caracterizan a los pueblos originarios. Pero esta focalización dejó de lado, o sólo redujo a discursos, toda una serie de procesos que actuaban no sólo junto sino “dentro” de las diferencias culturales. Y así por ejemplo, si bien podían señalar e inclusive describir las desigualdades socioeconómicas y de poder que caracterizan a la sociedad mexicana en general –y respecto de los grupos étnicos en particular–, éstas no eran incluidas, y menos aplicadas, a los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención que estaban impulsando en términos de interculturalidad. Es decir, si bien podían existir referencias a dichas desigualdades, éstas constituían parte del marco referencial, pero no de sus intervenciones.

Más aún, no incluyeron las desigualdades socioeconómicas justamente durante el lapso en que las mismas se estaban profundizando cada vez más a nivel mundial, y en México en particular. Mientras los interculturalistas en salud –pero también los movimientos étnicos, así como parte de los intelectuales orgánicos– subrayaban el papel de las “diferencias culturales”, no debemos olvidar que las políticas neoliberales también las reconocían, junto con las de género y las del movimiento gay, al mismo tiempo que profundizaban –desde la década de 1970 y especialmente durante las de 1980 y 1990– las desigualdades socioeconómicas. Así, la mayoría de los proyectos interculturales en salud trabajaron con una interculturalidad que remitía básicamente a la diferencia cultural, mientras la población originaria caía cada vez más en sus niveles de pobreza y extrema pobreza, y la riqueza se concentraba en un pequeño grupo de actores sociales. Es decir, que sobre todo en sus proyectos de intervención, los interculturalistas no asumieron las situaciones y relaciones de desigualdad socioeconómica ni las asimetrías de poder.

Otro presupuesto fue pensar y aplicar las relaciones interculturales entre actores sociales considerados homogéneos, y en ciertos casos monolíticos; es decir, que los grupos étnicos aparecían como una unidad frente al resto de la sociedad, considerada también como unitaria. Y

esto referido a cada país en particular, así como a la relación entre grupos étnicos y sociedad “occidental”. Por lo tanto, los pueblos originarios fueron pensados como si fueran una sola “civilización mesoamericana” por autores como G. Bonfil, sin tomar en cuenta las fuertes diferencias que existen entre los mismos, como por ejemplo podemos observar entre los grupos étnicos del norte de México y los del centro y sur del país. O más aún, entre los miembros de los grupos mayas mexicanos, ya que los mayas yucatecos y los mayas de los Altos de Chiapas evidencian tener más diferencias que similitudes en términos culturales, aunque más similitudes que diferencias en términos socioeconómicos.

Correlativamente, una parte de los interculturalistas consideró la “cosmovisión indígena” no sólo como monolítica, sino como opuesta en términos de incompatibilidad con la “cosmovisión occidental”, pensada también como un bloque monolítico³. Esta concepción –si bien tuvo ciertos usos y logros momentáneos de tipo ideológico– fue deteriorándose cada vez más, pues sus afirmaciones tenían poco que ver con la vida cotidiana de la mayoría de los pueblos originarios. Por lo tanto, no podían explicar ni enfrentar los procesos que ocurren en la realidad, y que evidenciaban que no sólo hay cruciales diferencias entre los grupos étnicos entre sí, sino que el término “Occidente” –al igual que el de “Oriente”, o el de “Civilización mesoamericana”– constituye una construcción ideológica que no corresponde a la diversidad, los conflictos y contradicciones, y por supuesto a las cosmovisiones que han existido y existen en los actores sociales que estos términos pretenden integrar. Todo lo cual no niega que estos conceptos fueron y sigan siendo utilizados, pero reconociendo que los mismos pueden ser usados tanto para impulsar una interculturalidad más equitativa, menos desigual y sin hegemonías, como para favorecer todo tipo de incompatibilidades e impedir relaciones de interculturalidad

3 Toda una serie de conceptos, y en especial el de “cosmovisión”, tienden reflexivamente o no a impulsar la búsqueda de coherencia, cohesión, de estructuraciones, de homogeneidades en los grupos o culturas que se estudian, excluyendo las diferencias internas, los conflictos y contradicciones que cuestionarán la idea monolítica que surgen de sus propuestas.

oriente/occidente, así como para generar propuestas y acciones racistas al interior de los países (Menéndez, 2002).

Ahora bien, esta polarización fue muy marcada en autores como G. Bonfil para México, y mucho más en intelectuales como F. Reinaga para Bolivia; que si bien fueron referentes de una parte de los interculturalistas que trabajaron en salud, no condujo a proponer incompatibilidades en la formulación de la mayoría de los proyectos de interculturalidad en salud, sino de complementación y/o paralelismo entre las formas de atención tradicionales y las biomédicas. Pero aún estas tendencias no incluyeron en sus proyectos de intervención las diferencias de todo tipo que atraviesan y diversifican internamente a las comunidades étnicas en términos religiosos, de género, de adhesión política, de nivel educativo, de poder o de grupos de edad. Incluidas no sólo las diferencias, sino los conflictos y relaciones competitivas que existen entre los curadores tradicionales, y que pudimos observar desde la segunda mitad de la década de 1970 en comunidades de Yucatán y de otros estados mexicanos.

Además, los interculturalistas no asumieron demasiado el hecho de que todos los grupos sociales, incluidos los étnicos, se caracterizan por el cambio y no por la permanencia. Y que una parte de esos cambios se estaban dando, por ejemplo, a nivel generacional, según lo cual los jóvenes indígenas de varios de los grupos étnicos estaban desarrollando una cultura –o si se prefiere, diferencias culturales– que tenía poco que ver en varios aspectos con aquella de la generación de sus padres y de sus abuelos (Aquino, 2014; Meseguer, 2015; Hernández, 2015; Pérez, 2015; Porraz, 2015). Por ejemplo, se observa que los jóvenes indígenas ya no están interesados en ser curadores tradicionales, aunque sí en convertirse en promotores de salud. Es decir, no tomaron en cuenta las diferencias y desigualdades de todo tipo que existen actualmente dentro de las comunidades indígenas, ni tampoco los cambios “internos” que se estaban dando, para así poder pensar e instrumentar los tipos de interculturalidad posibles y, sobre todo, necesarios para los grupos étnicos.

Otro de los procesos que no fueron asumidos fue el de la paulatina –y en algunos contextos acelerada– reducción del número de curadores

tradicionales (Freyermuth, 1993), lo que se iba a evidenciar, por ejemplo, en la desaparición de los chamanes en amplias zonas de Chiapas y de Yucatán (Ortega, 1999; Page, 2002). Y no fue tomado en cuenta, pese a que en varias zonas indígenas del país el proceso de reducción venía siendo observado desde las décadas de 1960 y 1970, como es el caso de la comunidad yucateca de Ticul, donde en la década de 1950 existían alrededor de treinta yerbateros, mientras a mediados de los años de 1970 sólo quedaban quince (Menéndez, 1981a, 1981b; Menéndez y Ramírez, 1980; Ramírez, 1980). Y recordemos además que las propias instituciones oficiales que impulsaban la interculturalidad contribuyeron, directa e indirectamente, a favorecer la reducción o pérdida de actividades de los curadores tradicionales, especialmente durante los años de 1980 y 1990, dado que tanto el INI como el Sector Salud decidieron promover la formación de los curadores tradicionales centrándola en actividades herbolarias, excluyendo todo lo referido a brujería y magia (Gallardo, 2002).

Ahora bien, este proceso fue más complejo porque hubo un tipo de curador tradicional que incrementó momentáneamente su número, debido a que los programas de extensión de cobertura en el medio rural, y especialmente —como ya señalé— el programa de planificación familiar iban a demandar desde mediados de la década de 1970 el trabajo de las parteras empíricas para cumplir con sus objetivos (Güemez, 1997). Este proceso comenzó a revertir en los últimos diez años dada la aplicación de normas del Sector Salud que iban a excluir del parto a las parteras empíricas. Por lo cual, éstas redujeron sus actividades a la aplicación de sobadas (masajes), y sobre todo a tareas de educación para la salud focalizadas en la anticoncepción y en la derivación de las embarazadas hacia las instituciones médicas. Esto se tradujo en que para 2013 sólo el 1,51% de los partos en México fueran realizados por parteras empíricas (Berrio, 2013).

Los que impulsaron la interculturalidad en el campo de la salud tampoco asumieron en sus intervenciones que en los grupos étnicos funcionan simultáneamente relaciones de solidaridad y cooperación, junto con relaciones de conflicto y competencia; existen así numerosos rituales y organizaciones de cooperación junto con relaciones caracte-

rizadas por la envidia, que se expresan frecuentemente a través de determinados padecimientos y de acciones de brujería. No rastrearon ni documentaron procesos como las “venganzas de sangre” que forman parte de los usos y costumbres de numerosos grupos étnicos, y que se caracterizan por mantener relaciones de violencia interfamiliares a través de varias generaciones al interior de las comunidades (Menéndez, 2009). Más aún, no establecieron cuáles eran los tipos de relaciones dominantes en la actualidad, sino que tendieron a subrayar el papel de las relaciones de cooperación, excluyendo las relaciones de conflicto y división –inclusive entre los curadores tradicionales–.

Subrayo que algunos de los principales aspectos que los interculturalistas no incluyeron como limitantes de los objetivos de armonía y respeto que se propusieron impulsar corresponden a situaciones de violencia que, a nivel macro y microsocioal, operaban y siguen operando en México. De tal manera que no tomaron en cuenta la violencia estructural, ni la violencia generada por el crimen organizado, pero tampoco la violencia de género. Y estas omisiones no son demasiado comprensibles porque se hicieron respecto de la región que tiene las más altas tasas de homicidio a nivel mundial. Más aún, una parte de los territorios habitados por los grupos étnicos mexicanos se caracterizan por ser zona de producción de mariguana y amapola, y/o por ser parte de los espacios en que se dan las luchas entre diferentes fracciones del crimen organizado, y/o de éste con las organizaciones militares y policiales. Procesos que además inciden en la captación de adolescentes por el crimen organizado, incluyendo adolescentes indígenas.

Posiblemente una de las principales omisiones de los interculturalistas fue, y sigue siendo, la de los aspectos racistas que caracterizan a nuestras sociedades; lo más grave es que lo omitieron, o sólo hicieron referencias secundarias, sabiendo de su peso en las relaciones entre los servicios de salud y la población indígena. Pero esa omisión es, además, una característica de nuestra antropología, que ignora el racismo en todos los campos que estudia. Ahora bien, si preguntamos a los antropólogos que estudian procesos de salud/enfermedad/atención-prevención sobre la presencia de racismos en México, la casi totalidad reconocerá

que hay una diversidad de racismos entre nosotros. Sin embargo, existen muy pocos estudios etnográficos que den cuenta de los mismos (Meneses, 2005). Esto no niega que en los programas de salud intercultural promovidos a nivel federal y de algunos estados se hable, e incluso se analice, el racismo, pero permanece como parte del contexto y sin que observemos que dichas preocupaciones pasen al plano aplicativo.

Y por último, considero que los que impulsaron la interculturalidad no asumieron realmente, aunque varios lo señalaron, el papel de la biomedicina –y del Sector Salud en particular– como fuerte limitante de sus proyectos; no sólo por la expansión continua de la biomedicina y por su tendencia a la monopolización de la atención de la enfermedad, sino también por la aplicación de normas técnicas que afectaron directamente el trabajo de los curadores tradicionales. Desde esta perspectiva, considero que una de las principales omisiones de los interculturalistas fue, y sigue siendo, no registrar, analizar e incluir la notable penetración de productos y concepciones biomédicas en la vida cotidiana de la población, incluida la vida laboral y no laboral de los curadores tradicionales, dado que justamente en dicha penetración –y por supuesto apropiación– están operando procesos de interculturalidad. Al ser ignorados como tales, las instituciones que impulsan la interculturalidad dejan de lado en estos procesos algunas cuestiones fundamentales que tienen que ver con sus propios objetivos, y obligan a que los mismos sean generados por sujetos y grupos sociales en términos de autonomía relativa.

No contamos con una historia del saber popular, pero tampoco de la expansión del saber médico a nivel local que nos permita tener una idea más precisa del proceso de penetración de la biomedicina en los grupos subalternos, incluidos los grupos indígenas mexicanos. Sin embargo, algo podríamos lograr si en nuestros trabajos etnográficos obtuviéramos información respecto de cuándo los niños de las comunidades indígenas que estudiamos comenzaron a ser vacunados; cuándo se hicieron las campañas contra el paludismo y qué consecuencias tuvieron; cuándo en las tiendas de esas comunidades comenzaron a venderse aspirinas, alka-seltzer y vitaminas; cuándo las mujeres indígenas de comunidades específicas comenzaron a utilizar toallitas higiénicas para sus periodos menstruales.

Pero tampoco sabemos cuándo y cómo se expandieron directa e indirectamente a nivel local el uso de antibióticos, y cómo éstos modificaron positiva o negativamente los procesos de enfermar y morir en las comunidades indígenas. Lo cual, por lo menos en el caso mexicano, no es un proceso secundario, dado que México fue el tercer país a nivel mundial en utilizar penicilina, no sólo por grupos indígenas sino por curadores tradicionales y por auxiliares de salud durante las décadas 1940 y 1950 en Yucatán (Menéndez, 1981a, 1981b). Y recordemos que los procesos señalados constituyen experiencias de interculturalidad.

Pero ocurre que los interculturalistas que trabajan procesos de salud/enfermedad/atención-prevención excluyeron la influencia directa e indirecta de la biomedicina. Focalizaron la interculturalidad en el quehacer de los curadores tradicionales, sin estudiar demasiado lo que dicen y hacen con sus padecimientos y enfermedades los grupos familiares –y especialmente las mujeres de los grupos étnicos y no étnicos–, para saber qué es lo que piensan y utilizan, así como para observar cómo articulan la medicina tradicional con los saberes y productos biomédicos como parte de sus formas de atender, entender y, sobre todo, paliar o solucionar sus padecimientos (Mendoza, 1994; Osorio, 1974).

Pero la exclusión de la biomedicina implicó también la escasa importancia y uso de datos de tipo epidemiológico respecto de las tasas de mortalidad y de natalidad. Hasta hace pocos años las etnografías no presentaban datos sobre número de muertos, y menos aún de tasas de mortalidad general, etarias y por género en las comunidades que estudiaban, por más que en muchas de ellas podían haberlo logrado –por lo menos en México– a través de informantes y/o de la revisión de los datos del registro civil local⁴. Por lo cual, salvo excepciones, no hicieron

4 Durante décadas, la Escuela de Salud Pública de México realizó diagnósticos de salud en comunidades mexicanas de entre 10 000 y 15 000 habitantes, una parte de las cuales –al menos parcialmente– eran indígenas. Dichos diagnósticos suponían la lectura, codificación y análisis de los datos de mortalidad y natalidad en términos de tendencias consignados en los registros civiles de dichas comunidades. Este material ha sido poco usado, pero además tanto los antropólogos como los funcionarios interculturalistas no los buscaron en los registros civiles ni en sus informantes.

estudios de tendencias de las mortalidades para observar si las mismas descendían o se incrementaban. Si bien, como parte de la información contextual, muchos analistas nos dicen que los sectores indígenas son los que tienen las más altas tasas de mortalidad comparados con cualquier otro sector social. Sin embargo, las etnografías no suelen presentar los datos de mortalidad infantil y materna obtenidos mientras se está desarrollando el trabajo de campo. De tal manera, no se consigna que en los grupos donde domina la medicina tradicional se dan las más altas tasas de mortalidad por muertes “evitables”, o que donde domina el parto con parteras empíricas tenemos las más altas tasas de mortalidad materna e infantil. Sólo recientemente, aunque en general sin demasiada información cualitativa y estadística, algunos trabajos antropológicos señalan que sus informantes –sobre todo mujeres– reconocen que la disminución de la mortalidad –especialmente la infantil– se debe a la biomedicina. Inclusive reconocen en sus textos que generalmente los niños “nacidos muertos” no son reconocidos como muertes.

Y estas omisiones también generan una imagen distorsionada de los saberes tradicionales sobre los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención, omisión que generalmente tiene que ver con ciertos presupuestos que tratan de proteger a los grupos originarios –incluidos los curadores–, dado que se piensa que la descripción y difusión de esta información contribuiría aún más a reforzar los estereotipos racistas dominantes en nuestras sociedades. Esto puede ser real, pero necesita ser refrendado a través de la denuncia de la “culpabilización de la víctima”, y de poner en evidencia que dicha mortalidad diferencial no se debe sólo a los usos y costumbres, sino sobre todo a los procesos de explotación, marginación y racialización a que los pueblos originarios han sido y siguen siendo sometidos. Negar que algunos de los grupos étnicos mexicanos tenían en la década de 1920 una tasa de mortalidad infantil de más de 300 niños por mil nacidos vivos, o que en las comunidades campesinas la mortalidad de las mujeres era en esos años superior a la del varón, impide pensar hasta qué punto los pueblos originarios fueron marginados por la sociedad dominante; el no consignar estos datos ayu-

da a seguir ocultando los procesos que realmente ocurrieron, y a generar además lecturas imaginarias de nuestras realidades.

Pero también evita evidenciar la “mala práctica”, no tanto de los médicos sino de los curadores tradicionales, y la necesidad de incluirla como parte de las relaciones de interculturalidad, ya que la expansión de la biomedicina y la reducción del número de curadores tradicionales no se debe solamente a la mayor eficacia comparativa de la primera y a la exclusión que hace de los curadores, sino también a la propia experiencia de la población. Los proyectos de interculturalidad en salud no sólo deben evidenciar la hegemonía y los aspectos negativos de la biomedicina, sino también los aspectos negativos y positivos de la medicina tradicional.

Uno de los aspectos a profundizar respecto de los procesos que estamos analizando es el de la apropiación que los sujetos y grupos desarrollan como parte de sus estrategias de vida, y que supone que, por lo menos, una parte de los saberes y productos biomédicos tienden a ser resignificados por los grupos étnicos a través de sus propios rituales. Varios investigadores hemos observado cómo la relación frío/caliente ha sido referida por dichos grupos a aspirinas, alka-seltzer o antibióticos. En Yucatán observé la tendencia de curadores tradicionales –incluidos chamanes y parteras– a utilizar medicina de patente, así como trabajos más recientes han documentado que algunos curadores tradicionales, no sólo se caracterizan por utilizar exclusivamente fármacos, sino que inclusive son dueños de las principales farmacias en sus comunidades indígenas (Cortéz, 2015).

Toda una serie de procesos ha conducido no sólo a la biomedicalización de los curadores tradicionales, sino también a la reformulación de su trabajo, así como a la emergencia de nuevos curadores populares. Y así por ejemplo, desde la década de 1970 se desarrollaron –tanto a nivel oficial, como de ONG– programas de formación de promotores de salud que condujeron a que una parte de ellos se convirtieran en curadores locales que atendían todo tipo de enfermedades, básicamente con fármacos biomédicos. Pero este proceso de biomedicalización de los curadores locales es mucho más antiguo, dado que, por ejemplo,

los programas de parteras empíricas y de formación de “inyectoras” se desarrollaron en algunos estados desde al menos la década de 1940 (Erasmus, 1967; Menéndez, 1981a, 1981b).

Es por estos y otros procesos que considero que los interculturalistas no asumieron no sólo el largo y constante proceso de penetración biomédica, sino tampoco el permanente pragmatismo del Sector Salud, que incluye o excluye a los curadores tradicionales según sus necesidades y objetivos, y sobre todo en función de los recursos humanos y materiales de que dispone. Así, cuando los necesitó no tuvo demasiados problemas en convertir a curadores tradicionales en promotores de salud, o en adiestrar parteras empíricas para expandir el programa de planificación familiar; todo ello para luego establecer normas técnicas de exclusión, sobre todo cuando pudo asegurar una mayor cobertura de servicios biomédicos⁵. Y esta expansión y pragmatismo pueden ser aplicados porque constituyen las formas de atender y prevenir enfermedades legitimadas y apoyadas por el Estado, por las industrias de la enfermedad y de la salud, y –lo subrayo– por la mayoría de los sectores sociales. En todos los países latinoamericanos, incluidos los que reconocen y/o legalizan formas de medicina tradicional, los recursos de todo tipo del Estado van hacia la biomedicina, y no hacia las formas de atención tradicional; ello inclusive en países que cuentan con un Viceministerio de Salud tradicional, como es el caso de Bolivia.

Considero que los interculturalistas, así como no tomaron realmente en cuenta el papel de la biomedicina y del Sector Salud, tampoco trataron de distinguir y analizar qué grupos y fuerzas sociales (a nivel local, nacional e internacional) podían distorsionar, dificultar o directamente oponerse no tanto a sus “narrativas”, sino a sus intervenciones. Todo indica que sólo reconocieron y buscaron las instituciones y grupos

5 El pragmatismo constituye una de las características del modelo biomédico, pero considero que los interculturalistas no tomaron en cuenta la mayoría de las características de dicho modelo, sino que no asumieron el papel que la biomedicina y el Sector Salud tienen para los sectores sociales dominantes, nacionales e internacionales, justamente como parte de la “cosmovisión” occidental (Menéndez, 1983, 1990b).

que podían favorecer, facilitar y apoyar en el corto y mediano plazo las actividades interculturales que estaban promoviendo, tanto en términos de legitimación ideológica y técnica, como de apoyo financiero. Más aún, apelaron a la Conferencia de Alma Ata, a los Sistemas Locales de Salud (SILOS), al programa de Salud Intercultural de la Organización Panamericana de Salud (OPS), sin reconocer que tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la OPS, pero también UNICEF, orientaron sus recursos hacia la atención primaria focalizada de salud, y no hacia la propuesta de Alma Ata de una atención primaria integral, que incluía no sólo la medicina tradicional sino otras estrategias alternativas, y sobre todo la participación social de la comunidad. Y esto lo sabemos, por lo menos, desde la década de 1990, dado que la atención primaria integral, los SILOS y la salud intercultural se convirtieron en objetos de discusión y reflexión al tiempo que se fortalecían los programas focales (Menéndez, 1993, 2009).

Los interculturalistas dieron prioridad a trabajar con los curadores tradicionales y con la “medicina tradicional” a partir de sus presupuestos, y no porque hubieran descrito y analizado el conjunto de los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención que sufren y enfrentan los sujetos y grupos indígenas. Considero que en esta orientación incidieron, y siguen incidiendo, varios procesos, entre ellos la tendencia de gran parte de la antropología que estudia procesos de salud/enfermedad/atención-prevención a buscar en los grupos étnicos –y aún más en los curadores tradicionales– casi exclusivamente la presencia de enfermedades y tratamientos tradicionales, y no el conjunto de los sufrimientos, de las enfermedades que padecen y de las que mueren. Se trató de encontrar lo que persiste más que lo que cambia, dado que lo primero asegura pensar en términos de identidad, “cosmovisión” y diferencia, sobre todo para corrientes ideológicas –y a veces políticas– que buscaban legitimar las diferencias y derechos de los pueblos originarios. Ello condujo a una parte significativa de las etnografías a excluir las enfermedades alopáticas y los usos de la biomedicina por los grupos étnicos, generando así una imagen de dichos grupos que no corresponde a lo que realmente ocurría, por lo menos en términos de salud/enfermedad/atención-prevención.

Este hecho lo constaté por primera vez a través de la lectura de etnografías realizadas para Yucatán contrastándolas con mis propios trabajos (Menéndez, 1981a). Por ejemplo, en 1978 leí un estudio sobre enfermedades en una comunidad yucateca realizado a mediados de la década de 1960 por el antropólogo R. A. Thompson (1966), en el cual se describe un listado de 106 enfermedades informado por un curandero local, quien señala que sólo dos de ellas se atienden con medicina de patente, y otras dos requieren de la intervención quirúrgica biomédica. Es decir, que según esta “narrativa” etnográfica sólo cuatro de 106 enfermedades tenían que ver con la biomedicina, en una comunidad que desde 1920 contaba con dos médicos privados, y en la cual se había instalado en 1938 un Centro de Higiene Rural que contaba con un médico y una enfermera, que en 1962 se había transformado en un Centro de Salud B con Hospital D, que contaba con nueve camas de hospitalización. De tal manera que cuando Thompson hizo su trabajo de campo había en la comunidad seis médicos trabajando a nivel privado y oficial, entre cuatro y cinco farmacias, y una gran cantidad de tiendas que vendían fármacos de patente, añadiéndose además que una parte de los curadores tradicionales utilizaban productos biomédicos⁶. Una comunidad que, según el propio Thompson (1974), se caracterizaba por su acelerado proceso de cambio en términos de estratificación social, de relaciones étnicas y de movilidad social, así como –aunque él no lo señale– también en términos salud/enfermedad/atención-prevención.

Los antropólogos, sobre todo en ciertas zonas indígenas de México, son percibidos por las comunidades como sujetos que buscan un determinado tipo de información. Por lo tanto, cuando un antropólogo va a trabajar sobre procesos de salud/enfermedad/atención-prevención

6 Entre 1977 y 1978 había en esta comunidad alrededor de 14 médicos privados y 7 farmacias. En el centro de salud había cuatro médicos, dos pasantes de medicina, un odontólogo, una enfermera titulada, dos pasantes de enfermería, cinco auxiliares de enfermería, un técnico de laboratorio, dos auxiliares de nutrición, dos promotores sociales, una trabajadora social, y unas quince parteras controladas. Ticul tenía alrededor de 16 700 habitantes, de los cuales el 95% hablaba y/o entendía maya (Menéndez, 1981b; Menéndez y Miceli, 1977; Ramírez, 1980).

se refuerza su propia orientación hacia lo tradicional con las expectativas comunitarias de que dicho profesional sólo está interesado en empachos y caídas de mollera, y no en diabetes o tumores cancerígenos. Por lo cual los sujetos tienden a hablar “espontáneamente” de cuestiones de medicina tradicional, confirmando lo que el antropólogo espera.

Necesitamos asumir que toda relación, incluidas las relaciones interculturales, constituyen –como decían los viejos interaccionistas de las décadas de 1940 y 1950– sistemas de expectativas, que si no son manejadas en términos metodológicos dan por resultado etnografías semi-imaginadas.

La tendencia de los alumnos de licenciatura, maestría y doctorado en antropología social, y más aún en etnología, es a estudiar enfermedades tradicionales, evidenciando dificultades en el abordaje del estudio de las enfermedades alopáticas. Ello es fruto de una formación de base orientada hacia una población originaria que, para los antropólogos, se enfermaba y moría de enfermedades tradicionales, aún cuando en la práctica se murieran de gastroenteritis, de afecciones respiratorias agudas, de paludismo, de problemas de parto, de enfermedades cardiovasculares, que también se expresaban a través de nosologías tradicionales, pero que no incluían la mayoría de las enfermedades crónico/degenerativas o cronicadas como el VIH-sida, que son las enfermedades de las cuales se está muriendo actualmente la población. Pero además era una antropología que, salvo alguna excepción, no describía a nivel estadístico ni cualitativo los episodios de enfermedad a través de los cuales la gente sufría y moría. No recuerdo –pero puede ser debido a mi carencia de información– trabajos sobre medicina tradicional, y sobre todo sobre curadores tradicionales, en los cuales nos indicaran, por ejemplo, el número de partos realizados por una o varias parteras, y en cuántos de ellos la madre y/o el niño murieron o tuvieron graves consecuencias.

Si bien esta orientación ha ido cambiando, persisten, sin embargo, ciertos presupuestos entre los que destacan los que consideran que a través de las enfermedades alopáticas no se pueden encontrar, y por lo tanto describir, las “cosmovisiones” de los sujetos y grupos; pese a

los procesos de cambio que inclusive reconocen. Es como si las denominadas “cosmovisiones” sólo operaran a través de formas tradicionales –y especialmente mágico/religiosas–, y no de otras dimensiones de la cultura como son, por ejemplo, los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención que no sólo deben ser referidos a la dimensión religiosa para que formen parte de las “cosmovisiones”.

Es necesario asumir que toda una serie de trabajos antropológicos sobre curadores tradicionales, y especialmente sobre chamanes, buscaron especialmente estudiar los aspectos mágico/religiosos de los mismos; mientras que otros estudiosos estaban preocupados por las funciones de control social y cultural que cumplían para sus comunidades; y sólo algunos estaban preocupados por lo que hacían en términos de sanación y prevención. Pero –y es lo que quiero subrayar– estos objetivos condujeron a subordinar e, inclusive, a excluir los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención por parte de quienes que estaban preocupados por los aspectos religiosos, que eran la mayoría. De igual manera, los preocupados por la medicina tradicional tendían a desarrollar etnografías de las enfermedades y curadores tradicionales, pero excluyendo el papel de las enfermedades alopáticas y de la biomedicina, pese a que los datos indicaban su creciente presencia en los grupos étnicos (Menéndez, 1981a, 1990a, 1994; Press, 1975).

Al señalar estos aspectos no desconozco el esfuerzo, las buenas intenciones y la enorme cantidad de trabajo desarrollado por varios de los interculturalistas, así como ciertos logros en términos de intervención. Pero considero que, además de las limitaciones ya señaladas, hay numerosos aspectos de la vida cotidiana de los pueblos originarios que deberían haber sido tomados en cuenta en la programación y, sobre todo, en la implementación de las políticas interculturales en salud, dado que hubieran favorecido la realización de las mismas o, tal vez, disuadido de realizarlas.

Así, por ejemplo, hay dos aspectos que pude observar en varias pequeñas comunidades en distintos contextos mexicanos entre 1976 y 1990, y que hubieran tenido que ser asumidas por las propuestas, y sobre todo por las intervenciones de interculturalidad en salud. Me re-

fiero, en primer lugar, a toda una serie de aspectos que caracterizaban, por lo menos, a una parte de los curadores tradicionales, como puede ser el frecuente uso de medicinas de patente, la preferencia a trabajar individual y autónomamente, o la expectativa a recibir apoyos financieros del Sector Salud. Varios aparecían más interesados en recibir los diplomas y constancias que podían obtener en los talleres –impartidos generalmente por médicos, y en menor medida por antropólogos–, que por el propio aprendizaje. Muchas parteras consideran que los diplomas y las credenciales que les entrega el Sector Salud –reconociéndolas como “parteras rurales”– las legitiman profesionalmente, dándoles a dichas constancias “un valor equivalente al título profesional que ostentan los médicos académicos” (Güemez, 2002, p. 138).

Más aún, dichos curadores, preferían trabajar en sus viviendas o en las de las personas que trataban, más que en los centros de salud, como lo ha evidenciado la falta de demanda de los centros de salud y hospitales “mixtos” por parte de la población indígena. Pero esta preferencia fue siempre parte intrínseca de la relación curador tradicional/paciente (y familiares) en todas las variedades de atención. Así observamos que las parteras empíricas yucatecas, al negarse a realizar sus partos en los centros de salud, condujeron a la Secretaría de Salud a crear “posadas de nacimiento” que aseguraran un mínimo de infraestructura para realizar un parto satisfactorio en términos biomédicos, aún reconociendo que dichas “posadas” podían ser las propias casas de las parteras (Güemez, 1997). Pero aun con dicho reconocimiento las “posadas” fueron desapareciendo.

Mientras, en el caso de los chamanes, no ya el Sector Salud, sino algunas organizaciones de curadores tradicionales como la OMIECH, crearon una “casa de curación” para dar tratamiento chamánico que pensaban convertir en hospital de medicina indígena. Pitarch (2004) visitó una de esas casas en 1977 y en 2001, y encontró que la misma no era prácticamente utilizada, ya que los pacientes indígenas no acudían a ella; según el autor, esto podía predecirse, ya que “el chamanismo tzeltal es una actividad esencialmente individual y más bien solitaria...y sobre

todo porque la actividad terapéutica es un asunto particular del *chamán*” (Pitarch, 2004, p. 248).

Pero además, entre los curadores tradicionales, y sobre todo entre quienes realizan actividades similares, se observan fuertes críticas mutuas, competencias y divisiones (Gallardo, 2002; Pitarch, 2004). Así por ejemplo, en el caso de una comunidad yucateca las parteras capacitadas criticaban duramente a las que no lo estaban, calificando de peligrosas sus formas de atención del parto dada la falta de higiene en el aseo personal y en el manejo del parto, así como de querer atender cualquier parto por complicado que fuera (Ramírez, 1980). En la misma comunidad observamos que las críticas eran más frecuentes y fuertes entre los propios curadores tradicionales, que de éstos hacia la biomedicina privada. Inclusive estos curadores, al igual que la mayoría de la población, tendían a criticar mucho más a los médicos de los centros de salud que a los médicos privados. Y así, en una pequeña comunidad yucateca como Pustunich, el auxiliar de salud tenía fuertes conflictos con el pasante de medicina, en lo cual intervenían varios factores entre los cuales subrayo dos: por una parte, los pasantes recibían un pequeño salario, pero los auxiliares no recibían ninguno, aunque en aquel momento podían vender los fármacos que les daba el Sector Salud; y por otro, el auxiliar de salud atendía en la casa de salud no sólo enfermedades alopáticas, sino también tradicionales.

En varios contextos respecto de los cuales tenemos información, la población originaria consideraba que la medicina privada –incluyendo las medicinas de las farmacias particulares– era la mejor para tratar las enfermedades “difíciles”, mientras que la medicina tradicional era utilizada sobre todo para los padecimientos menos complicados, salvo brujerías. Y estos y otros procesos los conocíamos en México por lo menos desde la segunda mitad de la década de 1970, es decir, previamente a que se impulsaran los programas interculturales en salud de los años 1980, 1990 y 2000. Necesitamos asumir que gran parte de este tipo de información era conocida por los que trabajaban procesos de salud/enfermedad/atención-prevenición en grupos étnicos. Pero no fue tomada en cuenta por los que impulsaron los hospitales mixtos y las organizaciones de curadores tra-

dicionales, pese a que dicha información conducía, cuando menos, y dadas sus características, a reflexionar sobre las dificultades de llevar a cabo dichas propuestas no sólo del Sector Salud, sino también de los grupos étnicos, incluidos los curadores tradicionales.

Un segundo aspecto se refiere al que considero como uno de los procesos más decisivos en términos de interculturalidad a nivel micro-social: la autoatención de los padecimientos que observamos, sobre todo, en los grupos familiares, y a través de los cuales se articulan, se integran o se mezclan saberes tradicionales, biomédicos y de otras formas de atención. Es a través de estos procesos de autoatención como observamos los usos paralelos o simultáneos de las diferentes formas de atención y prevención que operan directa o indirectamente en las comunidades, más allá de las posibles diferencias culturales y epistemológicas que pueden existir entre las mismas. Más aún, lo que ocurre en los procesos de autoatención constituye una de las principales guías no sólo para entender la interculturalidad en salud, sino para orientarnos en nuestras posibles intervenciones en este campo. Sobre todo porque la autoatención es realizada por los propios grupos y sujetos como parte necesaria de sus procesos de reproducción social y biológica; constituye un proceso basado en la capacidad de agencia de los sujetos y micro-grupos, es decir, que la interculturalidad se dará existan o no instituciones y/o grupos que la impulsen (Kroeger et al., 1991; Mendoza, 1994; Menéndez ed., 1982; Menéndez, 1983; Osorio, 1974).

Es a través de la autoatención como podemos registrar que la interculturalidad es un proceso normalizado en los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos y microgrupos, y especialmente del grupo familiar. Y es por eso que mientras los funcionarios, profesionales e intelectuales que impulsaron la interculturalidad centraron sus objetivos en los curadores tradicionales, nosotros proponemos que el trabajo intercultural debería centrarse en los procesos de autoatención. No sólo porque en ellos se dan procesos de interculturalidad que tienen una posible eficacia, sino porque si bien los curadores tradicionales pueden ir reduciéndose y desapareciendo, los saberes sobre medicina tradicional

persistirán –al menos por un tiempo– a través de los procesos de autoatención desarrollados por los sujetos y grupos sociales.

Pero además, debido a lo ocurrido casi inevitablemente con los líderes comunitarios, el trabajo directo con sujetos y micro-grupos es decisivo; es decir, frente a la cooptación, la corrupción y la monopolización del poder observadas frecuentemente en los mismos, se necesita, sobre todo, empoderar a las personas y micro-grupos de la comunidad, para asegurar así no sólo la continuidad de la medicina tradicional, sino la capacidad de articular los diferentes saberes respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención; no tanto para afirmar la interculturalidad, sino la capacidad de agencia de los sujetos y grupos. Esto no niega el papel de los líderes, sino que lo refiere al “control” social comunitario.

La inclusión de éstos y otros aspectos de la interculturalidad son necesarios debido a que, pese a su importancia, suelen ser excluidos de los objetivos y los marcos teórico-ideológicos, y sobre todo de las intervenciones de las instituciones, de los profesionales y/o de los académicos que buscan impulsar una interculturalidad armoniosa, simétrica, respetuosa, tolerante y basada en los curadores tradicionales. O pueden llegar a incluirlos en los fundamentos de sus programas de interculturalidad, e inclusive en el listado de problemas y actividades como parte de su marco referencial, pero –y esto es lo relevante– sin ser parte de sus intervenciones interculturales.

Ahora bien, respecto de la mayoría de nuestros señalamientos podría argüirse que, si bien han fracasado –por lo menos las principales propuestas interculturales–, es posible que en los curadores tradicionales, y también en la población, se hayan generado procesos de aprendizaje, ejercicios de empoderamiento y experiencias de gestión que en algún momento puedan ser recuperadas por los sujetos y grupos con objetivos comunitarios. Lo cual no niego, pero hay que demostrarlo. Como también hay que asumir que varias de esas experiencias pueden haber reforzado los procesos de exclusión, de subordinación y/o de hegemonía/subalternidad que viven los pueblos originarios, tal y como lo hemos señalado en otros trabajos.

Las desorientaciones metodológicas de la interculturalidad

Para una parte de los investigadores y de los funcionarios latinoamericanos que estudian y/o aplican la interculturalidad, la relación entre pueblos originarios y sociedad dominante –como ya señalé– se les aparece como el encuentro de “cosmovisiones” diferentes, y para muchos incompatibles. Esto se ha expresado en los resultados etnográficos y en las reflexiones que una parte de los antropólogos –y miembros de otras disciplinas– realizan respecto de los saberes sobre los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención que encuentran en los grupos étnicos, cuya “cosmovisión” excluye –según ellos– casi todo lo referido a la biomedicina.

Ya he señalado en otros textos (Menéndez, 2002, 2015) que, por ejemplo, los conceptos de “cosmovisión” o identidad han incidido frecuentemente de forma negativa en la manera de describir e interpretar los saberes de los sujetos y grupos sociales, dado que impulsan la búsqueda de congruencias, coherencias y “equilibrios” que tienden a eliminar o secundarizar no sólo cierto tipo de información, sino sobre todo los conflictos, ambigüedades o contradicciones que operan en todo sujeto y grupo social, incluidos los étnicos.

Es a partir de este primer aspecto que considero que, en nuestras formas de obtener información, describir y analizar/interpretar los procesos de interculturalidad, existen ciertas orientaciones metodológicas que limitan y/o sesgan nuestros trabajos desde el principio. Y una de ellas es la tendencia a buscar en los Otros exclusivamente las diferencias, lo cual es necesario, pero siempre y cuando también se tomen en cuenta las similitudes que existen entre los diferentes “Otros” que están en relación, e inclusive entre los diferentes actores sociales y el propio investigador. O lo que aún es más decisivo: la necesidad de buscar las diferencias, pero también las similitudes entre los actores sociales a través de los cuales trato de estudiar y/o de impulsar la interculturalidad. La búsqueda unilateral de las diferencias conduce a subrayar las incompatibilidades, lo cual es importante para tener en cuenta las dificultades de construir interculturalidades, pero dicho énfasis suele conducir a ig-

norar la existencia de similitudes a partir de las cuales poder pensar las mejores vías para el desarrollo de procesos interculturales.

Si bien hay “diferencias” esperables, las mismas deben ser matizadas en el caso de los antropólogos latinoamericanos, dado que una parte de los mismos son de origen indígena, afroamericano o por lo menos “mestizo”; por lo tanto, en sus experiencias de vida deben haber permanecido dinámicamente no sólo una parte de las “cosmovisiones”, sino de las relaciones clasistas/racistas con las cuales se van a encontrar en su trabajo de campo. Pero dado que casi todos somos productos de la interculturalidad, eso no sólo ocurre con los “antropólogos originarios”, sino también con los “mestizos”.

En México, mi experiencia de trabajo de campo estudiando procesos de salud/enfermedad/atención-prevención que implicaban obtener información –tanto sobre biomedicina como sobre medicina tradicional– se dio en comunidades de Yucatán, Veracruz, La Laguna, Baja California Sur, San Luis Potosí, Guanajuato, Michoacán, y Coahuila. Si bien parte de toda la información obtenida expresaba “diferencias” –y a veces fuertes “diferencias”– entre las “cosmovisiones” de los sujetos entrevistados y las mías, casi nunca las viví en términos de incompatibilidad. Tal vez porque en mi infancia hubo empachos y males de ojos, pero también llantos por María, y rituales del manejo de la muerte y de los muertos. Lo cual no niega que viviera episodios de fuerte extrañeza cultural y emocional como, por ejemplo, fueron las informaciones obtenidas sobre venganzas de sangre en una comunidad de Michoacán, y sobre el asesinato de una persona que un cacique de una comunidad de Veracruz mandó matar por adeudos de juego; información que me transmitieron familiares de los asesinados.

Por eso siempre he tratado de estar atento a las similitudes y no sólo a las diferencias, y así por ejemplo, desde que trabajo con procesos de salud/enfermedad/atención-prevención, siempre me ha llamado la atención un hecho que ocurre en grupos originarios y no originarios. Me refiero a que en ambos grupos la mayoría de los curadores de mayor status sociocultural y técnico –ya sean tradicionales o biomédicos– son

varones, y los de más bajo status son mujeres; más aún, la relación carismática refiere con mayor frecuencia a figuras masculinas en ambos tipos de curadores. Esta jerarquización del trabajo asistencial/curativo/sanador contrasta con el hecho de que, tanto en los grupos étnicos como en el resto de la sociedad mexicana, la enfermedad, la atención y la prevención está –al nivel de los pequeños grupos, y especialmente del grupo familiar– en manos de mujeres. Es decir, que en ambos contextos, más allá de sus diferencias, el saber jerárquico es ejercido por varones, mientras que el saber subalterno es parte de la “identidad” femenina.

Las similitudes de este tipo son más frecuentes de lo que pensamos, pero las mismas no se documentan etnográficamente porque no se buscan ni se encuentran, debido en muchos casos a que el antropólogo niega o inhibe su propio proceso de socialización. Y en parte es por ello que insistimos en que el antropólogo debe observar no sólo sus diferencias, sino también sus similitudes con las de los actores sociales que estudia/coestudia/autoestudia/etc. En el caso de muchos antropólogos latinoamericanos, la búsqueda exclusiva de las diferencias puede conducir a negar su propio proceso de constitución cultural como sujeto, dado que –como ya señalé– es muy posible que en su infancia no sólo al antropólogo, sino al médico, a la enfermera o al chófer de la ambulancia los hayan curado de susto; o que de adulto hayan solicitado algunas “limpias”, y que además hayan acudido a algún curador más o menos tradicional o *new age* para intentar resolver algunos problemas. Más aún, que se hayan tratado gripes y gastroenteritis simultáneamente con fármacos biomédicos y con infusiones tradicionales, y que sin darse cuenta sigan manejando criterios de relación frío/caliente, por ejemplo al beber cerveza o al tomar sopa aguada. De ahí que uno de los aportes etnográficos sería no sólo detectar las diferencias, sino las similitudes dentro de las diferencias.

Todo indica que una de las principales limitaciones de los estudios e intervenciones interculturales está en privilegiar la obtención de información y/o de trabajar con un solo actor social al que consideran decisivo, y por tanto la exclusión de un enfoque relacional que incluya no sólo el “punto de vista” de un actor, sino el de todos los actores significativos que tienen que ver con los procesos y problemas que se

estudian o sobre los cuales se interviene. De tal manera que, por ejemplo, los trabajos no se limiten a presentar solamente el punto de vista de los curadores tradicionales –ya sean parteras empíricas, hueseros o chamanes– respecto de lo que hacen con sus pacientes en términos de diagnóstico o de tratamiento, sino también incluir el punto de vista de los pacientes. Pero en la mayoría de los estudios antropológicos, por lo menos en México, sólo contamos con la mirada de los curadores, y esto –y lo subrayo– más allá de reconocer la calidad de una parte de los textos generados sobre dichos curadores.

Esta orientación metodológica es incomprensible respecto de estudios e intervenciones sobre interculturalidad, dado que ésta implica necesariamente relaciones entre diferentes actores sociales. Por lo cual, un proceso que es relacional tanto en términos teóricos como de intervención, sin embargo se caracteriza frecuentemente por utilizar enfoques metodológicos a-relacionales que tendrán consecuencias negativas en toda una serie de aspectos.

Necesitamos asumir que los curadores tradicionales, y obviamente también los biomédicos, nos presentarán las pautas ideales de sus formas de diagnosticar, tratar o sanar omitiendo las que evidencien sus ineficacias y sus errores. Y además es casi seguro que hablarán, sobre todo, de enfermedades tradicionales pese a que se incrementen sus acciones respecto de padecimientos alopáticos. Más aún, puede ser que refieran lo que en algún momento hicieron, pero que ya no realizan, como ocurre en el caso de las parteras empíricas que han sido excluidas del trabajo de parto por el Sector Salud mexicano.

Por lo tanto, si nos interesa saber qué pasó con un tratamiento de susto o de mal de ojo, necesitamos tener el punto de vista del curador tradicional, pero también de los que fueron tratados por éste, así como de los que ya no demandan este tipo de tratamiento, para saber por qué no. Reducir la información al punto de vista de un solo actor puede conducir a trabajar y establecer conclusiones sesgadas e incorrectas, tanto en términos cualitativos como estadísticos, lo cual es sumamente negativo, sobre todo si realizamos intervenciones en el campo de la salud.

Más aún, hay etnografías en que se presenta sólo el punto de vista de personal biomédico respecto de los curadores tradicionales, o sólo del curador tradicional sobre el personal biomédico. Puntos de vista que pueden expresar consideraciones positivas, negativas o ambivalentes, pero que no incluyen y, por lo tanto, no contrastan los puntos de vista de los diferentes actores relacionados, sino el de uno solo de ellos. Por lo cual, necesitamos obtener información sobre los saberes de los actores sociales en relación. Así por ejemplo, si varias ONG o una institución de salud se proponen impulsar –como se ha hecho en México– un programa intercultural para operar sobre la relación entre el médico y la mujer indígena, deben tomarse en cuenta toda una serie de características: las condiciones socioeconómicas y culturales de las mujeres indígenas, incluyendo su monolingüismo o bilingüismo, el uso fuerte o débil de la medicina tradicional y de la biomedicina, los cambios generacionales, el estatus social de la mujer dentro del grupo familiar y la comunidad, la existencia de violencias intrafamiliares, y un largo etcétera. Pero también deben incluirse las normas y rituales de la institución donde opera la relación médico-paciente; deben tomarse en cuenta los programas de salud que se aplican y los que no, así como las características de la formación profesional de los médicos, el saber de los mismos, y también otro largo etcétera (Goffman, 1971; Menéndez y Di Pardo, 1996). Y es dentro de éstos y otros procesos y condiciones que tenemos que pensar las propuestas de interculturalidad.

Pero la mayoría de los estudios e intervenciones interculturales no describen ni analizan los saberes biomédicos, sino que los dan por sabidos a través de estereotipos frecuentemente incorrectos –o por lo menos sesgados– respecto de ciertas características del saber médico. Por lo menos una parte de los médicos alópatas en México saben de la importancia e incidencia de los saberes locales en los pacientes indígenas que atienden o pueden llegar a atender, y una parte significativa de los médicos estaría dispuesto a tomar en cuenta dichos aspectos. Pude observarlo entre 1976 y 1981, no sólo en las decenas de seminarios realizados con personal de salud en la antigua Escuela de Salud Pública, sino en los trabajos de campo realizados durante seis años con médicos,

enfermeras y promotores de salud en diferentes comunidades. Pero la posibilidad de tomar en cuenta el saber local implica que el médico tenga no sólo un conocimiento y una disposición personal, sino un tiempo suficiente en la relación médico-paciente dentro de las tendencias institucionales que tanto por razones técnicas como económicas han ido reduciendo cada vez más el tiempo de duración de la consulta médica para los pacientes en general, y no sólo para los indígenas. Por lo tanto, desde el principio –por lo menos en México– sabemos que una propuesta de este tipo es inviable si no se modifican los tiempos de la consulta, por lo menos en el nivel de la atención primaria.

Pero ¿qué esperan y qué no esperan los interculturalistas del personal de salud, y en particular del médico? Como sabemos, durante un tiempo proponían que el personal de salud, y sobre todo los médicos, manejaran la lengua del grupo que atienden. Pero actualmente la mayoría ya no propone esto, sino la existencia de “facilitadores”, o por lo menos traductores, en los servicios biomédicos, lo cual se está aplicando en algunos países de América Latina, aunque con graves deficiencias por lo menos en el caso de México. Pero ¿qué más esperan? ¿Acaso que los médicos conozcan los usos, costumbres y “cosmovisiones” de los sujetos y grupos que atienden? Esta propuesta, más allá de su realización, tendría que tomar en cuenta algunos aspectos, comenzando con que la mayoría de los médicos que van a comunidades indígenas son pasantes que están cumpliendo su servicio social durante menos de un año y que, por lo tanto, no permanecerán en dichas comunidades, y ni siquiera en la región. En términos de tratamiento médico, el personal de salud no ha sido adiestrado para trabajar con los usos y costumbres de sus pacientes, pero además –según mi propia experiencia–, la mayoría de los expertos en interculturalidad tampoco podrían enseñarlo.

Ahora bien ¿quiénes demandan que el personal de salud debe conocer y trabajar con los usos y costumbres de la población indígena? Hasta lo que sé, constituye una propuesta de los especialistas en interculturalidad, dado que la mayoría de los datos con los que contamos no indican que las quejas y demandas de la población indígena –y no indígena– se refieran a los usos y costumbres, sino que reiteradamen-

te refieren a los tiempos de espera, a la tardanza en ser atendidos, a la impuntualidad de los médicos y a sus constantes ausencias. Así como también al maltrato a que son sometidos, y a que los médicos que los atienden no son médicos sino sólo pasantes. Por supuesto que, al igual que cualquiera de nosotros, querrían que el personal conociera sus usos y costumbres, pero son demasiado realistas como para demandarlo.

De allí que ahora los expertos proponen sensibilizar al personal de salud ya no sobre la necesidad de conocer los usos y costumbres indígenas, sino para tener un trato respetuoso con ellos, incluidos sus usos y costumbres. Ahora bien, éstas y otras propuestas no suelen incluir varias de las principales características biomédicas, más allá de la buena, mala o indiferente actitud del personal de salud hacia los programas de interculturalidad. Y me refiero, por ejemplo, a no tomar en cuenta los usos y costumbres biomédicos, o si se prefiere, la racionalidad de los saberes biomédicos. Es decir, no toman en cuenta las consecuencias de una formación médica cada vez más biologicista, ni las consecuencias del trabajo en instituciones médicas, y menos aún los objetivos profesionales y sociales a nivel individual de sujeto y de grupo, así como sus crecientes problemas ocupacionales. La mayoría de los médicos no se dedican a la biomedicina para atender a población indígena, y menos para prevenir enfermedades; no están interesados en la participación social en salud, ni lo han aprendido en el transcurso de su formación profesional. La casi totalidad de los médicos tiene interés en trabajar en medios urbanos y no en medios rurales, así como tienen la tendencia a especializarse, y no necesariamente en salud intercultural.

Por eso los proyectos y programas de interculturalidad que incluyan al Sector Salud no sólo debieran tomar en cuenta los usos y costumbres y la racionalidad de los grupos étnicos, sino también, y con la misma rigurosidad metodológica, los usos y costumbres –o si se prefiere la “cultura”– de las diferentes instituciones biomédicas y de la profesión médica en sí. Necesitan reconocer la normalización técnica e ideológica con que los médicos asumen la existencia de programas de salud creados e implementados verticalmente, y que implican homogeneizar a la población, aun reconociendo sus diferencias, en función del logro de

una mayor eficacia. De programas que implican el desarrollo de violencias planificadas como ha sido, y sigue siendo, el programa de planificación familiar, y que supuso conscientemente no sólo la violación de usos y costumbres indígenas, sino la violación sistemática de los cuerpos femeninos. Necesitan conocer las características básicas de los saberes biomédicos, así como la existencia de sus rituales institucionales.

Ahora bien, el conocimiento de los usos, costumbres y “cosmovisiones” biomédicas se les solicitaría a los expertos que estudian y/o impulsan la interculturalidad, pero no a los pacientes indígenas ni de otros sectores sociales, a los cuales sólo se le solicitarían reconocimiento y respeto hacia los usos y costumbres biomédicos. ¿O no? Es decir, que un planteo intercultural congruente propondría reconocimientos y respetos mutuos, y no sólo de una de las partes. Pero dichos reconocimientos mutuos implicarían incluir las desigualdades socioeconómicas, de poder y de hegemonía/subalternidad que están operando, así como también incluir cuáles son los límites del “respeto” a las diferentes formas de atención. Y éste es un problema a especificar y analizar, dado que tanto a nivel de grupos sociales como de estudios académicos se han dado continuos cuestionamientos a la biomedicina (Menéndez, 1983, 1990b, 2009). No lo podemos tratar aquí, pero sí debemos señalar que el reconocimiento de la racionalidad, los usos y costumbres o la “cosmovisión”, tanto de la biomedicina como de la medicina tradicional, no supone que no analicemos y cuestionemos los aspectos negativos que las mismas han desarrollado y ejercido; ello implica incluirlas como parte de las relaciones de interculturalidad, articulándolas con las relaciones de armonía, de respeto y de equilibrio entre los actores sociales que proponen los interculturalistas, y esto no lo observo en ninguna de sus propuestas e intervenciones.

Por lo menos en México, ha sido muy utilizada la propuesta de modelos explicativos de A. Kleinman, de tal manera, que los investigadores y aplicadores de la interculturalidad describen y analizan a veces minuciosamente las ideas que tienen los curadores tradicionales —y en mucha menor medida, los sujetos y grupos étnicos— respecto de la causalidad, los síntomas, el desarrollo del padecimiento, la gravedad del

mismo, las acciones de autoatención, la demanda de atención, etc. Pero curiosamente no la estudian respecto del personal biomédico, al cual en algún momento de su trayectoria los sujetos pueden recurrir. Es decir, asumen que desconocen el “modelo explicativo” de los sujetos de una comunidad determinada, y por eso hay que obtener información etnográfica a partir de ellos, pero también parecen asumir tácitamente que conocen el modelo explicativo biomédico, y por lo tanto que no hay que trabajar etnográficamente con él. Y lo cierto es que generalmente los científicos sociales no tienen sino ideas preconcebidas, producto de su propia experiencia y de algunas lecturas en su formación académica, de lo que son los saberes biomédicos. Por lo cual, no describirlos ni analizarlos a la par que el saber de los curadores tradicionales y de los pacientes indígenas –y también no indígenas– resulta incomprensible, sobre todo si estamos tratando no sólo de entender, sino de intervenir sobre la interculturalidad que opera en la relación entre la población originaria y los médicos, o entre los sectores sociales de barrios de clase baja de la ciudad de México y la enfermera de los centros de salud. Más aún, es importante subrayar la existencia de un gran número de trabajos realizados sobre curadores tradicionales –que en algunos casos constituyen historias de vida– con la falta casi total de estudios –y menos aún biográficos– de los médicos, enfermeras, promotores de salud, bioquímicos, etc. que trabajan en centros de salud, clínicas u hospitales que dan atención a la población indígena.

Como parte de esta orientación metodológica observamos la tendencia de la mayoría de los estudios e intervenciones sobre interculturalidad a comparar los usos y costumbres y la “cosmovisión” de los sujetos y grupos étnicos respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención con los de la biomedicina, o por lo menos con los de los médicos. Pero no sólo sin estudiar los servicios biomédicos, sino sin asumir que están comparando el saber de unos sujetos legos con el de otros caracterizados por un saber especializado, más allá de que los primeros sean o no indígenas. Por lo cual, si realmente queremos saber qué ocurre en términos de interculturalidad –y también de relaciones sociales– tendríamos que comparar los usos y costumbres y “cosmovi-

siones” de los sujetos y grupos indígenas con los de las poblaciones no indígenas que viven en su mismo medio, ya sea rural o urbano, y luego la relación –en términos de “cosmovisiones” y de usos y costumbres– que cada uno tiene con el personal de salud respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención.

El enfoque dominante entre los interculturalistas parte del supuesto –frecuentemente no explicitado– de que existen diferencias, y hasta incompatibilidades, entre los grupos étnicos y el personal de salud, y por el contrario, de que existen similitudes y compatibilidades entre la población no indígena y los saberes biomédicos. Lo cual es posible que ocurra, pero hay que demostrarlo. Si bien es casi seguro que se encontrarán diferencias, igualmente lo es que habrá similitudes entre la población indígena y otros sectores sociales respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención, como también que diferirán de los saberes biomédicos.

Así por ejemplo, la escisión mente/cuerpo, como la prioridad de lo biológico respecto de lo psicológico y de lo sociocultural, que es parte del saber biomédico (Menéndez, 1983, 1990b), no operará, por lo menos a nivel de “cosmovisión”, en la población indígena. Pero tampoco en gran parte de la población no indígena, por lo menos en México, donde las prioridades explicativas y terapéuticas respecto de varias enfermedades no están colocadas en lo biológico. Esta situación es parte de nuestras vidas cotidianas, y se expresa en el desarrollo de nuevas formas de atención, o en la resignificación de formas tradicionales de sanación para el tratamiento de padecimientos mentales, que van desde la gran variedad de terapias profesionales –que en su mayoría son antibiologicistas o no biologicistas– hasta las cada vez más variadas formas de atención *new age*. Porque hay que subrayar que los padecimientos mentales también son parte de la vida cotidiana; algunos de ellos se expresan a través de viejos síndromes culturalmente delimitados, mientras que otros dan lugar a la emergencia relativamente reciente de los “nervios”⁷.

7 En un estudio realizado a finales de 1970 sobre organización y utilización de servicios de salud en una comunidad michoacana de alrededor de 10 000 habitantes con población indígena, observamos que la principal demanda de atención en el servicio

Sin embargo, estas similitudes no son tomadas en cuenta por gran parte de los interculturalistas. Más aún, varios de ellos –cuestionando que exista penetración biomédica en la “cosmovisión” de los grupos étnicos– han señalado que, pese a que desde hace varias décadas existen centros de salud en las comunidades indígenas, su población no maneja la teoría microbiana. Es casi seguro que así sea, pero sin preguntarse, y menos sin investigar, si los diferentes estratos sociales rurales y urbanos –y no sólo los grupos étnicos– manejan o no las explicaciones en términos de virus y bacterias, más allá de que los nombren en las entrevistas o encuestas.

Necesitamos asumir que, por lo menos hasta ahora, la mayoría de la población, incluidos los estratos sociales altos, medios y bajos, al igual que los pueblos originarios, utilizan los fármacos por su eficacia y no porque conozcan y entiendan su composición bioquímica, ni tampoco cómo actúa en el cuerpo, salvo a nivel sintomático. Así como tampoco los grupos étnicos y no étnicos entendían en términos bioquímicos las plantas medicinales que utilizaban, sino que también las usaban en función de su eficacia “real” y simbólica⁸.

Es a estos aspectos sustantivos y no secundarios que me refiero cuando propongo la necesidad de buscar las similitudes y no sólo las diferencias, lo cual también supone trabajar no sólo con un actor social sino con todos aquellos que están en relación directa e indirecta con el proceso a investigar y sobre el cual intervenir. Tanto los estudios como las intervenciones en interculturalidad en salud deberían establecer quiénes son los actores sociales significativos⁹ que participan en las

de urgencias de la clínica rural eran cuadros de salud mental, generalmente cuadros depresivos en mujeres, que en parte tenían que ver con violencias intrafamiliares.

8 Por supuesto que especialmente en ciertos sujetos pertenecientes a estratos sociales medios y altos se ha desarrollado lo que se denomina el “paciente bien informado”, es decir, un sujeto que tiene una amplia información biomédica sobre el padecimiento que aqueja (Donovan y Blake, 1992).

9 Los actores significativos son aquellos que son parte necesaria de la relación que ya existe o que se está impulsando en términos de interculturalidad: aquellos sin los cuales dicha relación no existiría. Por lo tanto deben ser incluidos para saber en qué consiste esta interculturalidad específica.

relaciones de interculturalidad, y luego de establecer quiénes son, trabajar con los dos, tres o más actores sociales detectados para no reducir la interculturalidad a lo que dice y a veces hace sólo uno implicados en esa relación. Si bien no niego la posibilidad –e inclusive la necesidad– de trabajar con la trayectoria, el punto de vista o la historia de vida de un solo actor, quienes lo hacen deberían señalar cuál es el objetivo de trabajar así; igualmente evaluar lo que se gana y lo que se pierde en términos del logro de información estratégica, tanto en términos explicativos como de intervención, al excluir al resto de los actores sociales significativos. Y así por ejemplo, los escasos trabajos que conozco que han hecho alguna revisión de los estudios e intervenciones interculturales en salud en México dejan de lado a algunos actores claves que necesitan ser incluidos, y me refiero a los que pensaron, programaron, impulsaron, y por un tiempo financiaron la interculturalidad en salud.

Desde esta perspectiva, lo que habría que hacer en términos metodológicos –como ya señalé– es establecer respecto de los procesos a estudiar cuáles son los actores sociales significativos, para a partir de los mismos observar si existen o no relaciones de interculturalidad, y en qué consisten. Así por ejemplo, si me interesara saber qué hacen las mujeres indígenas ante las enfermedades de sus hijos tendría que describir la trayectoria de atención a partir del sujeto enfermo, articulándola con las voces de los diferentes curadores biomédicos, tradicionales y alternativos (Osorio, 1974; Mendoza 1994). Es a través de dichas trayectorias y de los puntos de vista de cada actor significativo que podemos observar la interculturalidad en acción, las trabas y desarrollos, así como las funciones y racionalidades de los tipos de interculturalidad en proceso.

Más aún, desde hace más de treinta años (Menéndez, 1981, 1990a, 2009), he propuesto la necesidad de aplicar una epidemiología sociocultural que establezca los diferentes perfiles epidemiológicos que están operando en las relaciones entre los diferentes actores sociales que tienen que ver con un proceso de salud determinado. Partimos del supuesto de que todo paciente tiene un perfil de las principales enfermedades tradicionales y alopáticas, no sólo de las que lo afectan, sino de las que dominan en su comunidad; lo mismo ocurre con los curadores

tradicionales y con el personal clínico de salud, así como con los epidemiólogos profesionales. Y es a través de dichos perfiles que podemos observar ciertos aspectos de los procesos de interculturalidad que se han ido constituyendo.

Una de las principales técnicas utilizada por antropólogos, sociólogos y otros profesionales para dar cuenta del punto de vista de un actor ha sido la historia de vida, junto con la biografía y la autobiografía, que más allá de algunas diferencias significan lo mismo. En antropología social y cultural, esta técnica fue utilizada sobre todo entre 1930 y 1960, y especialmente por la antropología generada en los EE.UU. Las historias de vida/biografías/autobiografías podían buscar rescatar –como ya señalé– formas de vida que están en vías de desaparición, pero también buscaron evidenciar la racionalidad cultural de grupos considerados explícita o tácitamente inferiores, o por lo menos “marginales” y/o “diferentes”; buscaron documentar los procesos de conquista y explotación que les impusieron a los “vencidos”, buscaron describir la trayectoria y situación de inmigrantes para expresar, a través de la subjetividad de un actor, procesos macrosociales y no sólo individuales.

Esta técnica recibió gran cantidad de críticas que no vamos a recordar. Sólo me interesa señalar una de las que considero más importantes: la que cuestiona que podamos comprender la realidad a estudiar, exclusivamente, a partir del punto de vista de un sujeto. Y fue justamente esta crítica la que condujo a uno de los más importantes constructores de historias de vida –y me refiero a O. Lewis– a aplicar la técnica que llamó *Rashomon*, y que consistía justamente en tomar como unidad de descripción y análisis a pequeños grupos, y especialmente familias, para observar cómo cada uno de los miembros de esos pequeños grupos se desempeñaban y vivían la realidad a partir de sus puntos de vista individuales, y obviamente de sus relaciones sociales¹⁰.

10 Las críticas al supuesto “psicologismo”, y no sólo subjetivismo de Lewis, no resisten la menor opinión, dado que éste siempre tuvo presente el contexto económico y político dentro del cual vivían su pobreza y sus ascensos sociales sus entrevistados/observados/filmados.

Un final momentáneo

Tanto respecto de los procesos limitativos, como de las orientaciones metodológicas utilizadas por gran parte de los promotores de la interculturalidad referida a procesos de salud/enfermedad/atención-prevencción, podríamos presentar información que ejemplificara, aún más, los aspectos desarrollados previamente. Pero considero que con los materiales analizados quedan claras, por lo menos, algunas de las principales características de los enfoques interculturales dominantes. En principio, dichos enfoques se caracterizan por su ahistoricidad y presentismo, es decir, por no tomar en cuenta los procesos interculturales preexistentes, y especialmente los generados por los propios sujetos y grupos indígenas. En dichos enfoques domina una aproximación que prioriza los aspectos culturales, dejando de lado, sobre todo en sus intervenciones, las desigualdades socioeconómicas y de poder. Además, estos focalizaron y trabajaron casi exclusivamente con los padecimientos y curadores tradicionales, excluyendo la biomedicina y las enfermedades alopáticas. De esta manera ignoraron los procesos de biomedicalización que se vienen dando desde hace por lo menos varias décadas, no sólo entre la población indígena sino también entre los curadores tradicionales.

Este enfoque se caracteriza además por su falta de relacionalidad, ya que tiende a analizar y a impulsar intervenciones en términos de un solo actor social –que generalmente es el curador tradicional–, sin incluir al resto de los que participan en los procesos que se tratan de organizar e impulsar. Es decir, nos encontramos frente a una doble omisión: por una parte, se propone una interculturalidad en la cual se trabaja con un solo actor social, eliminando de hecho la interculturalidad entre actores sociales; por otra, se da prioridad a los curadores tradicionales y se relega al resto de la población indígena, y especialmente a los grupos familiares, pese a que es a través de ellos que se generan los más frecuentes y cotidianos procesos de interculturalidad a través de varios procesos convergentes. Y de éstos sólo señalaré dos: el que constantemente es impulsado de forma directa e indirecta por los saberes e instituciones biomédicas y paramédicas; y el que es generado por los sujetos y grupos

sociales para resolver sus problemas de salud de forma inmediata, y sobre todo se expresa a través de los procesos de autoatención.

Las orientaciones interculturalistas dominantes no sólo son relacionales, sino que al dejar de lado los procesos transaccionales que se dan entre los diferentes actores sociales tergiversan la realidad, y son incapaces de reconocer –o por lo menos de incluir– gran parte de los procesos interculturales que están ocurriendo y que indican no sólo un persistente proceso de biomedicalización de los saberes de los grupos étnicos, sino la constante reducción del número de curadores tradicionales, o su resignificación. Es casi obvio que reducir la interculturalidad a la medicina tradicional y a los curadores tradicionales tuvo que ver con los objetivos de rehabilitación técnica y cultural que movilizaron a una parte de los interculturalistas. Pero ello condujo a ignorar no sólo el pragmatismo biomédico, sino lo que estaba ocurriendo en la vida cotidiana de los grupos étnicos. Más aún, dichos enfoques no observaron una serie de procesos que podían favorecer el empoderamiento de los grupos étnicos; no sólo a través de los curadores tradicionales, sino de la propia población indígena que utiliza tanto la atención tradicional como la biomédica, a través de procesos de autonomía relativa. Inclusive, dichos enfoques ignoraron los procesos de apropiación y resignificación de los saberes biomédicos por parte de los pueblos originarios, incluidos los que se dan en los curadores tradicionales.

Al menos en México, los proyectos interculturales buscaron empoderar exclusivamente a los curadores tradicionales, y por eso la creación de los centros de atención mixtos y la formación de las organizaciones de curadores tradicionales, sin incluir –y lo subrayo– al resto de la población originaria. Pero ocurrió que los curadores tradicionales no sólo no se empoderaron, sino que no pudieron mantener sus organizaciones. Esto fue debido, por una parte, a las características del trabajo de la mayoría de los curadores tradicionales que ya hemos descrito; y por otra, a la dependencia de todo tipo que las organizaciones de curadores tradicionales tuvieron respecto de las instituciones y los profesionales e intelectuales que las pensaron, organizaron e impulsaron. Dichas organizaciones no sólo fueron pensadas y organizadas desde fuera de los curadores tradicionales,

sino que también fueron financiadas –hasta cuando pudieron y/o quisieron– por instituciones oficiales y privadas. De tal manera que la mayoría de las tareas conjuntas realizadas por estas organizaciones, incluyendo talleres, cursos y congresos de curadores tradicionales, fueron propuestas, organizadas, y también financiadas desde fuera de las organizaciones tradicionales, salvo algunas pocas excepciones.

Necesitamos asumir que los centros de atención mixtos y las organizaciones de curadores tradicionales no fueron demandas por la población indígena, ni tampoco –y lo subrayo– por sus líderes étnicos, ni en términos políticos ni ideológicos. Si bien el cuestionamiento de la biomedicina emergió como una crítica más contra “occidente”, y como parte de las denuncias de un proceso de colonización y de exclusión de los saberes indígenas impulsado por los europeos; realmente nunca emergió como un objetivo central de la lucha de los grupos étnicos. Es decir, los grupos étnicos lucharon –y siguen luchando– por objetivos territoriales contra la apropiación de sus tierras, sus aguas, y sus minerales por las empresas capitalistas nacionales y extranjeras. Lucharon por el control y, en ciertos momentos, por la autonomía territorial. Lucharon por el reconocimiento legal no sólo de sus identidades, sino de sus “lugares originarios”. Pero no lucharon por imponer, ni siquiera por rescatar, la medicina tradicional, dado que la estaban practicando cotidianamente. Y menos aún lucharon contra la biomedicina, incluida la penetración biomédica.

La lucha por la medicina tradicional –y sobre todo por los curadores tradicionales– fue y sigue siendo una propuesta generada por funcionarios e intelectuales, pero al margen de las organizaciones políticas étnicas, y más aún de las demandas de la vida cotidiana de los pueblos originarios. Como parte de un proceso de rehabilitación ideológica de las culturas indígenas, el papel que estos profesionales dieron a la medicina tradicional no fue una –o lo fue en segundo plano– de las reivindicaciones étnicas. Además, y paradójicamente, tendió a reforzar los mecanismos de hegemonía/subalternidad dominantes al exponer públicamente la “diferencia” entre los lugares atendidos por curadores indígenas y los lugares atendidos por médicos dentro de un mismo ámbito institucional biomé-

dico, y/o al convertir dichos lugares en parte de los itinerarios turísticos de los “europeos” y de las clases medias y altas locales.

La falta de demanda de atención en los centros de salud mixtos por parte de la población indígena evidenció tempranamente que no les interesaba atenderse en dichos lugares. Además, la pronta desaparición de la mayoría de las organizaciones de curadores tradicionales y la reducción constante del número de dichos curadores evidenció ante los propios indígenas la falta de poder étnico, por lo menos respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención. Al mismo tiempo operaba una constante expansión de la cobertura biomédica que cada vez les imponía más condiciones –especialmente a las mujeres indígenas– a través de programas que articulaban la lucha contra la pobreza con ciertos programas biomédicos, sobre todo los de salud reproductiva y planificación familiar.

Ahora bien, estos y otros procesos y cuestionamientos son conocidos por quienes impulsaron y siguen impulsando la interculturalidad referida a procesos de salud/enfermedad/atención-prevención, por lo cual creo que dichos funcionarios e intelectuales harían una importante contribución teórico-práctica si explicaran, sobre todo a los pueblos originarios, 1) el sentido que tuvo impulsar actividades que todos los datos etnográficos indicaban que iban a fracasar, y 2) cuál es el objetivo de seguir impulsando actualmente estos u otros tipos de actividades interculturales que no sólo han evidenciado ineficacia, sino que tienen muy poco que ver con los objetivos de los microgrupos y de los movimientos étnicos.

Bibliografía

- Aguirre Beltrán, Gonzalo (1955). *Programas de salud en la situación intercultural*. México: Instituto Indigenista Interamericano.
- _____ (1986). *Antropología médica: sus desarrollos teóricos en México*. México: CIESAS.
- Aquino Moreschi, Alejandra (2014). Los retos del movimiento zapatista ante la migración de sus jóvenes a Estados Unidos. En: Fabiola Escárzaga, Raquel Gutiérrez, Juan José Carrillo, Eva Capace y Börries Nehe

- (Coords.), *Movimiento indígena en América Latina: resistencia y transformación social*, vol. III (pp. 553-564). México: UAM, BUAP, Instituto de Ciencias y Humanidades "Alfonso Vélaz Pliego", CIESAS, CEAM.
- Berrio Palomo, Lina Rosa (2013). *Entre la normatividad y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero*. Tesis de Doctorado en Ciencias Antropológicas. México: Universidad Autónoma de México-Iztapalapa.
- Callahan, Mollie (2006). El Hospital Kallawaya "Shoquema Husi" de Curva: un experimento en Salud Intercultural. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 289-303). Quito: Abya-Yala, AECI, Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Cortéz, R. (2015). *Muertes en niños de cinco años: desigualdad étnica, económica y de género, como condicionantes de la autoatención entre familias zoques de Ocoatepec, Chiapas*. Tesis de Doctorado en Antropología Social. México: CIESAS.
- Donovan, Jenny L. y Blake, David R. (1992). Patient non-compliance: deviance or personal decision-making. *Social Sciences & Medicine*, 34(5), 507-513.
- Eagleton, Terry (2005). *Después de la teoría*. Barcelona: Debate.
- Erasmus, Ch. (1967). *El hombre toma el control*. Buenos Aires: OMEBA.
- Freyermuth Enciso, Graciela (1993). *Médicos tradicionales y médicos alópatas. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*. Chiapas: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social del Sureste en convenio con la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas, A.
- Gallardo Ruiz, Juan (2002). *Medicina tradicional P'urhépecha*. Zamora: El Colegio de Michoacán.
- Goffman, Erving (1971). *Ritual de la interacción social*. Buenos Aires: Editorial Tiempo Contemporáneo.
- Güemez Pineda, Miguel Ángel (1989). Las parteras empíricas: agentes tradicionales en la atención materno-infantil (el caso de Pustunich, Yucatán). *Boletín de la Escuela de Ciencias Antropológicas de la Universidad Autónoma de Yucatán*, 16(91), 3-14.
- _____ (1997). De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar. Proceso de incorporación de las parteras empíricas yucatecas al sis-

- tema institucional de salud. En: Esteban Krotz (Coord.), *Cambio cultural y resocialización en Yucatán* (pp. 117-147). Mérida: Universidad Autónoma de Yucatán.
- _____ (2002). De la hegemonía a la subordinación obligatoria. Visiones del pasado y el futuro de la partería en Yucatán, México. *Temas Antropológicos*, 24(2), 117-143.
- Hernández García, Milton G. (1984). Diagnóstico de salud en zonas marginadas. México: IMSS/COPLAMAR.
- _____ (1988). *Diagnóstico de salud en las zonas marginales rurales*. México: IMSS – COPLAMAR – INI – Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales – Programa Nacional de la Medicina Tradicional.
- _____ (2015). La juventud indígena en la Sierra Norte de Puebla. En: Maya Lorena Pérez Ruiz, Verónica Ruiz Laguier y Saúl Velasco Cruz (Coords.), *Intercultural (es). Jóvenes indígenas: educación y migración* (pp. 205-242). Xalapa: Universidad Veracruzana Intercultural.
- Kroeger, Axel, Mancheno, Manuel, Ruiz, Wilson y Estrella, Eduardo (Comps.) (1991). *Malaria y leishmaniasis en Ecuador. Un estudio interdisciplinario. Aspectos históricos, epidemiológicos, antropológicos, entomológicos y métodos de control*. Quito – Heilderberg: Museo Nacional de Medicina del Ministerio de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central, Centro Latinoamericano del Instituto de Higiene Tropical y Salud Pública, Universidad de Heidelberg.
- Mendoza González, Zuanilda (1994). *De lo biomédico a lo popular. El proceso salud/enfermedad/atención en San Juan Copala*. Tesis de Maestría en Antropología Social. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Menéndez, Eduardo L. (1981a). *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: Ediciones de la Casa Chata.
- _____ (1981b). *Hacia la hegemonía médica: formas de atención de la enfermedad en una comunidad yucateca*. Ms.
- _____ (1983). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Cuaderno de la Casa Chata 8. México: CIESAS.
- _____ (1984). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu D'Etnografia de Catalunya*, 3, 83-121.
- _____ (1990a). *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. Cuaderno de la Casa Chata 179. México: CIESAS.
- _____ (1990b). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana.

- _____ (1993). Autoatención, participación social: estrategias o instrumentos en las políticas de atención primaria. En: Carlos Roersch, José María Tavares de Andrade y Eduardo L. Menéndez (Eds.), *Medicina tradicional 500 años después. Historia y consecuencias actuales* (pp. 61-104). Santo Domingo: Instituto de Medicina Dominicana.
- _____ (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?. *Alteridades*, 7, 71-83.
- _____ (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Bellaterra.
- _____ (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- _____ (2015). Las enfermedades ¿son sólo padecimientos? Biomedicina, formas de atención paralelas y proyectos de poder. *Salud Colectiva*, 11(3), 301-330.
- Menéndez, Eduardo L. (Ed.) (1982). *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina "popular"*. Cuaderno de la Casa Chata 57. México: CIESAS.
- Menéndez, Eduardo L. (Coord.) (1978). *Diagnóstico de salud del estado de Yucatán*. México: Escuela de Salud Pública de México.
- Menéndez, Eduardo L. y Di Pardo, Renée B. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México: CIESAS.
- Menéndez, E.L. y Miceli, M. (Coord.) (1977). *Diagnóstico de salud del municipio de Ticul, Yucatán*. México: Escuela de Salud Pública de México.
- Menéndez, Eduardo L. y Ramírez, Martha G. (1980). *Ideología y práctica de las instituciones de salud en una comunidad yucateca*. Ms.
- Meneses Navarro, Sergio (2005). *Semiótica de la otredad, la diferencia como diagnosis. Etnografía de los encuentros médicos interétnicos en los Altos de Chiapas*. Tesis de maestría en Antropología Social. México: CIESAS.
- Meseguer, Shantal (2015). Educación superior en la sierra de Zongolica. En: Maya Lorena Pérez Ruiz, Verónica Ruiz Lagier y Saúl Velasco (Coords.), *Interculturalidad(es). Jóvenes indígenas: educación y migración* (pp. 107-136). México: Universidad Veracruzana Intercultural.
- Ortega Canto, Judith (1999). *Proceso reproductivo femenino: saberes, género y generaciones en una comunidad maya de Yucatán*. Tesis de doctorado en Antropología Social. Zamora: El Colegio de Michoacán.

- Osorio Carranza, Rosa María (1974). *La cultura médica materna y la salud infantil en México*. Tesis de Maestría en Antropología Social. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Page Pliego, Jaime (2002). *Políticas sanitarias dirigidas a los pueblos indígenas de México y Chiapas 1857-1995*. México: UNAM, UNACH.
- Pérez Gómez, Romelia (2015). Jóvenes indígenas como actores sociales con identidades múltiples. En: Maya Lorena Pérez Ruiz, Verónica Ruiz Lagier y Saúl Velasco (Coords.), *Interculturalidad(es). Jóvenes indígenas: educación y migración* (pp. 337-360). Xalapa: Universidad Veracruzana Intercultural.
- Pitarch Ramón, Pedro (2004). En el Museo de la Medicina Maya. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas* (pp. 233-250). Quito: Abya-Yala, Agencia BOLHISPANA, Universidad Castilla-La Mancha.
- Porrás Gómez, Iván Francisco (2015). Jóvenes migrantes en Chiapas: del sueño americano a la realidad. En: Maya Lorena Pérez Ruiz, Verónica Ruiz Lagier y Saúl Velasco (Coords.), *Interculturalidad(es). Jóvenes indígenas: educación y migración* (pp. 361-377). México: UPN.
- Press, Irwin (1975). *Tradition and adaptation: life in a modern yucatan maya village*. Connecticut: Greenwood.
- Ramírez Cabrera, Martha Graciela (1980). *Dinámica y conceptos sobre la enfermedad en Ticul, Yucatán*. Tesis de Licenciatura en Antropología Social. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Ramírez Hita, Susana (2011). *Salud intercultural. Crítica y problematización del contexto boliviano*. La Paz: SEAT.
- _____ (2014). Aspectos interculturales de la reforma del sistema de salud en Bolivia. *Revista Peruana de Salud Pública*, 31 (4), 762-768.
- Thompson, Richard A. (1966). *A study of yucatec maya curing utilizing techniques of formal elicitation*. Austin: Universidad de Texas.
- _____ (1974). *Aires de progreso: cambio social en un pueblo maya de Yucatán*. México: INI
- Vélez Cervantes, Jorge César (1995). *Chamanismo, poder, resistencia en Cuetzalan, Sierra Norte de Puebla*. Tesis de Licenciatura en Antropología Social. México: Universidad Autónoma de México-Iztapalapa.
- Zolla Luque, Carlos (2011). Del IMSS- COPLAMAR a la experiencia del Hospital mixto de Cuetzalan Diálogos, asimetrías e interculturalidad médica. En: Arturo Argueta Villamar E. Corona y P. Hersch (Coords.), *Saberes colectivos y diálogo de saberes en México* (pp. 201-231). México: UNAM.

El remedio fetiche

Apuntes para una etnografía del medicamento

Francisco M. Gil García

Para que un remedio se aplique, lo primero de todo es que dicho remedio debe existir, la gente debe conocerlo, y –quizás lo más importante– se debe confiar en él. En segundo lugar, debe ser algo cotidiano. Y aquí encontramos uno de los *quid* de la cuestión que a lo largo de las páginas que siguen iré desgranando: lo que para unos es cotidiano, para *los otros* puede ser completamente extraordinario, incluso fabuloso. Así, mientras que para cualquier español la cajita de vaselina Gal, en sus dos tonos de rosa, con el borde lobulado, es un objeto completamente cotidiano, para Becker, un muchacho de casi siete años de la comunidad de Santiago (Nor Lítez, Potosí, Bolivia), la mía en particular era algo de lo más raro, curioso, asombroso y seductor. Corría el año 2001, y mi primera estancia de campo allá; yo me alojaba en casa de sus padres, Justino Calcina y Eva Quispe. Cada vez que yo sacaba mi cajita de vaselina con el fin de reparar mis labios cortados, ahí aparecía él. La observaba. Me observaba. Yo le convidaba, y entonces su dedo rascaba una exagerada cantidad de vaselina, que se restregaba por los labios, la cara, las manos. Según fuimos ganando en confianza era él quien venía a pedírmela, para aplicar el producto sobre alguna rozadura o golpe, confiriendo entonces a la vaselina un poder reparador más allá de sus aplicaciones convencionales; era como si la hubiera convertido en Pancea universal, en un bálsamo de Fierabrás. Hasta que un día mi cajita rosa desapareció. Aunque él siempre negó haberla cogido, yo siempre le

consideraré como primer sospechoso. De hecho, no tardé en sorprenderle “adorándola” junto a otros tesoros infantiles que celosamente guardaba en una caja de cartón, cual si de un fetiche se tratara.

Esta anécdota de la cajita de vaselina me permite empezar a hablar de lo que aquí llamaré *fetichismo del remedio*, pero enunciar el concepto exige antes una aclaración terminológica. En general, en el habla cotidiana de buena parte de América Latina se utiliza el término *remedio* como sinónimo de *preparado* –muchas veces natural, pero también ritual– y equivalente a *fármaco*. Sin embargo, este “fármaco” no tiene por qué coincidir con el *fármaco bioquímico*, al que también se denomina *medicamento*, y que suele acabar siendo referido como “remedio”¹. Y es que, al final, “remedios” son todos: fármacos, medicamentos, vitaminas, inyecciones, preparados, tónicos, ungüentos; soluciones recomendadas por un médico, un agente sanitario, un especialista ritual, un merolico; todo ello circulando libremente y en entornos cotidianos; con pacientes que se automedican y/o que escogen entre unos y otros según su propio criterio, sus creencias, sus valores culturales, sus conceptos de persona, salud y enfermedad, las presiones sociales, las modas, en función de “itinerarios terapéuticos”; y por supuesto, sin perder de vista el factor de la eficacia simbólica, los imaginarios sobre el propio remedio, las retóricas, los discursos sobre el medicamento. Más aún y por si fuera poco, en la mayor parte de los casos, todo lo anterior a la sombra de miedos, desconfianzas, falta de comunicación entre los diferentes especialistas, entre éstos y sus pacientes, de relaciones asimétricas, de arrogancia biomédica, de incompreensión de las lógicas médicas del otro.

Desde esta perspectiva, el cuidado de la salud se traduce en un inmenso arsenal de *remedios*, donde éstos, aun difiriendo en su naturaleza, comparten la propiedad de satisfacer las necesidades humanas de la

1 En las páginas que siguen yo mismo me moveré en esta ambigüedad terminológica, aunque en general cuando me refiera a medicamentos y fármacos lo haré pensando en productos de patente bioquímica.

sanación. He aquí su valor, o mejor dicho, sus valores: de uso, social, de intercambio, simbólico, todos materializados en el medicamento en sí. Ahora bien, el valor del remedio jamás podrá aparecer si se lo considera aisladamente, al margen de las restantes opciones disponibles, ya que éste es por naturaleza intercambiable; esto es lo que refuerza su valor de cambio, y especialmente su valor de cambio simbólico. Sin embargo, la utilidad, los valores y la efectividad –incluida, por supuesto, la eficacia simbólica– del remedio son misteriosos, y a veces hasta pueden parecer ilógicos –al menos en perspectiva *etic*, claro está–. Muchas veces, poco o nada tienen que ver con su composición (química o natural), sino más bien con lo que M. Godelier (1974, pp. 308-309) definió como la forma fantasmagórica de una relación entre objetos materiales, que no es sino una relación social. Es por ello que los remedios tienen vida propia, guardan una existencia independiente pero a la vez mantienen relaciones entre sí y con las personas. Por eso –recurriendo el título de un trabajo de J. López (2002)– el remedio encuentra al enfermo, tanto o más que a la inversa.

Así es como se llega al “fetichismo del remedio”², algo que a primera vista podría parecer evidente y trivial, pero que está cargado por igual de verdades fisiológicas y de sutilezas metafísicas, éticas, e incluso estéticas y sensoriales; todo ello brumosamente marcado por las relaciones sociales.

La “fetichización” del remedio, o el remedio como fetiche

Si por fetichismo se entiende la devoción y/o veneración de objetos materiales denominados fetiches, un medicamento bien puede ser tratado como tal. Sinónimo frecuente de ídolo, talismán o amuleto, un

2 Resulta innegable la inspiración de esta idea en la del fetichismo de la mercancía desarrollada por K. Marx en los capítulos 1 y 2 del Libro I de *El Capital* (1861-63). En este sentido, será fácil para alguien familiarizado con su terminología leer “mercancía” donde en adelante yo escribiré “remedio”. Por este motivo remito al lector al propio trabajo de Marx (2014), o a un clásico del materialismo dialéctico como es *Economía, fetichismo y religión en la sociedades primitivas*, de M. Godelier (1974, especialmente caps. X y XI).

fetichismo es un objeto imbuido de potencia simbólica, mágica o sobrenatural, a menudo envuelto en tabúes, y que confiere beneficios y/o protección a su portador; un objeto –animado o inanimado, todo vale– generador de buena suerte y fortuna; un objeto que despierta o estimula la excitación y el deseo –en todos los sentidos, y no sólo en el erótico–. Por ende, el fetichismo entendido como conducta psicosocial permite analizar al mismo tiempo las relaciones (socioculturales) entre los individuos y los objetos materiales, así como entre individuos por mediación de tales objetos. En este sentido –apunta A. Jappe (2014, p. 12)– es que el fetichismo se constituye de espaldas a los participantes en dichas relaciones sociales, de manera inconsciente –y muchas veces colectiva–, terminando por adquirir toda la apariencia de un hecho natural. Pero para ello –y fundamental– hay que considerar que los objetos gozan de vida propia, de voluntad independiente, de subjetividad, y asumir –como señala M. Godelier (1974, p. 323)– que al mismo tiempo que se personifican los objetos, se materializan las relaciones sociales; hay que redefinir el fetichismo como el efecto en y para las conciencias del enmascaramiento de las relaciones sociales en y bajo la apariencia de los objetos.

Desde estos presupuestos quizás resulte más sencillo entender aquello antes señalado de que un estudio sobre remedios no puede ni debe plantearse considerando éstos de forma aislada, sino en un contexto obligatorio que contemple las relaciones simbólicas establecidas entre la oferta de remedios, y las relaciones sociales en los diferentes marcos de sentido que se articulan alrededor de los remedios. He aquí una de las claves del diálogo intercultural en materia de salud, tal y como retomaré más adelante.

Señala G. Fernández (1998) que los fármacos:

Atesoran cierta ambigüedad; se consideran poderosos en tanto en cuanto son caros, pero existe cierto recelo y desconfianza en su empleo, al ‘no estar acostumbrados’ en su consumo, por lo que no resulta raro que, una vez recetados, si la forma del encuentro efectuado en la posta con el médico o sanitario responsable no ha resultado todo lo fecunda que cabría esperar, descansen indefinidamente en la repisa de cualquier estante o perdidos entre los abalorios situados sobre el catre matrimonial (p. 272).

Varios son los detalles a destacar de este fragmento. Por un lado, la ambigüedad, el poder y el valor del medicamento como objeto (fetiche), y que encontraremos plasmada en su dimensión simbólica y en la retórica en torno a él. Por otro lado, la “falta de costumbre” en los valores de su uso por parte de las poblaciones indígenas. Asimismo, el recelo y la desconfianza que marca las relaciones entre el paciente y el remedio. Y por último, la fuerte influencia sobre todo lo anterior de las relaciones sociales entre el paciente y los profesionales de la salud.

Ahora bien, tan frecuente ha sido en el análisis de la interculturalidad la consideración de los fármacos como una imposición de la hegemonía biomédica sobre los sistemas y saberes de salud indígenas –y a partir de ahí explicar el presunto rechazo desarrollado hacia ellos–, que muchas veces se ha pasado por alto su implantación en la cotidianidad de las poblaciones locales, su incorporación a dichos saberes, su vida social, y su participación en las relaciones sociales tejidas a partir de esos sistemas de salud tradicionales. Es por ello que, asumiendo que buena parte de las poblaciones indígenas recurren al fármaco por su eficacia, y no tanto porque conozcan su composición bioquímica ni el modo en que actúa sobre la enfermedad, E. Menéndez (2016)³ propone –dentro de un concepto de interculturalidad más como búsqueda de similitudes que de diferencias– la obligatoriedad de trabajar desde la perspectiva de todos los actores implicados en los sistemas y prácticas sanitarios. Y es por ello que a esta propuesta yo añado la necesidad de trabajar desde la perspectiva del fetichismo del remedio y del remedio como fetiche.

Lo fundamental en cualquier caso es no olvidar 1) que cada afección (indígena, blanca, negra, mestiza), en tanto que diferencialmente construida, requiere su propio concepto de remedio; y 2) que todo remedio debe ser culturalmente adaptado antes de ser aceptado. Sin embargo, tampoco habría que perder de vista que en tales procesos de construcción, adaptación y aceptación opera una suerte de *bricolaje sanitario*; un proceso no subordinado a recursos, técnicas y herramientas

3 Ver también el texto de E. Menéndez incluido en este volumen, sobre el sentido de la interculturalidad en salud.

expresamente concebidos y desarrollados para el diagnóstico y tratamiento de tal o cual enfermedad dentro de una lógica médica particular, sino que es modelado *ad infinitum* en cada contexto sociocultural a partir de todos los medios disponibles. Esto hace que el concepto y las acepciones del remedio se multipliquen, renueven y enriquezcan. Igualmente ocurrirá con su eficacia curativa. Y también con las relaciones establecidas entre los individuos y los medicamentos.

Sobre este último particular, el fragmento anteriormente citado de G. Fernández (1998, p. 272) aporta un dato interesante: que los fármacos (misteriosos, empoderados, recelados, exóticos, incluso extravagantes en la cotidianidad indígena, remitentes a relaciones asimétricas médico-paciente, etc.) descansan “indefinidamente” y “perdidos” en cualquier estante o entre el conjunto de enseres familiares. Perdidos pero no ignorados, aunque sí tal vez “olvidados”. Y es que resulta habitual que los medicamentos, en su condición de fetiche, sean atesorados, por más que a lo mejor nunca lleguen a usarse, que caduquen, que se estropeen por una mala conservación. Que se atesoren como expresión de las relaciones sociales que hicieron posible el acceso a ellos, incluso como expresión del empoderamiento de aquel que, en algún momento, bajo condiciones concretas, tuvo acceso a ellos. La cuestión podría entonces derivar hacia preguntas poco frecuentes en las etnografías, y que remiten a esa vida social del medicamento: ¿dónde y cómo se almacenan esos fármacos?, ¿junto a qué otros objetos?, ¿cómo es la relación de sus “dueños” con ellos? Recurriré a mi propio trabajo de campo en la comunidad de Santiago para tratar de aportar algunas respuestas.

Al igual que el pequeño Becker y esa caja de los tesoros en la que acabó “custodiada” mi cajita de vaselina, también su madre, doña Eva, guardaba algunos medicamentos en una vieja caja de lata que descansaba en lo más profundo de un estante del armario de su dormitorio; caja en la que también guardaba documentos y algunas fotos y recuerdos familiares, sin duda objetos importantes para ella. La mayor parte estaban caducados desde hacía tiempo, o estaban mal conservados, pero eso era lo de menos. Cada vez que alguno de sus hijos se sentía mal, pero también de vez en cuando, sin motivo aparente, ella acudía a la caja. En

la intimidad de su dormitorio, con cierto recogimiento –por no decir devoción–, los sacaba, los revisaba, los ordenaba, los guardaba de nuevo, y devolvía la caja al armario. Nunca la vi administrar esos remedios a los niños. Era como si el mero hecho de saber que contaba con ese arsenal médico le diera confianza, la tranquilizara en el sentido de que, llegado el caso, la familia estaba protegida.

Recuerdo una ocasión especial, que en otro lugar (Gil, 2014, p. 375) ya utilicé para ilustrar los miedos cotidianos de la comunidad de Santiago, pero que igualmente me parece muy significativa desde el punto de vista que aquí tratamos. Ocurrió un día de noviembre de 2004. El sol empezaba a ponerse y dos de sus hijos pequeños no habían regresado aún a casa, ante lo cual don Justino y doña Eva empezaron a preocuparse. Salieron en su busca, preguntaron a los vecinos, a otros niños, pero nada. El motor eléctrico dejó de funcionar, las luces se apagaron, se cerró la noche. Los niños aparecieron pasadas las nueve. Habían estado toda la tarde jugando en casa de un amiguito, donde aprovechando las horas de electricidad habían disfrutado de un video de Cantinflas. Al cortarse la luz y quedarse sin película, regresaban a casa ignorantes de la preocupación del resto de la familia. Preocupación lógica y razonable: tal vez habían sufrido algún accidente, se habían alejado demasiado y no sabían volver, de puro cansancio se habían quedado dormidos por ahí. Pero en un momento dado afloró otro tipo de miedo: a su madre le inquietaba el hecho de que precisamente aquella era una noche ventosa, y eso los podía hacer enfermar. No es que los niños pudieran resfriarse –según mis diarios, ingenuo de mí, traté de tranquilizarla recordando que habían salido de casa bien abrigados–, sino porque dentro de la concepción indígena de los fenómenos naturales, existen buenos y malos vientos, vientos que pueden hacer enfermar, que agarran, que asustan, que se llevan una parte de la esencia anímica del sujeto. He ahí el quid de la cuestión. Evidentemente, los progenitores estaban inquietos ante un abanico de posibles situaciones de riesgo razonables, pero también estaban asustados ante otra probable amenaza, tanto o más grave, sutil, velada, que el discurso de aquella madre manejaba de manera ambigua. Al preguntarle abiertamente por los peligros del viento me contestó:

“¿qué daño puede hacernos un mal aire si no es el de causarnos un resfriado?!”; lo mismo que en los días sucesivos, cada vez que yo pretendí volver al tema. Sea por la razón que fuere, aquella noche, mientras los niños dormían, doña Eva me llamó a su dormitorio; sobre la cama nos esperaba su caja de lata. Yo ya la conocía, de tiempo atrás, observadas ambas a hurtadillas, pero como si de una presentación oficial, protocolaria, se tratara, esta vez ella me fue mostrando *sus* medicamentos. Para muy pocos de ellos sabía exactamente qué eran, para qué dolencias estaban indicados y qué posología requerían; con suerte recordaba para qué le dijeron que servían. En lo que sí se detuvo fue en contarme la historia de alguno de ellos: cómo los consiguió, cuándo, en qué circunstancias, quién se los dio, si fue el médico, el agente sanitario, un familiar, algún turista de paso. Sigo sin tener claro si aquella revista compartida y comentada que pasamos a *su* arsenal de remedios tenía como objeto tranquilizarme a mí —y al tiempo despistarme de mi interés por la capacidad del viento para hacer enfermar— o autotranquilizarse ella. En cualquier caso, el mensaje era evidente: fuera un resfriado común o un mal aire, ella estaba preparada para atender a sus hijos.

El otro episodio que quisiera traer a colación tiene que ver también con uno de los hijos de esta familia; ya lo he citado en otras páginas con el fin de reflexionar sobre lógicas enfrentadas en los imaginarios y las retóricas del fármaco (Gil [en prensa]), pero igualmente me parece pertinente volver sobre él aquí. Sucedió también en noviembre de 2004, afectado el pequeño Adrián (3 años) de vómitos y diarrea. Simultáneamente a la administración de remedios tradicionales (naturales), la familia entera se turnaba para vigilar la posta sanitaria de la comunidad a la espera de que apareciese el agente de salud, de quien se esperaba pudiera “prestar” un jarabe o pastilla que mejorase al pequeño. Don Justino, con quien acudí a la posta cuando finalmente concurrió el sanitario, estaba convencido de que cualquier medicamento que éste pudiera ofrecer no iba a sanar al niño, pero también de que nada se perdía intentándolo —volveré más adelante sobre los “itinerarios terapéuticos”—. Puesto al corriente de los síntomas, el sanitario abrió el botiquín de la posta, y al tiempo que rebuscaba algo que suministrar aprovechaba para hacer limpieza de fármacos

caducados. Yo por pudor, y ellos tal vez por estar habituados, ninguno comentamos el hecho de que terminado aquel proceso hubiera más medicamentos en la basura que en el armario, menguado un botiquín de por sí escaso, en el que buena parte de los productos almacenados estaban abiertos y bastantes de ellos mal conservados –igualmente retomaré esta cuestión posteriormente–. El sanitario prescribió la posología del jarabe que finalmente nos entregó, confiando en que pudiera mejorar el estado del niño, y solicitando encarecidamente que al terminar el tratamiento la familia lo guardara para devolverlo a la posta cuando hubiera ocasión. Al yo preguntar cómo era eso, si aquel era el proceder habitual y si ello no ponía en riesgo el buen estado del medicamento, él me miró condescendiente y apuntó: “Y... puede ser, ¿no ve? Los remedios no llegan, no hay apenas. Pero la gente sigue enfermando. Mejor que nada será”. De vuelta a casa, don Justino intentó tranquilizarme: no debía preocuparme por el jarabe, pues a fin de cuentas no iba a contribuir a la mejoría de Adrián. Es más, nunca llegaron a administrárselo. Sin embargo, lo realmente significativo del caso es su propia paradoja: dentro de ese bricolaje sanitario que antes señalaba, se manifiesta una desconfianza en la posta, el sanitario, la atención prestada y el remedio prescrito, pero lejos de rechazar todo ello se procura incorporarlo al tratamiento de la enfermedad, y se invierte tiempo en buscarlo/esperarlo. Lo de menos es que aquel frasco de jarabe fuera o no a contribuir a la mejoría del niño; lo verdaderamente importante era contar con él, *poseerlo*.

Es evidente que en cualquiera de estos dos ejemplos los medicamentos estaban siendo objeto de un proceso de fetichización. Aquellos remedios, por sí mismos, se instituían en poderosos aliados en la lucha contra la enfermedad, fuera del tipo que fuera. Al margen de la farmacología bioquímica, eran pensados y tratados como objetos apotropaicos, como fetiches.

Dos ungüentos fetichizados

Señalaba antes que toda enfermedad resulta culturalmente construida, y que por tanto requiere *su* propio concepto de remedio. No su

propio remedio en tanto que el más pertinente –en un sentido biomédico, se entiende– al tratamiento de una enfermedad concreta, sino la adecuación del arsenal de remedios a la enfermedad, su resignificación, su adaptación a la concepción de ésta, su aceptación social como remedio válido, efectivo. Es lo que M. Polia (1996) denominara “virtud” o “encanto”, y que –por supuesto, al margen de fórmulas bioquímicas– no es otra cosa que aquella cualidad que valida al remedio. Esto es precisamente lo que va a posibilitar que los fármacos se cuele en los sistemas médicos tradicionales, multiplicando, renovando y enriqueciendo su eficacia curativa, ya sea en términos biomédicos, simbólicos o en ambos sentidos. Y es que como parte de ese bricolaje infinito en materia de salud, de ese (presunto) todo vale y (presunto) todo suma practicado por las poblaciones indígenas, pareciera que éstas recurren cada vez más a los medicamentos.

Así por ejemplo, E. Menéndez (2016, p. 113) señala la tendencia entre curadores tradicionales –incluidos chamanes y parteras– de Yucatán a implementar el uso de medicina de patente, en aumento desde la década de 1970 y por influencia de diversos programas de formación –oficiales y de ONG– de promotores de salud (Menéndez, 1981a, 1981b). Incluso este mismo autor cita trabajos recientes que documentan cómo algunos curadores tradicionales no sólo se han especializado en el tratamiento de la enfermedad (tradicional) exclusivamente mediante fármacos, sino que son dueños de las principales farmacias en sus comunidades indígenas (Cortéz 2015, citado en Menéndez 2016, p. 113). Si bien el papel de estos agentes sociales –que podríamos llamar sincréticos– resulta bien interesante, aquí me lo parecen aún más los procesos de resignificación operados sobre tales remedios, esos procesos de adecuación y validación a los que acabo de referirme: qué medicamentos son adoptados, para el tratamiento de qué dolencias, para qué tipo de pacientes, según qué criterios⁴, con qué posologías, siguiendo qué tipo de prácti-

4 Recuerdo a una pareja de ancianos argentinos con quienes tuve trato, que, ignorando la prescripción de sus médicos, y sin aparente menoscabo de su salud, intercambiaban las pastillas de cada uno y entre ambos siguiendo una compleja regla de colores, formas y días de la semana. En esta línea, O. Calavia (2004, pp.

cas/terapias, son variables de análisis que convendría considerar en este punto. En este sentido, es de destacar no sólo cómo algunos preparados medicamentosos se han convertido en sustitutos de remedios tradicionales, sino incluso en una suerte de fármacos milagrosos, cual si de un bálsamo de Fierabrás⁵ con patente biomédica se tratara.

Tal es el caso del Mentisán, unguento mentolado de uso frecuentísimo en Bolivia y sus países vecinos⁶, con múltiples aplicaciones dentro de diferentes lógicas de salud. Inconfundible en su cajita de chapa de color verde con un *Inti* (Sol) de inspiración tiahuanacota⁷, fue uno de los primeros resultados de la industria farmacéutica boliviana allá por el año 1937, y hoy representa el producto estrella de los Laboratorios Droguería Inti S.A. —empresa farmacéutica líder en Bolivia—, con una producción de 6 millones de latitas al año desde 2009. Latitas que en

175-176) apunta cómo los yaminawa de la frontera peruano-brasileña cuidan escrupulosamente ciertas combinaciones de sabores cuando están enfermos, pues una mala mezcla puede no sólo neutralizar el efecto curativo del remedio, sino amplificar sus efectos secundarios o ejercer un efecto debilitador del cuerpo que agrave o prolongue aún más la enfermedad. En este sentido, el color y el sabor de los medicamentos importa mucho según desde qué lógicas.

- 5 Poción mágica que cura todas las enfermedades del mundo, pudiendo incluso devolver la vida o recomponer un cuerpo mutilado, el bálsamo de Fierabrás está presente en la literatura carolingia, los libros de caballerías y en *El Quijote*, instruyendo el ingenioso hidalgo a su escudero Sancho en la fórmula magistral: aceite, vino, sal y romero en diferentes proporciones, todo ello hervido y bendecido con 80 Padrenuestros, 80 Avemarías, 80 Salves y 80 Credos. Un brebaje cuya ingesta produce en el caballero vómitos, sudores y un sueño reparador que le cura de sus golpes y heridas, mientras que en el fiel escudero sólo causa un terrible efecto laxante (Parte I, cap. XVII). Un mismo remedio, dos pacientes, distintas racionalidades, efectos bien diferentes; todo un ejemplo de aspectos que aquí vengo comentando.
- 6 Omnipresente en farmacias y puestos callejeros de Bolivia, el Mentisán está presente también en los mercados de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Perú, y se distribuye a través de comercios seleccionados en Alemania, China, Dinamarca, España, Estados Unidos, Francia, Italia y Macao.
- 7 Salvo una reducida tirada en cajas de colores para conmemorar su 75º aniversario en 2012, el envase metálico de 15 gramos se ha mantenido inalterado en su diseño original, convertido hoy en seña de identidad de un producto que actualmente se encuentra también disponible en envases de plástico de 60 gramos.

2015 se colaron en el puesto undécimo del *ranking* mundial de “souvenirs y artículos tradicionales más raros” confeccionado por el diario internacional El País.

Figura 1



Si bien originalmente fue diseñado para combatir los efectos de la gripe y los resfriados, su combinación de aceites esenciales pronto lo hicieron popular contra dolores, picaduras y quemaduras y heridas leves, siendo anunciado en el reverso de sus envases como “remedio infalible contra: resfriados, catarros, irritaciones de la piel, heridas leves, cortaduras, dolores reumáticos y neurálgicos, quemaduras, dolor de cabeza y labios rajados”. A pesar de ser un producto de uso tópico externo o inhalable a partir de vapores medicinales, en Potosí y en el noroeste argentino me recomendaron con cierta frecuencia diluirlo en agua caliente y consumirlo a modo de jarabe contra los dolores de garganta. En foros de Internet he encontrado incluso consultas relacionadas con su posible aplicación genital contra picores venéreos; un uso –todo sea dicho– muy recomendado por otros internautas. Y es que en la red hasta circulan memes en los que se plantea que “Nada cura más que la Fe en Dios. Excepto Mentisán, eso cura el cáncer” (Figura 1), pues ésta es una de las últimas propiedades que el acerbo popular le ha atribuido⁸.

Tan cotidiano es este remedio, tan empoderado se encuentra, tal es toda la simbología generada en torno a él, incluso la mitología, que bien podría decirse que ha sido fetichizado. La gente habla del Mentisán en su día a día, lo utiliza para dar alivio a todo tipo de males⁹, los turistas compran su cajita verde como souvenir, convirtiéndose incluso

8 Si de igualar o, incluso, superar las cuestiones de Fe se trata, en el sitio web oficial del producto (www.salinasenterprisesinc.com/index_es.htm) se hace gala de haber coronado el Everest en 1994 dentro de la mochila del alpinista boliviano Bernardo Guarachi, quien “llevó consigo su lata de Mentisán y la Biblia en su viaje a la cima de Los Himalayas para velar por su salud”.

9 Salvando las distancias, me evoca el limpiacristales que el padre de la novia utiliza como remedio universal en la película *Mi gran boda griega* (*My Big Fat Greek Wedding*, 2002): contra la calvicie, los picores, el sarpullido, las espinillas, el herpes labial, amén de cómo limpiador polivalente, abrillantador y revitalizador de plantas mustias. Un objeto cotidiano como es el limpiacristales, que resulta fetichizado desde la lógica particular de un personaje que convierte en remedio algo que a priori no está diseñado a tal fin, y que además lo sitúa en el centro de sus relaciones sociales y familiares; relaciones que, por otro lado, adquieren tintes interculturales a partir del noviazgo y la boda de su hija con un no griego.

en codiciado objeto de coleccionismo, los emigrantes lo incluyen en su equipaje. En Bolivia, la cajita verde puede adquirirse en farmacias, en puestos callejeros, en ferias populares, en el Mercado de las Brujas de la ciudad de La Paz, pero al traspasar fronteras y ganar distancias empezará a quedar consignado a los espacios formales de la farmacia, lo que le aumenta su prestigio, su valor y su poder; a las farmacias, sí, aunque siempre permanecerá accesible gracias a los mercados informales o las redes sociales. Sin embargo, recortar sus espacios de cotidianidad no impide que el Mentisán se cuele en los sistemas de salud tradicionales/populares como un remedio más, pasando incluso a las categorizaciones de frío/caliente de diversas tradiciones locales como un remedio fresco; tal es el caso, por ejemplo, de la medicina popular criolla en el Chaco argentino (Scarpa, 2004, p. 12)¹⁰.

En este sentido, podría decirse que el Mentisán, en su condición de remedio cotidiano significado desde diferentes lógicas y prácticas médicas, no pertenece a ninguna de ellas en exclusividad, sino a todas, resignificado y con unas propiedades y aplicaciones continuamente reinventadas. Así por ejemplo, G. Strasser (2008, p. 17) apunta en su etnografía sobre los procesos de salud y enfermedad en la comunidad de Azampay (Catamarca, Argentina) cómo el Mentisán se vende exclusivamente en farmacias, pero bajo la “prescripción” de los curanderos locales, que lo han incorporado de pleno en su tratamiento de enfermedades de filiación cultural. Incluso podríamos decir que, como resultado del proceso de fetichización experimentado por este remedio, su uso escapa de esa manida clasificación dual de medicinas tradicionales y –por no decir frente a– biomedicina, abriendo la puerta a una suerte de tercera vía que podría etiquetarse de popular, de mestiza. Ésta es la conside-

10 Por citar el ejemplo de un fármaco mundialmente cotidiano que se inserta plenamente en las prácticas tradicionales luego de ser resignificado desde lógicas locales, en la medicina popular criolla del Chaco argentino –menciona el propio Scarpa– también la aspirina es considerada como un remedio fresco. Qué interesante resultaría poder contar con trabajos pormenorizados sobre cómo los medicamentos bioquímicos si instalan en distintos sistemas médicos tradicionales, bajo qué premisas, dentro de qué categorías simbólicas.

ración que hacen I. Tapia, R. Royder y T. Cruz (2006) al plantear la alternativa entre el Mentisán, el paracetamol o la *wira wira* como pilares fundamentales de su estudio sobre jóvenes, salud e interculturalidad en los barrios mineros de Potosí; el primero como referente a la medicina popular (mestiza), el segundo como alusión al sistema biomédico farmacológico (blanco), y la tercera como representante de la herboristería y la medicina tradicional (indígena). Tres remisiones simbólicamente diferenciadas a partir de las cuales se analizan la concepción del cuerpo y la persona, la percepción de los distintos sistemas de salud disponibles, los itinerarios terapéuticos, las nuevas formas de (auto)medicación (signo de modernidad), y la disyuntiva entre éstas y las practicadas en el entorno familiar tradicional

Recapitulando, bien pudiera presentarse el Mentisán como una Panacea universal, aunque orgullosamente boliviana. Así se inscribió en la tirada de 30 000 sellos postales que la Empresa de Correos Boliviana (Ecobol) lanzó al mercado filatélico en 2012 con motivo del 75° aniversario del remedio, y en los cuales se inscribía el lema “Alivio natural. Tradición y cultura bolivianas” (Figura 2), y en la de 200 sobres prefranqueados en cuyo anverso figuraba el texto “En el mundo hay 7 maravillas, en Bolivia hay una más que nos alivia día a día” (Figura 3), y en el reverso “Alivio natural que se aplica con cariño”. En sellos y sobres se mostraban las plantas naturales que aportan al medicamento sus principios activos, así como el mapa de Bolivia impreso en el ungüento y una bandera nacional hincada en él¹¹. Tradición y cultura bolivianas, pero de la Bolivia popular, indígena –en este caso apropiada por la industria farmacéutica, aunque ése es un tema espinoso que no abordaré aquí–. Alivio natural en un sentido de evidente, razonable, también cotidiano, pero que al mismo tiempo remite a saberes tradicionales de herboristería propios de las poblaciones indígenas. Que nos alivia día a día, nuevamente cotidiano, presente en todos los hogares, el que nunca falta, el que todo lo cura, el

11 Posiblemente, estos son de los pocos sellos del Mundo dedicados a un medicamento, lo cual, sumado a las escasas estampillas bolivianas, los colocó rápidamente en un lugar destacado de la historia de la filatelia, y situó al Mentisán en todos los catálogos internacionales.

que cualquiera puede aplicar sin necesidad de conocimientos específicos. Una aplicación con cariño, cercana, referente al hogar, a la familia. Pero que, sin embargo, como todo fármaco, y según queda indicado en su envase ha de mantenerse fuera del alcance de los niños.

Figuras 2 y 3



Ahora bien, por más que en Bolivia y sus países vecinos el Mentisán sea el rey indiscutible entre los ungüentos medicamentosos, cuenta con un potente rival internacional igualmente fetichizado: el bálsamo VapoRub de la empresa estadounidense Vicks, popularmente conocido como Vicks VapoRub; otro ungüento mentolado igualmente desarrollado a partir de aceites esenciales de origen vegetal, para uso tópico e inhalaciones, que se presenta como “alivio sintomático de la tos y la

congestión nasal existente en el resfriado común y la gripe”. Otro bálsamo de Fierabrás al que el acerbo popular –tal y como puede rastrearse de manera fácil a través de Google– concede propiedades y usos mucho más allá de los prescritos por el fabricante, y que –es obvio– no están farmacológicamente (a)probados: para alivio de las agujetas, para luchar contra los hongos de las uñas de los pies, para alivio de migrañas, para evitar infecciones en cortes y raspaduras superficiales, para los labios agrietados, para la eliminación de durezas en codos y pies, para alivio de pies cansados, para eliminar o disimular cicatrices; pero también para mantener limpios los aparatos humidificadores, como repelente de garrapatas y mosquitos, para evitar tentaciones sexuales en los caballos de carreras, para evitar que los perros orinen donde no deben, o que los gatos arañen los muebles. El Vicks VapoRub tiene vida propia, multiplica sus propiedades y aplicaciones en la cotidianidad de las personas, aparece como tema de conversación frecuente en materia de salud y bienestar.

Al igual que antes veíamos para el Mentisán, también el Vicks VapoRub se ha colado en la medicina popular, e incluso en la medicina tradicional indígena, tal y como apunta P. Bartoli (2005, pp. 87-88) a partir de sus trabajos de campo entre poblaciones indígenas de Morelos, Veracruz, Puebla o Guerrero, en México. Recoge este autor entre los usos del llamado *vaporú* el alivio contra la tos, el catarro, el resfriado, los dolores de pecho, estómago, piernas y cabeza, así como para tratar la picadura de alacrán. Por su fuerte olor también se usa en los velorios, para que las heridas que uno pudiera tener en el momento de cumplir con la visita al finado y sus deudos “no caigan en cáncer” a causa de “lo feo que está soltando el muerto”; en este caso, a diferencia del Mentisán, no cura el cáncer sino que lo previene o incluso lo repele. Pero quizás su aplicación más sincrética se encuentre en el tratamiento del *dolor del alma* y el *enfado*, dos “verdaderas enfermedades” dentro de las lógicas clasificatorias indígenas, y en cuyo tratamiento prácticamente ha sustituido a otros remedios tradicionales. El *dolor del alma* es causado por una experiencia penosa; en casos de fallecimiento de una persona querida, o por una experiencia dolorosa de abandono o desamparo, puede derivar en el *enfado* o *coraje*, que se manifiesta a la vez como un

fuerte dolor en el pecho (*cólico de enfado*) y una profunda tristeza. Este agravante es considerado como una enfermedad gravísima que puede a su vez causar diabetes (*azúcar*) y hasta la muerte del paciente. Además de con *vaporú*, el *enfado* se puede curar también con Coca-Cola o Pepsi-Cola –pero nunca con Fanta, que “no es fuerte”–, con cerveza, con *agua de enfado* rezada por un curandero, con *aceite rosado* (aceite de sésamo en el que han sido macerados pétalos de rosa), o simplemente mascando una rama de orégano; remedios alternativos que sirven igual para el tratamiento de otras enfermedades tradicionales, generalmente asociados a rezos, velas, sobas, o tratamientos de herboristería.

En otra área, en la Huasteca mexicana, P. Gallardo (2004, p. 197) apunta cómo curanderos, parteras y sobadoras teenek y nahuas han resignificado las aplicaciones del Vicks VapoRub dentro de su actividad tradicional, incorporándolo como un ingrediente más a sus propias pomadas y preparados. Pero lo significativo en este caso –enfatisa la autora– es el hecho de que tal proceso de bricolaje sanitario se produjo después de que se procediera a un intento de reeducación de estos agentes desde programas oficiales de formación de promotores en salud, y el Vicks VapoRub tratara de serles impuesto como sustituto de sus propios remedios. No me cabe duda de que –igual que señalé para el caso del Mentisán– el hecho de ser un medicamento de venta en farmacias le confiere una mayor eficacia simbólica.

Volvemos así al punto de partida, a la reflexión acerca de que lo cotidiano para unos puede adquirir en los *otros* cualidades cuasi fabulosas, multiplicando entonces sus capitales simbólicos. Esquivando la hegemonía de la biomedicina y la dictadura de los fármacos de patente, estos remedios burlan la frontera entre lo tradicional y lo biomédico, y pasan de un campo a otro con tremenda fluidez. Se convierten así en lo que podría considerarse como medidores del diálogo intercultural.

El medicamento como medidor del diálogo intercultural

Según lo anteriormente planteado como definitorio del fetichismo del remedio, éste se vería en disposición de actuar como medidor de

las relaciones sociales. Apelando al concepto de la construcción social de la realidad (*sensu* Berger y Luckmann, 1997), se trataría entonces de analizar el efecto en y para las conciencias del enmascaramiento de las relaciones sociales en y bajo sus apariencias. Porque el fetiche, en realidad, no existe, no tiene fundamento en la conciencia, sino en la realidad objetiva –y sobre todo objetivada– de las relaciones sociales. Por eso el fetichismo del remedio sólo se mantendrá mientras lo hagan las relaciones sociales que son a la vez causa y consecuencia del mismo. Cambiemos en este planteamiento las relaciones sociales por el diálogo intercultural, y ese remedio fetichizado desempeñará un papel protagónico.

A la hora de tomar un medicamento lo más probable es que el paciente no sea plenamente consciente de sus propiedades y efectos secundarios¹², de su composición química, de sus principios activos, de la dosis adecuada; es un producto cuya “invención” y procesado escapa a su conocimiento y control. Alguien (el médico, el sanitario, el curandero, una vecina, un pariente, un cartel publicitario) le dicen que lo tome, y se establece entonces una relación (simétrica o asimétrica) de confianza, un diálogo (intercultural); se establece –o no– una relación de empatía. Y al mismo tiempo se activan representaciones, imaginarios, mitologías, en torno al remedio y a quien lo prescribió o aconsejó. Se abre a puerta a los símbolos, y a la eficacia simbólica. El medicamento entonces entra de pleno en las relaciones sociales, incluso se adueña de ellas. Y cura. Pero si el remedio no cura (Gil [en prensa]) no es culpa suya, sino que algo está indicando que ha fallado la relación entre el paciente y el remedio, la relación entre el paciente y el especialista en salud. Que ha fallado el diálogo, o incluso –aún más grave– que se ha roto.

12 La idea de que aquello que nos ha de curar pueda causarnos mayores daños hace saltar nuestros temores. Por esta razón no solemos leer la sección de “efectos secundarios” de los prospectos farmacológicos, para así medicarnos en feliz ignorancia. El problema vendrá cuando a pacientes que hablan exclusivamente una lengua indígena, o que no saben leer, se les priva del derecho a conocer tales efectos, a medicarse debidamente informados. En ese momento los temores se disparan, los recelos se acrecientan, el rechazo al medicamento se potencia, y el diálogo intercultural acaba rompiéndose.

Ejemplo de ello servirá el caso recogido por el médico y antropólogo M. Ruz (1983, p. 188) entre los tojolabales de Chiapas. Un hombre acude al centro de salud, exigiendo ver al doctor y quejándose de que los anticonceptivos orales que la enfermera había proporcionado a su esposa estaban defectuosos, pues a pesar de ellos había vuelto a quedar embarazada. Preguntado éste por la forma en que su esposa ingería los estrógenos, su respuesta lo aclaró todo: la “tonta” de su mujer, seguramente por miedo, rechazaba el medicamento, y por eso cada noche él mismo ingería una pastilla antes de acostarse. En la consulta con la enfermera, ésta había insistido en convencerle de que tanto él como su esposa eran responsables de la concepción. Lo que el hombre no entendía era por qué, puesto que tenía parte proporcional en el asunto, las medicinas no ejercían sobre él idéntico efecto al que supuestamente habrían de ejercer sobre su esposa.

Más allá de que el episodio pueda parecer chistoso, lo cierto es que deja constancia de unas variables de análisis en esto del diálogo intercultural que, desgraciadamente, se han convertido en un viejo caballo de batalla aún por aplacar. Por un lado, evidencia la incomunicación entre los distintos profesionales de la salud y sus pacientes, fundamentalmente por incompatibilidad de discursos. Asimismo, en relación con la jerarquía de estos profesionales, remite a una confianza variable por parte las poblaciones indígenas hacia los diversos escalafones del sistema biomédico. En tercer lugar –fundamental en lo que a imaginarios del medicamento se refiere–, constata una absoluta incomprensión del “poder curativo” del fármaco, al tiempo que refiere los miedos que su consumo pueda generar. Una incomprensión –y consecuentemente una reinterpretación libre de su “poder”– que deriva, por un lado, en automedicación, y paralelamente en pérdida de confianza en el agente sanitario y en el fármaco. Una desconfianza cimentada en recelos hacia un profesional que se juzga como “incompetente”, y hacia un fármaco que se presupone “defectuoso” y/o se resuelve “ineficaz”. Una desconfianza que a partir de ese momento se extenderá a otros profesionales y a otros remedios.

A modo de corolario, el propio M. Ruz establece que si la enfermera se hubiera tomado unos minutos en explicar detalladamente a

aquella pareja el mecanismo fármaco-dinámico de los anticonceptivos que les prescribía, el problema quizá no se hubiese presentado. Ahora bien, la cuestión es otra y mucho más enjundiosa: no es sólo que generalmente se produzca incomunicación entre profesionales de la salud y pacientes, es que frecuentemente a ello se añade el desdén por parte de los primeros hacia los segundos. Se presupone que al indígena le faltan entendederas. Y muchas veces la comunicación médico-paciente está interferida o ni siquiera existe. Razones por las cuales al indígena es mejor no explicarle nada. Es por estos motivos que surge la desconfianza de los indígenas hacia la biomedicina y sus representantes, que se plantean las relaciones de subordinación y dominación, las asimetrías implícitas en las práctica (bio)sanitaria; pero detenerme a poner en valor esta cuestión –piedra de toque en materia de salud e interculturalidad– excedería con creces los límites de este trabajo.

Señalaba G. Fernández (1998, p. 272, *vid supra*) que los fármacos son considerados poderosos en tanto en cuanto son caros, pero que esto es a la vez motivo de recelo hacia ellos. Aunque no es extraño que las poblaciones indígenas recelen igualmente de los medicamentos baratos, y mucho más de aquellos que son gratuitos. ¿Por qué algo tan valioso como es un medicamento no va a costar dinero? Supongo que –desde la natural desconfianza del ser humano– es de lo más razonable pensar que algo que no cuesta dinero es porque en realidad no tiene el valor presupuesto –y por tanto, se nos está engañando–, o porque, en el caso concreto de un remedio que debe sanar, en realidad no va a mejorar nuestra salud sino que incluso pudiera empeorarla –y por tanto, se nos está perjudicando–. Y este pensamiento, independientemente de contar o no con una base real, influye poderosamente en la percepción y la concepción del remedio, en su fetichización o no, y en las relaciones sociales y los diálogos (inter)culturales tejidos en torno a él. Así por ejemplo, L. Abad (2004, p. 85) aborda el recelo que los aguarunas de la Amazonía peruana sentían a finales de la década de 1980 hacia mestizos que especulaban con medicamentos caducados o de dudoso origen y composición, y que por tanto no iban a curar sino a causar mayor enfermedad; personajes –igual que el médico de bata blanca– idealizados

y mitificados en el imaginario colectivo, pero que, pese a los recelos, se convertían para muchos en la única manera de acceder al fármaco en un contexto de botiquines comunales precarios, hospitales distantes y con mala accesibilidad, trasportes sanitarios caros, e incompreensión y maltrato por parte de los médicos. Y es que la fetichización del remedio, y todo lo que ella conlleva, puede ser para bien o para mal.

Remedios “tóxicos” cuyo imaginario se materializa en esas postas desabastecidas mencionadas anteriormente. Por un lado, la población indígena –incluidos los agentes locales de salud– tiene miedo a almacenar estos medicamentos “peligrosos” –*per se* o por no estar conservados adecuadamente–. Pero al mismo tiempo –tal y como analizan N. Simal y R. Amor (2008) en los consultorios kallawayas de Apolobamba (La Paz, Bolivia) durante los primeros años 2000–, aplicación de políticas sanitarias que ven mejor desatender las postas rurales, no proveerlas de medicamentos antes que hacerlo y que éstos acaben echándose a perder o caducando por falta de uso. Un bucle administrativo e ideológico que, en suma, no hará sino retroalimentar tales desconfianzas –incluso miedos– al fármaco por su presunta toxicidad.

Pero no solamente se expresa el recelo hacia el remedio, o hacia quienes puedan estar traficando con medicamentos caducados o en mal estado, también hacia los propios programas de salud (públicos o de cooperación) que entregan fármacos gratuitamente con el propósito de extender la asistencia médica a sectores poblacionales desfavorecidos. Si el Estado o las ONG regalan los medicamentos, seguramente sea porque no sirven, porque estén caducados; ésta parece ser la creencia más extendida. Cuando en los primeros años de 2000, como consecuencia del consumo de agua y vegetales acuáticos contaminados, se desató una epidemia de fasciolosis en la provincia de Ingavi (La Paz, Bolivia), las autoridades sanitarias decidieron cobrar el tratamiento; algo simbólico “para que la gente sepa que la salud no es gratis y la valore”. Ante las quejas recibidas (es un abuso, los remedios son caros, no tenemos dinero, etc.), se decidió dejar de cobrar los medicamentos, aunque los comunarios también protestaron por ello: si antes había que pagar y ahora ya no, seguramente sea porque los remedios están “pasados”, no

sirven, nos van a hacer mal, argumentó la población. La conclusión a la que llegó el personal sanitario encargado de atajar la epidemia –cuenta G. Fernández (2008a: 32-33)– fue la de que los *indios* –y énfasis intencionalmente el carácter peyorativo del término– ni estiman ni se preocupan por su salud, y no se quieren dejar ayudar. A la conclusión que debiera haberse llegado más bien –sugiere este mismo autor– es que las poblaciones indígenas pagan por aquello que valoran y que se ajusta a sus criterios de eficacia, no por aquello de lo que desconfían. Y está claro que en este caso desconfiaban no sólo de los medicamentos, sino seguramente de toda la campaña médica que giraba en torno a ellos, y del personal responsable de la misma.

Reflexionando sobre ideología y materialismo en salud intercultural, L. Mariano (2009, p. 105) plantea la necesidad de repensar las variables de tratamiento y coste, las valoraciones particulares que las poblaciones indígenas hacen de cada situación, para elucubrar en torno a categorías tan sensibles como el miedo o las representaciones sobre los climas emocionales. Es sospecha habitual aquella de que si es gratis, por algo será, que las cosas no se regalan a cambio de nada. En este sentido, tomemos por caso el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) puesto en marcha en Bolivia en 2006, que garantiza asistencia y medicamentos gratuitos para la madre durante el embarazo, parto y puerperio, y para el niño hasta los seis años; todo ello siempre y cuando el embarazo sea seguido en un centro de salud, el parto tenga lugar en un centro hospitalario, y la madre y el niño pasen revisiones médicas periódicas. Estos requisitos impuestos por el sistema de salud pública boliviano hacen que, a pesar de la gratuidad, las áreas de ginecología y obstetricia de los hospitales tengan un bajo nivel de ocupación, prefiriendo las mujeres campesinas dar a luz en otros entornos más tradicionales donde su concepción del cuerpo sea respetada, y donde el parto se desarrolle de acuerdo a las prácticas locales (Uriburu, 2006; Vicente [en prensa]¹³).

13 Asimismo, véase el texto de P. Vicente incluido en este volumen, sobre la problemática del aborto en Sudamérica, y en Bolivia en particular.

Si analizamos la cuestión desde los conceptos de salud, enfermedad y atención, es muy probable que nos topemos con eso que M. Callahan (2006, p. 298) estima como “obstáculos a la integración de ambas medicinas” (indígena y occidental) que redundan en la representación de y el discurso sobre los medicamentos, y en la consideración de su (in)eficacia.

Insistiendo en esta cuestión de los efectos secundarios, el caso de la mujer embarazada se me antoja especialmente llamativo, porque el medicamento que tome la madre puede causar daños al feto. Algo irrefutable para la biomedicina, la óptica indígena lo asume indisolublemente ligado a la construcción del cuerpo femenino durante el embarazo, el parto y el puerperio. No es sólo que las mujeres bolivianas rechacen las ayudas gratuitas del SUMI porque las obliga a un seguimiento clínico de su embarazo y a dar a luz en un centro hospitalario. La cuestión tiene más que ver con el hecho de que los cuidados y remedios tradicionales curan a la madre y a la vez al feto, o viceversa; impiden que éste cause daños a la mujer al tiempo de nacer –por ejemplo, mal de ojo–, o que el bebé enferme según salga del cuerpo de su madre –también de mal de ojo, por seguir el ejemplo–. Y eso un fármaco no lo consigue, simplemente porque no está diseñado para tratar ese tipo de enfermedades de filiación cultural (Vicente, 2016).

Salta en este punto un asunto bien delicado, aunque frecuentemente pasado por alto en los proyectos de salud y en los estudios sobre dicha integración de sistemas médicos: el temor de las comunidades a las consecuencias farmacológicas de la administración conjunta de ambas medicinas, y al potencial de toxicidad de la medicina occidental.

Aumenta el recurso a los fármacos, sí, pero al mismo tiempo se recela de ellos como tóxicos en tanto que “acostumbran el cuerpo”¹⁴ y no

14 Han de entenderse estas creencias de que el consumo de fármacos debilita el cuerpo, lo ablanda, lo acostumbra, lo acomoda, lo transforma, desde la propia construcción del cuerpo, un tema de hondo calado en la antropología de la salud y la enfermedad. Profundizar en ello me desviaría en exceso del objeto de estas páginas, pero me resisto a no señalar aquí el enorme interés de conjugar los imaginarios y las discursividades en torno al consumo de medicamentos con el

resultan adecuados para todas las personas”, haciéndolos además inhábiles para futuros tratamientos con medicinas tradicionales¹⁵. Por esta razón, los especialistas kallawayas que atendían el hospital kallawayo-español de San Pedro de Curva (Apolobamba, La Paz, Bolivia) sentenciaban que no había problema en mezclar varios tratamientos biomédicos, pero que era conveniente esperar veinticuatro horas en la combinación de un remedio tradicional, de herboristería, y un fármaco; especialmente tratándose de un inyectable, que penetra rápidamente en el cuerpo y actúa de inmediato y con gran poder, neutralizando así cualquier otro remedio que pudiera ser administrado conjuntamente (Fernández, 2006, p. 324).

Un especial recelo hacia los inyectables, que más bien remite a las inyecciones, a las jeringuillas y agujas, que la mayor parte de grupos amerindios asocian con todo tipo de sacramantecas y/o chupasangres existentes en sus imaginarios al menos desde época colonial (Fernández, 2008b). Y sin embargo, P. P. Salvador (2012, pp. 30-31) registra en Urkupiña y en el Mercado de las Brujas de La Paz (Bolivia) “botellas andinas”, “botellas de la suerte”, “vacunas mágicas” o “vacunas simbólicas”, que no son sino la expresión material de una nueva forma de inyectable concebido a modo de fetiche, de talismán, y que él analiza como un “nuevo fármaco protector”. En realidad se trata de envases reciclados de inyectables en los que se introducen elementos variables entre los que siempre destaca la presencia de uno o varios amuletos tradicionales (tanto de tradición andina como hispánica) contra el mal de ojo y/o propiciadores de buena suerte: semillas de huairuro, higas o figas, herraduras, sapitos, lanas de colores, todo ello suspendido en un líquido y

propio discurso de construcción del cuerpo y la persona; un análisis, sin embargo, generalmente descuidado en las etnografías.

- 15 En contra de esta tan extendida creencia entre grupos amerindios, llama la atención –por citar tan sólo un ejemplo– la práctica de los hueseros de la familia Escobar de Cliza (Cochabamba, Bolivia): en el caso excepcional de que algún paciente presente reacción dermatológica a los emplastos de tabaco y huevo que aplican en sus tratamientos de osteología, no tienen problema en suspender las sesiones y prescribir los fármacos necesarios para su alivio, reanudando posteriormente el tratamiento tradicional sin perjuicio de su efectividad (Salvador, 2011: 123).

recordando justamente a las ampollas de inyectable. He aquí un proceso de fetichización del remedio a partir de la fabricación de nuevos fetiches concebidos a modo de medicamentos, y en los que se conjugan no sólo elementos de sistemas de salud diferentes, sino también concepciones distintas del fármaco; nuevos remedios fetiche que tratan de ajustar lo tradicional y lo biomédico.

Nuevos conceptos del fármaco que se aplican a la prevención y el tratamiento de enfermedades de filiación cultural, pero también nuevas resignificaciones de la enfermedad tradicional desde la biomedicina, y en las que por tanto se sustituyen –¿quizás no del todo?– los remedios locales por los medicamentos. Tal es, por ejemplo, el caso de la profesora Paulina, en el que me vi involucrado durante mi estancia en la comunidad de Santiago en 2001 (Gil 2006). Según otros miembros de la comunidad educativa, esta mujer estaba afectada de “dolor de corazón”, y me solicitaron que acudiera a visitarla por ver si alguno de los fármacos de mi botiquín podía ser de ayuda en su mejoría. El origen de su afección era lo que cualquier andino habría calificado de *susto* –pérdida de una de las entidades anímicas que integran la persona–, mientras que ellos (los profesores) lo interpretaban como un “brote de ansiedad derivado de un sobresalto”: de vuelta a casa antes de lo previsto, había sorprendido a su hijo mayor –vivo retrato de su esposo recientemente fallecido– tocando la guitarra, una afición que, con cierta maestría, había heredado de su padre, y por lo cual ella le había prohibido practicar desde la muerte de éste, aunque el muchacho seguía tocando a escondidas. Según me explicaron, creyendo encontrarse en casa con el espíritu del difunto esposo, se había impresionado de tal manera que el frágil estado de ánimo de su proceso de duelo se había venido abajo. A pesar de que todos los presentes en la habitación donde la enferma guardaba cama negaban el síndrome cultural y se burlaran de los remedios tradicionales, se la estaba tratando de acuerdo con algunas prescripciones habituales en las medicinas amerindias, como la termorregulación del paciente o el empleo de sahumeros. Al yo preguntar si acaso no con vendría recurrir a un especialista ritual me contestaron que aquello eran “cosas de indios” que en este caso no habrían de servir de nada, pues su

diagnóstico era que Paulina sufría una “afección cardiaca complicada con síntomas psicológicos”; un discurso, como puede observarse, muy orientado hacia la biomedicina, al tiempo que desdeñoso de la concepción local de la enfermedad y sus remedios. En público o en privado, y empezando por el hijo, todos me insistían –prácticamente me presionaban– para que le administrara alguna pastilla que le aliviara, pues sólo un tratamiento farmacológico –junto con un completo chequeo médico en el hospital– serviría para curarla. Al comentar el caso con varios miembros de la comunidad, la respuesta siempre fue la misma, situada en la cara opuesta de la moneda: que recurrir a un especialista ritual no serviría de nada puesto que ni la paciente ni los encargados de su cuidado creían en ese tipo de saberes. Eso sí, estaban igualmente convencidos de que unas pastillas tampoco eran el remedio adecuado para el tipo de afección que estaba sufriendo. Finalmente le facilité unas grageas de valeriana que, por efecto placebo y de la eficacia simbólica, parece que favorecieron la mejoría necesaria para que la profesora Paulina abandonara la comunidad al día siguiente con destino al centro médico de Uyuni, la ciudad más próxima.

A la vista de los contextos, me parece que este caso ejemplifica a la perfección la falta de entendimiento entre lógicas médicas, e incluso entre distintos colectivos sociales de una misma comunidad, y valida el axioma de que un remedio inadecuado a la enfermedad a tratar nunca servirá para alcanzar su curación. Pero al mismo tiempo, remite claramente al proceso de fetichización que aquí nos ocupa en toda su magnitud, focalizando tanto las relaciones sociales en y a partir del medicamento, como la representación del remedio fetiche.

Desde el oriente de Guatemala, L. Mariano (2009, pp. 95-96) aporta otro ejemplo en esta línea: el periplo de doña Urbana por diferentes centros de atención y diversos tratamientos a la busca de un remedio que sanase a su nieto de dos años. El niño sufría una afección gastrointestinal desde hacía semanas, y los médicos no le encontraban razón. Tras haber probado sin éxito “remedios del monte”, la abuela lo había llevado al puesto de salud de Jocotán, donde le prescribieron medicinas que tampoco surtirían efecto, y de donde ambos salieron a escondidas al

amparo de la noche, seguramente disconforme ella con el trato recibido por el personal. Al no mejorar en los días sucesivos, el niño fue derivado al hospital de Chiquimula, donde resolvieron que era necesario operarle. Si bien doña Urbana no estaba de acuerdo con la intervención quirúrgica, al parecer sí se mostraba muy satisfecha de que a su nieto le hubieran administrado suero, un tratamiento para ella adecuado. A pesar de que finalmente el niño muriera sin haber recibido una atención satisfactoria en el sentir de su abuela, ella se mostraba plenamente convencida de que lo único que le había causado mejoría había sido el suero: en este caso, el único remedio ajustado a la enfermedad de su nieto.

Por cerrar este asunto, cabría insistir en esa lógica clasificatoria indígena que distingue entre “enfermedades del doctor” y “enfermedades de la gente” (Fernández, 2007), y que a su vez puede plantearse en términos de que a cada cuerpo (persona) *su* enfermedad, y a cada enfermedad *su* remedio, siendo un punto delicado conjugar cuerpos, enfermedades y remedios desde el diálogo intercultural. Pero la cosa se agrava aún más cuando estas tres variables viajan y las relaciones entre ellas han de reajustarse –con mayor o menor dificultad, mayor o menor éxito– a nuevos contextos socioculturales.

El fetichismo del remedio viajero

Retomando lo dicho acerca de la cotidianidad necesaria en el proceso de fetichización del remedio, resulta evidente que inspirarán más confianza –y a la postre terminarán siendo considerados de mayor eficacia, aunque *sólo* sea simbólica– aquellos medicamentos conocidos, por más que conseguirlos pueda suponer enfrentarse al criterio del médico o un plus añadido de distancia y dinero. Precisamente el afán por acceder a este tipo de remedios, así como los mecanismos desarrollados para su consecución, reforzará la casuística de redes sociales tejidas a partir de y en torno a ellos, contribuyendo el contexto a implementar la fetichización de los mismos.

Perseguir el mantenimiento o el restablecimiento de la salud es algo que a todos –a nosotros y a los otros– nos puede hacer discurrir

por itinerarios terapéuticos de lo más variopinto. Todo vale y todo suma cuando se trata de conseguir la curación –presuntamente, indiqué en páginas anteriores–: los saberes tradicionales, las prácticas rituales, la herboristería, la posta sanitaria, la consulta del doctor, el hospital, en cada lugar buscando al especialista adecuado, buscando el remedio adecuado. Una búsqueda incluso a larga distancia, ya sea porque allí sí hay remedios, o porque aquellos se consideran más efectivos o “poderosos” (Abad y Vázquez, 2009; Calavia, 2004; Cerbini, 2009; Chaumeil, 2009; Salvador, 2009). Y es aquí donde los contextos migratorios se han presentado como un campo abonado para el estudio antropológico de la salud¹⁶. Porque las enfermedades también viajan, y en sus nuevos espacios seguirán necesitando de *sus* remedios, ya sea en exclusividad, o en simbiosis con los sistemas médicos de los nuevos escenarios de inserción; todo ello marcado por dificultades conceptuales y estereotipos culturales (Meñaca, 2004; Perdiguero, 2008; Uribe, 2006).

Tal y como ha estudiado A. Meñaca (2006, 2010) para el colectivo de emigrantes ecuatorianos en España, las familias se envían dinero y otros bienes periódicamente, mediante transferencias, paquetería y encargos a través de terceros; se comunican utilizando los distintos medios tecnológicos a su alcance; y si es posible, viajan con regularidad. Unas relaciones que se ponen al servicio de los cuidados de la salud: se generan flujos de información, se transfiere dinero para medicamentos y/o gastos imprevistos (unas gafas nuevas, un parto, una intervención quirúrgica, un ingreso hospitalario), e incluso los enfermos se desplazan de escenario para recibir un mejor diagnóstico y/o atención, algo que remite a las retóricas y los discursos sobre los sistemas biomédicos de

16 El problema devendrá, sin embargo, cuando la interculturalidad en salud se centre exclusivamente en contextos indígenas o migratorios, relegándola así al terreno de unos *otros* por demás estigmatizados o, cuando menos, marginados. Y es que situar a la diversidad frente a nuestro propio espejo no es fácil; mucho menos pararse a considerar otros conceptos del cuerpo, la salud y la enfermedad dentro de la rigidez de protocolos de actuación sanitaria propios de la biomedicina hegemónica, de políticas sanitarias obtusas, o de planes de cooperación asimétricos. Cfr. el volumen compilado por G. Fernández (2008c) como sugerente suma de estudios y materiales orientados al debate en esta materia.

acá y de allá. Todo ello con flujos marcadamente desiguales. En este contexto, son muchos más los remedios que salen de Ecuador que los que llegan: a) medicamentos de uso sistemático en Ecuador, y no en España, por las diferencias de los sistemas biomédicos (antiparasitarios, vitaminas, anticonceptivos); b) medicamentos de uso regular conocidos por su nombre comercial y no por su composición (analgésicos, antigripales, cremas, pomadas); c) hierbas y preparados naturistas; y d) remedios y prevención de enfermedades tradicionales, especialmente la *ojeadura* (Meñaca, 2010, pp. 294-295). Y es así que los medicamentos desempeñan un rol muy específico en los procesos de construcción identitaria y de cohesión social, no sólo entre quienes emigraron y los que se quedaron, sino al interior de cada uno de ambos círculos. Considerando los contextos de asistencia sanitaria en los países de destino, lejos de acudir a la consulta del doctor, la automedicación con estos fármacos cobra especial significación, convirtiéndose estos remedios en codiciado objeto que empodera a quien lo distribuye desde allá, a quien hace de intermediario, y a quien lo consigue acá, que en muchas ocasiones se convierte luego en redistribuidor a partir de nuevas redes de parentesco y vecindad. Una circulación de remedios fetiche que, dicho sea de paso, mueve sumas ingentes de dinero en ambas direcciones.

Pero no sólo viajan los fármacos, sino todo tipo de remedios. En muchas tiendas de productos latinoamericanos en Madrid he podido observar preparados idénticos a los que se venden, por ejemplo, en el Mercado de las Brujas de La Paz (Bolivia): jabones y afeites para distintos propósitos, cremas, pomadas, infusiones empaquetadas. Lo mismo ocurre en las tiendas de santería con remedios procedentes de otras tradiciones culturales. Y es que –como apunta C. Sánchez (2008) en su estudio sobre afrodominicanos en Madrid– en ese acomodo del emigrante a los sistemas de salud propios del lugar de destino se vive a caballo entre “geografías místico-rationales”, en un permanente viaje de ida y vuelta por el que circulan representaciones, discursos, enfermedades, enfermos, remedios y bienes simbólicos espirituales. Un circuito idóneo –añado yo– para la fetichización del remedio.

Circuitos en la larga distancia de la emigración, pero también medicamentos que viajan cruzando fronteras próximas, cotidianas, tantas veces de modo irregular. Fármacos de contrabando, generalmente para el autoconsumo en el entorno familiar, aunque a veces también para su posterior venta menuda, incluso por unidades. Fármacos, como sucede en la frontera ente Argentina, Bolivia y Paraguay, que están autorizados formalmente para su uso comercial en un país pero no en los vecinos, y a los cuales las poblaciones fronterizas pueden estar recurriendo por diversas razones (Cebolla et al., 2013). Medicamentos generalmente (re) conocidos por su nombre comercial, y a los cuales se atribuyen mejores propiedades que a los genéricos dispensados en los centros sanitarios locales –habitualmente de manera gratuita, y no insistiré más sobre las representaciones del fármaco en función de su precio–, o a los que con similar composición pero diferente sello de laboratorio están disponibles en las farmacias próximas –que a tal extremo llega el fetichismo del remedio–. Medicamentos foráneos a los cuales no sólo se concede mayor efectividad o eficacia en el tratamiento de ciertas afecciones, sino a los que también se conceden otras propiedades y aplicaciones, dentro de la medicina tradicional, pero incluso dentro de un sistema sanitario farmacológico. Y es que según un estudio reciente entre comunidades pilagá, guaraní, mbya-guaraní, tapiete y toba (Cebolla et al., 2013), los indígenas de esta región estarían plenamente insertos en un sistema de salud farmacológico, y los medicamentos instalados en su cotidianidad. El problema surge cuando la precariedad económica imposibilita el acceso a los remedios prescritos por *su* personal sanitario, y la población se ve obligada a recurrir a la automedicación a partir de fármacos adquiridos del otro lado de la frontera. También cuando el diálogo entre médico y paciente acaba rompiéndose, y este último sale de la consulta sin una receta que le permita comprar el remedio que le alivie, lo que habitualmente sirve de detonante para la automedicación o el inicio de itinerarios terapéuticos.

Repasando la historia material del medicamento (Bonah y Rasmussen, 2005), se observa que no hay coincidencia entre la invención

terapéutica del fármaco y la práctica terapéutica de su prescripción y consumo, distando entre ambos extremos un recorrido en el largo del cual el remedio deberá ser acogido en el seno de la sociedad/comunidad y reconocido por ella, resultando validado por el camino y adquiriendo así competencia. Un recorrido marcado por las relaciones sociales y sobre el que pesan tanto la bioquímica, como la metafísica, la ética, o incluso la estética. Un recorrido por los imaginarios, las representaciones y las discursividades de diferentes tradiciones médicas, que termina por convertir al fármaco (objeto material) en remedio fetiche, y a partir de ahí en pieza clave para el análisis de las relaciones entre los individuos y los objetos materiales, y entre los propios individuos por mediación de tales objetos. Es así como la fetichización del remedio termina casi por dejar el medicamento a un lado, para centrarse en el efecto en y para las conciencias del enmascaramiento de las relaciones sociales en y bajo la apariencia de éste. De ahí la importancia concedida en estas páginas que terminan a los que cabría considerarse uso, circulación y simbolismo del medicamento en sociedad. Todo ello sin perder de vista que –asumiendo este planteamiento– el remedio tiene la virtud de tomar vida propia, de alcanzar una existencia independiente pero a la vez estrechamente conectada con otros remedios, otros saberes, otras prácticas, otras representaciones, otros discursos. Ello es lo que va a permitir que las acepciones, e incluso el propio concepto del remedio, se multipliquen, renueven y enriquezcan; igual que su eficacia curativa. Resignificación del medicamento, y reinención permanente de sus propiedades y aplicaciones dentro de distintas lógicas y prácticas médicas.

Desde una perspectiva en principio prejuiciosa de la hegemonía –¿tiranía?– de la biomedicina y su sistema farmacológico, los medicamentos han tendido –y tienden– a ser vistos como algo recelado, empoderado, exótico, extravagante dentro de las medicinas tradicionales. Y sin embargo están más presentes en su cotidianidad de lo que a priori pudiera parecer; dentro de los saberes propios, la lógica biomédica, o dando pie a una racionalidad mestiza, desde la cual se redefinen las concepciones del cuerpo, la salud y la enfermedad. Por este motivo el remedio fetiche será mutable, acomodable dentro de diferentes tradi-

ciones, de diferentes sistemas de salud. Porque en realidad el remedio fetiche no existe salvo en la realidad objetivada de las relaciones sociales, y a ésta sólo es posible llegar mediante su fetichización. Una realidad, en la cotidianidad o la contingencia, tan variopinta como maneras de relacionarse con el medicamento podamos encontrar.

Bibliografía

- Abad, Luisa (2004). Salud intercultural y pueblos indígenas: La experiencia de un programa de salud de atención primaria con comunidades Aguarunas de la selva amazónica en Perú. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas* (pp. 75-92). Quito: Abya-Yala, Agencia BOLHISPANA, Universidad de Castilla-La Mancha.
- Abad, Luisa y Vázquez Cañete, Ana Isabel (2009). La “falsa apendicitis” y otras experiencias y reflexiones ante el imperativo quirúrgico en el ámbito de la Amazonía peruana. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios* (pp. 107-117). Quito: Abya-Yala, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Bartoli, Paolo (2005). ¿Esperando al doctor? Reflexiones sobre una investigación de antropología médica en México. *Revista de Antropología Social*, 14, 71-100.
- Berger, Peter L. y Luckmann, Thomas (1997). *La construcción social de la realidad* [1964]. Buenos Aires: Amorrurtu.
- Bonah, Christian y Rasmussen, Anne (Dirs.) (2005). *Histoire et médicament aux XIXe et XXe siècles*. Paris: Biotem, Éditions Glyphe.
- Calavia, Óscar (2004). La barca que sube y la barca que baja. Sobre el encuentro de tradiciones médicas. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas* (pp. 169-180). Quito: Abya-Yala, Agencia Bolhispana, Universidad de Castilla-La Mancha.
- Callahan, Mollie (2006). El Hospital Kallawaya ‘Shoquena Husi’ de Curva: Un experimento en salud intercultural. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 289-303). Quito: Abya-Yala, Agencia Española de Cooperación Internacional, Universidad de

- Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Cebolla Badie, Marilyn, Dell'Arcipreste, Ana, Fontes, Cristina, Hirsch, Silvia y Orlando, María Florencia (2013). Uso, circulación y significación de los medicamentos en comunidades pilagá, guaraní, mbya-guaraní, tapiete y toba. *Revista Argentina de Salud Pública*, 4(17), 13-23.
- Cerbini, Francesca (2009). Cesáreas, ligadura de trompas y vesícula. Las operaciones como enfermedad crónica en el testimonio de una mujer quechua del Norte de Potosí (Bolivia). En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios* (pp. 165-177). Quito: Abya-Yala, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Chaumeil, Jean-Pierre (2009). Transformación de un sistema médico indígena. Cuerpo y cirugía entre los Yagua de la Amazonía peruana. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios* (pp. 87-94). Quito: Abya-Yala, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Cortéz, R. (2015). *Muertes en niños de cinco años: desigualdad étnica, económica y de género como condicionantes de la autoatención entre familias zoques de Ocoatepec, Chiapas*. Tesis de Doctorado en Antropología Social. México: CIESAS.
- Fernández Juárez, Gerardo (1998). Enfermedad, moda y cuerpo social en el altiplano aymara: un “boceto” d inspiración colonial sobre modelos de identidad en los Andes. *Revista Española de Antropología Americana*, 28, 259-281.
- _____ (2006). “Al hospital van los que mueren”. Desencuentros en salud intercultural en los Andes bolivianos. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 317-336). Quito: Abya-Yala, Agencia Española de Cooperación Internacional, Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- _____ (2007) ‘Enfermedades de la gente, enfermedades del doctor’. *Salud e interculturalidad en contextos indígenas. Reflexiones desde el Altiplano boliviano*. En: Enric Prats (Coord.), *Multiculturalismo y educación para la equidad* (pp.61-89). Barcelona: Octaedro y OEI.

- _____ (2008a). 'Confesiones de mandil blanco'. Profesionales de la salud en el altiplano boliviano. En: Gerardo Fernández Juárez (Dir.), *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio* (pp. 29-49). Quito: Abya-Yala, Agencia Española de Cooperación Internacional, Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- _____ (2008b). *Kharisiris en acción. Cuerpo, persona y modelos médicos en el Altiplano de Bolivia*. Cuadernos de Investigación 70. Quito: Abya-Yala, Centro de Investigación y Promoción del Campesinado (CIPCA), Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III.
- Fernández Juárez, Gerardo (Dir.) (2008). *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio*. Quito: Abya-Yala, Agencia Española de Cooperación Internacional, Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Gallardo Arias, Patricia (2004). Los especialistas de la curación. Curanderos teenek y nahuas de Aquismón. *Anales de Antropología*, 38, 179-200.
- Gil García, Francisco M. (2006). ¿Fármacos contra el susto? Paradojas y posiciones enfrentadas en la concepción de la enfermedad en el altiplano boliviano. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 217-227). Quito: Abya-Yala, Agencia Española de Cooperación Internacional, Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- _____ (2014) Lo que a nadie asusta pero a todos preocupa. Etnografía de los miedos cotidianos en una comunidad del altiplano sur boliviano. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 69(2), 369-392.
- _____ [en prensa]. Lo que el remedio no cura. Lógicas enfrentadas en los imaginarios y las retóricas del fármaco entre grupos amerindios. *Boletín Americanista*, 74(1). En prensa, 2017.
- Godelier, Maurice (1974). *Economía, fetichismo y religión en las sociedades primitivas*. Madrid: Siglo XXI.
- Jappe, Anselm (2014). De lo que es el fetichismo de la mercancía y sobre si podemos librarnos de él. En: Karl Marx, *El fetichismo de la mercancía (y su secreto)* (pp. 7-30). Prólogo, selección de textos y edición a cargo de Anselm Jappe. Logroño: Pepitas de Calabaza.

- López García, Julián (2002). Cuando el remedio encuentra al enfermo. Vendedores de salud en Iberoamérica. *Antropológica*, 20, 189-214.
- Mariano Juárez, Lorenzo (2009). Hospitales, operaciones, cirugías. Experiencia y representaciones en el oriente de Guatemala. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios* (pp. 95-103). Quito: Abya-Yala, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Marx, Karl (2014). *El fetichismo de la mercancía (y su secreto)*. Prólogo, selección de textos y edición a cargo de Anselm Jappe. Logroño: Pepitas de Calabaza.
- Menéndez, Eduardo L. (1981a). *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: Ediciones de la Casa Chata.
- _____ (1981b). *Hacia la hegemonía médica: formas de atención de la enfermedad en una comunidad yucateca*. México: Ministerio de Salud.
- _____ (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 21(1), 109-118.
- Meñaca, Arantza (2004). Salud y migraciones. Sobre algunos enfoques en uso y otros por utilizar. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas* (pp. 53-64). Quito: Abya-Yala, Agencia Bolhispana, Universidad de Castilla-La Mancha.
- _____ (2006). La “multiculturalidad” de la biomedicina. El envío de medicamentos en familias migrantes ecuatorianas. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 93-108). Quito: Abya-Yala, Agencia Española de Cooperación Internacional, Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- _____ (2010). Mientras tanto en el Ecuador... El contexto de origen en los estudios de salud y migraciones. En: Joseph M. Comelles, Xavier Allué, Mariola Bernal, José Fernández-Rufete y Laura Mascarella (Comps.), *Migraciones y salud* (pp. 284-299). Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Perdiguero, Enrique (2008). Medicinas alternativas y complementarias e inmigración en España: dificultades conceptuales y estereotipos culturales. En: Gerardo Fernández Juárez (Dir.), *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio* (pp. 321-346).

- Quito: Abya-Yala, Agencia Española de Cooperación Internacional, Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Polia Meconi, Mario (1996). *Despierta remedio y cuenta... Adivinos y médicos del Ande* (2 vols.). Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Ruz, Mario H. (1983). *Los legítimos hombres. Aproximación antropológica al grupo tojolabal*. Vol. III. México: Centro de Estudios Mayas, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Salvador Hernández, Pedro Pablo (2009). "Buscar la sangre". El caso de un hospital privado en Santo Domingo (República Dominicana). En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios* (pp. 179-196). Quito: Abya-Yala, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- _____ (2011). La cirugía invisible: el caso de los hueseros Escobar de Cliza (Cochabamba, Bolivia). *Revista Española de Antropología Americana*, 41(1), 117-141.
- _____ (2012). La peregrinación de la Virgen de Urkupiña: análisis desde la antropología de la salud y la enfermedad. *Revista Diálogo Andino*, 39, 23-38.
- Sánchez Carretero, Cristina (2008). Misterios que sanan, misterios que viajan: prácticas religiosas afro-dominicanas en Madrid. En: Gerardo Fernández Juárez (Dir.), *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio* (pp. 347-360). Quito: Abya-Yala, Agencia Española de Cooperación Internacional, Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Scarpa, Gustavo F. (2004). El síndrome cálido-fresco en la medicina popular criolla del Chaco argentino. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 59(2), 5-29.
- Simal, Natividad y Amor, Ricardo (2008). Testimonio en Apolobamba, Bolivia. En: Gerardo Fernández Juárez (Dir.), *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio* (pp. 51-63). Quito: Abya-Yala, Agencia Española de Cooperación Internacional, Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Strasser, Georgina (2008). Diagnósticos, enfermedades y modelos de atención en Azampay (Pcia. de Catamarca). En: *V Jornadas de Sociología de la*

- UNLP. La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología. Disponible en <http://www.academica.org/000-096/447>
- Tapia, Ingrid, Royder, Ricardo y Cruz, Teodora (2006). *¿Mentisan, paracetamol o wira wira? Jóvenes, salud e interculturalidad en los barrios mineros de Potosí*. La Paz: PIEB.
- Uribe, José María (2006). Migraciones y salud. Préstamos de ida y vuelta. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 83-92). Quito: Abya-Yala, Agencia Española de Cooperación Internacional, Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Uriburu, Graciela (2006). Mortalidad materna en Bolivia ¿Qué hacer para evitar tantas muertes de mujeres? En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 173-186). Quito: Abya-Yala, Agencia Española de Cooperación Internacional, Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Vicente Martín, Patricia (2016). “Sangres” para propiciar la vida: metáforas y creencias sobre la concepción “humana” en el altiplano andino. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 71(1), 249-267.
- _____. [en prensa]. Los estudios de salud materna intercultural en Bolivia: de la teoría a la *praxis*. *Boletín Americanista*, 74(1). En prensa, 2017.

Lógicas interculturales y discursos contradictorios

Óscar Muñoz Morán

El texto que aquí principia está pensado como una etnografía sobre cómo la preocupación por la salud de los individuos es exteriorizada a través de un tipo concreto de discurso. Pero, de igual forma, esta discusión nos servirá de excusa para reflexionar sobre la misma práctica antropológica y el desarrollo del trabajo de campo dentro de la disciplina.

Se plantean de inicio una serie de cuestiones sobre el porqué determinados temas, y no otros, aparecen de una forma más pública en los encuentros con nuestros informantes. Me interesa explorar, especialmente, cómo hacemos frente a la aparente contradicción entre el discurso y la práctica que presentan los sujetos de nuestras investigaciones.

Introducción

Me gustaría comenzar esta discusión precisando, aun siendo consciente de su dificultad, el concepto con el que se trabajará en este texto: el de interculturalidad, que tan a menudo se asocia a los temas de salud (Fernández, 2011)¹. El diccionario de la Real Academia Española

1 Notará el lector que no es el interés de este artículo discutir el término de “salud intercultural”, ampliamente tratado en los últimos años en la colección de volúmenes coordinados por Gerardo Fernández coord. (2004, 2006), en números especiales de revistas como el coordinado por Francisco M. Gil (2011), o este volumen que el lector tiene entre sus manos.

dice en su primera acepción: “Que concierne a la relación entre culturas”. Es decir, es la relación entre dos o más culturas. Esta simple, pero a mi juicio acertada definición, excluye, no obstante, el uso popular del término. Éste ha sido referido casi como un adjetivo para acompañar a un supuesto nuevo tiempo de toleración. La interculturalidad como el diálogo entre culturas, como el surgimiento de un híbrido producto de la reciprocidad de dos grupos. Esto es:

El término ‘interculturalidad’, implica una comunicación comprensiva entre las distintas culturas que conviven en un mismo espacio, siendo a través de éstas donde se produce el enriquecimiento mutuo y por consiguiente, el reconocimiento y la valoración (tanto intrínseca como extrínseca) de cada una de las culturas en un marco de igualdad (Hidalgo, 2005, p. 78).

Uniendo ambas definiciones, me interesa destacar que sí creo que la interculturalidad deba partir del principio de que la relación entre culturas se ha de establecer desde la equidad, y nunca desde la subordinación de una sobre otra². Eso sí, advirtiendo siempre que, como muy bien ha indicado Juan Antonio Flores (2011), el término “salud intercultural” está acompañado por una serie de vicios que estimo que se pueden extender a la interculturalidad en su conjunto: moda, retórica excesiva y utopía bienintencionada.

Esa relación entre iguales –preciso– no supone siempre un principio de armonía, derivando en algunas ocasiones en conflictividad o, al menos, en contradicción. De esta contradicción, de esta disparidad de apreciaciones y de formas de entender el mundo, surgen discursos y prácticas que se articulan para hacer frente a esas diferencias. Son estos discursos y prácticas, en concreto los que se refieren a la salud, los protagonistas de esta disertación.

Entiendo, además, que el estudio de esta articulación entre discursos y prácticas es uno de los pilares sobre los que se construyó la

2 “Si algo debe caracterizar a la interculturalidad aplicada al dominio de la salud es precisamente su diálogo entre iguales, entre seres humanos que están en la disposición de aportar valores, emociones, sentimientos y conocimientos en igualdad de condiciones” (Fernández, 2011).

ciencia antropológica, y más concretamente el trabajo de campo. Una especie de principio y fin de nuestra capacidad de observación, descripción y análisis.

Porque es evidente que la etnografía constante –la “densa”, como decía Clifford Geertz (2003)– pretende encontrar explicación a las permanentes contradicciones que aparecen en el trabajo de campo. Contradicciones entre el discurso (lo que el informante nos dice) y la práctica (lo que el informante hace). Salvar este abismo, que al principio nos parece imposible, es nuestra labor como investigadores del hombre en sociedad.

La salud es lo primero

No manifiesto ninguna novedad si digo que para todo ser humano la salud es lo más importante. Parece que en cualquier lugar o tiempo, la preocupación por el bienestar físico o emocional es prioritaria para cualquier individuo.

Más allá de convencionalismos, la preocupación por el estado en el que se encuentra nuestro cuerpo supera a cualquier otra. Pese a tener interiorizada esta lógica, siempre me ha sorprendido encontrarme cómo, en todos los sitios donde he realizado trabajo de campo, la salud se muestra omnipresente en un ámbito en concreto: en el discurso construido para presentarse ante el antropólogo desconocido.

Estoy hablando del primer contacto, del primer instante de encuentro con los que en el futuro serán nuestros informantes, y algunos nuestros amigos. Ese momento en el que no nos conocemos y debemos presentarnos. Cuando comienzas con los diálogos de acercamiento. Cuando te preguntan quién eres, qué haces, si estas casado o soltero, si tienes hijos, etc. Y tú les apremias con cuestionamientos parecidos. En esos encuentros, que recuerdo en caminos o diferentes accesos a viviendas, era asaltado, antes o después, con mayor o menor intensidad, por un tema que yo no introducía, por el que yo no preguntaba, y que se convertía en algunos casos en el único protagonista del diálogo: la salud.

A lo largo de mi carrera como etnógrafo he trabajado en cuatro lugares diferentes. Quiero introducir aquí los ejemplos en tres de ellos³, para posteriormente detallar uno en concreto.

En España realicé durante casi dos años trabajo de campo en el Concejo de Quirós (Asturias). La población de los 46 pequeños pueblos que componen el Concejo hablaba en todo momento de su historial médico. Se debe añadir, además, que este historial era muy extenso, pues las condiciones de vida llevadas hasta la década de 1970 fueron especialmente duras: la mayor parte de la población trabajaba en la mina durante el día (muchos de ellos han sufrido problemas respiratorios, especialmente silicosis) y en las horas libres muchos debían subir a las partes altas de las montañas a ordeñar y cuidar del ganado (muchos aquejan hoy graves problemas traumatológicos y reumatológicos). No hubo prácticamente ningún primer encuentro en el que el informante (sin distinción de género) me detallara ese historial médico.

Los purépechas de Michoacán (México) probablemente sean el ejemplo menos significativo de los tres que voy a enumerar. Según una apreciación sin duda personal, los purépechas no suelen expresar sus emociones ni sus preocupaciones personales. En términos generales, son muy poco dados a hablar de ellos mismos, muy introvertidos. Por tanto, en los primeros encuentros la cuestión de la salud de la persona con quien dialogaba no aparecía. Pero sí la de aquellas que eran referenciadas como informantes. Se hablaba de éstos en términos de roles sociales, ocupación profesional y estado de salud. Por ejemplo, era común que al preguntar por una persona mayor se refirieran a él o ella por alguna de sus deficiencias físicas (las más comunes eran sordera, cojera, ceguera, pérdida de capacidad cognitiva, postración en cama o imposibilidad de andar).

3 El otro es la comunidad indígena de Mezcala, en el lago de Chapala, Jalisco, México. Este caso queda fuera de este texto porque el primer contacto con los informantes no fue precisamente entre dos desconocidos, ya que le debo a Santiago Bastos Amigo haberme ofrecido colaborar en su proyecto en Mezcala y, por tanto, el haberme presentado y allanado el camino con los informantes.

Y por último vamos a ver el caso de los campesinos quechuas de Potosí, donde actualmente trabajo y al cual voy a dedicarle un poco más de espacio. Los habitantes del ayllu Coipasi son afectivos y extrovertidos. Al conocerlos suelen hablar de sus males físicos (casi siempre los traumatológicos adjudicados a un origen sobrenatural, como explicaré más adelante), en especial las mujeres.

En las tres culturas, el tema de la salud se mostraba, en este primer momento, obviamente, en forma de discurso. Un discurso –no podemos olvidarnos de ello– destinado a un desconocido y foráneo que llega para curiosear sobre sus vidas. Aun con todo, fui sorprendido por lo público que era la enfermedad, la salud y el bienestar físico⁴.

Esta retórica se mostró bajo otra característica que me parece más importante que su notoriedad. En los tres ámbitos existían varios sistemas de salud, conocimiento y acceso al cuerpo y la enfermedad. Y en los tres se mostraban abiertamente sus preferencias y críticas hacia los otros.

En Quirós (Asturias) hacen uso de la medicina clínica y reniegan abiertamente de ciertos remedios tradicionales que se aplicaban hace unas décadas (cuando el Concejo estaba prácticamente aislado) y que todos recuerdan perfectamente. Aunque en el discurso público se produce esta afirmación, lo cierto es que los remedios caseros y el uso de algunos curanderos rurales están muy extendidos entre las personas de edad (al menos para dolencias menores) e incluso entre jóvenes que viven en las ciudades cercanas y acuden a su pueblo los fines de semana.

Los purépechas han abandonado poco a poco la medicina tradicional (en la comunidad donde realicé la investigación no existía, de hecho, ningún especialista ritual⁵), y acuden masivamente a su clínica y a otras cercanas, así como a hospitales de la red del Instituto Nacional de la Seguridad Social mexicano (INSS) mexicano. Ahora bien, como he mostrado en otro

4 Con “público” me refiero al hecho de que el informante quiere que se conozca esta parte tan importante de su vida, y que, además, se haga ante un desconocido y en un primer encuentro.

5 Esta comunidad es Sevina, perteneciente al municipio de Nahuatzen, en el corazón de la meseta purépecha.

lugar (Muñoz, 2011), la certeza de que muchas enfermedades tienen su origen en un elemento espiritual y no patológico es una constante en la cotidianidad comunitaria. De igual forma, es muy común la búsqueda de especialistas rituales en otras comunidades para que traten esas enfermedades.

Por su parte, los principales protagonistas de este trabajo, los campesinos quechuas del sur de Bolivia, no comparten el sistema de tratamiento de la medicina clínica y abogan por los *jampiris* (médicos tradicionales muy presentes en todo el ayllu) y sus tratamientos. Aunque, como intentaré mostrar más adelante, es más que común que se compaginen ambos sistemas.

Como vemos, la etnografía demostraba que, en todos los casos, la práctica no se correspondía con el discurso; que las otras medicinas eran mucho más usadas de lo que se quería mostrar. La contradicción aparecía, y el antropólogo se veía obligado a buscarle una explicación. Insisto en la presencia del antropólogo como interprete porque, como se verá en mis conclusiones, creo que —al menos en el caso de las culturas indígenas americanas (y en concreto en el de los quechuas)—, esa presencia no se me antoja tan importante para encontrarle una explicación a la contradicción, ya que ésta no parece existir.

Etnografía de la contradicción

En las siguientes páginas vamos a ver el ejemplo de una pequeña localidad cercana a la ciudad de Potosí. Se trata de Coipasi, cabecera del ayllu homónimo. Una comunidad que podemos considerar tradicional: quechua hablante y con gran presencia de elementos propios como el atuendo, el ciclo festivo y, por supuesto, una medicina tradicional a la cual se acude, aparentemente, con más frecuencia que a la clínica. En la comunidad hay unos 5 ó 6 *jampiris*, y en el total del ayllu cerca de la veintena⁶; como ya sabemos para el resto de los Andes, la mayoría de

6 No es fácil precisar el número exacto de *jampiris*, pues algunos se dedican a ello ocasionalmente, y otros incluso hace años que dejaron de ejercer. De hecho, hay informantes que me hablaron de este número, y otros, como la *jampiri* doña Fabiana, de hasta 12.

ellos están especializados en el tratamiento de una serie de males (v. gr. Fernández, 1998, 2008).

Estos *jampiris* no son especialistas rituales que desaparezcan del espacio público local. Se saben quiénes son, a qué se dedican, se habla de ellos, ellos hablan de su profesión, y no hay ningún problema con su presencia en la comunidad. En las conversaciones con ellos normalmente distinguen entre “brujos” y “curanderos” o “sanadores”. Como el lector podrá adivinar, todos con los que pude hablar se consideran dentro de la segunda categoría, pero los hay a los que la comunidad considera de la primera, como a doña Fabiana. En la conversación que tuve con ella se defiende argumentando que “tengo mis firmas”, es decir, que tiene una licencia oficial emitida por parte del Estado boliviano como “naturista de la comunidad”, y que me mostró. Para poder obtener esta licencia, siempre según sus palabras, tuvo que hacer una prueba frente a un doctor. En su caso consistió en mostrar que tenía los conocimientos para saber que una embarazada de la comunidad iba a tener parto múltiple (de tres), así como el sexo de las *wawas*.

La supuesta y comentada práctica de brujería de doña Fabiana es heredada de su mamá, ya fallecida, cuya cabeza sigue sobrevolando las viviendas de los coipaseños que por distintas razones son sancionados socialmente. De doña Fabiana se comenta que es capaz incluso de “hacer morir”. Lo hizo con un muchacho que robó en la escuela. Pero su influencia alcanza también a otras comunidades del ayllu. En algunas incluso le han hecho llamar a asamblea para juzgarle por actos de brujería, pero siempre consigue escapar. En otras incluso, según se comenta, tiene prohibida la entrada.

Los “curanderos”, por su parte, están dentro del grupo que posee mayor reconocimiento y prestigio social. Como veremos a continuación, aun cuando han ido perdiendo cierta presencia frente a la medicina clínica siguen ejerciendo su profesión, aunque la mayoría de ellos siempre como actividad complementaria a la agricultura o el comercio. Iremos hablando de ello a lo largo del texto.

La presencia de la medicina clínica en Coipasi –como ya he apuntado– es sumamente importante. Hay una posta o clínica relativamente buena. Bien dotada y con unas instalaciones en buen estado de conservación. Está atendida por una médico de fuera y un enfermero de la propia localidad. Además, tienen acceso a las clínicas del resto del ayllu (hasta tres) y al hospital del cercano pueblo de Betanzos (a menos de 40 minutos caminando), aunque éste no está en las mejores condiciones y –como ya nos mostró Gerardo Fernández (2006) para el resto de Bolivia– parecen evitarlo en la medida de lo posible⁷.

En mis primeros días de trabajo de campo pasé mucho tiempo con don Pedro Cayampi, enfermero de la posta de Coipasi, el cual me informó largo y tendido sobre las dolencias que aquejaban a los coipaños y los tratamientos para las mismas. Me interesaba saber cuáles eran y qué características presentaban las enfermedades tradicionales, y cómo eran tratadas tanto por los *jampiris* como por ellos en la clínica. Don Pedro me las fue enumerando, al mismo tiempo que me ofrecía la explicación clínica sobre las mismas.

Una de las más frecuentes es el *saichi* o gloria. Que se manifiesta con tos seca y malestar en los pulmones. El origen suele ser la caída cercana de un rayo y la entrada de humo en el cuerpo. Don Pedro afirma que es tuberculosis⁸. También existe la enfermedad *saxra* o *saxra qinkusa* (encon-

7 En una ocasión estábamos desplazándonos en camioneta entre comunidades del ayllu cuando recogimos a una anciana y su marido. La primera se encontraba gravemente enferma, prácticamente inconsciente debido a una infección en un pie. El marido nos contó que llevaba al menos un mes así y ya había probado con todos los *jampiris* de su pueblo (El Palomar), y con la clínica, pero ante la ineficacia de todos ellos habían decidido ir al hospital de Betanzos.

8 “Bueno, aquí, más antes había la tuberculosis, no. Y los curanderos decían que es el, *saichi*. *Saichi* decían. Y otra palabra decían, es Gloria. Como en castellano Gloria. Entonces, y cuando tosía seco, por eso decían ellos, que al estar terminando su pulmón. El gloria o el *saichi*. Con ese nombre decían los curanderos, no. Si vos tosía medio seco, ibas al curandero te decía que tenías gloria. O, tienes *saichi*. Porqué decían, los rayos no ve que, los relámpagos que llegan al suelo, a una rama o a una planta, le hace secar, no ve. Entonces, ellos decían, ‘te ha secado eso’ y eso te está levantando. Así decían. Hasta ahorita, vas a un curandero, siempre te dice

trarse con el diablo), que provoca pérdida de conciencia, malformaciones en el rostro, desorientación, y está provocada por el encuentro inesperado y repentino (el denominado “susto”) con una entidad *saxra*. En la clínica afirman que se trata de la embolia⁹. Otra enfermedad frecuente es la del loco, provocada por la aparición de un familiar fallecido, y que provoca locura transitoria y pérdida de conciencia¹⁰. Y la última enfermedad que me interesa destacar es la denominada *chullpa*, muy frecuente entre los comunarios, y que se manifiesta con deformación en articulaciones, secreciones de pus, fiebres e incluso hasta la muerte. El origen es el contacto o encuentro en diferentes formas con restos antiguos (huesos, restos cerámicos o simplemente lugares –entre ellos ruinas– donde se dice que vivían los antiguos). A estas dos últimas enfermedades don Pedro no les adjudica ninguna explicación clínica, y afirma creer en su origen sobrenatural.

Tomando como ejemplo la última de las enfermedades descritas, la enfermedad *chullpa*, vamos a ver dos ejemplos que nos ayudarán a explicar mejor la aparente contradicción sobre la salud que se presenta en el trabajo de campo.

eso. Estas tosiendo, te estás secando, eso manejan ellos (...).” El “curandero” don Francisco Potosí me la definió de la siguiente forma: “Bueno, gloria es que a veces cuando empieza a llover, ahí a veces viene un relámpago y listo, ve. En un sitio que cae. Eso le ha asustado, le vota a la gente. Entonces con ese, empieza su cuerpo a hacerse calor. Y con ese también se hace. A veces por ahí suerte se sanan, a veces cuando no hay suerte no se sana” (Don Pedro Cayampi).

- 9 “Ellos le llaman que es que se ha encontrado con un...diablo, digamos. Se ha encontrado...*saxra* le dicen a eso. *Saxra qin kusa*. Se ha encontrado con un diablo, diríamos en castellano. Pero ellos en quechua dicen *saxra qinkusa*. Y eso es la embolia que le hace balancear, no. El cuerpo, la cabeza, no le deje hablar. Pero ellos es la creencia que tienen, no”. De nuevo don Francisco Potosí nos da la definición desde la visión del *jampiri*: “Susto es cuando digamos, un fantasma, un...a lo que diga puede pasar un perro, pero es eso. Que se ha asustado, no es cierto. O ahí, que vamos un par de veces de noche, para andar así. Diablitos hablan, siempre. Ves, se aparecen pero desaparecen también. Pero ese es susto” (Don Pedro Cayampi)
- 10 “Bueno ese loco, también como un fantasma que pueda aparecer. Al mayor también le hace asustar y con eso se vuelve loco. Y se entra a su cuerpo, qué se yo. De eso tampoco sirve llevar al hospital. A veces sanan algunos, a veces no. Pero yo digo que no. Pero lo que yo sé, así” (Don Francisco Potosí, *jampiri*).

Don Pedro. Enfermero de la clínica comunitaria

El primero de nuestros protagonistas es el mismo don Pedro, el cual se formó como enfermero en Sucre. Posteriormente emigró a Argentina, y regresó cuando abrieron la clínica en la comunidad, para encargarse de ella. Él es coipaseño y miembro activo de la comunidad y del ayllu. Pero es también el enfermero, y en cuestiones de salud, no comparte muchas de las creencias y actitudes de sus vecinos. Respeta a los “curanderos” (como llama él a los *jampiris*) e incluso dice que “a veces ayudan”, pero no coincide con el diagnóstico de las enfermedades, y mucho menos con su origen y tratamiento.

No niega haber tenido encontronazos con los *jampiris* como el que narra a continuación sobre la curación de una *wawa* de 4 años a la que él asistió:

Sí, de cuatro años. Hoy es casado. Y el curandero, ya, yo me siento dentro, no. El curandero está curando, no. Dice, con su coca, ya ha agitado, ya. Yo me imagino que era neumonía. Entonces, yo le veo nomás, no le digo nada. Digo, “haga, le apoyo”, no. Hace, pero le hace llorar a sus familiares. ¿Qué dice? Le lee su coca, le dice, esta noche, hasta mañana la mañana no anda. Se va a morir esta noche. Se va a morir esta noche. Entonces le hacen llorar. “Más bien alístense para mañana, para enterrar”. Así dice. Y termina, ve su coca, y yo también le veo que se hace una cruz. Eso ellos dicen que no va aguantar. Yo también pregunto, “¿de verdad se va a morir?”. “Síii, aquí está en la coquita. Se va a morir esta noche”. Y sus familiares lloraban (...) Ya termina, termina su coca...yo no le digo nada, pero se me hace que es una neumonía. Hasta ese momento me voy (esto te estoy hablando hasta el 78 por ahí, digo 88, por ahí). Le doy un jarabe, y listo. Yo no le he dicho nada al curandero que es neumonía, nada. Y a esos padres les digo, “esto es un neumonía”, así. “Es neumonía porque no se ha curado a tiempo...esto es jarabe que les voy a dar”... ¡A mí me hacen dudar a mí también ese pendejo con la coca! (...) Una vez que estoy en los primeros, la práctica es lo que más hace también. Entonces me hace ver que se va a morir. No está diciendo una sola vez que se va a morir. Cada vez está repitiendo que se va a morir. Avisando a su mamá para que entierren mañana. Entonces también a mí me hace dudar un poco. Entonces le doy también el jarabe, les dejo. Al día siguiente vuelvo

pues y me dicen que está mejor, no hay pensar, esa es la creencia de ellos. Entonces les digo... entonces, continúen con ese jarabe les digo, por la tarde voy. Ya está bien, tranquilo, ya está pidiendo su comida y ya (...) Se sanó, y ahora se ha casado¹¹.

De igual forma, como ya hemos visto, reniega en cierto modo del origen y explicación de algunas enfermedades tradicionales. Respecto del *saichi*, por ejemplo, y después de explicarme lo que dicen de ella los curanderos sentencia:

Mediante nosotros, no es eso. Era la tuberculosis. La tuberculina todos tenemos, no. Pero ahí está durmiente, viene una vez que no te has alimentado, no has comido bien, entonces provoca no (...) Y eso es un vacilo, no. Es un vacilo que provoca, se multiplica...y eso es la tuberculosis.

Don Pedro explica que se encarga de dar charlas a los coipaseños para explicarles este tipo de cuestiones. Que las enfermedades tienen un origen fisiológico y que deben ser tratadas con medios farmacológicos. Incluso afirma que, a pesar de que los *jampiris* son muy apreciados en la comunidad, cada vez se acude menos a ellos, y que están desapareciendo (afirmación no compartida por otros miembros de la comunidad).

Ahora bien, también menciona que los curanderos no sólo ayudan, sino que “también curan, no vamos a decir que no. Yo tengo experiencia en eso”. Se refiere a su propia mamá, enferma de *chullpa*. Cuando le pregunto por qué en esa ocasión decidió ir a un curandero me dice:

Porque esa vez el dolor caminaba, le pinchaba. Entonces yo ya sabía cómo es. Yo le llevé a un neurólogo, que no ha hecho nada (...) los medicamentos para los nervios, como que... Pero no ha hecho nada. Por eso yo he acudido a un curandero. Pero esa vez tampoco hizo nada. Otro yo acudí, tampoco ha hecho nada. Todo lo que me han dicho, éste y éste, me han dicho que era *chullpa*. Todos.

Así hasta en cuatro ocasiones. Es decir, tras ir a un solo neurólogo y ver que no hizo nada, desistió de la medicina clínica y acudió a la tra-

11 En otra ocasión me contó cómo un coipaseño “se paralizó” estando en la chacra y cayó el suelo. El *jampiri* le diagnóstico de *saxra qinkusa*, pero él le llevó al neurólogo y le descubrieron un coágulo en el cerebro.

dicional. Tras visitar a un curandero no desistió. Ni con el segundo, ni con el tercero, ni con el cuarto. El quinto ya la curó¹².

Don Pedro no esconde estos coqueteos con los *jampiris* y las creencias en almas, *chullpas*, o incluso en la aparición de familiares muertos¹³. Don Pedro ve perfectamente compatible que un *jampiri* ayude a la curación de una enfermedad de la que no se sabe muy bien su origen. Es consciente de que la medicina clínica no es infalible y, por tanto, considera necesario la existencia de una alternativa que, en muchas ocasiones, da resultado. De igual forma, para que la salud de los coipaseños mejore en términos generales, cree que es fundamental que éstos entiendan que la mayoría de las enfermedades no tienen como origen al diablo o al rayo, sino que se deben a la existencia de virus o gérmenes que son resultado de una mala higiene o una alimentación deficiente. De hecho, en términos generales, cree en la coordinación de ambos especialistas, aunque afirma que tan sólo dos de los actuales *jampiris* cooperan con la clínica.

Tuve la oportunidad de conversar con alguna de las mujeres que iban a las charlas de don Pedro. La mayoría de ellas escuchaba atentamente. Comprendían lo que el enfermero les decía y lo asumían como cierto. Pero siempre como un conocimiento añadido, nunca sustituyendo al anterior. Lo que sí provocaba el discurso de don Pedro era que,

12 No obstante, don Pedro critica abiertamente el abuso que hacen algunos curanderos de su oficio, como los que le tocaron a él en este caso: “Eso han curado, es verdad. Pero ellos también a veces abusan, digamos, hay, digamos... ¿cómo podemos decir? Que alguno es un poquito, no es con ese, no. Algunos así. Yo por eso, le he hecho curar con un curandero, con cuatro curanderos, ¿ya? Pero de los cuatro curanderos, uno ha sacado. El resto me ha robado la plata. Claro, no le han hecho nada. Al otro le pagué unos 100 bolivianos. Es plata también. Eso. Al otro me parece que 150, a otro 80, pero esa plata...no ha servido”.

13 La mujer de don Pedro murió muy joven en el año 2011. Unos días antes de Todos los Santos me manifestó en una charla que estaba convencido de que el alma de su mujer todavía estaba muy cerca, y que el 1 de noviembre regresaría para estar con ellos. Por esa razón, en su casa se hizo ese día la mayor de las celebraciones de la comunidad.

en muchos casos, el camino se hiciera a la inversa del recorrido por él mismo. Veamos un ejemplo.

Doña Inés¹⁴. La enfermedad chullpa curada en un quirófano

Son muchos los coipaseños que han sido afectados por la enfermedad *chullpa*. Algunos de forma testimonial (por ejemplo, un dedo torcido adjudicado a un enfado jugando de pequeño en un lugar *chullpa*), otros muy grave, hasta estar al borde de la muerte (especialmente afecta de esta manera a las mujeres). El caso de doña Inés está entre ambos. Aunque nunca llegó a estar gravemente enferma, sí se convirtió en un malestar crónico que no consiguió sanar hasta años después.

Doña Inés afirma que enfermó de *chullpa* cuando era una muchacha, mientras pastoreaba a las ovejas. No recuerda bien, pero su papá dice que se quedó dormida en un lugar *chullpa*. Desde entonces un dolor y malformación intensa comenzó a afectarle el tobillo y la extremidad inferior.

Don Francisco Potosí asegura que existen tres tipos diferentes de padecimientos *chullpas*: los causados por tocar y manipular incorrectamente los huesos *chullpas*; los que afectan a los niños que juegan en zona *chullpa*; y por último, los que aparecen por mostrarse afligidos y tristes en zonas *chullpas*, en los que él es especialista (Muñoz, 2014a). Nos dice sobre ésta última variante:

El *chullpa* que, como es, este que... hay algunos que lloran. Entonces a veces, digamos que ese *chullpa* yo voy a llorar a veces de pena, o bien de hambre, o cualquier cosa... o mi mamá me va pegar, ahí en ese nomás entonces mi espalda se vuelve así joroba. Ese cura al momentito. El único ése [curo], los demás *chullpas* no.

En el caso de doña Inés, su familia inmediatamente identificó la enfermedad y acudieron a los especialistas correspondientes. Ninguno consiguió sanarla. Ella afirma que la ineficacia se debía a que no sabía exactamente dónde había enfermado, lo cual es un dato clave para que el

14 Nombre ficticio por expreso deseo de la informante.

jampiri pueda realizar correctamente su sanación, como vimos en el caso de don Pedro. La cuestión es que el problema de su pierna se fue agravando con el tiempo. Además, comenzó a manifestar una serie de síntomas que se consideran asociados también a la enfermedad *chullpa*. En su caso, supuración de pus por el oído y pérdida progresiva de la audición.

Unos cuatro o cinco años después (no recuerdan bien el tiempo), y ante la ineficacia de los *jampiris* de la región, decidieron acudir al hospital del Potosí. Allí le operaron e inmediatamente comenzó a mejorar. El problema del oído se solucionó, y en la pierna ya sólo conserva una cicatriz (Figura 1). Pregunté a su papá y a ella misma en repetidas ocasiones cuál era la enfermedad que tenía según los médicos del hospital. Nunca conseguí una respuesta más allá de *chullpa*. En su familia están convencidos de que fue una enfermedad *chullpa* curada en un quirófano.

Figura 1
Consecuencias de la enfermedad *chullpa* en la pierna de doña Inés



Curiosamente, su experiencia no le ha hecho renegar de los *jampiris*, a los cuales siguen acudiendo cuando tienen algún mal, como pude comprobar durante el trabajo de campo. Incluso el suegro de doña Inés es hoy en día uno de los *jampiris* más reconocidos en el tratamiento de la enfermedad *chullpa*; se trata de don Francisco Potosí, quien ya ha aparecido en este relato.

De nuevo vemos, como sucedía en el caso de don Pedro, que discurso y práctica se muestran contradictorios ante los ojos de un antropólogo. Pero la lógica interna no parece poner mayores problemas a este tipo de convivencias.

Las lógicas amerindias

¿Hablar de interculturalidad en la América indígena es una nueva forma de referirse a términos tan manidos como sincretismo o hibridación? ¿Nos encontramos ante nuevos planteamientos de una vieja discusión? (Gutiérrez, 2014).

La cuestión se dirime, creo yo, de la siguiente forma: ¿es cierto que los habitantes de Coipasi se muestran tensionados por el uso simultáneo de dos sistemas de salud aparentemente incompatibles? La respuesta parece ser claramente que no. En la misma línea que el resto de amerindios, no parecen tener especiales problemas en elegir una u otra ideología según les convenga. O en introducir elementos de la modernidad en su mitología aparentemente tradicional (Muñoz, 2014b). O en leer en las escuelas libros sobre dinosaurios el mismo día que, en la noche, en su casa, se narra la creación del mundo conocido¹⁵.

La subordinación de uno de los sistemas —en este caso de una de las prácticas médicas— no parece entrar en sus lógicas. No hay una por enci-

15 En la comunidad de Coipasi, debido al descubrimiento de los restos de un glip-todonte hace 15 años, se ha ido incorporando la presencia de los dinosaurios al relato tradicional sobre los tiempos primigenios que se puede escuchar en la mayoría de los hogares. Son especialmente los niños especialmente quienes hablan de dinosaurios y reconocen a estos animales prehistóricos en los huesos que aparecen esparcidos por la pampa de la comunidad.

ma de otra. Se usan indistintamente y según las necesidades. Si por algo se han caracterizado las culturas indígenas de América es por la asimilación de elementos nuevos, sin aparentes conflictos (Pitarch y Orobítg, 2012, p. 9). Por crear un sistema de convivencia de varios sistemas culturales.

¿Sucedo algo parecido con las medicinas? La etnografía de las prácticas parece demostrarnos que sí. Algo que, como ya han señalado otros autores, no es tampoco tan indígena. Los habitantes del Concejo de Quirós (Asturias, España) siguen acudiendo a los curanderos cuando es necesario, o cuando la medicina clínica no funciona. Las abuelas de esos pueblos siguen dando remedios caseros a sus nietos que habitan en la ciudad, en Oviedo o Gijón. Como han demostrado Eduardo Menéndez (2003) o Enrique Perdiguero (2006), para sorpresa de muchos, las medicinas alternativas están más extendidas de lo pensado en países occidentales, principalmente en los anglosajones. Es lo que estos autores denominan “pluralismo médico”, es decir, aquel que se refiere “a que en nuestras sociedades la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud” (Menéndez, 2003, p. 186).

Este texto, no obstante, no ha pretendido hablar tanto de “pluralismo médico”, como de retórica y quehacer antropológico. El mismo Eduardo Menéndez (2006, p. 52) menciona que “la Antropología plantea actualmente problemas de interculturalidad que han sido ‘solucionados’ en la práctica por los grupos sociales”. Es decir, parece ser que en el terreno específico de la “salud intercultural” los diferentes profesionales (entre los que debemos incluirnos los antropólogos) estamos empeñados en alcanzar el objetivo de su implementación, cuando en realidad todo apunta a que hace ya tiempo que las propias poblaciones lo están haciendo.

Tal vez el planteamiento del antropólogo en campo no es preguntarse cómo es posible la contradicción entre discurso y práctica (Guber, 2004), sino analizar cómo consiguen que no sea una contradicción. Nadie parece sorprenderse en Coipasi de que una enfermedad adquirida por el contacto con espíritus del pasado (*chullpas*) en las pampas de los Andes sea finalmente curada en el quirófano de un hospital de la ciudad.

Porque, tal vez, propongo, la salud está por encima de cualquier otra consideración. La salud es lo primero. Sanar, curarse, es lo más importante. Si se tiene la suerte de contar con diferentes alternativas, mejor. Hacer uso de unas u otras es lo común. Lograr el fin de la curación es, sin duda, el objetivo más importante.

Bibliografía

- Fernández Juárez, Gerardo (1998). *Los kallawayas: medicina indígena en los Andes bolivianos*. Cuenca: Universidad de Castilla la Mancha.
- _____ (2006). 'Al hospital van los que mueren'. Desencuentros en salud intercultural en los Andes Bolivianos. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 317-347). Quito: Abya-Yala, AECI, Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- _____ (2008). *Kharisiris en acción. Cuerpo, persona y modelos médicos en el Altiplano de Bolivia*. Quito: Abya-Yala.
- _____ (2011). Claroscuros de la salud intercultural en América Latina. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [En línea, consultado a 12 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://nuevomundo.revues.org/61188>
- Fernández Juárez, Gerardo (Coord.) (2004). *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya-Yala, Agencia BOLHISPANA, Universidad de Castilla-La Mancha.
- _____ (2006). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Abya-Yala, AECI, Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Flores Martos, Juan Antonio (2011). Interculturalidad en salud y eficacia: algunas indicaciones de uso para OGND con proyectos de salud en América Latina. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [En línea, consultado a 11 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://nuevomundo.revues.org/61232>
- Geertz, Clifford (2003). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Gil García, Francisco M. (2011). Introducción al dossier "Salud y enfermedad en América Latina. Una perspectiva intercultural". *Nuevo Mundo*

- Mundos Nuevos* [En línea, consultado a 11 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://nuevomundo.revues.org/61260>
- Guber, Rosana (2004). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Paidós.
- Gutiérrez Estévez, Manuel (2014). Otra vez sobre sincretismo. *Endoxa: Series filosóficas*, 33, 119-141.
- Hidalgo Hernández, Verónica (2005). Cultura, multiculturalidad, interculturalidad y transculturalidad. Evolución de un término. *Revista de Ciències de L'educació*, 1, 75-85.
- Menéndez, Eduardo L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusión teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saude Coletiva*, 8(1), 185-208.
- _____ (2006). Interculturalidad, 'diferencias' y Antropología *at home*. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y crítica intercultural* (pp. 51-66). Quito: Abya-Yala, AECI, Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Muñoz Morán, Óscar (2011). El diablo y la enfermedad: precisiones en cuanto al concepto de susto/espanto entre los indígenas de Michoacán, México. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [En línea, consultado a 18 de diciembre de 2015]. Disponible en <http://nuevomundo.revues.org/61215>.
- _____ (2014a). Expresiones y manifestaciones chullpas. Una propuesta de explicación anímica. En: Óscar Muñoz Morán y Francisco M. Gil (Coords.), *Tiempo, espacio y entidades tutelares. Etnografías del pasado en América* (pp. 307-335). Quito: Abya-Yala.
- _____ (2014b). El tiempo del diluvio. Interpretaciones evangélicas sobre el tiempo antiguo en el ayllu Coipasi, Bolivia. *Revista Española de Antropología Americana*, 44(1), 235-253.
- Perdiguero, Enrique (2006). Una reflexión sobre el pluralismo médico. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y crítica intercultural* (pp. 33-50). Quito: Abya-Yala, AECI, Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Pitarch, Pedro y Oorbitg, Gemma (2012). Prefacio. En: Pedro Pitarch y Gemma Oorbitg (eds.), *Modernidades indígenas* (pp. 9-20). Madrid, Frankfurt am Main: Iberoamericana, Vervuert.

Hambrientos y desnutridos en el oriente de Guatemala

Dificultades y aprietos biomédicos para una atención intercultural en salud

Lorenzo Mariano Juárez

Los hechos de partida

De acuerdo con la estadística oficial, en el año 2013 más de 400 personas murieron en Guatemala a causa de la desnutrición. La cifra es mayor que las 342 muertes de 2012, pero menor que las 645 que tuvieron lugar en 2009, o las 532 en 2010¹. Las muertes por desnutrición y las cifras de hambrientos y desnutridos se manejan y retuercen dependiendo de instrumentos y metodologías, variando bastante las que ofrecen instituciones como la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN), el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) o las diversas organizaciones internacionales que trabajan en la región. El año 2006, la proporción de niños y niñas guatemaltecos en pobreza multidimensional fue del 79,9%, la segunda más alta en América Latina y El Caribe. Las cifras contemporáneas no hablan de una mejora sustancial, sujetas, como sabemos, a confesar las verdades que más convengan en función de las manos que las torturan. A finales de 2014, Christian Skoog –representante en Guatemala del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef)–, presentaba el último de los informes sobre la situación del país: Guatemala seguía siendo el país de Centroamérica con

1 Según las estadísticas ofrecidas por RENAP (Registro Nacional de Personas). Para una discusión detallada sobre las políticas en torno a las estadísticas sobre desnutrición en Guatemala véase BID (2015).

peores tasas de malnutrición, ocupando el quinto lugar a nivel mundial, sólo superado por países como Yemen o Afganistán.

Fijándonos en las cifras ofrecidas por Unicef², sólo un 2% del Producto Interior Bruto se destina a cuestiones de salud, una cifra escandalosa que se agrava al conocer que Guatemala es el país con la menor carga tributaria y recaudación de toda América Latina (BID, 2015). De acuerdo con los reportes oficiales, el costo de la canasta básica alimentaria en abril de 2015 se situó en 3 315 Quetzales (Q) mensuales. Desde enero del mismo año, el salario básico se fijó en Q 78,72 al día (Q 2 394,40 mensuales), lo que implica una brecha de Q 920,60 respecto del costo de la canasta básica alimentaria.

Bajo el mandato del presidente Otto Pérez Molina –hoy en la cárcel acusado de corrupción–, se firmó en 2012 el Pacto Hambre Cero, un programa social del Gobierno que pretendía rebajar las cifras de desnutrición crónica en un 10% en cuatro años y un 24% en diez años a través de diversas acciones e iniciativas, especialmente en los primeros 1 000 días de vida de los recién nacidos. La respuesta del entonces Secretario de la SESAN, Germán González, al informe presentado por Skoog fue recogida por los medios: “Pese a que el país atravesó un temporal caluroso, la tendencia bajó en un 17 por ciento de desnutrición aguda, que equivalen a tres mil casos menos y en el caso de la desnutrición crónica se redujo en 1,7 por ciento” (La Hora, 2014). El camino perezoso de las cifras volvía a justificarse por asuntos climáticos, de igual manera que lo acontecido en la conocida como “Hambruna de Jocotán”, una crisis nutricional retransmitida por todo el mundo a finales de agosto de 2001³. En aquella ocasión, los avatares climáticos pronto dieron paso a las explicaciones que cargaban la responsabilidad en la cultura

2 Las cifras expuestas están extraídas de diversos informes (Unicef, 2013, 2015a, 2015b).

3 La conocida entonces como “Hambruna ch’orti” o “Hambruna de Jocotán” asaltó las portadas y cabeceras de medios de comunicación de medio mundo, con imágenes de cuerpos famélicos y recopilatorios censos de muertes por hambre. Para un mayor desarrollo, véase C. Arriola (2008); López ed. (2008); L. Mariano (2009a, 2013), o E. Nufio (2008).

indígena: el hambre era una cuestión ch'orti'. Desde aquel entonces, las políticas de seguridad alimentaria han ocupado un lugar protagonista en la escena política. Al menos en el plano discursivo, de forma que todos los partidos políticos presentan paquetes de iniciativas, medidas y promesas contra la pobreza y el hambre, junto a las iniciativas, medidas y promesas frente al otro gran problema del país: la violencia.

¿Por qué, a pesar de las casi dos décadas de iniciativas, actuaciones y programas, los resultados obtenidos se consideran escasos? ¿Cuáles son las causas de que el tono con el que se evalúan los resultados tienda a ser visto bajo el pesimismo? Son cuestiones complejas que necesitan, claro está, análisis y respuestas complejas. A partir de nuestro trabajo de campo en la región ch'orti' del oriente del país, hemos intentado contribuir a ese análisis desde propuestas culturalistas en la atención al hambre y la desnutrición (López y Mariano, 2006; Mariano, 2009a, 2011a, 2013), resaltando la necesidad de entender los padecimientos desde un punto de vista histórico, social y cultural. Esta propuesta pretende situar a la cultura como una variable central en los procesos sociales dialógicos que median en la atención a la salud y la cooperación al desarrollo. A diferencia de las propuestas de lo que A. Martínez (2008) denomina “Modelo Pragmático” –que se inicia con el trabajo fundacional de G. Aguirre (1955)–, la cultura no será vista como el enemigo para el cambio o la herramienta a manejar para la educación sanitaria, sino como un complejo entramado simbólico que determina la forma de estar en el mundo y condiciona las prácticas sociales. Y también las dialogales, un elemento central a manejar (*comprender*) en las intervenciones en salud.

Este texto pretende alejarse del escenario que recrean las cifras y los grandes números para dar paso al terreno más íntimo de la etnografía. Y tiene, como quizá pueda columbrar el lector, al concepto de cultura como un convidado protagonista. Abordamos aquí los problemas que la cultura ofrece a una atención intercultural en salud cuando enfrentamos al hambre y la desnutrición. Somos conscientes de que los procesos que abocan a las cifras que antes apuntábamos son mucho más complejos y exceden el ámbito hacia el que aquí apuntamos. Esperamos, no obstante, ofrecer algunas aristas que también deben ser tenidas en

cuenta en tales análisis. Cuando se pide una opinión a un etnógrafo, es un hecho seguro que va a mencionar algún concepto de cultura, pero se espera siempre que nos refiramos a la cultura de los *otros*. Una expectativa justamente contraria a lo que sigue a continuación: un repaso a la cultura y las resistencias *culturales* que ofrecen el modelo biomédico y las intervenciones basadas en él para una adecuada actuación intercultural. Esto es, en lugar de partir de la locura indígena, problematizada en los contextos sociales particulares de interacción, proponemos fijar el foco en la cultura profesional biomédica, problematizada en contextos sociales particulares de interacción.

Apuntar al ámbito del discurso y la práctica biomédicos con relación a los problemas para un diálogo intercultural en salud no deja de ser, insisto, una cuestión periférica en la contextualización del problema del hambre y la desnutrición, especialmente si comparamos con ámbitos y objetos macro como los salarios básicos, la igualdad de género o el racismo. Sin embargo, la cultura indígena y su problematización sí ha sido considerada como un eje central en la maraña casuística que esconden las cifras de desnutrición y pobreza (Mariano, 2011; López, 2008), retomando el estigma y el racismo a través de discursos que enfatizan la pobreza o el hambre como rasgos indígenas. Este texto es también un intento de situar en equilibrio la cultura de unos y otros en las dificultades para una atención intercultural en salud.

Itinerarios terapéuticos 1: El reconocimiento de la enfermedad

El lector precisa que seamos del todo francos. Las líneas que siguen también aborda la cultura de los hambrientos y los desnutridos *ch'orti*, *la cultura de los otros*. Lo que discutimos aquí es que, al menos una parte de los desencuentros en la atención al hambre y la desnutrición en la región *ch'orti* –una de las más pobres de la pobre Guatemala– derivan, o mejor expresado, se explican a partir de la cultura biomédica. Aunque el relato del discurso biomédico ha enfatizado la necesidad de una atención holística que preste atención a cuestiones sociales, histó-

ricas o culturales, la práctica se articula desde la centralidad del paradigma biologicista. Si bien la Organización Mundial de la Salud (OMS) se esfuerza en subrayar la importancia de incluir el conocimiento de la Medicina Tradicional o las medicinas complementarias⁴, veremos que en la práctica todo ese mundo de prácticas y representaciones es considerado como marginal, o –en otros muchos casos– como expresión del atraso indígena. A tenor del análisis de las acciones implementadas en la región, podemos afirmar que aún hoy son válidas la mayor parte de características y críticas con las que E. Menéndez (1992, 2003) definió el Modelo Médico Hegemónico, hace ya casi cuatro décadas. La incapacidad para entender y dialogar con las cuestiones históricas, sociales, culturales de los padecimientos como parte de esa cultura profesional forman parte de esas contemporáneas resistencias culturales en la atención a la desnutrición. Pero veamos estas cuestiones al calor de la etnografía.

La literatura ha denominado de manera diversa al “itinerario terapéutico” (Kleinman y Csordas, 1996) –carrera moral, *illness career*, etc.–, el conjunto de acciones y representaciones que los miembros de un grupo comparten desde el reconocimiento de una anormalidad como enfermedad, su atención o tratamiento. Los antropólogos sabemos el hondo carácter cultural que construye la variabilidad de itinerarios terapéuticos, pero la Biomedicina es incapaz de dialogar con la diversidad cultural y con tradiciones que no se articulan bajo su discurso empirista. En los itinerarios terapéuticos ch’orti, la delimitación de la desnutrición como enfermedad y su etiología difieren de manera sensible del modelo biomédico. Y éste es incapaz de ver, donde los etnógrafos encuentran cultura, otra cosa distinta que la expresión del atraso y el fatalismo indígena⁵.

4 Véase, por ejemplo, <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/en/>: “La estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 ayudará a las autoridades sanitarias a encontrar soluciones que propicien una visión más amplia respecto del mejoramiento de la salud y la autonomía de los pacientes”.

5 Quizá sea necesario afirmar aquí que “encontrar cultura” no implica desatendernos de las descripciones factuales o negar el valor del empirismo. Para los etnógrafos, comprender es adentrarse en la multiplicidad de significados, en las

La versión científica y médica del hambre es un relato relativamente reciente⁶. El hambre y la desnutrición se narran en occidente en la prosa de los balances calóricos –el resultado invariable de la aritmética de calorías y macronutrientes–, dejando poco o ningún espacio para la cultura y su variabilidad. Todo cuerpo sujeto a una alimentación pobre e inadecuada acabará desnutrido. El relato se elabora de manera protagónica en torno a la universalidad de los signos, expresados de manera “evidente” en cuerpos menguados, enfermos: los cuerpos se desnutren y mueren de hambre, por falta de alimentos, por la carencia de comida.

En la región ch’orti’, la retórica sobre la etiología de la desnutrición, e incluso el reconocimiento de la enfermedad, parecen poner en cuestión el relato universal biomédico. Los cuerpos delgados, las cifras bajas de talla y peso son, en cierta manera, modos en que se construye la normalidad, definida aquí a través de la cotidianidad, de la regularidad de las cifras. Cuando los procesos se agudizan, la etiología del padecimiento puede incluir la falta de alimentación, pero es una explicación secundaria. En realidad, los niños “se desnutren por falta de cuidado materno” (Mariano, 2011a). Las estrategias narrativas con que se construye el padecimiento son variadas (Mariano, 2015), pero parece claro que la falta de alimentos “adecuados” no es la principal explicación. Así me lo aclaraba una comadrona:

Ah, porque no les hacen caso sus nanas, sus tatas tampoco... el niño desnutrido es porque la nana no lo, no lo asiste, tal vez ella está torteando y el niño llorando, quiere comer y no le da; ya cuando le va a dar ya le pasó el hambre y ya le duele el hambre... como todavía no puede decir ¡dame tortillas, nana!, se queda desnutrido.

paradojas, en las ambivalencias que construyen y dan sentido a la vida social. La medicina, de manera fundacional, tiende a vetar esta forma de ver el mundo.

6 En otro lugar (Mariano, 2013) me he referido con algo más de detalle a esta cuestión. Si durante la época eduardiana la entonces moderna ciencia de la nutrición aún descansaba bajo cimientos de trabajos sociológicos, cuando los postulados termodinámicos se vinieron abajo con el descubrimiento de las vitaminas, el hambre se convertiría en un asunto de laboratorio, una aproximación asentada en el periodo de entreguerras. Se había creado una ciencia racional del hambre y un conjunto universal de técnicas para identificarla y medirla (Vernon, 2011, p. 103).

La explicación más repetida es la que entiende que los niños se desnutren por falta de cuidados y atención de la madre, con acciones y omisiones en su deber para con los hijos. Aunque las campañas de prevención en la última década han enfatizado el discurso de la falta de alimentos –de alimentos adecuados nutricionalmente–, en las casas se asume que no es éste el motivo principal. Se asume que en las alacenas domésticas, especialmente en algunos meses, hay poca comida, pero la suficiente –“nosotros aquí somos pobrecitos, pero la tortilla no falta, para ir tirando”–, y que la enfermedad está motivada por otra cuestión. La desnutrición infantil remite a espacios culturales marcados por la presencia de “maíz” (*comida verdadera y nutritiva*), espacios donde hay niños que se desnutren, en muchas ocasiones por la misma causa: la poca atención y cuidado de la mujer. El maíz organiza de esta forma estas categorías a través de las emotividades y los gustos, de los espacios sociológicos –la milpa y la casa– a los que remiten el orden social y moral tradicionales (Mariano, 2011a, 2013). Al mostrarle unas imágenes de niños desnutridos y preguntarle por la causa de ese estado, don Rosalillo comentaba:

Pues tiene que ser desnutrición y tal vez descuido de los papás, no lo atendieron... yo tengo siete hijos y una de mis hijas ya es maestra, no es mentira, otra a graduarse, primero Dios, pero a lo pobre que somos, lo que uno compra, siempre a la hora, y eso es lo que a veces la mamá se desatiende, y eso es que hay muchos problemas en el área ch'orti', porque vamos a ver una cosa, no voy a hablar de ella [una vecina que no tiene hijos], pero ella tal vez tiene mucha reunión, y así sucede con muchas mamás, se desatienden de sus hijos, por ir a reuniones que van y vienen, y no sé cuánto y entonces lo último no atienden a sus hijos; en el caso de ella es diferente porque no tiene hijos, pero así muchas mamás que tal vez desatienden a sus hijos.

En otras ocasiones, la etiología de la desnutrición se encuentra en la llegada temprana de un nuevo embarazo, algo que también es reprochable a unos padres –pero sobre todo a la madre– que no tuvo el cuidado suficiente:

Está bien desnutrido, por falta de atendimento de papá y mamá, sí porque la mamá estuvo muy, muy... sí porque la mamá hay veces que a los seis meses que tiene [el niño]... y ya el otro ya está guardao ya en

el vientre siempre... porque hay mamás que muy luego tiene el niño, al año está el otro, porque a los seis meses el otro ya está en barriga. Entonces por eso al nacer este niño, siempre el niño que está ya nacido, ya vuelve a quedarse sin amamantar, ya no mama pecho, solo le dan seis meses de leche y después ya le quitan el pecho, entonces ya no le dan, le dan comida, tortilla, tal vez con frijol y tal vez el niño todavía el estómago no... no, no, todavía no muele, no tiene dientadura, digamos el, el corazón, porque tiene una maquinita donde trabaja, y todavía ese no, no mastica bien entonces el niño mejor se enferma. Todavía los pulmones no tienen venas fuertes para mandar esa sangre en los pulmones.

En este tipo de relatos, la falta de comida tampoco es protagonista. Se entiende que es aún pronto para que el bebé se alimente de maíz y frijol, porque su cuerpo aún no está maduro, pero hay comida en la casa. En estas situaciones, la mujer también puede ser negligente si continua con la lactancia en ese estado. Un nuevo embarazo también puede producir cambios en las cualidades de la leche materna y que hace necesario ese destete. Así explicaba doña Rosalina en Tunucó Abajo –recurriendo al esquema tradicional de equilibrio frío y caliente- la necesidad imperiosa de evitar la alimentación con leche materna al quedar embarazada, porque el peligro evidente de la desnutrición está ahí:

Ah no, ya no hay que dar, es que, les cae a mal los niños, es que la leche está muy, muy... llega al corazón del niño y (...) esos niños de esa leche va jalando, que por eso quedan como esos, bien desnutridos y les cae un mal aquí en el corazón, pero eso es el pecho, se llegan a enfermar aquí en el corazón, y por eso quedan *solkos*, le dicen; verdad que así le dicen, *wasolcos* [*kwashiorkor*], eso es, se les cae el pelo, eso niños son los que llegan a terminar igual que ese, por eso que la mamá tiene que tener mucho cuidado. Ah, porque está muy mal, que está con la sangre hervida, aja, está muy caliente, tiene que quitarle, la que todavía no tiene embarazo está bien, pero les cae mal cuando se embaraza, hay que quitar, porque el niño queda muy enfermo, ahí es, es como llegan a quedar como ese niño, bien... delgadito está, por eso la mamá tiene que tener mucho cuidado.

La explicación biomédica del desequilibrio calórico compete en la región con otra narrativa muy extendida sobre la aparición de la enfermedad: la idea de que la enfermedad es algo predestinado, que cae, fren-

te a lo que poco puede hacerse. Mancho, de la comunidad de Titicopote, le relataría a E. B. Metz (1995, pp. 197-198) que “Dios nos proporciona un espíritu que determina nuestras debilidades y nuestras fuerzas”; más explícita es la manera ensayada por Pedro Súcite, de Pelillo: “Dios establece el destino de todas las personas, unas están destinadas a trabajar con machete, otras a viajar, otras a dedicarse al comercio... incluso en el destino marcado por Dios se asigna qué idioma hablará cada quien”. Esta idea parece converger en relación a las nociones sobre la aparición de la enfermedad. Las narrativas sobre la etiología de la desnutrición infantil entroncan aquí con la cotidianidad de las cifras y esa idea prefijada: hay niños que tienden a enfermarse, o mejor dicho, hay niños que su destino era ése: simplemente, le cayó la enfermedad. En esa forma se presentan también las narrativas de la desnutrición: como otras patologías, aparece un día, les cae encima, como algo externo que llega⁷.

Don Paulino, de Tunucó Abajo, tan lúcido como siempre, me explicitaba otras probables causas para la desnutrición, separando el ustedes del nosotros:

No le puedo decir qué puede tener, si yo según que lo estoy viendo está bastante... acabado, como decimos, jodido, nosotros decimos aquí ¡acabado! Que se va a morir, nosotros aquí decimos de al tiro, bien desnutrido que dicen ustedes por medio de estudio, desnutrido, deshidratado, ya todo el líquido lo perdió. A veces depende de muchas enfermedades porque aquí nosotros conocemos la diarrea, conocemos ese moco blanco y conocemos el moco con sangre, nosotros le llamamos *pujo*, porque hace pujar realmente, un dolor acá mire [en el abdomen] (...), sí eso tiene, ya se olvide.

No es necesario abordar con más detalle la construcción cultural de la etiología de la desnutrición. Para el argumento que sostenemos

7 El relato de la etiología de la desnutrición es complejo y polisémico, mucho más desde la inserción de las narrativas biomédicas de los centenares de capacitaciones en salud y experiencias de promoción. Las hay más tradicionales y más abiertas a los modos biomédicos, en un complejo entramado cultural donde no es lo mismo referirse a los desnutridos de otros que a los de uno. Para un mayor acercamiento etnográfico a estas cuestiones, véase L. Mariano (2015).

aquí, parece claro que las explicaciones indígenas exceden, con mucho, el asunto de la falta de alimentos adecuados. La mayor parte de las actuaciones y programas de la industria de los planificadores y las prácticas médicas han abordado, no obstante, la cuestión de la desnutrición bajo el discurso de los balances calóricos. La comida de que se dispone en la casa es insuficiente, o no cumple con las necesidades de macronutrientes. Las versiones indígenas, por el contrario, se mecen en el terreno simbólico, pero también económico y político de la cultura. Comentarán los ch'orti' que la desnutrición no puede deberse –al menos no sólo– a la falta de comida, o a la poca validez nutritiva de la que guardan en las alacenas, porque el maíz es el alimento por excelencia, la “sangre de Cristo” que da sentido a la vida social, definiendo, por ejemplo, instituciones como la del matrimonio (Mariano, 2011b, 2013).

S. Polgar empleó en 1962 el concepto de “fallacy of empty vessels” (*cit. in* Brown y Barret, 2010: p. 261; ver también Mariano, 2011b) para criticar la entonces extendida idea de que las poblaciones indígenas carecían de conocimientos y sistemas de salud, así como la manera de entender la promoción sanitaria como un “relleno” de conocimientos. Las prácticas biomédicas de promoción y educación sanitaria siguen, aún en muchas ocasiones, contemplando los procesos de esa manera: o bien no tienen conocimientos, o bien sus *creencias* son sólo una muestra más de atraso. Sin embargo, remiten a complejos marcos culturales que dan sentido a la vida social, y no sólo a “conocimientos” que pueden ser fácilmente suplantados. Al dialogar desde el etnocentrismo biomédico – una forma de dialogar definida culturalmente– se niega la comprensión del significado de las creencias dentro de marcos de sentido complejos.

Pongo un último ejemplo. Hace ya unos años asistí a una consulta médica donde el doctor insistía a un matrimonio sobre la necesidad de llevar a su hija al hospital, aquejada de una grave desnutrición. “Uno debe ser un hombre para aceptar que no llega, y que la comida que le das no es suficiente (...) necesita comer otras... cositas buenas. Si el papá de verdad sintiera por la pequeña, la llevaría al hospital”, sentenciaba el médico, y aunque lo hacía con el mejor de los propósitos, en ese pequeño diálogo se concentraba toda una tradición de desencuentros: sin darse

cuenta, les decía no sólo que ellos no eran capaces, sino que toda una tradición cultural no es capaz, negando el sentido social de que tortilla de maíz tiene en la región (Mariano, 2011a). El diálogo en términos biomédicos impide el proceso de comprensión de significados plurales, de equívocos y verdades múltiples –la materia de la vida social–, porque se construye –*bajo sus reglas culturales*– sobre el principio aristotélico de bivalencia –una cosa sólo puede ser verdadero o falsa, o que sólo hay una respuesta correcta para las preguntas– al añadir el dogmatismo empirista. Los padres decidieron no ingresar a la pequeña, y el equipo de salud sólo acertó con una posible explicación: se trataba de gente atrasada que no siente pena por la muerte de sus hijos.

Itinerarios terapéuticos 2: Los remedios y decisiones indígenas

Por supuesto, la decisión de no acudir al hospital de aquellos padres no puede ser vista de manera simplista. La biomedicina, anclada en la retórica positivista tiene dificultades para rastrear el mundo social y cultural en que tienen lugar esas transacciones indígenas. A pesar de que el discurso teórico defiende la inclusión de los saberes y tradiciones, en la práctica son definidas como supercherías, como formas de perder un tiempo precioso en la atención y el tratamiento. Pero una atención sosegada a los itinerarios terapéuticos desmonta la idea de que los indígenas no se preocupan por sus hijos, llegando a gastar sumas de dinero importantes para las economías locales en los sistemas tradicionales. A pesar del énfasis puesto en la idea de llevar a los niños al puesto de salud, los relatos de los padres aquejados por desnutrición siempre empiezan con episodios de autocuidado y atención en la comunidad.

El uso y la eficacia de los “remedios de monte” para afrontar los problemas derivados de la desnutrición infantil tienen entre los indígenas ch’orti’ una aceptación desigual. Las ideas más *modernas* de que la desnutrición sólo halla remedio en el puesto de salud se enfrentan con narraciones y prácticas tradicionales en las que se habla de la idoneidad de tal o cual hierba –benadillo con el albahaca; algunas plantas son em-

pleadas para tratar la hinchazón, soplando tabaco, sobando con Sábila o Ruda, etc.–. La mamá de Imelda, aquejada de desnutrición, relata los inicios de la enfermedad:

No, como yo le daba, o sea que yo le daba [remedios de monte], yo lo bañaba con esos montes que le dicen, le nombran “Santa María Jediondo”, de esos que son las hojas así, yo lo bañaba, pero... no más, peor, más para arriba la hinchazón... no funcionó... Vaya, así salió mi suegra así andando, dice que le dijeron que había unas pastillas así... que le regalaron..., que le dijeron que era bueno para la hinchazón, llegó, como a estas horas llegó y se lo di. Otro día estaban rebajados los piecitos, pero, saber en que fue tampoco... no me recuerdo... la pastilla eso sí, la pastilla se llamaba yodoclorinda.

En ese itinerario terapéutico tradicional, no es nada infrecuente acudir a las farmacias del pueblo o los puestos del mercado que venden medicinas para la desnutrición sin que haya prescripción ni consulta médica. En el mercado de los domingos, junto al resto de puestos, es usual que varios merolicos se esfuercen por atraer a la clientela vendiendo remedio para los padecimientos más usuales; en los últimos años ha sido frecuente que “la desnutrición” entre en la retahíla de procesos para los que ofrecen cura. A veces enseñan láminas y fotografías de niños desnutridos, otras construyen espectáculos donde el producto en cuestión “limpia” dinero que previamente ha sido manchado. Aquí la idea también es clave: el remedio se ofrece para “niños que dejaron de comer”⁸, no para niños que no tienen comida, adaptándose, como no hace el discurso biomédico, a las claves y lógicas locales. El “dejó de comer” se interpreta como un signo clave en el ideario local de que las cosas no están bien, de que es necesario buscar remedio. Un primer remedio siempre buscado en lo local y tradicional. Para la medicina, un síntoma de atraso, de tiempo perdido. Porque a veces, el desenlace es fatal, como en el caso de Melvin,

8 Tal y como he comentado en otra ocasión (Mariano, 2011a, 2015), los historiales médicos, que se inician con el epígrafe “motivo de consulta” y permiten así un pequeño acercamiento a la enfermedad, suelen comenzar con la frase “la mamá refiere que el niño dejó de comer”, un momento clave para la definición de la anomalía como patológica, en esa idea de lo comentado anteriormente.

para quien sus padres buscaron remedio, aunque a veces, como me explicaron, simplemente los niños no quieren creer: “benadillo con el albacaca se daba... diarrea, alhuajaca benadillo de tres puntas, eso es cocido, así no más fresco, no se alentó, no pudo ser... hay veces que creen y hay veces que no, como hay veces que la enfermedad aparece”.

Los padres de Soraida relataron también el denso itinerario terapéutico antes de consultar con el médico. En el relato se conjugan los problemas para el diagnóstico, la búsqueda de remedios tradicionales y la consulta con un curandero para que soplara a la pequeña, todo ello antes de acudir al médico. El papá recuerda el enorme gasto que supusieron las consultas con un especialista indígena, aunque fueron en vano.

Ah sí, utilizamos bastantes remedios de monte, pero no, no cree... íbamos a buscar remedio en otras partes a ver como salía... decían que era espanto lo que tenía y así le decían remedio y no cree... lo del espanto me lo dijo un médico que vimos aquí... de aquí que... de la comunidad, se llama Juan Suchiteque... Pero no hubo remedio ni nada... a ella le salió unas grandes llagas en las canillas... Saber de qué sería... de la hinchazón quizás, de la hinchazón quizá se le hizo llaga (...) Allí soplaro le hicieron, ah, soplaro le dicen... yo estaba, curarlo así... pero aquello no... tres veces fue que llegamos a su casa... le pagamos setenta y cinco, setenta y cinco pesos le pagamos y no se alentó... eso es caro, si es caro. Solo le soplabo y él decía que se alienta, me decía que se alienta pero más rebajamos más peor se ponía, ajá... Creo que él me dijo, pues él decía que se iba a alentar la niña pero ¿cómo?, como tres veces que me fui él no le hizo nada ya no... veinticinco Q cada vez... cuando vio a la niña la primera vez él dijo que se iba a alentar, pero como salió que espanto era lo que tenía... saber cómo se sabe que es, como es él el que sabe, sólo estaba que no quería recuperar, la tres veces le hacía la misma cosa, pero como estaba muy propasado de hinchado.

El desenlace de los casos de Melvin y Soraida termina de manera dramática con la muerte de los pequeños. Antes de consultar con los médicos, habían realizado esfuerzos dentro del itinerario terapéutico usual en la región. Soraida acabó internada en el centro de recuperación nutricional, pero —en un relato repleto de lagunas— regresó a la casa antes de recibir el alta. En su narración, tras la siguiente recaída la pequeña los

padres ya no quisieron consultar al médico, y decidieron que lo mejor era que muriera en la casa. ¿Cómo podemos entender esta cuestión sin caer en el etnocentrismo o los juicios de valor? ¿Debemos asumir que a los indígenas les falta educación, como propugnan los modelos de promoción sanitaria? ¿De verdad no sienten la muerte de los hijos? ¿Es algo tan sencillo como “rellenar” no los *empty vessels*, sino los *wrong vessels*?

Por supuesto –y nunca está de más recordar esta cuestión–, debemos poner en valor las bondades y la eficacia del sistema biomédico. La crítica que se realiza en este texto no siembra dudas sobre esa cuestión. No se pretende, por tanto, justificar los casos en que los indígenas retrasan o niegan los consejos médicos, sino interpretar esas acciones en marcos de sentido que son mucho más complejos que la interpretación propuesta por la cultura alopática. Y esa interpretación, que para el etnógrafo es la base de su trabajo, resulta imposible para una atención intercultural liderada por la biomedicina: la cultura es algo irrelevante para ellos. Negar la importancia de la cultura es parte de su cultura. Pero se equivocan.

De partida, porque la auto-atención es el primer y necesario paso de todos los sistemas de salud (Menéndez, 2003). Es necesario trabajar aquí la información y los criterios con lo que se reconoce la necesidad de atención –antes, quizás, de ese “el niño dejó de comer”–, pero sobre todo, entendiendo que esos procesos de auto-atención incluyen los salarios dignos, la igualdad de género, la potabilización del agua y otras cuestiones que a los médicos dejaron de importarles hace ya algún tiempo por considerarlas excluidas del cuerpo individual y biológico. El uso de “remedios de monte” o la “automedicación” no se explica –al menos no sólo– cayendo en el argumento sobre las creencias erróneas indígenas, ni tampoco ubicando esas acciones en modelos culturales aislados. Es necesario comprender tales prácticas sociales en marcos también políticos: la frecuencia de consultas médicas en las comunidades es de una al mes, siempre que no haya problemas con el transporte o el calendario, y sólo para mujeres embarazadas o madres con hijos hasta 3 años. Los porcentajes de cobertura sanitaria han crecido en las estadísticas, pero esto se hace a través del recuento como personal médico de los guar-

dianes de salud, líderes comunitarios a los que se les da capacitación sobre diversos temas de salud de vez en mes. Los consejos de salud han incluido desde hace años el uso de fármacos, lo que unido a la escasa presencia biomédica en las comunidades, puede explicar que el itinerario terapéutico sitúe a la biomedicina en etapas secundarias, sin caer en la retórica de bárbaros, atrasados o fatalistas.

Al renunciar al contexto, la biomedicina es incapaz de encontrar todas esas significaciones porque es incapaz de emprender su búsqueda. En esa forma de estar-en-el-mundo reside cierta incapacidad para leer la importancia de la cultura, para dialogar con la diferencia, para definirla *también* como real y no como error. Pero, ¿explica o justifica que algunos padres –como los de Soraida, o aquellos que dejaron esperando al equipo de salud que mencionaba más arriba– decidan no acudir al hospital, o abandonarlo aún antes de recibir el alta? El concepto de cultura se ancla en el contexto de las acciones concretas, de la variabilidad de agencias. Y, claro, ayuda a explicar más que a justificar. Este texto aborda, no obstante, los problemas de atención intercultural que derivan de la cultura biomédica, siendo conscientes de que no son los únicos, ni acaso los principales. Quizás no en esas acciones concretas, pero en muchos desdenes indígenas hacia los consejos y las demandas de los profesionales de la salud sí encontramos, también como explicación, a la cultura profesional biomédica.

Itinerarios terapéuticos 3: Los desdenes a los consejos médicos

Es un lugar común en las conversaciones de los profesionales médicos que han trabajado en la región: existen “factores culturales” que dificultan su labor como médicos o enfermeros. En las entrevistas que he recogido estos años sobre esta cuestión tienden a enfatizarlo, resaltando en ocasiones la falta de formación, de educación; en otras, el atraso; otras, la supuesta falta de preocupación por los hijos, etc. Ni una sola ocasión he escuchado a estos profesionales hablar de los factores culturales propios. Hace unos años, en un ciclo de conferencias en la

Facultad de Medicina de la Universidad San Carlos de Guatemala, me preguntaron mi opinión sobre las acciones más urgentes y necesarias para lidiar con la cultura en la atención a la desnutrición. “Trabajar con la cultura de ustedes” resultó una respuesta mal acogida. Es necesario, no obstante, trabajar en una atención biomédica realmente intercultural, que vaya más allá de un reduccionismo biológico para llenarse realmente de cultura. Mientras esto no ocurra, los indígenas deberán escoger entre la distancia emocional y cultural de la atención, y la eficacia. Y lo que sabemos hasta el momento es que la balanza no cae siempre del lado de la eficacia.

Intentaremos perfilar estas cuestiones con algunos ejemplos que nos ofrece la etnografía. Sabemos, por ejemplo, que la idea indígena de la consulta médica es la de un espacio lejano, frío, donde uno llega a que le riñan, y en algunas ocasiones, como en el centro de recuperación nutricional Bethania, un lugar donde tratan bien pero hay que pagar un dinero que no siempre se tiene. Por supuesto, no todos los profesionales son iguales. Pero es imposible negar que muchas de las consultas de los médicos en los centros de salud empiezan con regaños y reprimendas: por no haber llevado al niño días o semanas atrás, por llegar poco aseados y con las manos sucias, por ejemplo. La distancia recrea un clima que los indígenas tienden a ver como agresivo: El doctor no suele respetar la ceremoniosidad que precisan las pláticas, esforzado en ir con prisas al asunto del problema, en ocasiones sin dar los buenos días. Juan García nos lo explicaba de la siguiente manera:

En el centro de salud ya no, ya no, ya no oyen bien, era antes yo lo miraban, decía uno buenos días doctor, buenos días, pase adelante, qué quería, mire hágame el favor, yo estoy enfermo, deme remedio, como no, lo llevan a uno allí aonde lo van a examinar, ya le ponen el no sé qué aparato y le hayan remedio, hoy no, usted va llegar ahí está el doctor, ahí está la enfermera, usted va a llegar, buenos días doctor, buenos días, pase adelante, qué es lo que quería, mire, yo me duele el cuerpo tengo una calentura, tengo diarrea, bah, así dice, ya no van a examinar nada, sólo se va, mire lleve éste, vea, y tal vez que no es remedio... así lo hacen ¿y en España no es así?

Al desatender los significados culturales no se es consciente de que los lamentos por “malos tratos” en la atención médica —el principal motivo que se aduce para justificar el retraso de consulta— se presentan en formas diversas. Por ejemplo, doña Paula nos contaba de esta manera los desencuentros con la atención de uno de sus sobrinos, destacando como maltrato la idea de hacerle llorar, algo que en la región se tiende a evitar, adecuándose a la lógica de equilibrio entre lo frío y lo caliente:

En el centro de salud no les cobran nada pero atender... pues no tanto, pues un mi hermano que se cortó el niño la vez pasada aquí, mire vinieron al centro de salud, allí le hicieron menos; el niño sangró bastante allá y allí lo hicieron sangre, llorar otra vez... él se quejó allí, con... el mero del área de salud, como él es facilitador, el doctor del centro de salud, fue con él, le contó, porque no me dijo Chepes, y yo no sabía que usted estaba allí, estaba allí; yo me dolió lo que le hicieron al niño. Al niño le hicieron ya con otros será peor. Allí llega la gente humildita... más... más lo humillan, y no deberían ser así porque ellos están ganando, pues los gobiernos, debían ofrecer más a la gente, de querer más a la gente, que por eso están ganando... no son todos pues, pero la mayoría que son fortones así, mire.

En otras ocasiones, los médicos destacan la irresponsabilidad de los padres —especialmente de las madres— que “salen de huida” del hospital o el centro de recuperación nutricional sin haber recibido el alta. Muchas veces durante la noche, días o incluso semanas antes de que el niño reciba el alta. Pocos son los profesionales que intentan comprender que ello no es por gusto, o porque se aburran, o porque no les gusta seguir unas normas⁹, o porque no se preocupan por sus hijos, como suelen comentar cuando hablamos sobre las causas que ellos encuentran para esas huidas. Una práctica biomédica intercultural perseguirá comprender esas escapadas en sus marcos sociales: lo que influyen los costos económicos, pero sobre todo sociales de que la madre deba acompañar al hijo enfermo durante el internamiento, dejando al resto de la familia

9 Un médico me contó en una ocasión que uno de los motivos para las altas precoces era que los indígenas no estaban acostumbrados a hacer sus necesidades en los baños, un relato que condensa siglos de relaciones interétnicas desiguales.

en la comunidad; los que reconocen una diferencia en los criterios para el alta, pues las madres se van antes de lo que el médico recomienda, pero siempre con una mejora de los pequeños, y en ello los cálculos de unos y otros emplean variables diferentes; o aquellos, en fin, que entienden que los hospitales o los centros de recuperación nutricional son espacios culturalmente distantes.

En otro lugar (Mariano 2009b) me he referido a la construcción cultural de los hospitales para los indígenas ch'orti, intentando profundizar en la comprensión de algunas negativas o desaires a las recomendaciones médicas por ingresar a pequeños aquejados de desnutrición. La cultura biomédica rara vez se detiene en ese intento de comprensión. Y lo cierto es que los hospitales son lugares distantes culturalmente, fríos, peligrosos. Desde un punto de vista simbólico, es un lugar donde se producen decenas de “malas muertes” –macheteados, baleados– cuyos “magines” (“*espíritus*”), de acuerdo con la ideología local, deambulan sin rumbo entre las paredes del hospital. Muchos relatarán después cómo es posible escuchar durante las noches los lamentos de esas almas desde las habitaciones. Las quejas de maltrato de los centros de salud se amplifican en los hospitales, donde los indígenas deben esperar durante horas y horas para luego ser regañados.

Pero la distancia y el rechazo a los hospitales opera también en otros órdenes. Ante la posibilidad de una muerte en el hospital, los cálculos económicos y simbólicos se complejizan. Se teme el hecho de que alguien muera en el hospital y no tener dinero suficiente para poder enterrar el cuerpo en la comunidad, de la manera adecuada. De acuerdo con la legislación, sólo es posible sacar los cadáveres del hospital pagando un féretro. Los precios de los mismos exceden las capacidades de la mayor parte de las economías domésticas, abocando a un entierro en la fosa común del hospital; “le entierran a uno XX”, comentan los indígenas. Ante esto, en ocasiones los balances sobre los pronósticos futuros, sobre las esperanzas de curación, se adhieren a estos temores, rescatando narrativas sobre el destino: si está de morir, igual va a ser allá que en la casa.

De esta forma, los desdenes y negativas a los consejos médicos se envuelven en complejas redes de significación. Los enfoques empiristas deberían entonces ceder a las dimensiones culturales del padecimiento, profundizar en prácticas interpretativas en las que la causalidad deje paso a una comprensión de la enfermedad como símbolo o texto que es interpretable en términos de un contexto (Martínez, 2008, p. 83). Sólo entonces se daría solución a unas necesidades más complejas.

Una atención intercultural requiere trabajar con el complicado material del que se nutre y construye la cultura. Pero “flaco favor” hacemos a la empresa intercultural al situar los factores culturales sólo en esos *otros* distantes, distintos, errados. La cultura biomédica presenta también los suyos. Los mismos que han erigido una práctica ciertamente eficaz para un gran abanico de padecimientos, los mismos que la han situado en la hegemonía en muchos lugares del planeta. Esos mismos también son, en ocasiones, obstáculos para la atención intercultural. Incluso en un arena tan aparentemente biológica y universal como la de la desnutrición.

Bibliografía

- Aguirre Beltrán, Gonzalo (1955). *Programas de salud en la situación intercultural*. México: Instituto Interamericano Indigenista.
- Arriola, Carlos (2008). La crisis en tiempos de crisis: Cólera, Mitch y la “hambruna en Jocotán”. En: Julián López García (Ed.), *Catástrofes, pobreza y hambre en el oriente de Guatemala* (pp.11-40). Puertollano: Ediciones Puertollano.
- BID, Banco Interamericano de Desarrollo (10 marzo de 2015). Comunicados de prensa. América Latina y el Caribe: Los ingresos fiscales se mantienen estables. [En línea, consultado a 20 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.iadb.org/es/noticias/comunicados-de-prensa/2015-03-10/estadisticas-tributarias-en-america-latina-y-el-caribe,11082.html>
- Brown, Peter J. y Barrett, Ron (2010). *Understanding and Applying Medical Anthropology*. New York: McGraw-Hill Higher Education.

- Kleinman, Arthur y Csordas, Tom (1996). The therapeutic process. En: Carolyn F. Sargent y Thomas M. Johnson (Eds.), *Medical anthropology: contemporary theory and method* (pp.3-21). Westport: Praeger Publishers.
- _____ (2009). «Representational and Enacted Violence against Guatemalan Ch'orti's in the Famine of 2001», en *The Ch'orti' Maya Area, Past and Present*. Brent Metz, Cameron McNeil y Kerry Hull, eds. pp. 258-275. Gainesville: University Press of Florida.
- LA HORA (2014). «Unicef: Guatemala ocupa el quinto lugar de desnutrición a nivel mundial», por Alejandro Castillo, Guatemala, 28 de noviembre.
- López García, Julián (Ed.) (2008). *Catástrofes, pobreza y hambre en el oriente de Guatemala*. Puertollano: Ediciones Puertollano.
- López García, Julián y Mariano Juárez, Lorenzo (2006). Hambre, intervención solidaria y contexto cultural en la región ch'orti' del oriente de Guatemala. En: *Seguridad Alimentaria y políticas de Lucha contra el Hambre*, Seminario Internacional sobre Seguridad Alimentaria y Lucha contra el Hambre, Córdoba, 8-9 febrero, pp. 215-228. Córdoba: Servicio de Publicaciones Universidad de Córdoba, Diputación de Córdoba, Oficina de Cooperación Internacional al Desarrollo.
- Mariano Juárez, Lorenzo (2008). Desnutrición, experiencia y apropiaciones corporales. Tránsitos etnográficos hacia una cooperación al desarrollo emocional. En: Julián López García (Ed.), *Catástrofes, pobreza y hambre en el oriente de Guatemala* (pp. 115-162). Puertollano: Ediciones Puertollano.
- _____ (2009a). Discursos sobre el hambre. En: Julián López García y Manuel Gutiérrez Estévez, *América indígena ante el siglo XXI* (pp. 397-444). Madrid: Fundación Carolina, Siglo XXI.
- _____ (2009b). Hospitales, operaciones, cirugías. Experiencia y representaciones en el oriente de Guatemala. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios*. Quito: Abya-Yala.
- _____ (2011a). *Nostalgias del maíz y desnutrición contemporánea. Antropología del hambre en la región Ch'orti' del oriente de Guatemala*. Tesis de Doctorado, UNED, Madrid.
- _____ (2011b). Palabras, significados y políticas de representación en la arena de la interculturalidad en salud. Los espacios de la cultura en la atención al hambre y la desnutrición en el oriente de Guatemala. *Nuevo Mundo, Mundos Nuevos* [En línea, consultado a 31 de marzo de 2016]. Disponible en: <https://nuevomundo.revues.org/61563>

- _____ (2013). El hambre en los espacios de la cultura. Visiones indígenas maya Ch'orti'. *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana*, 8(2), 209-232.
- _____ (2015). Sentido y aflicción en torno a la desnutrición infantil. Experiencia y narratividad entre los ch'orti' de Guatemala. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 70(1), 119-139.
- Martínez Hernández, Ángel (2008). *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Antropos.
- Menéndez, Eduardo (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En: Roberto Campos Navarro (Comp.), *La antropología médica en México* (pp. 97-114). México: Instituto Mora, Universidad Autónoma Nacional Autónoma de México.
- _____ (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Colectiva*, 8(1), 185-207.
- Metz, E. Brent (1995). *Experiencing Conquest: The Political Economic Roots and Cultural Expression of C'hortí Maya Ethos*. Tesis de doctorado. Suny Albany.
- Nufio Mansilla, Evelin (2008). Testimonios de experiencia y frustración como funcionaria pública ante la desnutrición. En: Julián López García (Ed.), *Catástrofes, pobreza y hambre en el oriente de Guatemala* (pp. 163-180). Puertollano: Ediciones Puertollano.
- UNICEF (2013). *Mejorar la nutrición infantil. El imperativo para el progreso mundial que es posible lograr*. [En línea, consultado a 20 de marzo de 2016]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/Spanish_UNICEF-NutritionReport_low_res_10May2013.pdf
- _____ (2015a). *Estado mundial de la infancia 2015: resumen*. [En línea, consultado a 20 de marzo de 2016]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/SOWC_2015_Summary_Spanish_Web.pdf
- _____ (2015b). *MÁS INVERSIÓN*. Hemos avanzado, pero la niñez y adolescencia necesitan más inversión social. Principales avances y desafíos del Estado y el pueblo de Guatemala en el cumplimiento de los derechos de la infancia con motivo de los 25 años de la Convención sobre los Derechos del Niño. [En línea, consultado a 20 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.unicef.org/guatemala/spanish/MASINVERSION.pdf>
- Vernon, James (2011). *El hambre. Una historia moderna*. Valencia: Universidad de Valencia.

Salud e interculturalidad

Reflexiones a partir de la experiencia en un programa de cooperación al desarrollo en la Amazonía ecuatoriana

Montserrat Pulido Fuentes

La eficacia en salud desde la interculturalidad

Un debate sobre interculturalidad y salud se necesita una tarea comprometida y delicada. Son muchos autores los que han planteado este análisis¹, presentando discusiones acerca del alcance de dicho término y de las connotaciones que va adquiriendo con el paso del tiempo. La percepción compartida por los investigadores que abordan este ámbito –y se habla mucho de interculturalidad, no solo en el medio académico– obliga a continuar trabajando en esta línea para llevar a la práctica todo el conjunto de disertaciones y dialécticas que, sobre este asunto, se vienen realizando de forma exhaustiva en el campo de la salud.

Empezaré puntualizando y compartiendo lo que ya señalara M. Knipper (2010) al entender la interculturalidad más allá de los contextos indígenas, pues en Europa ha sido extendida y enfocada de forma limitada hacia los grupos inmigrantes. Esto hace pensar en el reduccionismo al que siguen siendo sometidas ambas categorías (indígenas e inmigrantes), descuidando los factores sociales, políticos e incluso económicos que determinan su definición; ambos grupos participan de

1 Una de las mejores compilaciones en relación con este tema, y que sin duda aporta lucidez en la comprensión de las relaciones entre salud e interculturalidad, ha sido la sucesión de volúmenes dirigidos por G. Fernández (Fernández coord., 2004, 2006, 2009; Fernández dir., 2008; Fernández ed., 2010).

dinámicas y procesos que afectan a nivel global, lo cual también invita a reflexionar sobre la necesidad de abordar dicha realidad en todos los ámbitos, y no de forma fragmentada y para grupos concretos de población. El propio término de interculturalidad que se trata de desentrañar a lo largo del texto se dirige en esta dirección. L. Mateos (2010, p. 7) apunta sobre los términos “intercultural” e “interculturalidad” que no son nuevos, aunque sí lo sea la propuesta ideológica que hay detrás de ellos; una propuesta que se genera como respuesta a lógicas económicas, políticas y socioculturales, y que conlleva un discurso intercultural que se expresa de distinta forma en Europa y América Latina. Según la misma autora², la figura del “inmigrante”, en el primer caso, y la del “indígena”, en el segundo, juegan un papel central. Ambos son vistos como un “problema” dentro de las sociedades, y para que dejen de serlo éstas desarrollan numerosas políticas nominalmente interculturales en diferentes ámbitos; uno de ellos, el de la salud.

En el mismo sentido, G. Fernández (2006, p. 317) apunta que la preocupación académica por la interculturalidad aplicada a la salud ya es pretérita, pero puesta “de moda” (actualizada) de la mano de los procesos migratorios en Europa. Sin duda resulta paradójico que haya sido el fenómeno inmigratorio en Europa el dinamizador de la interculturalidad aplicada a la salud, y que no lo haya sido de forma institucional y rotunda la realidad multicultural y sus necesidades de diálogo intercultural en ámbitos dispares de la vida social, cultural y política de América Latina.

En el caso de Ecuador, la interculturalidad es citada en los foros de políticas públicas y en documentos oficiales del país y en toda América Latina (Soler, 2014, p. 27). Según M. Rodríguez (2015), en Ecuador la interculturalidad se ha convertido en el paradigma de las políticas públicas del Estado, especialmente en materias de educación, salud y cultura, “una suerte de nuevo marco normativo que, en no pocas ocasiones, sirve más como telón de fondo que como verdadera matriz ejecutora”. El discurso intercultural en salud también ha ocupado las pri-

2 El trabajo detallado y minucioso de L. Mateos (2010) presenta la forma en que ha sido adoptada y difundida la noción de interculturalidad.

meras posiciones en los debates y en las políticas públicas nacionales. Ha sido prioritario en un país con una alta densidad de población indígena, integrando todo el conjunto de saberes, conocimientos y estrategias (técnicas de sabiduría médica ancestral) con el propósito de contribuir con las políticas públicas para mejorar la salud de las nacionalidades y pueblos indígenas, evitando la exclusión social mediante el desarrollo progresivo de un Modelo de Salud Intercultural. Y en este proceso se han creado los servicios de Salud Intercultural que se incorporaron ya como departamentos específicos en los Ministerios Provinciales de Salud a finales del siglo pasado. En este sentido, se pone en práctica el desarrollo de las medicinas tradicionales, alternativas y complementarias, se lanzan campañas de sensibilización en interculturalidad, y el Ministerio de Salud Pública, dentro del Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud (2009), crea el Subproceso de Medicina Intercultural con el propósito de desarrollar un Modelo de Salud Intercultural que conlleve el *Sumak Kausay* (Buen Vivir), *Penker-Pujustin*.

La retórica en relación con las propuestas de interculturalidad se ha introducido en los discursos de la cooperación al desarrollo; se ha incluido el término “interculturalidad” en los proyectos de cooperación, y de forma concreta en aquellos dirigidos a población indígena. La interculturalidad se promueve a través de una máscara de buenas voluntades que proponen las cooperaciones, agencias de desarrollo y Organizaciones No Gubernamentales (ONG), que introducen los proyectos de desarrollo aceptados y promovidos tanto por los Estados como –en muchas ocasiones– por las propias comunidades indígenas (Ramírez, 2014). Con mayor ímpetu, este proceso deviene desde que en 1982 el Banco Mundial convocara a las ONG para estudiar el papel que deberían desempeñar en el contexto de la política neoliberal, e integrarlas de manera sistemática en su organigrama de trabajo (Picas, 2001, p. 180). En 2005 redirigió su orientación a la política sobre pueblos indígenas, encargándose de las decisiones con relación a los proyectos de desarrollo que involucrasen a estas poblaciones. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) –a partir de un estudio piloto en una comunidad indígena de Ecuador– propuso la incorporación del enfoque intercultural

ral a la salud como una de las estrategias necesarias para lograr el acceso equitativo a la atención de calidad de las poblaciones de las Américas, en particular de la población indígena (Rojas, 2003, p. 10). Con este tipo de estrategias, y bajo el paraguas de la interculturalidad, se implementan políticas integracionistas y unificadoras, y por tanto modificadoras de los modelos de salud existentes.

En este sentido, este trabajo trata de reflexionar sobre el uso y la utilización (también fraccionada) que se hace del término de interculturalidad en la aplicación de programas de salud diseñados, desarrollados y ejecutados desde las lógicas de la cooperación al desarrollo y de la biomedicina occidental, pero que alcanzan a indígenas. Una aplicación planteada sin obviar las diferencias, de una forma cuidada y como estrategia para evitar disputas y enfrentamientos, es lo que S. Ramírez (2014, 2006) estima como una pieza de colonialismo interno.

J. A. Flores (2011) señala que la interculturalidad se ha convertido en una palabra “mágica”, utilizada arbitrariamente en muchas ocasiones y para casi todo, por casi todos. En ocasiones sin ningún tipo de rigor o precisión descriptiva, convirtiéndose en un concepto “políticamente correcto” que es social y mecánicamente aceptado como algo positivo. L. Mateos (2010, p. 8) advierte de que las agencias de cooperación juegan un papel predominante en la validación y oficialización del propio concepto, y del discurso a través de sus actividades y financiamientos. Según S. Ramírez (2011, p. 64), para el caso boliviano el concepto de salud intercultural fue introducido por la cooperación internacional.

En Ecuador, L. E. López (2009, p. 20) afirma que la noción de interculturalidad ha sido impulsada por los movimientos indígenas, por la Agencia Alemana para el Desarrollo (GTZ) y por el Ministerio de Educación. El Director Nacional del Servicio de Salud Intercultural de Ecuador sostiene que el Ministerio de Salud, con los organismos de Cooperación, las ONG y diversos conjuntos sociales, trabajan en la implementación de las líneas del Plan Salud Intercultural (Calderón 2010, p. 56). Si bien el término de interculturalidad es utilizado de forma notoria en las últimas décadas, se considera la necesidad de abordar la

interculturalidad en el terreno de la salud (Perdiguero, 2006, p. 33). Entiende M. Knipper (2006, p. 413), que en el ámbito de la salud han sido las reivindicaciones políticas de los movimientos indígenas más conocidas internacionalmente desde la última década, las que han permitido la consideración de la cultura médica de estos pueblos. Resultado del proceso de globalización que busca potenciar las identidades de forma controlada, se ha pasado de la superstición y la charlatanería –rechazadas en un primer momento– a ser reconocida actualmente como medicina tradicional dentro de las MAC³, y protegida en el caso de Ecuador por garantías constitucionales como derecho colectivo.

Como punto de partida podríamos considerar la sugerencia de M. Martínez y C. Larrea (2010, p. 83) al definir la salud intercultural como una propuesta de relacionar, de manera más armónica y humana, los sistemas biomédicos y tradicionales que en la práctica utiliza la población. Este concepto –ya lo advirtió E. Menéndez (2006, p. 51)– pudiera caracterizarse por su aparente simplicidad, pero en la medida que se utiliza y profundiza surgen diferentes acepciones, a veces complementarias, pero frecuentemente contradictorias, lo que imposibilita establecer una definición aceptada por los que utilizan este concepto. Por ello debemos preguntarnos, cuando hablamos o cuando nos proponemos profundizar en el análisis de la interculturalidad en el ámbito de la salud, de qué estamos hablando. ¿Del encuentro y la complementariedad entre dos sistemas de salud: institucional-biomédico y tradicional? ¿De las relaciones entre el personal de salud y los pacientes? ¿De la incorporación respetuosa de nuevos modelos de salud? ¿De los desencuentros entre los diferentes agentes de salud? ¿De la rivalidad por los poderes “mágicos” sanadores?

3 Medicinas Alternativas y Complementarias son el gran grupo de medicinas a nivel mundial, entre las que se ha incluido la medicina tradicional indígena, siendo reconocida tanto por las instituciones indígenas (Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas – DNSPI) como por las entidades sanitarias globales (OMS/OPS).

Si bien la interculturalidad prevé necesariamente la convivencia, interacción e intercambio entre las diversas culturas (Soler, 2014, p. 31), tal y como venimos señalando –y según advierten J. C. Gimeno y C. P. Rincón (2010, p. 207)–, la interculturalidad ha empezado a entenderse no solamente como la aceptación de la alteridad, o la convivencia armónica entre diferentes, sino también como un proyecto político, como el acceder al poder, y como un saber compartido en la relación poder-saber. Y, si entendemos la salud/medicina intercultural más un adorno retórico de las políticas transnacionales que una realidad en la mayoría de los contextos sociales (Martínez y Larrea, 2006, p. 13), se considerará la necesidad de dar cuenta de y hacer un análisis sobre cómo se desenvuelve en los diferentes entornos en los que aparece, considerando así mismo a los agentes que en ese espacio interactúan. ¿Quiénes están detrás de este tipo de relaciones, de intercambios y proyectos? ¿Cuáles son los espacios destinados para estas interacciones? ¿Son compartidas las interacciones por los diferentes agentes de salud? ¿Qué personal de salud es el responsable de llevar a cabo los saberes compartidos? ¿Qué ocurre cuando nuevas terapias, sabidurías, conocimientos o cualquier información novedosa sanitaria es introducida en una comunidad? Estas preguntas ubican el lugar de la salud intercultural en un tercer espacio, no siendo medicina tradicional ni biomedicina, sino una mezcla, una hibridación de ambas que presenta diferentes formas y aplicaciones en función del contexto (nivel local) y del momento histórico (escala global) en el que nos encontremos. S. Ramírez (2014) apunta a esta interculturalidad como desestructuradora de las medicinas tradicionales indígenas.

Siguiendo las recomendaciones de E. Menéndez (2006), se trata de contribuir en desenredar estos procesos sincréticos, de emplear la etnografía recabada y el análisis de la misma para tratar de entender cómo el destinatario de estos proyectos de salud recibe la medicina híbrida; de argumentar los procesos de adaptación y descifrar sus mensajes, entendiendo que el conocimiento biomédico que se transmite en estos programas de cooperación se fusiona con las lógicas locales preexisten-

tes, pues el procesamiento de la información transmitida también depende de lo que a nivel local ya se conoce o se maneja.

Desde esta perspectiva se trata de aportar un análisis crítico sobre los proyectos y programas de salud desde la mirada antropológica, a partir de la experiencia entre los achuar de la Amazonía ecuatoriana. Se plantea una humilde reflexión dando cuenta de las disparidades y los desencuentros en salud intercultural que se ponen de manifiesto como resultado del flujo de ayuda internacional que en algunos años se ha dado –que en determinados contextos y en el ámbito de la salud ha sido masivo, en ocasiones con poco control–, y que pone de manifiesto aspectos relevantes a considerar en ese reclamado diálogo intercultural. Este trabajo pretende también dar cuenta de la dificultad de llevar a cabo, y poner en práctica con un mínimo de continuidad, las propuestas teóricas (y retóricas) enmarcadas en el ámbito de la salud intercultural, no exentas de conflictos y de resistencias por parte de este tipo de grupos con fortalezas comunitarias. A partir de esta realidad construida e ineludible, se rescata la sugerencia de J. A. Flores (2011) de la interculturalidad en salud como una necesidad técnica y de eficacia. Una sugerencia que es además el estímulo para seguir trabajando con esta apuesta, ya que también los profesionales sanitarios activistas participan de este proceso, llevando si cabe un bagaje un tanto aproximado a lo que se considera debe ser la interculturalidad: es la experiencia la que permite detectar las limitaciones propias de los procesos entre diferentes.

Más allá de las propuestas de interculturalidad

Uno de los descuidos que se detecta en el proyecto de cooperación al desarrollo de promoción de la salud explorado por mí, y que la organización española en la que colaboro lleva a cabo con población achuar ecuatoriana, ha sido limitar y restringir su marco de actuación a la población achuar de la provincia de Morona Santiago (Ecuador), donde esta población es minoritaria, y dejar relegada la población achuar de la provincia contigua de Pastaza.

Figura 1
 Mapa de situación y ubicación geográfica



Este tipo de actuación se hace más difícil de entender cuando la contraparte local (Fundación Salesiana) con la que trabaja la organización española dirige sus proyectos a la población achuar ecuatoriana de ambas provincias, con un fuerte impulso en la provincia de Pastaza por el mayor número de población. El departamento de salud intercultural de dicha provincia funciona con mucha iniciativa, trabaja con mucho estímulo e impulsa muchas de las estrategias que se llevan proponiendo desde los diferentes foros sociales. Considero relevante señalar que, en

los acercamientos al departamento de salud intercultural de Pastaza se detecta una gran sensibilidad y acercamiento a la realidad achuar, lo cual pueda justificar en parte una mayor exigencia en términos generales a las organizaciones que se acercan a este territorio. En este sentido, los técnicos y agentes de desarrollo reparan sobre la necesidad de incluir a la población achuar de la provincia de Pastaza en sus proyectos, también para beneficiarse de los privilegios y esfuerzos que el servicio de salud intercultural de la provincia de Pastaza viene realizando con los pueblos originarios.

La revisión histórica quizás contribuya a conocer los puntos de vista y de partida de cada uno de los actores implicados en el proceso de investigación. Los achuar fueron invitados en 1975 por los shuar –sus enemigos hereditarios– y sus asesores salesianos –con quienes mantienen relaciones de aculturación desde hace más tiempo– a integrarse en la federación que estos habían constituido en 1964 (Descola, 1996, p. 43). La Federación de Centros Shuar en los años de 1970 adquirió una dimensión considerable, ya que contaba entre sus afiliados con la casi totalidad de los shuar no protestantes de Ecuador. Al mismo tiempo que los misioneros intentaron convertir a los achuar, también los apoyaron en la defensa de su territorio frente a los peligros externos, según refieren los propios misioneros. Esta defensa se materializó en la creación de la organización FICSHA (Federación Interprovincial de Centros Shuar y Achuar), que agrupaba a los shuar y achuar. En los años de 1990 –coincidiendo con el auge de proyectos de cooperación al desarrollo y con el florecimiento de las ONG–, por la necesidad de ser reconocidos como pueblo y nacionalidad, los achuar deciden formar su propia organización, y surge la OINAE (Organización Interprovincial de la Nacionalidad Achuar del Ecuador)⁴. En abril del 2005 adopta el nombre definitivo de la NAE (Nacionalidad Achuar del Ecuador), cuya sede se ubica en

4 La OINAE fue reconocida legalmente el 5 de noviembre de 1993 por el Ministerio de Bienestar Social mediante el Acuerdo Ministerial No. 005821. En un principio la OINAE únicamente representaba a algunas asociaciones, pero poco a poco cada vez más se fueron afiliando a esta organización. La NAE fue legalizada mediante el Acuerdo Ejecutivo No. 55 del CODENPE, firmado el 7 de junio de 2005.

Puyo, capital de la provincia de Pastaza. En 1996 nace la fundación religiosa que ubica su sede en Macas, a pocos kilómetros de la sede de la federación shuar ubicada en Sucia; por otro lado cabe señalar que gran parte de la población achuar de la provincia Pastaza es evangélica.

Hablamos de una minoría indígena, el pueblo achuar, que según las últimas fuentes de la NAE cuenta con unos 6 000 habitantes diseminados en ambas provincias ecuatorianas; un territorio similar al de Suiza, lo que pone de manifiesto las dificultades de aproximación y de comunicación hacia el mismo. Aunque el proyecto se dirigía también a población achuar, inicialmente se llevó a cabo en el cantón Morona, con población mayoritariamente shuar. Según los propios técnicos señalan, fue la saturación de proyectos en la ciudad de Macas, el interés de los agentes de desarrollo por “entrar”⁵ en la selva, y el atractivo de dicha intervención en una zona menos explorada por las ONG, lo que desencadenó que se traspasara la cordillera del Kutucú.

Los desacuerdos entre nacionalidades indígenas, creencias religiosas y limitaciones geográficas no impiden a diferentes ONG, sobre todo europeas, trabajar en el territorio y con la misma contraparte local para abordar proyectos “similares”, lo que no supone interrelación y comunicación entre ellas, principios necesarios entre otros, que la bibliografía ha ido señalando para una adecuada interculturalidad. Los intereses particulares de las organizaciones también son un freno para la efectiva interacción y convivencia intercultural. En el terreno se evidencia aquello que los técnicos señalaban encontrar en las oficinas de casa: “poca información, menos detalles y ninguna explicación”, “todo se llena con silencios”; se limitan a mostrar las líneas generales del proyecto, cuidándose de que el plagio no cayera sobre ellos.

5 Se utilizan las categorías “dentro” y “fuera” –expresiones a su vez empleadas por la gente local– haciendo referencia al espacio respecto del límite de selva propiamente dicha, marcado por la difícilmente penetrable vegetación. Es decir, cuando se traspasa la cordillera Kutucú –lo que implica un traslado en avioneta– nos adentramos en la selva, y al salir de este territorio nos encontramos fuera. Esta frontera también delimita de alguna forma los territorios de los pueblos shuar y achuar.

En las dependencias del Ministerio de Salud de la provincia de Morona Santiago coinciden algunos técnicos de diferentes organizaciones; apenas intercambian algunos saludos, pareciera que están forzados a relatar algunas líneas sobre el estado de cada uno de los proyectos en los que participan en un tono de voz casi imperceptible, y cuando se planteaban las futuras propuestas apenas hay intervenciones. Varias organizaciones trabajan en el ámbito de la salud, tratando de mejorar las condiciones sociosanitarias y los indicadores de morbi-mortalidad, con planteamientos distantes entre ellos y con resultados visibles mientras la organización permanece en el terreno.

La población receptora de estos proyectos –en este caso el pueblo achuar–, como fuente de información y de gran valía, construye sus propios significados desde su realidad, desde su conocimiento, y a partir de ahí se anuncia. Manifiesta desconocer las propuestas que quieren realizarse en su territorio refiere que no se les informa sobre los proyectos ya llevados a cabo; saben de ellos cuando se ponen en práctica sobre el terreno, y entonces entienden y relacionan las visitas que recibieron de técnicos, de colonos acompañados por agentes locales o personas más o menos cercanas a la comunidad. Si bien la NAE, como mecanismo de resistencia, trata de controlar esta información, así como el acceso a su territorio, se aprecia cierta distancia entre los representantes de ésta y otras instituciones con los locales; ellos también saben que el conocimiento es poder, y no se deshacen de él fácilmente.

Son varios los proyectos ya iniciados en este territorio sobre la gestión de residuos, quedando letrinas abandonadas; sobre canalización de aguas, quedando grandes estanques de agua paralizados. Por ello la población empieza a sentirse saturada con tanto proyecto. Incluso en algunas comunidades más alejadas prefieren no recibir este tipo de ayudas si se trata de algo que no han pedido o no “saben” utilizar.

En el mismo sentido lo señala J. López (2012, p. 15): “si en el pasado cercano, el proyecto de desarrollo siempre venía acompañado de receptividad positiva, hoy comenzamos a encontrar expresiones locales de rechazo a proyectos que llegan”.

En términos del propio J. López, esta versión crítica local en relación con las ayudas a proyectos mal planificados, inoportunos y sin contar con el apoyo local, conlleva que quieran que el poder y la autoridad de los proyectos recaigan sobre ellos y no únicamente sobre las contrapartes locales. Mientras tanto realizan sus particulares peticiones bajo el formato de oficio, “descuidando” la perspectiva intercultural.

Los representantes locales persiguen la no dependencia con lo de fuera, por ello siguen auspiciando nuevas metas como es el aprendizaje en la elaboración de proyectos de desarrollo, y cursar estudios de inglés de cara al turismo, que lo plantean como otra opción de mercado, tal y como se viene desarrollando en la contigua provincia de Pastaza. Solicitan formación en estas dos áreas puesto que quieren manejar ellos mismos este tipo de relaciones, de intercambios, eliminando intermediarios, sin descartar las ayudas externas por parte de unas ONG que integraron como necesarias todavía.

Términos mágicos de la retórica de la cooperación al desarrollo: Formación, capacitación, empoderamiento

Una de las líneas de acción del proyecto de cooperación referido es la capacitación en medicina tradicional achuar y en medicina occidental, lo cual resulta revelador y significativo del sincretismo de dicho objetivo. Se trata de ofrecer de forma estable servicios de promoción de salud a la población, partiendo de las capacidades locales del personal comunitario y colaborando entre sí sin necesidad de intervención externa. Se busca dar los primeros pasos en el establecimiento de alianzas entre el personal comunitario de salud y el Ministerio de Salud. La distancia entre la parte teórica y su aplicación en el terreno responde a las dificultades, disparidades y desencuentros interculturales, reelaborando estrategias acomodaticias por parte de este personal de salud local, que por otro lado busca también conseguir ciertos privilegios a partir de dicha estrategia.

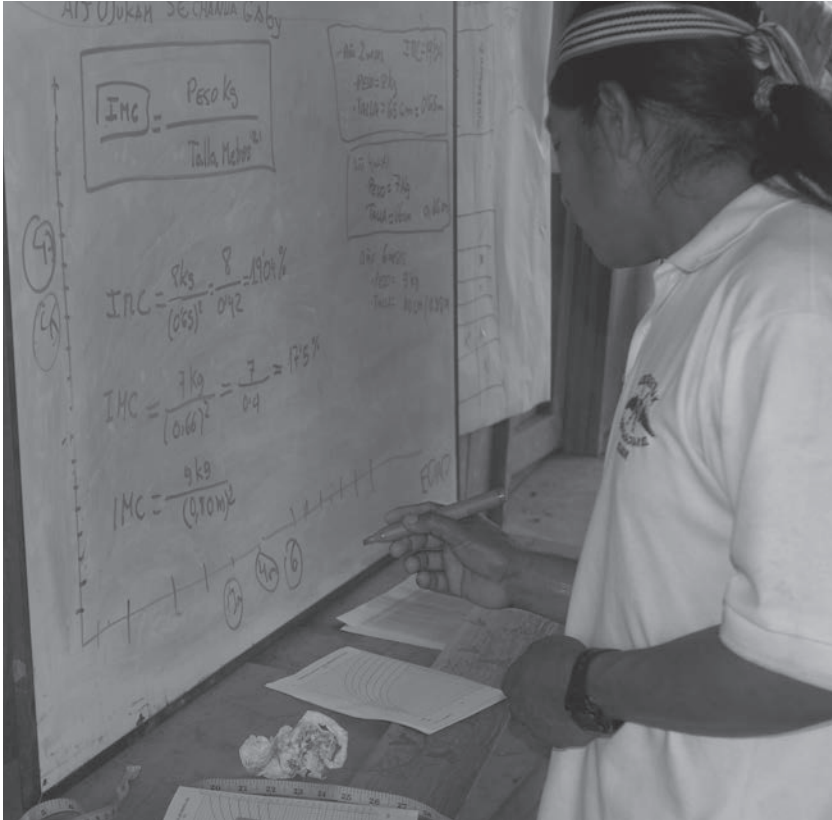
Capacitar es habilitar, adecuar en este caso al personal de salud local a las nociones, conocimientos, formas de trabajar y de entender el

proceso salud-enfermedad-atención según los cánones de la medicina occidental. La escasez de personal adecuadamente capacitado para ofertar una atención occidental integrada en su cultura, y la infrautilización de los servicios de salud existentes en la zona, justifican las capacitaciones de los promotores de salud como única salida a la falta de personal más técnico que quiera atender los problemas de salud de estas áreas. Se tratan de capacitaciones en torno a cuestiones biomédicas: tuberculosis, índice de masa corporal, botiquines comunitarios, sobre actividades médico-preventivas, así como en gestión y prescripción de fármacos.

El Índice de Masa Corporal (IMC) es una de las medidas antropométricas que se utiliza de forma sistemática desde la década de 1980, cuando la obesidad se convirtió en un problema epidemiológico importante en la población occidental. A través de una sencilla fórmula matemática, el IMC es un indicador sencillo de utilizar que permite hacer una evaluación sobre el estado nutricional de una persona con solo conocer su peso y altura, siendo en la actualidad una de las formas más utilizadas para diagnosticar tanto bajo peso, como desnutrición u obesidad. Una de las estrategias que se han planteado ha sido contribuir en la mejora de la situación de desnutrición crónica de los/as niños/as, por lo que se considera necesaria la capacitación en este ámbito para facilitar el diagnóstico precoz. Si tenemos en cuenta que los baremos sólo son válidos para pacientes con composiciones corporales medias, y que perderían su utilidad en personas muy musculadas –como es el caso de la población achuar–, así como en las edades extremas de la vida (niños y ancianos), no puede ser utilizado en todos los casos, de forma aislada para hacer un diagnóstico.

Al mismo tiempo, se trata de facultar a los promotores de salud en ciertas habilidades y destrezas, que en nuestro entorno biomédico requieren varios años de estudios y prácticas, pretendiendo que con algunos cursos rápidos desempeñen dichas tareas. Se descuidan y dejan así al margen las dificultades del idioma, de adaptación cultural, y de comprensión cultural, sin olvidar la tradición oral y ágrafa del pueblo achuar, donde la lógica de la escritura se ha incorporado recientemente.

Figura 2
Capacitación de los promotores de salud



La sensación que me dio es que están poco capacitados, es gente que no, poco capacitados para toda la responsabilidad que se les está dando en el sentido de la medicina occidental (IA23).

En términos de X. Albó (2004, p. 66) hablaríamos de una interculturalidad negativa que lleva a la asimilación de lo que es diferente, puesto que se precisa de un intercambio enriquecedor, un marco de proximidad y de afinidad entre ambas partes, las cuales deben mostrar disposición ante el aprendizaje.

El significado de la transmisión de la cultura profesional como aquella que el personal sanitario –sobre todo médicos y enfermeras– aprende y adquiere durante su proceso formativo en facultades universitarias, reforzada por la posición hegemónica en la que se encuentra la medicina, convierte a estas capacitaciones en un requisito imprescindible para poder “ejercer la medicina”. Se transmite la necesidad de esta formación, y por tanto la exigencia de la profesionalización de estos agentes de salud locales. Esto queda integrado y se reproduce en los discursos de los dirigentes locales, que lo articulan como requisito para incorporarse en el sistema sanitario del país, el cual no admite a estas figuras de salud dentro de su estructura al considerarlo personal no cualificado ¿Cuál es entonces el interés de estas capacitaciones?

Las capacitaciones que realiza el personal de salud occidental sobre medicina tradicional achuar para evitar su desaparición, junto con las actividades de sensibilización dirigidas a los estudiantes de enfermería ecuatorianos sobre la escasez de recursos humanos dispuestos a trabajar en contextos aislados como éste, responden a una supremacía deducida y adjudicada a los profesionales sanitarios europeos, que no dejan de ser muestras de descuidos y posturas etnocéntricas y neocolonialistas. Por otro lado, la capacitación del personal sanitario sobre aspectos de la medicina tradicional indígena y su forma de entender la salud pretende mejorar la calidad de atención de los servicios sanitarios, sobre los que hay numerosas quejas por parte de la población. También pone de manifiesto la utilización de la salud intercultural como solución a reivindicaciones diversas, y como presunta solución ante los elevados índices de morbi-mortalidad.

Como respuesta a la falta de personal “cualificado”, y en un descuido intercultural, se pretende que sean las figuras de salud locales quienes lleven a cabo este tipo de actividades desde las lógicas sanitarias del modelo biomédico, olvidando la enorme dificultad de traducción en su sentido más amplio que estos sanitarios locales encuentran al tratar de acoplarse a ritmos, prácticas y lógicas que desconocen y no reconocen. Algunos de los promotores de salud apenas se defienden a hablar en castellano, otros tienen dificultades para escribir, pero sigue siendo personal

capacitado también por parte del Ministerio, así como por parte de entidades privadas con el esquema del modelo biomédico como referencia que reitera la necesidad de dejar registrado todo lo que se hace. En la jerga biomédica se sabe que “lo que no se registra, no está hecho”. ¿Qué peso específico tiene la carga cultural, los conocimientos y saberes de estos agentes de salud? Si consideramos lo que ya planteaba G. Fernández (2004, p. 10) respecto de que todo planteamiento intercultural debe partir del respeto mutuo y del diálogo permanente a partir del reconocimiento de la valía de lo que el otro puede ofrecer, se aprecia aquí la retórica del discurso intercultural y su dificultad para aplicarlo en el terreno.

Las capacitaciones relativas a las formas de registro, acerca del mapeo y la identificación de las comunidades y de los recursos, se consideran de gran valor para futuras intervenciones en el ámbito de la salud pública, lo que se engloba dentro del análisis de situación. En este sentido se considera fundamental la presencia del personal local para la localización de familias y comunidades: “De ley le necesitamos, conoce las familias, los nombre, conoce a todos” (IC 40), “Con el censo vemos la necesidad de vacunas que tenemos” (IC 33). Con la presencia del personal de salud local, todos los problemas de identificación y de transcripción quedan resueltos, pues conocen cada comunidad, a cada vecino, el número de hijos, etc.

El personal local encuentra en los agentes de desarrollo y en este tipo de estrategias cierta intimidación y una amenaza. Conseguir que compartan sus datos, sus conocimientos, su identidad, saben que les hace sentirse vulnerables. Esto se puede comprobar cuando en algunas comunidades se trata de hacer censos de población y los agentes de salud se demoran en presentar los registros realizados o excusan la asistencia para su realización; elaboran sus propias estrategias de protección de datos y mecanismos de resistencia. Incluso la propia población invierte el orden de los nombres y apellidos. El haber asignado nombres mestizos para una mejor identificación por la dificultad de transcripción y fonética, más que facilitar duplica los esfuerzos para una correcta identificación, y los registros dejan de ser fiables, pues en ocasiones la reproducción no es precisa, puesto que se basan en la fonética en castellano.

Estos procesos de capacitación con diferentes estrategias tratan de conseguir la hegemonía y el reconocimiento del modelo biomédico. En este sentido, como ya señalara J. López (2004, p. 156), el personal de salud local (promotores de salud) se ha utilizado como agentes de aculturación a pesar de haberlos querido presentar como intermediarios entre sistemas médicos. Así, las capacitaciones sobre prescripción farmacológica ha llevado al personal de salud a dejar constancia en los registros únicamente de aquellos pacientes que acuden al puesto de salud y a quienes se entregan fármacos. Las dificultades para inventariar por parte de los agentes de salud local a los pacientes atendidos, así como las intervenciones realizadas en diferentes plantillas, implica cuestionar la valía de dichos registros que las instituciones sanitarias y las agencias de cooperación exigen, así como la propia utilización de los mismos.

De acuerdo con E. Menéndez (2006, p. 59), se considera que este tipo de actividades pueden ser sumamente útiles, sobre todo si son aplicadas en términos específicos, si tienen un fuerte referente práctico y una continuidad. Ocurre que estas actividades se desarrollan dentro de procesos sumamente burocratizados que buscan cumplir objetivos y metas, caracterizados por la rapidez y por no desarrollar mecanismos evaluativos respecto de los procesos educativos/informativos desarrollados sobre el personal de salud. Con la finalización del proyecto, las capacitaciones quedan a cargo de organizaciones internacionales, asumiendo el Ministerio de Salud el mantenimiento de las infraestructuras y los recursos materiales. Además, las capacitaciones como procesos educativos tienen un enfoque correspondiente al periodo clásico, que consiste en transmitir información con una intención preceptiva, normativa, reglamentaria y unidireccional, que entiende a los profesionales de la salud como únicos poseedores de los conocimientos necesarios. Ésta a su vez será transmitida a la población, pero queda aún alejada de dicha conceptualización. En ocasiones se lanzan programas de formación de personal respecto de procesos que afectan negativamente a la población indígena, y que de golpe se interrumpen en función de problemas financieros o de modificaciones en las políticas de salud.

Por otro lado, desde el servicio de salud intercultural de la provincia de Pastaza, y con el apoyo del Hospital del Puyo, se han realizado capacitaciones dirigidas al personal sanitario, no exentas de dificultades y ritmos lentos, asegurando la disonancia y el conflicto, pues no es sencillo realizar este tipo de intervenciones interculturales en total armonía:

Lo que se pretende es capacitar al personal en la cosmovisión indígena, primero hemos empezado por el personal de la dirección, después jefes de servicio, para ellos es difícil porque han sido educados desde lo occidental y de que sólo eso es lo que vale y es complicado (IE 46).

Después tienes que estar preparado para escuchar de todo como decían... nos estamos ablandando, nos estamos sensibilizando, no es duda, es vergüenza, cómo yo médico puedo estar creyendo en este tipo de cosas y cayendo en hacer eso que no es mi competencia (IE 73).

Como señala J. Michaux (2004, p. 118), los desacuerdos entre los diferentes terapeutas que entran en acción en un contexto intercultural se producen porque ambos son incapaces de reconocer la competencia terapéutica del otro, en función de criterios que no son los de la cultura propia. El personal sanitario intenta valorar una práctica de orden simbólico a partir de criterios bio-fisiológicos, y la población interpreta las prácticas médicas en función de una eficacia simbólica que no tienen.

No se trata de incorporar e integrar prácticas y conocimientos propios de otros modelos de salud, de otras medicinas, sino de dejar espacio a cada una ellas con el mismo respeto que cada uno solicita hacia aquella que considera propia. El resultado del encuentro de distintos modelos de salud es más de competencia que de diálogo, y de hecho se constata que el número de pacientes que acuden a los puestos de salud es reducido, demandando en ocasiones transferencias aéreas para ir a visitar a otras figuras terapéuticas en las que depositan su confianza para resolver su problema. En el escenario estudiado esto no se permite, puesto que el uso de dichas infraestructuras está destinado únicamente para salir al hospital. En este sentido, J. A. Flores (2004, p. 196) señala la situación de fuerte competencia con la medicina tradicional, ya que en cuanto agentes de la biomedicina occidental se encuentran en una situación minoritaria y en franca desventaja.

“Los indígenas sólo quieren las avionetas para salir a ver al chamán”

El hospital de referencia para la población achuar estudiada, ubicada en la parroquia Huasaga del cantón Taisha, se encuentra en la ciudad que toma el nombre de este último. El acceso a este hospital es por vía aérea. Esta circunstancia hace que en la mayoría de las ocasiones, cuando el cuadro clínico según el modelo biomédico lo justifica y los pacientes “precisan” ser evacuados, sean dirigidos al Hospital de Macas. Las avionetas que salen desde esta ciudad son las que están gestionadas por la aerolínea salesiana Aerosentza.

A través de la radio, el personal del hangar, el médico u otros en ausencia de éste, recibe la solicitud de ambulancia aérea por parte del personal de salud. Éste es también el momento para intercambiar información sobre la evolución de aquellos pacientes que se considera no precisan ser evacuados. Incluso el personal local puede recibir asesoramiento sobre determinadas actuaciones puntuales, e información sobre la llegada de pacientes una vez han sido dados de alta desde alguno de los hospitales.

Las evacuaciones de pacientes sólo pueden ser autorizadas por alguno de los médicos de pista, que recibirán la solicitud del personal sanitario que trabaja en el interior. Al no haber ningún otro profesional, en la mayoría de las ocasiones son los auxiliares de enfermería, como figuras reconocidas por el Ministerio de Salud, los encargados de hacer estas peticiones, a pesar de no tener el reconocimiento suficiente para asumir dicha responsabilidad. Se cuestiona su competencia, y así lo expresa uno de los auxiliares al solicitar la colaboración de una enfermera cooperante que llega al puesto de salud para ayudar en la campaña de vacunación:

Me colabore con la radio, no me escucha el doctor, ahora vino un doctor que es buena persona, de eso hablamos en Patukme, que no nos escuchan, pero si usted que es licenciada le dice al doctor sí va a escuchar (IA 71).

Figura 3

La radio (a), junto con las avionetas (b), son los medios de comunicación con el mundo de "afuera", también desde el punto de vista sanitario



En el caso de los promotores de salud, al no estar integrados en la estructura del Ministerio de Salud, deben dirigir sus peticiones a los auxiliares. En este sentido, cabe destacar que han sido los médicos de pista los encargados de las capacitaciones sobre evacuaciones y evaluaciones “médicas”.

Los médicos de pista son los orientadores de los promotores, en la provincia de Morona Santiago hay un médico de pista en Macas, y en la provincia de Pastaza hay dos médicos, también han participado en su capacitación..., después parece que no se valora el trabajo realizado por los promotores, porque no tiene ninguna repercusión en la evaluación de los pacientes para su evacuación por ejemplo, y cuando llaman los promotores por la emisora al médico de pista no se les tiene en cuenta (IC 33).

El techo de los promotores es cuando reporta a los enfermos, aunque se supervisen las capacitaciones por el ministerio (IC 43).

Se revela una total desconfianza por parte del personal biomédico de fuera hacia el personal de salud local de dentro; figuras principales en términos de salud frente a figuras permanentes en el terreno, y a los cuales se les pide todo tipo de exigencias que chocan con determinados parámetros que las mismas instituciones marcan (por ejemplo, el cumplimiento de horarios, la prescripción de fármacos, etc.).

Tanto el personal de salud, como los pacientes han aprendido parte del lenguaje biomédico, así como los diagnósticos, signos y síntomas de la medicina que trata de imponerse como hegemónica, y lo reconocen como necesario para poder tener acceso a la misma, sin conocer en ocasiones los significados de los mismos. La búsqueda de esos signos y síntomas se convierte en tarea necesaria. Saben qué es lo que da credibilidad al cuadro, y en ocasiones es lo que permite conseguir una ambulancia aérea o un tratamiento farmacológico. Así decía uno de los auxiliares al hablar por radio, incapaz de relatar el cuadro clínico en lenguaje biomédico:

La señora presenta –unos momentos de silencio, casi titubeando continua- ¿dolooooorrrr vaginal?, –se separa de la radio y pregunta: – ¿cómo dicen ustedes, cómo digo...qué síntomas? (IA 71).

Utilizar de forma adecuada nuestras valoraciones, nuestros diagnósticos, asegura la puerta de entrada a nuestro sistema de salud.

En el mismo puesto de salud, la misma tarde que llega la enfermera de apoyo para la campaña de vacunación, el auxiliar solicita que le acompañe para ver un paciente, a pesar de ser media tarde, tener que vadear el río por la tarabita y caminar por barro y lodo algo más de media hora. No trata de explicar nada, quizás sepa que las dificultades idiomáticas, las limitaciones de una y otra parte sean suficientes trabas para demorar más la visita. El paciente presenta una herida postquirúrgica abierta, la cual le hace moverse con dificultad; pasa mucho tiempo posturado en el *peak* (cama achuar), y el gesto de dolor está presente en su cara y en la de su mujer. Se ha solicitado en varias ocasiones y de forma fallida una ambulancia aérea. Tras la valoración del paciente por parte del profesional de enfermería, se considera necesaria la evacuación del paciente. A la mañana siguiente se comunica con el médico de pista y se solicita la ambulancia. El paciente es evacuado ese mismo día. La enfermera cree que ha hecho lo que tenía que hacer, pero tiene sentimientos contradictorios, no se siente bien.

La traslación, la mudanza de los signos de una enfermedad que este personal de salud local debe incorporar y utilizar para comunicarse por radio, muestra la poca o ninguna sensibilidad especial a favor de la diversidad cultural del paciente. Considerar los modos de expresar la enfermedad, así como la narrativa del paciente, y en este caso de los profesionales de salud locales, sin duda resulta relevante para la toma de decisiones, para establecer diagnósticos y pronósticos, y para mejorar la eficacia terapéutica.

El uso que por parte de la población achuar se da a estas ambulancias aéreas no sólo es cuestionado, sino que se considera que exclusivamente debe hacerse por motivos médicos justificados. ¿Dónde se establece el límite para evacuar o mantener una postura expectante ante un paciente, qué es valorado por auxiliares de enfermería a falta de otro personal “cualificado”?

Si avanzamos en la exposición de motivos para el correcto empleo de las avionetas, y ante una situación de posible enfermedad para la

población achuar, nos encontramos que en la provincia Morona Santiago sólo se permite la evacuación de pacientes que vayan a ser tratados en uno de los hospitales de referencia. De nuevo las contradicciones aparecen al tratar de entender y justificar algunas de las actuaciones encontradas. ¿Por qué a tan sólo unos kilómetros, en la provincia de Pastaza, la población achuar no puede ser evacuada para visitar al chamán, si ellos consideran que resolverá su problema de salud? ¿Este tipo de comportamientos tambalean los cimientos de una medicina que se supone hegemónica? ¿Teme la medicina occidental perder hegemonía entre la población indígena? ¿O quizás no tenga toda la superioridad que se presume? ¿Son este tipo de actuaciones estrategias para tratar de implantar la medicina occidental?

En el caso de que sea la decisión del paciente o del personal de salud local la que valore la evacuación para ver al chamán, o salir del hospital por decisión del paciente en busca de otra alternativa terapéutica en la que confíe y con la que se encuentre más seguro, el paciente debe asumir los gastos de la avioneta, y pierden la posibilidad de regresar al hospital. Pierde también la transferencia aérea, es decir, que el vuelo de regreso a su comunidad correrá de su cuenta. Este gasto habitualmente lo asume el Ministerio de Salud en las evacuaciones justificadas médicamente, siempre y cuando sigan las pautas de la hospitalización, no pidan el alta hospitalaria, etc.; es decir, siempre que sigan los patrones del modelo biomédico. En este caso, no se contempla la solicitud de alta voluntaria para visitar a otro sanador, médico o especialista ritual. Es frecuente escuchar al personal del ministerio que “los indígenas solo quieren las avionetas para salir a ver al chamán”. ¿Cuál es el problema, cuál el trasfondo de este tipo de limitaciones, sea quien sea el que resuelva el problema de salud? ¿No parece más coherente que sea el propio chamán, o el que cura el mal de aire, quien resuelva a la comunidad achuar sus problemas de salud?

El encuentro con diversas opiniones al respecto deja una puerta abierta a la comprensión y el entendimiento de los comportamientos del otro:

El personal sanitario se recela que saquen a los pacientes para ir a ver al chamán, nos sentamos en una reunión todo muy formal... empezamos a conversar (IC43).

A mí me da igual si se curan con el chamán, con el cura o conmigo, yo quiero que estén sanos (IC40).

A modo de conclusión

La propuesta ideológica de la interculturalidad en el campo de la salud debe considerar al paciente –al Otro, al destinatario de los cuidados, de los programas de salud, de intervenciones del tipo que sean– como el centro de su atención, y dirigirse a él de forma dialógica, sincera y significativa, entendiendo la situación como un encuentro intersubjetivo, eje central del cuidado holístico.

La relación social entre diferentes modelos médicos y todo el arsenal terapéutico que conllevan, no está exenta de disonancias y dificultades que deben incorporarse como parte del proceso de salud-enfermedad-atención, explicitándolas para reconocer en ellas nuevas vías de entendimiento, sin obviar las diferencias y sin silenciar las manifestaciones de protesta que cada grupo social o modelo de salud haga reclamando su hegemonía.

Cualquier programa de salud, más bajo la etiqueta de intercultural, debe reconocer otras formas de enfermar y otras formas de curar, y otros usos de los espacios físicos donde se lleva a cabo la tarea terapéutica, ensalzando el papel protagónico del personal de salud local en las estrategias de atención curativa. Debe tener en cuenta que los participantes en un encuentro intercultural interactúan apoyándose en suposiciones culturales propias, que según M. Rizo (2009, p. 50) funcionan como pantallas perceptuales de los mensajes que intercambian. Siguiendo a esta autora, podemos apreciar que el mayor o menor consenso resultado de toda interacción dependerá, fundamentalmente, de la familiaridad de los participantes con los antecedentes de su interlocutor, es decir, del grado de conocimiento de uno con respecto del otro, las percepciones de las diferencias que los separan y la reciprocidad del propósito de la comunicación.

Esta interacción debe ayudarse de toda una gama de habilidades y competencias más allá de estrategias de uniformidad de criterios, evitando la confrontación y el diálogo que se hacen necesarios en todo tipo de encuentro entre culturas distantes y modelos de salud diferentes. El conflicto es parte de la salud intercultural, y se debiera partir de que no pueden realizarse intervenciones interculturales exclusivamente en armonía (Ramírez, 2006, p. 410). Junto con la competencia lingüística se sigue haciendo exigible la competencia cultural en proyectos de desarrollo y programas de salud (Abad, 2005, p. 96), para permitir entender y ajustar los significados al contexto.

La “competencia cultural” (*cultural competence*) se define como la integración compleja de conocimientos, actitudes y habilidades por parte de los profesionales y responsables políticos, que aumenta la comunicación entre culturas diferentes (*cross-cultural communication*) y las interacciones apropiadas/efectivas con los “otros”. Así queda recogido por la American Academy of Nursing. Es un concepto que aparece reiteradamente en la literatura biomédica, y que según A. Kleinman y P. Benson (2006) se ha convertido en un término de moda para clínicos e investigadores, sin poder definir este término de forma precisa. Esto nos invita a reflexionar sobre la retórica y la utilización de los términos de interculturalidad y competencia cultural entre otros, como parte de este tipo de procesos que sin duda precisan ser reinventados a partir de la reflexividad de los investigadores en el campo de la salud intercultural.

Se precisa de dosis elevadas de sinceridad, así como tratar de entender el significado de las acciones sociales no sólo como interculturales, sino también como intersubjetivas. Es decir, que se construyen reparando en el otro y en interacción con el otro, recordando que en este proceso el lenguaje y la forma de nombrar las cosas es fundamental. También como el proceso de aprendizaje a partir del conocimiento propio del discente, el cual queda transformado a partir de las nuevas relaciones interculturales que deberá ir abordando. Estas relaciones interculturales en el campo de la salud como relaciones interpersonales emergen como un proceso intersubjetivo entre los actores involucrados

en el proceso de salud-enfermedad-atención, no son relaciones individuales y por tanto subjetivas.

Bibliografía

- Abad González, Luisa (2005). El concepto de “competencia cultural” aplicado a los agentes y actores de cooperación con pueblos indígenas de América Latina. En: Víctor Bretón Solo de Zaldívar y Alberto López Bargados (Coords.), *Las ONG en la reflexión antropológica sobre el desarrollo y viceversa. Perspectivas africanas y latinoamericanas* (pp. 87-103). Sevilla: Fundación El Monte, FAAEE, ASANA.
- Albó Corrons, Xavier (2004). Interculturalidad y salud. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas* (pp. 65-75). Quito: Abya-Yala, Agencia BOLHISPANA, Universidad de Castilla-La Mancha.
- Calderón, Luis Fernando (2010). Seminario regional medicinas tradicionales, alternativas y complementarias en Ecuador. Proceso de Articulación en el Sistema de Salud Pública 2000-2012. En: Gerardo Fernández Juárez (Ed.), *Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir* (pp.53-65). Quito: Ministerio de Salud Pública
- Descola, Philippe (1996). *La selva culta. Simbolismo y praxis en la ecología de los achuar*. Ecuador: Abya-Yala.
- Fernández Juárez, Gerardo (2004). Presentación. La llama de Tintín. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas* (pp. 9-14). Quito: Abya-Yala, Agencia BOLHISPANA, Universidad de Castilla-La Mancha.
- _____ (2006). ‘Al hospital van los que mueren’. Desencuentros en salud intercultural en los Andes bolivianos. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 317-347). Quito: Abya-Yala, AEI, Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Fernández Juárez, Gerardo (Coord.) (2004). *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya-Yala, Agencia BOLHISPANA, de Castilla-La Mancha.
- _____ (2006). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Abya-Yala, AEI, Universidad de

- Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- _____ (2009). *Salud e interculturalidad en América Latina. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios*. Quito: Abya-Yala, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Fernández Juárez, Gerardo (Dir.) (2008). *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio*. Quito: Abya-Yala, AECl, Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Fernández Juárez, Gerardo (Ed.) (2010). *Salud, interculturalidad y derechos: claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir*. Quito: Abya-Yala, Ministerio de Salud Pública de Ecuador.
- Flores Martos, Juan Antonio (2004). Una etnografía del “año de provincias” y de “cuando no hay doctor”. Perspectivas de salud intercultural en Bolivia desde la biomedicina convencional. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas* (pp.181-213). Quito: Abya-Yala, Agencia BOLHISPANA, Universidad de Castilla-La Mancha.
- _____ (2011). Interculturalidad en salud y eficacia: algunas indicaciones de uso para OGNd con proyectos de salud en América Latina. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. En línea, consultado a 18 de enero de 2016. Disponible en: <http://nuevomundo.revues.org/61232>
- Gimeno Martín, Juan Carlos y Rincón Becerra, Claudia Patricia (Eds.) (2010). *Conocimientos del mundo. La diversidad epistémica en América Latina*. Madrid: Los Libros de la Catarata.
- Kleinman, Arthur y Benson, Peter (2006). Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine*, 3(10). DOI: 10.1371/journal.pmed.0030294
- Knipper, Michael (2006). El reto de la “medicina intercultural” y la historia de la “medicina tradicional” indígena contemporánea. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 413-433). Quito: Abya-Yala, AECl, Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III.
- _____ (2010). Más allá de lo indígena: salud e interculturalidad a nivel global. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(1), 94-102.

- López García, Julián (2004). Promotores rurales de salud en el Oriente de Guatemala. De la negociación a la desorientación ante capacitaciones médicas occidentales. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas* (pp. 153-169). Quito: Abya-Yala, Agencia BOLHISPANA, Universidad de Castilla-La Mancha.
- López García, Julián (Coord.) (2012). *Valoraciones locales/retos globales de la cooperación. Estudio de caso en Guatemala para comparar agendas de donantes y de Receptores*. Madrid: Fundación Carolina.
- López, Luis Enrique (2009). Interculturalidad, educación y política en América Latina: perspectivas desde el Sur. Pistas para una investigación comprometida y dialogal. (MS., Conferencia Magistral presentada en el X Congreso Nacional de Investigación Educativa). Boca del Río, Ver.: COMIE.
- Martínez Hernández, Ángel y Larrea Killinger, Cristina (2006). Antropología médica y políticas transnacionales. Tendencias globales y experiencias locales. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 22, 7-19.
- Martínez Mauri, Mónica y Larrea Killinger, Cristina (2010). *Antropología social, desarrollo y cooperación internacional. Introducción a los fundamentos básicos y debates actuales*. Barcelona: Editorial UOC.
- Mateos Cortés, Laura Selene (2010). *La migración transnacional del discurso intercultural: su incorporación, apropiación y resignificación por actores educativos en Veracruz, México*. Tesis de Doctorado en Antropología Social, Universidad de Granada, disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/5650/1/18893235.pdf>
- Menéndez, Eduardo (2006). Interculturalidad, diferencias y Antropología “at home”. Algunas cuestiones metodológicas. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 51-67). Quito: Abya-Yala, AECI, Universidad de Castilla-La Mancha – Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III.
- Michaux, Jacqueline (2004). Hacia un sistema intercultural de salud en Bolivia. De la tolerancia a la necesidad sentida. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas* (pp. 107-129). Quito: Abya-Yala, Agencia BOLHISPANA, Universidad de Castilla-La Mancha.
- Perdiguero, Enrique (2006). Una reflexión sobre el pluralismo médico. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp.

- 33-51). Quito: Abya-Yala, AECI, Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III.
- Picas Contreras, Joan (2001). *El papel de las Organizaciones No Gubernamentales y la crisis del desarrollo. Una crítica antropológica a las formas de cooperación*. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona. Facultad de Geografía e Historia.
- Ramírez Hita, Susana (2006). La interculturalidad sin todos sus agentes sociales. En: Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 405-413). Quito: Abya-Yala, AECI, Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III.
- ____ (2011). Ética y calidad en las investigaciones sociales en salud: Los desajustes de la realidad. *Acta bioethica*, 17(1), 61-71.
- ____ (2014). Salud, globalización e interculturalidad: una mirada antropológica a la situación de los pueblos indígenas de Sudamérica. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 19(10), 4061-4069.
- Rizo García, Marta (2009). Intersubjetividad y comunicación intercultural. Reflexiones desde la sociología fenomenológica como fuente científica histórica de la comunicología. *Perspectivas de la comunicación*, 2(2), 45-53.
- Rodríguez Cruz, Marta (2015). ¿Interculturalidad para todos? Políticas públicas y prácticas educativas en Ecuador. *Periferia*, 20(1), 110-148.
- Rojas, Rocío (2003). *Crece sanitos. Estrategias, metodologías e instrumentos para investigar y comprender la salud de los niños indígenas*. Washington: OPS.
- Soler García, Cristina, Caballero Segarra, Eva María y Nogués Pedregal, Antonio Miguel (Coords.) (2014). *Conservatorio sobre interculturalidad y desarrollo*. Elche: Cantera editorial.

Tablas estadísticas y cuerpos invadidos

Apuntes sobre el aborto en Bolivia y en Sudamérica

Patricia Vicente Martín

Introducción

Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) América Latina es la región con las mayores tasas de aborto inseguro, y Sudamérica registra los datos más elevados de la región¹. La producción bibliográfica sobre el tema es desigual en función de los países, y aún presentando deficiencias y lagunas, su volumen supera el espacio del que este capítulo se dispone. Por esto, el objetivo de este trabajo no es el desarrollo de un análisis sistemático, sino más bien el esbozo de los principales enfoques y de sus limitaciones.

Frente al énfasis cuantitativo de buena parte de las investigaciones desarrolladas hasta el momento, haré hincapié en lo cualitativo. Tal metodología, desprovista de tablas estadísticas y porcentajes, permitirá profundizar en las retóricas relativas a la percepción del proceso de aborto. La última parte está dedicada a la exposición de un estudio de caso etnográfico sobre las concepciones y experiencias del aborto entre mujeres quechuas de áreas rurales del sur de Potosí.

1 La OMS calcula para Sudamérica una tasa de 32 abortos por 1 000 mujeres entre los 15-44 años, respecto a los 29 estimados para América Central y los 18 para el Caribe. Por otro lado, el número de abortos inseguros por cada 100 nacidos vivos sería de 43 para Sudamérica y de 34 y 22 para América Central y el Caribe, respectivamente (WHO, 2011, p. 19).

Situación legal y acceso al aborto en Sudamérica

En cualquier estudio sobre el aborto resulta de mención obligatoria la situación y el tratamiento jurídico que éste recibe. Según Guillaume y Lerner (2009, p. 269-270)², el marco legal define las condiciones y consecuencias de su práctica, puesto que su penalización acentúa la vulnerabilidad de las mujeres y del personal que lo practica. Sin duda, las legislaciones punitivas –como las de Chile, El Salvador, Honduras, Nicaragua o República Dominicana– conducen no sólo a la clandestinidad, sino al recurso de procedimientos riesgosos, ya sea por la ausencia de los medios adecuados y/o por la falta de supervisión y atención especializada. Pero la exposición a prácticas inseguras, desde la óptica clínica, no se debe exclusivamente a la existencia de un marco punitivo; también a la (in)existencia de infraestructuras y personal cualificado, las barreras administrativas, el grado de conocimiento por parte de la población del marco legal y de los servicios existentes, etc. En definitiva, el grado de accesibilidad real, forma parte de unas coyunturas que también deben ser consideradas.

Como ya he mencionado anteriormente, el marco jurídico de Chile es sumamente restrictivo al no permitir la interrupción del embarazo en ningún supuesto. La ley 18826 –aprobada en agosto de 1989 y vigente desde el mes de septiembre del mismo año– modificó el artículo 119 del Código Sanitario que reconocía el aborto con fines terapéuticos con el siguiente enunciado: “no podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto”. De esta manera, Chile ilegalizó el aborto terapéutico –el cual había estado vigente desde 1931 hasta 1989–, y penaliza su práctica mediante los artículos 342, 343, 344 y 345 del Código Penal. A partir de la década de 1990 se sucedieron diversas propuestas legislativas para modificar el actual marco legislativo; en 2007 varios diputados socialistas presentaron un proyecto de ley para despenalizar la práctica durante

2 La obra de Guillaume y Lerner (2006) sigue constituyendo el abordaje más completo y exhaustivo sobre la cuestión. A pesar que comprende la revisión de los estudios publicados desde 1990 hasta el año 2005 sigue siendo una obra de referencia indispensable.

las primeras doce semanas en ciertas circunstancias, pero el proyecto ni siquiera pudo ser discutido en la Cámara por ser considerado inconstitucional (Salazar, 2009, pp. 58-59). En 2015, Michelle Bachelet inició un proyecto de despenalización del aborto “ante situaciones extremas en que la afectación de la dignidad y de los derechos de la mujer es tal que no puede sino garantizarse un espacio de discernimiento para ella”, que especifica –mediante el Mensaje N° 1230-362– tres causales bajo las cuales el aborto no sería una acción punible: 1) ante el peligro de la vida de la mujer embarazada; 2) si el embrión o feto padece una alteración estructural congénita o genéticamente incompatible con la vida extrauterina; 3) si el embarazo es producto de una violación.

La reciente reforma legislativa de Uruguay despenaliza el aborto y permite la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) durante las 12 primeras semanas de gestación; fuera de estos plazos sólo se podrá poner fin al embarazo: 1) cuando la gravidez implique un grave riesgo para la salud de la mujer; 2) cuando se verifique un proceso patológico que provoque malformaciones incompatibles con la vida extrauterina; 3) cuando fuera producto de una violación con la constancia de la denuncia judicial, dentro de las catorce semanas de gestación, tal y como queda recogido en la Ley 18.987 de interrupción voluntaria del embarazo.

El ordenamiento jurídico de los países restantes recoge diversos casos bajo los cuales el recurso al aborto no es una práctica condenable. Así por ejemplo, según el Art. 86 del Código Penal de Argentina el aborto “practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible: 1) si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios; 2) si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto”.

Por su parte, en Bolivia el aborto no es considerado delito “cuando hubiere sido consecuencia de un delito de violación, rapto no seguido de matrimonio, estupro o incesto”, siempre y cuando se haya iniciado

la acción penal correspondiente. Tampoco será punible cuando el aborto es la única alternativa “para salvar la vida o salud de la madre” según el Art. 266 del Código Penal del país.

El Art. 128 Código Penal de Brasil “no castiga el aborto practicado por un médico: 1) si no hay otro medio de salvar la vida de la gestante; 2) si el embarazo es fruto de la violación y el aborto es precedido por el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal si es incapaz”³.

En Colombia, mediante la sentencia C-355 –aprobada en 2006– se declaró que la prohibición total del aborto es inconstitucional, y cuando el embarazo es fruto de una relación incestuosa o de cualquier acto sexual sin consentimiento –incluida inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentida– no será considerado una conducta punible. Tampoco lo será cuando esté en riesgo la salud física o mental de la madre, o cuando el feto presente una grave malformación que haga inviable su vida.

Al respecto, la legislación ecuatoriana establece en el Art. 447 que “el aborto practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer o de su marido o familiares íntimos, cuando ella no estuviere en posibilidad de prestarlo, no será punible: 1) si se ha hecho para evitar un peligro para la vida o salud de la madre, y si este peligro no puede ser evitado por otros medios; 2) si el embarazo proviene de una violación o estupro cometido en una mujer idiota o demente. En este caso, para el aborto se requerirá el consentimiento del representante legal de la mujer.

En Paraguay, queda exento de responsabilidad si se justifica que el aborto fue realizado “con el propósito de salvar la vida de la mujer puesta en peligro por el embarazo o por el parto” tal y como indica el Art. 352 del Código Penal del país.

Por último, las condiciones del Código Penal peruano son sumamente restrictivas ignorando –al igual que en el caso paraguayo– el derecho al aborto ante un delito sexual. Se reconoce, solamente –según el Art. 119 del Código Penal–, el aborto no punible como aquel “practicado por

3 Traducción propia del original en portugués.

un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviere, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente”.

Resumiendo, la mayoría de las legislaciones sudamericanas (Fig. 1) –exceptuando el caso de Chile–, la mujer puede recurrir a la interrupción de su embarazo si su vida corre peligro. Algunos países extienden y amplían los supuestos en pos de la salvaguarda de la salud y no sólo la vida de la madre, y buena parte de las normas admiten también el acceso cuando el embarazo ha sido fruto de algún tipo de violencia o abuso sexual. Sólo Colombia admite el acceso al aborto si el feto presenta las malformaciones, además de precisar que tanto la dimensión física como la mental son consideradas en su definición de salud.

Figura 1
Tabla esquemática de la situación legal del aborto en Sudamérica

IVE	Restricciones causales		Penalizado en todas sus formas
Uruguay Guyana	Argentina Bolivia Brasil Colombia Ecuador	Paraguay Perú Surinam Venezuela	Chile

Pero una cosa es la ley y otra muy distinta la práctica, y en varios de estos países se presentan problemas de accesibilidad al aborto terapéutico y/o barreras judiciales y administrativas al ejercicio de estos supuestos. Una publicación reciente muestra cómo en Argentina existen un buen número de jurisdicciones sin protocolos para regular el acceso al aborto no punible⁴, y los de otras tantas son sumamente restrictivos⁵; además de

4 Como son el caso de las jurisdicciones de las provincias de Tucumán, Mendoza, San Luis, Santiago del Estero, San Juan, Catamarca, Corrientes y Formosa (ADC, 2015, pp. 17-28).

5 Según ADC (2015, pp. 32-52) las provincias de Salta, Córdoba, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Entre Ríos, Neuquén, Río Negro y Buenos Aires cuentan con protocolos restrictivos.

informar de varios casos en los cuales los poderes judiciales han obstruido el acceso a estos servicios (ADC, 2015). Por otro lado, en Perú se ha tardado casi un siglo en regular el acceso al aborto terapéutico mediante la Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119º del Código Penal, aprobada el 27 de junio de 2014 mediante la Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA. Ambas experiencias muestran cómo desde las propias instituciones gubernamentales no se garantiza la regulación y el acceso aun cuando quedan recogidos en las leyes.

Así, la CEDAW (Comité para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer) ha expuesto su preocupación a países como Bolivia por las dificultades de acceso al aborto legal (CEDAW, 2008, p. 42). La problemática residía (y reside) en la lentitud de las causas administrativas y judiciales, que –supuestamente– entorpecían los procesos, y que acaban por obligar a las mujeres a recurrir a prácticas clandestinas y potencialmente peligrosas (Paz, 2011 *cit. in* Dibbits y Pabón, 2012, p. 27). Siguiendo las reclamaciones de la CEDAW, así como las intensas voces del feminismo en Bolivia, el Tribunal Constitucional Plurinacional emitió en febrero de 2014 una sentencia que eliminaba el requisito de autorización judicial, el cual –y otra vez supuestamente– significaba una barrera administrativa y judicial para el acceso al aborto en los casos que permite la ley (Ipas, 19 de febrero de 2014). Un año después, los hospitales de Bolivia sólo habían realizado 13 abortos (Ipas, 11 de febrero de 2015). Por un lado resulta un dato ridículo, pero si se contrasta con el número de abortos legales que se han venido realizando desde 1973 –fecha en la cual se reguló en el código penal– el aumento es abismal, puesto que desde esa fecha se habían dado un máximo de cinco (Kimbal, 2010: 19 *cit. in* Dibbits y Pabón, 2012, p. 27).

Esta breve aproximación a los casos de Argentina, Perú y Bolivia muestra la distancia entre la norma y la práctica. Que los distintos códigos penales de la región no consideren la práctica del aborto como punible en varios supuestos no significa que se facilite y garantice su

acceso, puesto que en algunos casos o bien no existen regulaciones, o éstas son restrictivas, o existen un sinnúmero de barreras judiciales. Queda además otra consideración por hacer: los avances y retrocesos legales no siempre son conocidos por una población que generalmente se encuentra desinformada sobre las condiciones legales en las que se encuentra el aborto (Bohórquez, 2015, pp. 164-167; Dibbits y Pabón, 2012, p. 136; CMPFT, 2010, pp. 27-31; Guillaume y Lerner, 2006).

Aproximación a la problemática: tablas estadísticas y cuerpos invadidos

Diversos grupos, asociaciones e instituciones no gubernamentales en pos de la igualdad de género y los derechos humanos se han dedicado a la búsqueda de la despenalización del aborto, viendo en esta cuestión la oportunidad de promover tanto la igualdad de género —y avanzar con ello en materia de derechos humanos—, como el avance en materia de salud sexual y reproductiva, y la reducción de la mortalidad y morbilidad materna. Es considerado una de las causas principales de mortalidad y morbilidad materna, y por ende, un problema de salud pública. Esto ha generado una multiplicidad de estudios, una bibliografía casi inabarcable a pesar de que se carece de fuentes de datos adecuados y confiables (Guillaume y Lerner, 2006).

En este sentido, el subtítulo que recibe este epígrafe enuncia las dos cuestiones sobre las que reflexionaré a continuación. La razón de hablar de “tablas estadísticas” alude al énfasis cuantitativo que se impone en la mayoría de los estudios. Éstos son empleados en las campañas y debates en pos de la penalización, y a través de una reciente polémica a raíz de una investigación realizada en Colombia (Prada et al., 2011) buscaré ilustrar el contexto de producción de estas estimaciones. Tras esta revisión a lo cuantitativo corresponderá abordar las contribuciones de los estudios cualitativos, aproximación dedicada ya al contexto boliviano. Aquí los cuerpos de las mujeres aparecen como espacios “invadidos” donde las decisiones son tomadas por otros. Pretendiendo así exponer

otros enfoques alternativos que consideren la violencia infligida en unos cuerpos que no siempre deciden sobre la maternidad y el aborto.

Guillaume y Lerner (2009, pp. 269, 272) han mostrado cómo a pesar de la amplia literatura existente sobre el aborto su situación sigue insuficiente o parcialmente conocida. Por otra parte, la ilegalidad y las sanciones morales y sociales explican la falta de datos confiables. El gusto por conocer y medir la magnitud de esta práctica ha priorizado estudios cuantitativos sustentados en ese corpus de datos tan poco fiables, que provienen principalmente de estudios basados en el contexto hospitalario y encuestas realizadas a grupos poblacionales muy específicos (Rouzée, 2008a, 2008b; Rance, 2003; Aliaga y Machicano, 1995). El estudio de Prada et al. (2011) sirve de ejemplo de ese afán por cuantificar la incidencia del aborto inducido, y el cruce de críticas y réplicas intercambiados entre estas autoras y un grupo de médicos y epidemiólogos chilenos (Koch et al., 2012a, 2012b) sirve para reflexionar sobre la elaboración y el uso de este tipo de estimaciones.

A lo largo de 2009, Prada et al. (2011, p. 8) trabajaron con los responsables de 289 instituciones de salud sobre las condiciones y técnicas de aborto en Colombia. En un ejercicio de transparencia metodológica, las autoras reconocen las limitaciones de su estudio, y el uso de la región central como una referencia aproximativa para el oriente del país, puesto que ésta última no pudo ser cubierta por no contar con personal. A pesar de no haber abordado la totalidad del país, la metodología empleada —denominada *Abortion Incidence Complications Methods* (AICM)— se sustentaba en un muestreo muy amplio; además, la AICM se trata de una herramienta de análisis que desde hace varias décadas cuenta con el reconocimiento de diversas organizaciones internacionales como la OMS (Bankole y Singh, 2012, p. 554). Estas técnicas estimativas se suelen basar en los datos de egresos de hospitalarios, pero el caso colombiano no los pudo facilitar —o mejor dicho, los ofrecidos no se tuvieron en cuenta—. Tras la descentralización y reforma del sistema de salud de Colombia en 1993 (Bankole y Singh, 2012, p. 555), los datos oficiales de egresos hospitalarios no se consideraron útiles, lo que hizo a las autoras recurrir a la encuesta de IPS (Instituciones Prestadoras de Salud) para

obtener los casos de complicaciones posaborto. Aquí radica la primera abstracción y el primer número “ficticio” del estudio; mediante una entrevista sobre las características de la institución, los servicios prestados y los procedimientos empleados para tratar complicaciones se obtienen datos para dos periodos de referencia (el mes pasado y un mes tipo) que son promediados y multiplicados por 12 para calcular la estimación anual. Este número incluye cualquier complicación posaborto –ya sea espontáneo o inducido–, por lo tanto sobre esta cifra se debe estimar el número de mujeres que recibieron tratamiento por complicaciones posaborto espontáneo tardío (aquellos acaecidos entre 13-21 semanas de embarazo). Las autoras asumen que la razón de mujeres que reciben dicha atención equivale a la proporción de los partos en una IPS. Así, se estimó que el número de complicaciones posaborto atendidas era de 115 000, de las cuales 22 000 fueron pérdidas espontáneas, quedando un total de 93 000 de complicaciones posaborto inducidos atendidas en Colombia. La segunda fase consistió en el cálculo de un factor multiplicador –o factor de ajuste– que considerase a aquellas mujeres que, habiéndoseles inducido un aborto, no recibieron atención por no ser atendidas o por no necesitarlo. Mediante una encuesta a expertos se calculó un factor multiplicador de 4.29, ya que se consideró que sólo el 23% de las mujeres, que habiéndose inducido un aborto, reciben atención en una IPS (Prada et al., 2011, p. 12). Así se llega a la estimación de 400 400 abortos anuales practicados en Colombia durante el año de 2008.

Frente a este estudio, Koch et al. (2012a, p. 360) consideran que la estimación de 400 400 abortos es una cifra abultada y desprovista de “datos objetivos basados en hechos vitales reales”, y que “toda la estimación se basa en números imaginarios subyacentes de opiniones”. Es más, cifran que la investigación del Institute Guttmacher ha sobrestimado en más de 9 las complicaciones hospitalarias por aborto inducido y en más de 18 el número total de abortos. Los autores proponen el uso de otros métodos e indicadores demográficos para calcular de una manera más precisa el número de abortos inducidos.

La alternativa metodológica de Koch et al. (2012a, p. 365) presume de ser un método de ajuste epidemiológico indirecto, pero más fia-

ble, basado en las probabilidades biológicas de concepción, embarazo y pérdida espontánea, las cuales los investigadores asumen que son similares en todas las poblaciones. Entonces, para llegar a la cifra estimativa de abortos se emplean: 1) el registro de nacidos vivos en Colombia, cifra proporcionada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística; 2) dado que en Colombia las razones de egresos hospitalarios no son datos fiables los investigadores optan por extrapolar las observadas en Chile. Con estos datos, y tomando la investigación de Wilcox, Weinberg y Baird (1995) sobre las probabilidades máximas de concepciones viables, los autores llegan a un número inferior de abortos inducidos, reduciendo la incidencia del fenómeno. Mediante la cifra de los nacidos vivos en Colombia y los índices de probabilidad biológica del estudio de Wilcox, Weinberg y Baird (1995) se pueden calcular las pérdidas espontáneas; tras un juego matemático –en el que se toman como referencia estos índices de probabilidad biológica y la extrapolación de los egresos hospitalarios de Chile, junto al dato de los nacidos vivos e Colombia–, se llega a una estimación de 10 270 abortos inducidos. La alternativa propuesta por Koch et al. (2012a, 2012b) –que presume de ser más fiable– descansa en datos extrapolados y en índices de probabilidad biológica observados en otras poblaciones. Los autores consideran válida esta traslación de cifras, pero asumir que ambas poblaciones poseen situaciones y comportamientos tan similares como para predecir y cuantificar lo que no se conoce de una mediante las constancias de la otra, es una proposición demasiado generosa. Tal como indican Singh y Bankole (2012, p. 7) en su réplica, Chile posee casi el doble de camas de hospital por cada 10 000 habitantes con respecto a Colombia. Además, y teniendo en cuenta la completa penalización a la que está sometido el aborto en Chile, los egresos por complicaciones posaborto son datos que deberían invitar a un uso de los datos desde la duda y la prudencia. Las extrapolaciones no acaban aquí, puesto que el estudio de Wilcox, Weinberg y Baird (1995) empleado para calcular la probabilidad biológica se realizó en Estados Unidos entre 1982 y 1985 con un grupo de 221 mujeres sanas donde se excluyeron deliberadamente aquellas con enfermedades crónicas.

Aunque las dos investigaciones reconocen sus limitaciones y el carácter estimativo de sus cifras, ambas intercambiaron diversas críticas en defensa de su metodología, de sus números, y en definitiva de su propio posicionamiento sobre la cuestión. Esos números “ficticios”, obtenidos ya sea pactando factores multiplicadores o extrapolando datos de otras poblaciones, son los protagonistas de muchos de los debates sobre el aborto. A ellos se aferran las diferentes posturas que participan en un debate un tanto polarizado, y que reaparece esporádicamente en los medios. Por otro lado, resulta hasta paradójico que estudios como los de Prada et al. (2011) y Koch et al. (2012a, 2012b) no recojan ni una entrevista con una mujer que haya pasado por el proceso que intentan cuantificar.

A propósito de la mortalidad infantil en Brasil, Scheper-Hughes (2000) acuñó el concepto de “demografía sin números” como crítica a las estadísticas sobre el tema; los registros públicos no son fuentes de información pura, exactas u objetivas, ni neutrales políticamente. Para cuantificar el aborto inducido la fuente más empleada es el registro hospitalario, el cual en países donde está considerado como una práctica ilegal es poco confiable y poco preciso, puesto que generalmente en ellos se tiende a sobrerregistrar los abortos espontáneos y no especificados (Llovet y Ramos, 2001, p. 292). Por ejemplo, en la red de hospitales de Bolivia es común que las mujeres ingresen padeciendo una “Hemorragia de la Primera Mitad del Embarazo”, término empleado desde 1999 para no nombrar de manera directa la atención de abortos en curso o abortos inducidos (Arévalo et al., 2011, p. 5). Cuando el registro es deficiente –y como bien indica Scheper-Hughes (2000, p. 273)– se requiere “cruzar los datos oficiales con la tradición oral”, lo que para el caso de la mortalidad infantil

Significaba confiar en las memorias e informes propios de las mujeres de las barriadas de chabolas en tanto que madres, sanadoras tradicionales, figuras religiosas y comadronas. Esto significaba, en primer lugar, dejar la oficina del registro para caminar a lo largo y ancho de los pobres *bairros*, *bidonvilles* y aldeas rurales del Brasil con el fin de seguir embarazos, nacimientos y enfermedades –con sus tratamientos médicos y sus curaciones culturales–, así como la muerte prematura de bebés y niños (Scheper-Hughes, 2000, p. 273).

Corresponde entonces dejar –en parte– las áreas de ginecología y obstetricia donde ingresan las mujeres con complicaciones posaborto, y recorrer las ciudades, zonas periurbanas y rurales donde transcurre la cotidianidad de las mujeres. Interesarse por sus vidas reproductivas, el inicio de sus relaciones sexuales, el número de embarazos, la reacción ante éstos, etc. Además, los trabajos desarrollados en el ámbito hospitalario –y por ende, en el mundo urbano– llevan implícito un sesgo: allí acuden las mujeres que presentan complicaciones por aborto incompleto, hemorragias u infecciones derivadas de una práctica riesgosa y antiséptica. Pero el contexto de ilegalidad y clandestinidad no conduce necesariamente a prácticas inseguras. Desde la década de 1990 –y presumiblemente antes– clínicas ginecológicas y personal médico capacitado han practicado abortos completamente seguros, como los llevados a cabo en el estudio de caso expuesto por Heimbürger, Strickler y Rodríguez (2001). El perfil de la usuaria de esta clínica correspondería a mujeres con cierto poder adquisitivo y un alto nivel de instrucción, mayoritariamente mujeres jóvenes no casadas que no usaban métodos anticonceptivos “modernos”, y que acudieron solas a la clínica⁶ (Heimbürger, Strickler y Rodríguez, 2001).

Tras estas anotaciones es pertinente llegar a esos “cuerpos invadidos”, y para ello me serviré de dos investigaciones realizadas en el contexto boliviano. Una de ellas se desarrolló en la ciudad de El Alto, donde “se perfiló una situación muy diferente al ideal feminista del aborto como manifestación del derecho a decidir de las mujeres sobre sus propios cuerpos y embarazos” (Rance, 2009, p. 56). De las 17 entrevistas realizadas que reportaron un total de 29 abortos, sólo cuatro⁷ fueron decididos por la mujer; el aborto realizado por decisión autónoma de la mujer es como “una ajuga en un pajar”. Y ese pajar es “un montón de narraciones sobre abortos decididos por otros, obligados, sacados a golpes o dejados en la ambivalencia como pérdidas del embarazo con mayor

6 Durante las seis semanas de observación nunca se registró a ninguna mujer acompañada por un hombre (Heimbürger, Strickler y Rodríguez, 2001, p. 26).

7 Tres de estos cuatro abortos decididos voluntariamente fueron practicados por la misma mujer, es decir, de las 17 mujeres sólo dos decidieron sobre embarazo.

o menor involucramiento, aceptación u ocultamiento por parte de la mujer”. Este mismo “pajar” es el que aparece retratado en las narrativas recogidas por Aliaga et al. (2011) en Cochabamba, El Alto, La Paz, Santa Cruz y Sucre, que dejan testimonios como los siguientes:

Mi mamá llevó a hacerme una prueba de embarazo y salió positivo. Me dijo “lo vas a abortar sí o sí”. Yo le dije “¿por qué mami?” “Porque si no ¿qué va a decir la gente, mis parientes, mis colegas?” Me puse a llorar, le avisé a mi novio y él me dijo “no abortes, te voy a apoyar”. Fuimos al centro de salud y la doctora me dijo “para que no te duela mucho, tomá estas pastillas”. Le dije que prefería no tomar. Él se puso contento, me volví a escapar de casa pero regresé y mi papá me dijo “tienes que abortar”. Y entonces aborté (Aliaga et al. 2011, p. 21).

A mí me han obligado. He abortado de 4 meses. No me han dejado ver, no lo he visto. Me ha llevado a un lugar. Yo había hablado con el doctor. “Espérame en la camilla” me ha dicho y yo me he sentado esperando sobre la camilla, asustada ¿no? De repente ha venido, un puñetazo me ha dado y ya no recuerdo. El doctor me había puesto inyección y me ha hecho dormir. Al levantarme, todo me giraba. Decía “¿qué ha pasado? ¿Qué me has hecho?” (Aliaga et al., 2011, p. 10).

Unas deciden no continuar con su embarazo ejerciendo una toma de decisión sobre su propio cuerpo y decidiendo sobre la maternidad, pero las narrativas más frecuentes parecen ser esas en las que se aprecia cómo son otros los que deciden y mandan sobre el embarazo, invadiendo su cuerpo, llevándolas a abortar por la fuerza incluso. Este escenario requiere de miradas más atentas que consideren el cuerpo de la mujer como un escenario donde otros disputan y eligen si continuar con el embarazo es lo apropiado o no.

“A veces caen, a veces antojan”. Notas sobre el malparto o aborto en áreas rurales del altiplano boliviano

El aborto y la naturaleza del feto padecen el típico axioma de la antropología, que establece que tal concepto o proceso es un constructo cultural. Lo que no resulta tan evidente es la inviabilidad de ciertos conceptos, o lo pertinente que pueden ser algunas preguntas a razón de

su estudio. Aquí entonces, se torna muy pertinente recordar lo señalado por Llovet y Ramos (2001, p. 287): que lo que aún no ha provocado la suficiente atención es precisamente “la evidencia etnográfica sobre las disímiles percepciones y experiencias del aborto entre las mujeres”. Los mismos autores han destacado que en estas investigaciones es frecuente enfatizar la lógica individual como el motor principal del proceso de decisión que conduce a poner fin al embarazo. Esto se puede observar en la propia investigación de Guillaume y Lerner (2006, 2009), dedicada exclusivamente al aborto inducido, y también en otras tantas investigaciones que contemplan el aborto como un derecho al cual la mujer acude de forma deliberada. Al respecto, los resultados de la investigación de Rance (2009) son muy claros: el aborto –realizado por decisión autónoma de la mujer– es como “una ajuga en un pajar”.

Así mismo, la etnicidad –al igual que otros factores– conlleva que las mujeres pasen por la experiencia de un aborto de manera diferente⁸. Y que desde una ontología sensiblemente dispar a la propuesta por el pensamiento occidental, las preocupaciones cambien. Así, las próximas páginas estarán dedicadas al intento de desenmarañar ese axioma típico, exponiendo para ello las concepciones que los pueblos andinos tienen sobre el aborto, llamado por estos malparto, fracaso o arrojito. Para ello, recurriré tanto a los datos preliminares derivados de una investigación etnográfica en curso en una comunidad del sur de Potosí (Santiago, Nor Lipez, Potosí, Bolivia), como al uso de todas aquellas referencias etnográficas del área andina relevantes para abordar la cuestión.

A modo de un breve estado del arte, merece la pena destacar la importancia de los estudios sobre salud materna o salud sexual reproductiva que –generalmente gracias a su enfoque intercultural– aportan información sobre esta práctica. Como bien subrayan Dibbits y Pabón (2012, p. 71), los estudios sobre cosmovisión y rituales agrícolas también aportan referencias, aunque están puedan resultar escuetas e indirectas.

8 Merece ser destacada la originalidad de la obra de Idoyaga (1999) por ser una de las escasas contribuciones acerca de las concepciones y prácticas indígenas sobre el aborto, en este caso sobre varios grupos del Chaco argentino.

Es precisamente la ya citada obra de estas autoras la única monografía dedicada a las concepciones andinas del aborto o malparto⁹. Así mismo, los estudios de Morgan (1997) y Platt (2001) son de capital importancia.

En estas páginas emplearé el término malparto –por ser el usado por las mujeres de Santiago, así como por aparecer en casi toda la región andina– como sinónimo de aborto, sin necesidad de adjetivarlo: “Ah, malparto sí, aborto. A veces se cayen [caen], a veces antojan” (Lorenza Valda, 60 años. Santiago, Nor Lipez, Potosí, Bolivia. Agosto 2014). Lo expresado por Doña Lorenza denota, más que un carácter ambiguo, una cierta indiferencia por distinguir la intencionalidad o no de la acción. En los estudios se ha tendido a establecer una dicotomía entre el fracaso o malparto como aborto espontáneo, y el aborto inducido (Michaux y Sebert, 1999, p. 93; Platt, 2001, p. 650; Fuertes, 2013, p. 268)¹⁰. Pero mi experiencia de campo encaja con lo registrado por Dibbits y Pabón (2012, p. 94): no hay una distinción clara entre aborto provocado y espontáneo. Recientemente, Dibbits (2013, p. 93) ha optado por discernir entre abortos deseados y no deseados, observación quizás más apropiada y que comparto.

Al respecto, la voz aymara *mal(a) pari* se refiere al “aborto o fracaso del embarazo, sea espontáneo o provocado” (Arnold y Yapita con Tito, 1999, p. 150), y en quechua se da la misma indeterminación. *Sulluy* significa abortar sin más, y a su raíz *sullu-* se le pueden agregar una enorme cantidad de modificadores en forma de sufijación aglutinante: *-naya* funciona como sufijo desiderativo y quiere decir “desear abortar”,

9 Concretamente las autoras trabajaron en 7 municipios y 9 *markas* de la provincia de Ingavi (La Paz, Bolivia) zona de habla aymara donde trabajaron de mayo de 2011 a mayo de 2012.

10 En Compi, una comunidad de habla aymara del área central del lago Titicaca, el aborto aparece según los autores como la única forma de planificación familiar, distinguiendo entre: 1) los abortos inducidos naturalmente –aquellos causados fundamentalmente por el efecto oxitócico de plantas como el eucalipto (*eucaliptus*), el *payllcu* (*chenopodium ambrosioides*) o *sanu sanu* (*alsophila*)–; 2) de aquellos provocados de forma mecánica –debido danzas enérgicas, golpes o a causa de sobreesfuerzos físicos tales como llevar cargas pesadas–. Su práctica es frecuente, pero desaconsejada por su asociación con granizadas catastróficas (Buechler y Buechler, 1971, p. 20).

y por tanto entraría en la voluntariedad; mediante el sufijo aspectual imprevisivo *-rqu* se expresaría que el aborto se ha dado de forma inesperada, sentido que encajaría con el aborto espontáneo, siempre y cuando no se aplique el causativo *-chi* para indicar “hacer que alguien aborte de inmediato o violentamente”. Las voces *sulluchiy* y *sulluna* apoyan la idea de provocar el aborto, pero “la cosa que hace abortar” podría ser una hierba abortiva que alguien toma sin percatarse de su importancia (Julio Calvo, 2015 comunicación personal). Pero el *leitmotiv* de este trabajo no es la lingüística y sí la etnografía.

Las mujeres indígenas parecen poco interesadas en destacar en sus narrativas si el malparto ha sido producto de una acción deliberada o no. Recuerdo la indiferencia de doña Eva cuando le insistía sobre la intencionalidad de la acción, y su catálogo de causas queda lejos de nuestra dicotomía entre lo inducido y lo espontáneo:

[El malparto] Sí, a veces por lo que antojan, dicen otros. Por lo que antojan de comer. Así ven alguna comida... Por eso dicen que tienen malparto, porque hacen malas fuerzas, así (Eva Quispe, 47 años. Santiago, Nor Lípez, Potosí Bolivia. Julio 2014).

Según T. Platt (2001), los antojos parecen mostrar la voracidad del feto, y cuando son muy intensos dan lugar a un malparto, tal como le pasó a la madre de otra de las mujeres de Santiago a quien ya me he referido, doña Lorenza:

Lorenza: Ah, sí. “Yo tengo antojado”, dice mi mamá; faltando un mes.

Patricia: ¿Y le vino el antojo?

Lorenza: Sí. Pelado con queso, maíz blanco pelado con queso. Había estado comiendo... Ah, ¿lo ve? Y ella hizo antojar, y al día siguiente ya está, afuera la *wawa* (Lorenza Valda, 60 años. Santiago, Nor Lípez, Potosí, Bolivia. Agosto 2014).

Los esfuerzos físicos como alzar cargas pesadas, las caídas y los saltos son algunas de las causas más frecuentes a las que se atribuye un malparto (Parsons, 1945, p. 192; Michaux y Sebert, 1999, p. 93; Cáceres, 2009, p. 201; Dibbits y Pabón, 2012, p. 122). En Tocroyoc (Espinar, Cuzco, Perú), si la mujer camina por lugares *phiru* puede sufrir un susto que le haga abortar (Cáceres, 2009, p. 201). En Inka Katurapi (Omasuyos y

Larecaja, La Paz, Bolivia) los lugares *phiru* son aquellos por los cuales baja el agua o donde el rayo llega; están cargados de perversidad y son capaces de agarrar a uno, provocándole a la mujer un malparto (Arnold con Yapita y otros, 2002, p. 99).

El uso de hierbas “calientes” es uno de los recursos más conocidos; son tomadas generalmente en mates, y se trata de las mismas usadas para favorecer el trabajo de parto y para recuperar el calor perdido durante el puerperio. Pueden encontrarse en las inmediaciones de la comunidad o comprarse en los mercados y chiflerías, como los de la ciudad de El Alto. En las zonas rurales de Ingavi, el uso de plantas abortivas aparece en desuso, como una práctica relacionada con la generación de los abuelos, o bien cuando no se tienen los medios para ir a la ciudad a abortar. La mayoría de las personas considera que es en la ciudad, y más concretamente en las clínicas clandestinas, donde se practican los abortos (Dibbits y Pabón, 2012, pp. 122-125).

Las percepciones de riesgo difieren, y las mujeres parecen más preocupadas por el castigo de la granizada que por exponerse a tratamientos riesgosos (Dibbits y Pabón, 2012, p. 128). Ante un embarazo no deseado, los abortos no problemáticos son vividos con cierto alivio (Hammer, 2001, p. 248). En los Andes, el embarazo no exime a la mujer de cumplir sus quehaceres ordinarios, y tanto en áreas rurales como urbanas la embarazada desarrolla sus labores hasta un estado de gestación muy avanzado. En áreas rurales el trabajo puede ser especialmente duro, requiriendo sobreesfuerzos físicos que provoquen un malparto:

Sí, estaba triste, después así, no sé comer. A veces “cuando no comes, agarras anemia y cosas pesadas manejan, saben abortar”, saben decir. Y sé viajar al campo, sé manejar cosas pesadas “a ver si me lastimo”, diciendo. Pero nada, más fuerte ha nacido mi hijo, sí más fuerte ha nacido (Elsa, 39 años. El Alto *cit. in* Dibbits y Terrazas, 2003, p. 56).

Viajar expresamente al campo para lastimarse –como en el caso de Elsa siendo residente en zonas periurbanas de El Alto–, expone claramente la intencionalidad de no querer continuar con el embarazo. A veces se recurre al mismo personal de salud al frente de las postas

de las comunidades para interrumpir el embarazo (Michaux y Sebert, 1999, p. 47; Dibbits y Pabón, 2012, pp. 120-121), y las jóvenes –aquellas quienes transgreden con mayor facilidad las normas del embarazo– y abortan para evitar ser madres solteras (Michaux y Sebert, 1999, p. 93; Platt, 2001, p. 650) no son las únicas, pues las mujeres adultas también lo buscan. En otros casos, como el que expondré en algunas páginas más adelante, la intencionalidad aparece enmascarada, y basta con no acudir al sanitario cuando se sufren hemorragias durante el embarazo.

La dimensión corporal del malparto: el nacimiento y la dislocación como propuesta

Algunas investigaciones contemplan únicamente el aborto inducido como su objeto de estudio (Guillaume y Lerner, 2006). Pero cuando la intencionalidad desaparece de las narrativas y aflora de forma velada en las acciones de las mujeres indígenas de áreas rurales –sin olvidar la cuestión de la violencia que sufren esos “cuerpos invadidos”– la dicotomía entre abortos inducidos y espontáneos genera confusiones hasta convertirse en una distinción poco práctica.

Las mujeres hablan de malparto sin necesidad de adjetivarlo, y –como ya he comentado– se hace una distinción clara entre abortos deseados y no deseados (Dibbits, 2013, p. 93); y aquí el riesgo de la esterilidad aparece como una de las grandes preocupaciones. El malparto puede postergar y espaciar los embarazos, evitar ser madre soltera, pero también aparece como un suceso no deseado que pone en evidencia la calidad del vientre femenino; los vientres “débiles” no pueden aguantar a la *wawa* en su interior (Fuertes y Pérez, 2009, p. 53). Si el malparto origina algún temor es el de la infertilidad: “se escucha siempre, ‘porque ha tenido un fracaso, después ya no se ha podido embarazar siempre’” (Dibbits y Pabón, 2012, p. 99).

En lo que se refiere a lo corporal, desde la perspectiva indígena, sufrir un aborto o un malparto desencadena procesos análogos al parto. A este respecto, Rance (2003, I, pp. 245-255) aporta la preferencia de Mayta –una mujer aymara migrante– por el aborto medicamentoso. Al

contrario que el aborto quirúrgico, el misoprostol causa contracciones que pueden expulsar de forma parcial o completa el contenido uterino, un proceso muy similar a los efectos de las hierbas abortivas ampliamente difundidas y usadas en los Andes, y que simulan la expulsión fisiológica del nacimiento, algo que muchas mujeres en el contexto andino encuentran moral y estéticamente preferible a los procedimientos extractivos abortivos.

Con doña Eva, compartí varias conversaciones sobre este tema; ella había tenido varios malpartos a lo largo de su vida:

Eva: También puede ser que otros provocan, pero otros no... Yo he tenido dos, tres malpartos. Uno de tres meses, otro de dos, el último malparto que he tenido ha sido de... seis o cinco meses. Ya era grande, ya. Eso. Sí, grandecito. En... así cajita he enterrao. [...] Pero uno no bota así, a lo rápido, como el parto normal. No bota, ¡uh! Empezamos a tener hemorragia, dos, tres meses, así con hemorragia, con hemorragia. Al último terminará la sangre, recién parece que bota cuando es malparto. Así es. Feo es

Patricia: Y cuando se tiene malparto, luego también hay que cuidarse un poco, como cuando tienes un parto, ¿no?

Eva: Sí. Así es. Pero dicen que el malparto es más feo que el parto normal. Feo dice que es siempre, si no te cuidas.

Patricia: ¿También puedes tener¹¹...?

Eva: La recaída.

Patricia: Recaía, sobreparto...

Eva: Ajá, sí.

(Eva Quispe, 47 años. Santiago, Nor Lipez, Potosí, Bolivia. Julio 2014).

Recuerdo a doña Eva como una mujer de pocas palabras, pero firme a la hora de hablar. Le gustaba más entonar alguna que otra canción mientras cocinábamos que charlar, además, algunos de mis temas la incomodaban, como mis preguntas sobre qué pasaba cuando al *murito*¹² no se le trataba como correspondía. Para doña Eva “el malparto es más

11 Me interrumpe, cosa que muestra que Eva acabó siendo muy participativa en nuestra charla.

12 Espíritu del feto abortado.

feo que el parto normal”, y enfatizaba el protagonismo de la sangre en su testimonio al repetir la palabra hemorragia y pausar la pronunciación de cada una de sus sílabas, estirando la palabra en su narrativa. La sangre que alimenta al feto está brotando durante varios meses, lo que desde la perspectiva indígena remite a una apertura corporal, seguramente no deseada pero necesaria.

La propuesta que pretendo desarrollar en estas páginas es la de contemplar el aborto como un nacimiento; por desarrollar procesos análogos al parto y por exigir los mismos cuidados puerperales, el aborto “disloca” el cuerpo femenino. Aunque se espera de los cuerpos andinos que sean “secos” y “cerrados” (Fernández, 2000, pp. 343-345) para resistir a la enfermedad, el cuerpo de la mujer presenta aperturas necesarias. Con el parto, como indica la propia doña Eva:

Sí. Por toda la sangre que [hemos] botao, amarilla nos levantamos, pues. Amarilla. Como si estuviéramos sin sangre quedamos. [Como si] toda la sangre se vaciara (Eva Quispe 47 años. Santiago, Nor Lípez, Potosí, Bolivia. Julio 2014).

La apertura corporal es tan violenta que es capaz de vaciarlo de sangre, mientras que durante la menstruación una sólo “pierde calor”. Además, el color amarillo es el propio de los cuerpos enfermos, y también remite al pasado, a la muerte y a los ancestros (La Riva, 2012, p. 124). Para La Riva (2012, p. 279), la abundante pérdida de sangre durante el parto produce una pérdida parcial del *animu*¹³. Tal debilitamiento se desencadena cuando la vagina, los poros y los huesos están abiertos, y “venachiskuna todo p’itikapun entero kurpunchispiqa” (“nuestras venas se rompen a lo largo de nuestro cuerpo”) (La Riva, 2012, p. 278). Este proceso desemboca en una destrucción total del cuerpo, que lo deja “con heridas” (Dibbits y Terrazas, 2003, p. 197) y partido en pedazos: “Aka janchinakapaxay q’ala k’ak’anuqxchixa, aka amparitanakapawa jаланuqxi” (“su cuerpo está todo partido, sus manos están como partidas en pedazos”) (Michaux y Sebert, 1999, p. 86). Las mujeres en Surimana (Canas, Cuzco, Perú) expresan el estallido de forma sonora: kurpuymy

13 Entidad anímica.

kinchakushan “q’aq” nisparaqmi kichakun (“mi cuerpo se abre, se abre haciendo q’aq”). La onomatopeya q’aq imita el crujido de las cosas, como el quebrar de los huesos o el sonido del rayo que rompe y separa (La Riva, 2012, pp. 278-279), y también para recrear la sonoridad de un cuerpo “kicharayasqa” que sigue abierto¹⁴.

Hablar de dislocaciones y no sólo de aperturas me sigue pareciendo especialmente pertinente; este concepto –empleado por primera vez por La Riva (2000) para referirse únicamente al parto–, permite ilustrar la violencia corporal que desencadena el nacimiento frente a otras aperturas, cuyos resultados no tienen parangón con las causadas por éste. La menstruación no deja un cuerpo maltrecho, necesitado de abrigo, reposo y una dieta adecuada acorde con su situación. Como bien indicaba doña Eva, si una no se cuida tras el malparto puede “agarrar” recaída y sobrepeso, los mismos padecimientos que la mujer puede sufrir cuando no se cuida tras el parto.

Tras el malparto, Eva vuelve a guardar reposo, a las sopas “blancas” y a la ingesta de mates calientes, tal y como hace tras un parto. La prohibición del ají y de la levadura en el pan (*q’aspa*) son las normas culinarias que unen las cocinas de las puérperas en Santiago; luego, la sal y la cebolla pueden ser omitidas o no, o simplemente verse reducidas, hasta que todos estos ingredientes vuelvan a ser reintegrados en la dieta. La sopa de doña Eva era de vacuno y con hierbabuena; la hierbabuena es una de esas plantas tipificadas como “caliente” en términos simbólicos, como el orégano, la menta, la ruda o la *chachakoma*, las cuales se toman en forma de mate o se añaden en la sopa de las mujeres tras el parto o el aborto.

Para Platt (2001, p. 674), los duendes son los actores de un “drama social, cósmico y mitohistórico”; el feto es un alma pagana (*supay*) que, a través de la concepción y gestación, entra en el vientre de la mujer andina, y se convierte en bebés cristianos gracias a los ritos de separación. Esta presencia anímica desestabiliza, y su naturaleza *saqra* sea pro-

14 El sufijo *-raya* indica que el sujeto permanece en la posición después de llevar a cabo la acción indicada (La Riva, 2012, p. 271).

bablemente la que quiebre los cuerpos y los deje “amarillos”, sin sangre en el momento del parto.

Lo expuesto hasta aquí no deja de ser una propuesta preliminar, un intento por incluir enfoques diferentes, más cercanos a la preocupación que experimentan las mujeres andinas. De ahí mi énfasis en los cuidados, y lo que se considera pertinente comer o no, pues saltarse las prescripciones *posdislocación* podría acarrear dolencias y padecimientos como los del sobrepeso, enfermedad a la cual se le atribuyen generalmente graves dolores articulares que impiden trabajar.

Repercusiones del malparto: granizadas, duendes y enfermedades

Ante un aborto o malparto, las preocupaciones y problemas que se plantean las gentes andinas son radicalmente diferentes de las occidentales. Simplificando en demasía la cuestión, en el pensamiento hegemónico occidental la cuestión del aborto abre un debate sobre cuándo comienza la vida humana. Sin embargo, en la cosmovisión andina esta pregunta no tiene lugar. Los andinos atribuyen de forma consciente vida a todos los seres, es más, animales y objetos están dotados de humanidad (Allen, 2015), y el régimen ontológico no considera persona al feto, ni el aborto un homicidio. No por esto el aborto es un suceso desprovisto de tabú, el malparto se contempla como un evento indeseable y temido por sus consecuencias (Michaux y Sebert, 1999, p. 93), por “soltar un pequeño ser pre-social en la forma de duende ancestral, que terminaría comiendo la sangre de las parturientas de la comunidad” (Platt, 2001, p. 673).

Algunas calamidades y catástrofes ambientales que destruyen las cosechas –sobre todo las granizadas, pero también las heladas– se asocian a la práctica de un aborto (Buechler y Buechler, 1971, p. 20; Allen y Albó, 1972, p. 65; Michaux y Sebert, 1999, p. 93; Dibbits y Pabón, 2012). En la zona de Ingavi, cuando las granizadas son violentas o caen fuera de temporada se atribuyen a malpartos, pero en verdad no llegan por el aborto en sí, sino porque el feto no fue debidamente enterrado (Dibbits y Pabón, 2012, p. 82). El aborto inducido no es más condenado que el

espontáneo, y ambos pueden provocar la granizada si no se realizan los ritos necesarios (Michaux y Sebert 1999, p. 93).

El malparto también puede provocar enfermedades. Si una mujer no se cuida guardando reposo, abrigándose y llevando una dieta concreta después de un aborto, puede sufrir sobreparto. Además, puede padecer *limpu* (o *limphu* o *limbo*) o el *supuijo*. La enfermedad de *limpu* consiste en malestares constantes, dolores que migran por todo el cuerpo acompañados de diarreas, e incluso del anquilosamiento de las articulaciones; molestias producidas por el *ajayu* (entidad anímica) del feto o del bebé muerto que sufre por no haber recibido ni nombre ni bautizo cristiano, y que se ha introducido en el cuerpo de la madre. Viene a exigir su herencia trayendo consigo la desgracia –enfermedad y granizadas–, y para revertir su efecto se requiere de los servicios de un *yatiri* o especialista ritual (Carter y Mamani, 1989, pp. 306, 308-310). Es también una enfermedad temida por las parteras; ellas también pueden afligirse por la incorporación del espíritu del mortinato, el cual se desplaza por el cuerpo de la partera provocando temblores y latidos debajo de la piel. En Tocroyoc (Espinar, Cuzco, Perú) el hecho de abandonar, ya sean *wawitas* muertas o fetos de mala manera –es decir, sin bautizar y sin nombre– provoca *tuwinti wayra* (el viento del neonato); un viento pequeño que sale del río y agarra a cualquiera, pero en especial a las mujeres (Cáceres, 2009, p. 204).

Cuando al *murito* –*q'ara wawa*, *limpu* o *limbo*, o *auca*, según la terminología local– no se le brinda la correcta sepultura, o no se le despide de la forma adecuada, éste provoca granizadas, enfermedades y otras maldades. No se castiga, entonces, la intencionalidad de la acción sino el incumplimiento de las normas rituales, las cuales pueden ser muy variadas y se expondrán más adelante, con el fin de perfilar la naturaleza del este ser. Calamidades ambientales y enfermedades son las dos repercusiones básicas que acaban por sancionar y condenar la práctica.

La naturaleza *saqra* del *murito*

El proverbio italiano *traduttore traditore* –que viene a decir que la traducción traiciona– ejemplifica la confusión que generan los términos

murito, *auca*, o *limbo*, ya que la distinción entre fetos y niños es borrosa e imprecisa (Morgan, 1997, p. 332). Estas expresiones parecen designar algo más que el feto muerto de pocos o muchos meses; la distinción entre aborto e infanticidio no parece muy clara (Dibbits y Pabón, 2012, p. 85), y las palabras feto y niño son usadas de forma intercambiable (Morgan, 1997, p. 338).

En Macha (Chayanta, Potosí, Bolivia), cuando los fetos o las placentas no han sido quemados o enterrados de forma cristiana se convierten en duendes ansiosos por la sangre de las parturientas. A éstos se les conoce también con el nombre de *q'aras wawas* y:

Siguen creciendo en sus tumbas inquietas y salen en la noche, sobre todo en el período entre la luna llena y la nueva, momento en el que pueden verse bailando juntos, emitiendo una luz fantasmal (de ahí que también se les llame *nina k'ara*, “fuego pulsante”). Se sienten atraídos por los niños pequeños, con quienes juegan, y pueden comerlos si no se les ahuyenta con un rosario o un pedazo de hierro. Les crecen las barbas y se comportan de manera muy parecida a los Chullpa, hacia quienes parecen ir revirtiendo, lentamente, en una inversión extraña de la dirección del tiempo (Platt, 2001, p. 650).

Por su parte, algunas de las mujeres de Santiago usan de forma intercambiable las palabras *wawita*, *murú* o *murito*, y *angelito*, aunque entre éstas dos últimas categorías hay una distinción muy clara en lo que se refiere a espacios funerarios. El hecho de ser entendidos como seres inmaduros o incompletos, muy lejos de ser considerados personas plenas, puede hacer de estas categorías términos unívocos, pero no necesariamente empleados como sinónimos.

Ante mis confusiones, doña Lorenza me aclaró que el *murito* es aquel que nace muerto, aquél que no ha vivido y que no ha recibido el bautismo en vida. Creo que en alguna ocasión doña Lorenza llegó a enfadarse severamente conmigo, más por mis insinuaciones que por mis preguntas, aunque por esto último creo que también. En las vísperas del Tata Santiago, acompañé a las gentes de la comunidad en la realización de *los costumbres*. Doña Lorenza era ese año la *Mama T'alla* de la comunidad; su vigilancia impidió que los vasos de alcohol que me

ofrecían fueran colmados hasta arriba, y mostraba una cierta simpatía por mi participación. Me indicaba cómo *ch'allar* y a quiénes, pero por desgracia siempre llegaba tarde a poner la grabadora, y no llegué a recoger de forma completa esa larga retahíla de entidades tutelares demandantes de alcohol, hojas de coca y refrescos. Los angelitos estaban presentes en algunas mesas rituales, y también en estos listados interminables; cuando insinué que los angelitos se quedaban como gentiles ella respondió de forma enérgica “¡No como gentiles, angelitos siempre!” [...] ¡Nosotros no somos eso, humanos somos pues!” (Lorenza Valda, 60 años. Santiago, Nor Lípez, Potosí, Bolivia. Julio 2014). Si uno no se bautiza queda como *murú*¹⁵, y es enterrado fuera del cementerio (Fig. 2), adosado a las paredes de éste, y siempre mirando hacia el este—como las torres *chullpa*— orientación inversa a las tumbas de los angelitos y las almas, que miran hacia el norte.

En los últimos años, el cementerio de Santiago ha sufrido cambios que han alterado la distribución espacial. Las gentes de Santiago han cercado en dos ocasiones el cementerio; aún se pueden observar los restos de las trazas de ese primer muro que pronto se vio superado por nuevas tumbas colocadas en la parte occidental del recinto. Los comunarios respondían que la razón de estos sucesivos cercos era la intromisión del ganado entre las tumbas, andando entre ellas y comiéndose las coronas. Pero lo cierto es que el ganado no es muy numeroso, sino más bien anecdótico, puesto que la población está volcada desde hace años en el cultivo de la quinua, y la causa podría ser más bien que las tumbas se estaban acercando en demasía a algunas de las casas del pueblo. No puedo detallar los pormenores del trato y los espacios funerarios de *muritos* y *angelitos*. Pero sí querría recalcar la proximidad existente entre las tumbas de las almas y los angelitos respecto de los *murú*.

15 En Laymi (Bustillos, Potosí, Bolivia) existe una distinción muy similar, el *murú* es aquel que no ha llegado a recibir el *um waraña*, ritual que se realiza inmediatamente después del nacimiento, y separa a la *wawa* de los espíritus de las montañas (Harris, 2000, p. 46).

Figura 2
Cementerio de Santiago (Nor Lipez, Potosí, Bolivia)



En la parte inferior de la fotografía se observan las sepulturas de los *muritos*, y detrás de ellas se observan las trazas del primer cerco al cual muchas estaban adosadas. En la parte superior se observa el muro actual, y unas tumbas de tamaño mayor y con diferente orientación.

Fotografía de la autora.

Doña Lorenza tuvo la generosidad de acompañarme al cementerio para mostrarme esas pequeñas tumbas. Aun cuando afirmaba que “no sabía tener miedo”, su actitud mostró un gran recelo y respeto durante todo nuestro paseo; se santiguó antes de entrar y rezó en las tumbas de sus padres. Los requiebros de su voz delataban su desazón, y a pesar de ello recuerdo la conversación como una de las más interesantes; fue allí donde seguimos hablando de los *murú* o *muritos*, los espíritus de aquellos que nacen muertos, de quienes no llegan a recibir los primeros rituales (el bautismo doméstico, el recibir un nombre, etc.), y son –según su testimonio– los encargados de hacer el granizo:

Ajá. La lluvia, los angelitos [...] Ah, después... los *muritos*, éstos chiquititos, mmm... sangre, sangre... como pepitas están haciendo, así sabe hacer. Después, así le echa pues, ya le echan, de ahí ha bajado granizo. Así sabe hacer. De su manita está saliendo sangre, tanto hacemos así, hielo (Lorenza Valda, 60 años. Santiago, Nor Lípez, Potosí, Bolivia. Agosto 2014).

El peligro de las granizadas puede coexistir con otros riesgos, el de los duendes o espíritus de actitud agresiva y voraz como muestra el siguiente testimonio de doña Eva:

Patricia: ¿Y si no se les entierra ahí [*a los muru*]? ¿Pasa algo?

Eva: Sí, debe ser, dicen que nos puede empezar a comer [a la] familia entera, dicen, así. Ajá. Nos podemos morir, así será, pues. Así dicen, ¿cómo será pues? (Eva Quispe, 47 años. Santiago, Nor Lípez, Potosí, Bolivia. Julio 2014).

El aborto o la muerte prematura de los recién nacidos impiden que se complete esa analogía entre el parto humano y una transición mito-histórica que evoca el cambio de los tiempos *chullpas* a la edad del dios cristiano (Platt, 2001, p. 635). El alma pagana no ha logrado la conversión cristiana, y para evitar calamidades y desgracias debe reincorporarse a los dominios pertinentes de acuerdo con su ontología.

Persiguen, dicen, siempre. Nos enfermamos, si no, dicen, hasta morirnos. Puede comer, dice, el *murru*, ¿cómo es? (Eva Quispe, 47 años. Santiago, Nor Lípez, Potosí, Bolivia. Agosto 2014).

El *murru* pertenece a esa categoría *saqra* o *saxra*, es un espíritu “maligno” que debe ser aplacado. En la región aymara, el *limbo* pertenece al dominio del *achachila*; el *yatiri* debe llevar el cuerpo al cerro y entregárselo para evitar las granizadas (Allen y Albó 1972: 56). En Potosí, estos niños que nunca han pertenecido a la sociedad de los vivos –por no haber recibido ni el bautismo ni la *rutucha*– pertenecen al Tío (*supay*), y deben ser enterrados en los socavones de la mina (Absi, 2005, p. 116).

Se trata además de una entidad anímica desprovista de un cuerpo donde fijarse; el *murru* no es otra cosa que sangre. Posee un *animu* que debe ser despachado para evitar calamidades y enfermedades. Su enti-

dad anímica no parece encontrar más que el cuerpo de la madre para fijarse, desplazándose por él: “dentro, sale, dentro... Así invisible es”:

Patricia: ¿Cuándo se bota antes? Cuando una mujer tiene un malparto...

Lorenza: Ajá, ajá. Así.

Patricia: Y hay que hacer eso [enterrar fuera del cementerio], ¿no? Porque si no es peligroso ¿no?

Lorenza: Hay que hacer costumbre, pues.

Patricia: ¿Qué ocurre si no?

Lorenza: A veces enfermamos, pues.

Patricia: ¿Puede enfermar la mamá?

Lorenza: Ajá. Si no... Agarra. Hacen perder... Sigue en su barriga para morir.

Patricia: ¿Sigue en la barriga?

Lorenza: Ajá. Después sale, dentro, sale, dentro... Así invisible es. Entonces nos hacemos hacer como *caukitos*, así untos. Ya recién se va. Así es.

Patricia: ¿Y a la familia?

Lorenza: ¡Sí, también! También... Las *wawitas*, quieren salvarse, pues.

Patricia: ¿Quiere volver al vientre?

Lorenza: No, quiere irse al cielo. No puede. No puede. Por eso hacemos costumbre. *Itira*, decimos nosotros, con tres lanitas hay que hilar, *lloqai-pana*, de chula...

Patricia: Hay que hilar ¿para qué?

Lorenza: Para tirar pues, de toda la barriga.

Patricia: ¿Y qué se hace con ese hilo?

Lorenza: Con ese hilo se tira, pues. Que se va a ir tranquilo.

Patricia: ¿Se le tira al *muru* para que se vaya tranquilo?

Lorenza: Ajá.

(Lorenza Valda, 60 años. Santiago, Nor Lípez, Potosí, Bolivia. Agosto 2014).

Mediante la *itira*, el *animu* del feto deja de recorrer el cuerpo materno, separándose de éste puede “irse tranquilo”, aunque su destino no está muy claro. Doña Lorenza los ubica en el cielo, haciendo granizo, pero existe cierto desacuerdo:

Patricia: ¿Y los angelitos quieren ir al cielo?

Eva: Sí, pues. Que por no salvarse hacen así... como Dios les botará también, tal vez... ¿Cómo será pues?

Patricia: Pero ¿los *muru* no pueden ir?

Eva: No pueden ir, será también. Sí no, no, no debe ser pues.

Patricia: Los angelitos ¿quizás?

Eva: Los angelitos, sí van. Los *murú* no, pues. ¿Cómo será? Triste debe ser (Eva Quispe, 47 años. Santiago, Nor Lípez, Potosí, Bolivia. Agosto 2014).

Llevar en los vientres una forma *saqra* o *saxra* que no culmina su maduración hace que su salida prematura sea un acto no deseable, pero no considerado más condenable en el caso de un aborto buscado. Las prescripciones rituales exigidas buscan reincorporar la sustancia anímica a los dominios adecuados, bajo la tutela de las entidades pertinentes, sólo así las granizadas, enfermedades y calamidades se alejan de la comunidad y de la familia.

Consideraciones finales

“Las estadísticas no sangran”. Con estas páginas pretendía incidir en el carácter estimativo de éstas y de los estudios cuantitativos en general, y cómo muchos de estos trabajos acaban haciendo una “demografía sin números” (Scheper-Hughes, 2000). A pesar de ello, el grueso de los esfuerzos se dedican a calcular la incidencia del fenómeno. Así, el intercambio de críticas entre el grupo de médicos y epidemiólogos chilenos y los investigadores de Instituto Guttmacher ha permitido ilustrar los entresijos metodológicos de este tipo de investigaciones. A pesar de no existir datos confiables, el afán cuantitativo no desiste, y no queda otra alternativa que la extrapolación de cifras o la creación de números ficticios.

Como antropóloga no puedo dejar de hacer cierta defensa de las contribuciones de una metodología cualitativa. Estos trabajos –desprovistos de tablas y porcentajes–, permiten acercarse de una manera más humana a la problemática del aborto. Así, en varias ciudades de Bolivia aparecen numerosas historias de violencia, de “cuerpos invadidos” a los que no se les permite la maternidad. Son otros –padres y madres, parejas, y amigas o familiares– los que actúan como el motor de la toma de decisión sobre el aborto y no la propia mujer. Pudiera ser que estas narrativas donde el cuerpo aparece afligido y violentado no representen el prototipo mayoritario, pero tal cuantificación se hace realmente

imposible. No olvidemos que buena parte de estas investigaciones han tenido como objeto de estudio el aborto deliberadamente inducido por la mujer, y que se ha dado un fuerte énfasis en la lógica individual como motor principal de la toma de decisión. Merece la pena pensar en esos “cuerpos invadidos”, abriéndose así un enfoque alternativo donde las cuestiones de la violencia, el cuerpo y la agencia pueden confluir en un complejo entramado en torno a las concepciones de la maternidad y la fertilidad. Es decir, hacer del aborto sin más, sin necesidad de discernir entre su voluntariedad, el tema de investigación.

Aunque se ha criticado el enfoque universalista, “la evidencia etnográfica sobre las disímiles percepciones y experiencias del aborto entre las mujeres” (Llovet y Ramos, 2001, p. 287) no ha provocado todavía la suficiente atención. Razón por la cual uno de los pilares de este trabajo ha descansado en la exposición de las ideas y prácticas andinas sobre el aborto. Algunos conceptos no parecen muy pertinentes a la hora de abordar este tipo de estudios. La cosmovisión andina se plantea otras preguntas y preocupaciones, y la dicotomía entre lo inducido y provocado pierde el peso que tiene en Occidente, donde o bien lo adjetivamos o bien recurrimos al uso de dos palabras distintas –como puede ser el caso de las voces *miscarriage* y *abortion* en inglés– para situar la distinción de la acción en el primer plano. Lo premeditado o no de la acción desaparece, en parte, y surgen otros temores: como las enfermedades que pueda causar, las debacles climáticas, el riesgo de esterilidad, o que el propio feto vuelva a comerse a la familia.

Por otra parte, las percepciones de riesgo difieren, y esta cuestión podría interesar a los profesionales de la salud. Las mujeres se someten a grandes esfuerzos físicos, los mismos que pueden ser exigidos por ciertas labores del campo. Y en caso de complicaciones y hemorragias durante el embarazo pueden no acudir al personal sanitario. Es más, los abortos no problemáticos pueden llegar a ser eventos deseados cuando el embarazo no lo es. Aún así, el malparto no es un evento desprovisto de tabú; sus repercusiones podrían perjudicar a la comunidad, y podría señalar la infertilidad de la mujer.

Abortar o tener un malparto significa liberar del vientre un ser *saqra*, inmaduro; al no completarse su separación y su ingreso en la sociedad humana, los ritos buscan asegurar la vuelta a los dominios de los cerros y *achachilas*. Es un alma pagana que mora en el vientre, sin cuerpo al cual sólo le queda fijarse en el de la madre. Ante un malparto es necesario separar el *animu* del *murito* del cuerpo materno, y luego despacharle. Esto deja el cuerpo maltrecho, y las mujeres vuelven a cuidarse como si de un parto se tratara. Contemplar el malparto como un nacimiento, y con ello como una dislocación corporal es una de las propuestas aquí presentadas que prioriza el factor corporal del momento. En estas páginas he pretendido articular el proceso del aborto a través de las transformaciones corporales que éste acarrea, no sin olvidar el carácter aproximativo de este enfoque y el estado preliminar de una investigación en curso.

Bibliografía

- Absi, Pascale (2005). *Los ministros del diablo: el trabajo y sus representaciones en las minas de Potosí* [2003]. La Paz: IRD, Embajada de Francia en Bolivia, IFEA, Fundación PIEB.
- Aliaga Bruch, Sandra y Machicano, Ximena (1995). *El aborto, una cuestión no sólo de mujeres*. La Paz: CIDEM.
- Aliaga Bruch, Sandra, Bury, Luoise, García Pimentel, Franklin y Machicano Barbery, Ximena (2011). *Situaciones evitables: embarazos no deseados y abortos inseguros en cinco ciudades de Bolivia*. La Paz: OMS.
- Allen, Catherine J. (2015). The whole world is watching: new perspectives on Andean animism. En: Tamara L. Bray (Ed.), *The Archaeology of Wak'as. Explorations of the sacred in the Pre-Columbian Andes* (pp. 23-46). Boulder, Colorado: University Press of Colorado.
- Allen, Guillermo y Albó, Xavier (1972). Costumbres y ritos en la zona rural de Achacachi (Bolivia). *Allpanchis Phuturinga*, 4(4), 43-68.
- Arévalo, Hugo, De la Gálvez Murillo, Alberto, Pabón Frías, Ximena, Del Pozo, Eliana, Morales, Malena y Quiroga, César (2011). *Las cifras hablan. El aborto es un problema de salud pública*. La Paz. [En línea, consultado a 2 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/280/Las%20cifras%20hablan.pdf?sequence=1>

- Arnold, Denise Y., Yapita, Juan de Dios y otros (2002). *Las wawas del inka: hacia la salud materna intercultural en algunas comunidades andinas*. La Paz: ILCA.
- Arnold, Denise Y., Yapita, Juan de Dios, y Tito, Margarita (1999). *Vocabulario aymara del parto y de la vida reproductiva de la mujer*. La Paz: ILCA.
- ADC (Asociación por los Derechos Civiles) (2015). *Manual para el ejercicio, respeto y garantía del derecho al aborto no punible en Argentina*. [En línea, consultado a 2 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.adc.org.ar/manual-sobre-el-derecho-al-aborto-no-punible/>
- Bankole, Akirinola y Singh, Susheela (2012). Estimación de la incidencia de aborto inducido: respuesta a la crítica a la metodología del Instituto Guttmacher. *Ginecología y Obstetricia de México*, 80(8), 554-561.
- Bohórquez Monsalve, Viviana (2015). De los derechos a los hechos: análisis del marco legal sobre el aborto en América Latina y el Caribe. En: Silvina Ramos (Comp.), *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia* (pp. 153-172). Buenos Aires, México, Lima: Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES, Population Council, Promsex.
- Buechler, Hans C. y Buechler, Judith-Maria (1971). *The bolivian aymara*. Nueva York, Chicago, San Francisco, Atlanta: Holt, Rinehart and Winston.
- Cáceres Chalco, Efraín (2009). Agua y aborto en los Andes: dimensión terapéutica del agua en el sistema médico indígena andino. En: Ricardo Sánchez Garrafa y Rodolfo Sánchez Garrafa (Eds.), *Medicina tradicional andina. Planteamientos y aproximaciones* (pp. 199-213). Cuzco: CBC.
- Carter, William E. y Mamani P., Mauricio (1989). *Irpa Chico. Individuo y comunidad en la cultura aymara* [1982]. La Paz: Juventud.
- CEDAW (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer) (2008). *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Bolivia)*. [En línea, consultado a 25 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/refworld/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=48e36e012>
- CMPFT (Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán) (2010). *Vigilancia desde las mujeres: atención de abortos y acceso al aborto terapéutico*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.
- Dibbits, Ineke (2013). Población aymara. En: Manigüeh Roosta (Coord.), *Salud materna en contextos de interculturalidad. Estudio de los pueblos Aymara, Ayoreode, Chiquitano, Guaraní, Quechua y Yuqui* (pp. 73-108). La Paz: CIDES-UMSA, OMS, OPS/OMS, UNFPA.

- Dibbits, Ineke y Pabón, Ximena (2012). *Granizadas, bautizos y despachos. Aportes al debate sobre el aborto desde la provincia Ingavi*. La Paz: Conexión Fondo de Emancipación.
- Dibbits, Ineke y Terrazas, Magali (2003). *El involucramiento de los hombres en la atención de la salud perinatal. Revelaciones desde Santa Rosa y Rosas Pampa, El Alto, Bolivia*. La Paz: TAHIPAMU.
- Fernández Juárez, Gerardo (2000). Entre lo “abierto” y lo “cerrado”. Fracturas, tensiones y complicidades. En torno a la salud en el espacio cultural aymara. En: Juan van Kessel y Horacio Larraín Barros (Eds.), *Manos sabias para criar la vida: tecnología andina. Simposio del 49º Congreso Internacional de Americanista* (pp. 341-360). Quito, julio de 1997, Quito: Abya-Yala, IECTA.
- Fuertes Mamani, Azucena (2013). El modelo de salud intercultural en Tinguipaya. En: Manigüeh Roosta (Coord.), *Salud materna en contextos de interculturalidad. Estudio de los pueblos Aymara, Ayoreode, Chiquitano, Guaraní, Quechua y Yuqui* (pp. 241-277). La Paz: CIDES-UMSA, OMS, OPS/OMS, UNFPA.
- Fuertes Mamani, Azucena y Pérez Mendoza, Rosario (2009). *Encuentro de dos: la biomedicina y la medicina tradicional. La experiencia de Tinguipaya* [2007]. La Paz: Cooperazione Italiana, Editorial Gente Común.
- Guillaume, Agnès y Lerner, Susana (2006). *El aborto en América Latina y El Caribe: una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005*. París-México: CEPEC (Centre Population et Développement). [En línea, consultado a 20 de febrero de 2015]. Disponible en: http://www.ceped.org/cdrom/avortement_ameriquelatine_2007/
- _____ (2009). El aborto en América Latina y El Caribe. En: Maria Isabel Baltar da Rocha y Regina Maria Barbosa (Orgs.), *Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos* (pp. 269-279). Campinas, Brasil: Núcleo de Estudos de População (NEPO), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).
- Hammer, Patricia J. (2001). Bloodmakers made blood: quechua ethnophysiology of menstruation. En: Etienne van de Walle y Elisha P. Renne (Eds.), *Regulating menstruation. Beliefs, practices, interpretations* (pp. 241-253). Chicago, Londres: University of Chicago Press.
- Harris, Olivia (2000). *To make the earth bear fruit: essays on fertility, work and gender in Highland Bolivia*. Londres: Institute of Latin American Studies.
- Heimburger, Angela, Strickler, Jeniffer y Rodríguez, Karen (2001). *El aborto clandestino en América Latina: Perfil de una clínica*. [En línea, con-

- sultado a 7 de septiembre de 2014]. Disponible en: <https://www.gutmacher.org/pubs/journals/2702401S.pdf>
- Idoyaga Molina, Anátilde (1999). *Sexualidad, reproducción y aborto. Nociones y prácticas de mujeres indígenas y campesinas de la Argentina*. Buenos Aires: CAEA, CONICET.
- Ipas (19 de febrero de 2014). *Tribunal Constitucional emite sentencia sobre las restricciones al aborto en Bolivia*. [En línea, consultado a 14 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.ipas.org/es-MX/News/2014/February/Bolivian-court-relaxes-abortion-restrictions.aspx>
- _____ (11 de febrero de 2015). *Un año después que Bolivia eliminó las barreras legislativas al aborto, Ipas capacita a la policía en los nuevos derechos de las mujeres*. [En línea, consultado a 14 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.ipas.org/es-MX/News/2015/February/One-year-after-Bolivia-removed-legal-barriers-to-abortion--Ipas-trains-police-on-women-s-n.aspx>
- Kimbal, Natalie (2010). *Un secreto a voces: La historia del embarazo no deseado en La Paz y El Alto, Bolivia, 1952-2010*. Tesis para el Doctorado en Historia de la Universidad de Pittsburgh. Avances de investigación. La Paz.
- Koch, Elard, Bravo, Miguel, Gatica, Sebastián, Stecher, Juan F., Aracena, Paula Valenzuela, Sergio, y Ahlers, Ivonne (2012a). Sobrestimación del aborto inducido en Colombia y otros países latinoamericanos. *Ginecología y Obstetricia*, 80(5), 360-372.
- _____ (2012b). Deficiencias en la estimación de abortos para Latinoamérica: respuesta de los autores a Sigh y Bankole. *Ginecología y Obstetricia*, 80(11), 740-747.
- La Riva González, Palmira (2000). *Le Walthana Hampi ou la reconstruction du corps, conception de la grossesse dans les Andes du Sud du Pérou*. *Journal de la Société des Américanistes*, 86, 169-184.
- _____ (2012). *Au plus pres du corps. La construction sociale du corps. Personne dans une communaute des Andes du sud du Perou*. Tesis Doctoral. Paris: Université Paris X – Nanterre.
- Llovet, Juan José y Ramos, Silvina (2001). El estudio del aborto inducido en América Latina: un balance parcial y algunas propuestas a futuro. En: Juan Guillermo Figueroa y Claudio Stern (Coord.), *Sexualidad y salud reproductiva: avances y retos para la investigación* (pp. 285-322). México: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa Salud Reproductiva y Socie-

- dad, Centro de Estudios Sociológicos, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer.
- Michaux, Jacqueline y Sebert, Anne (1999). *Salud sexual y reproductiva en cuatro comunidades aymaras del área de trabajo del consejo de Salud Rural Andino: los puntos de vista del personal de salud y de la comunidad*. Ms.
- Morgan, Lynn M. (1997). Imagining the unborn in the Ecuadoran Andes. *Feminist Studies*, 23(2), 323-350.
- Parsons, Elsie Clews (1945). *Peguche canton of Otavalo, province of Imbabura, Ecuador. A study of Andean Indians*. Chicaco, Londres: University of Chicago Press, Cambridge University Press.
- Paz, Marcos (2011). *Bolivia en proceso de transformación: Argumentos para la despenalización del aborto*. Documento de argumentos. La Paz.
- Platt, Tristan (2001). El feto agresivo. Parto, formación de la persona y mito-historia en los Andes. *Anuario de estudios americanos*, 58(2), 633-678.
- Prada, Elena, Singh, Susheela, Remez, Lisa, y Villarreal, Cristina (2011). *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias*. Nueva York: Guttmacher Institute.
- Rance, Susanna (2003). *Changing voices: abortion tal in Bolivan Medical Settings*. II Vols. A thesis submitted for the Degree of Doctor of Philosophy to the Department of Sociology, University of Dublin (Trinity College).
- _____ (2009). Una aguja en un pajar: el escaso ejercicio del derecho de las mujeres a decidir sobre su embarazo. En: Susanna Rance (Coord.), *Abriendo el paquete envuelto: violencias y derechos en la ciudad de El Alto*, pp. 55-61. El Alto-La Paz: Centro de Promoción de la Mujer Gregoria Apaza, Solidaridad Internacional Bolivia.
- Rouzée, Virginia (2008a). Las cuestiones reproductivas y sexuales en Bolivia (La Paz y El Alto). En: Katia Araujo y Mercedes Prieto (Eds.), *Estudios sobre sexualidades en América Latina* (pp. 233-249). Quito: FLACSO.
- _____ (2008b). The reproductive reality of Bolivia women. En: *Internacional Seminar on interrelationship between contraception, unintended pregnancy and induced abortion*. Addis Ababa (Etiopia): Internacional Union for the Scientific Study of Population (IUSSP).
- Salazar Rosas, Gloria (2009). Legalização do aborto no Chile: uma tarefa pendente. En: Maria Isabel Baltar da Rocha y Regina Maria Barbosa (Orgs.), *Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos académicos* (pp. 53-68). Campinas (Brasil): Núcleo de

- Estudos de População (NEPO), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).
- Scheper-Hughes, Nancy (2000). Demografía sin números. El contexto económico y cultural de la mortalidad infantil en Brasil. En: Andreu Viola (Comp.), *Antropología del desarrollo. Teorías y estudios etnográficos en América Latina* (pp. 267-269). Barcelona: Paidós.
- WHO (World Health Organization) (2011). *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. Geneva: WHO.
- Wilcox, Allen J., Weinberg Clarice R. y Baird, Donna D. (1995). Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby. *The New England Journal of Medicine*, 33(333), 1517-1521.

Apropiación de pacientes, saberes y poderes

Una perspectiva crítica desde la antropología de la salud en la región del Chaco

Javier Rodríguez Mir

En los albores de la biomedicina

Hasta 1865 el desarrollo del arte y la técnica médica (*Tékne* en su significado latino) ha sido posible a partir de la interacción entre especialistas, discursos religiosos y saberes compartidos. En este sentido ha existido una coproducción de saberes que ha sido apropiada por los médicos. Es decir, que la fuerte vinculación hegemónica actual entre ciencia médica y Estado liberal no siempre ha estado presente. El nacimiento de la clínica moderna –a partir del siglo XIX en los países occidentales y liberales– nos alejó del significado del contexto y la cultura en la medicina. Esta negación de lo social y lo cultural ha sido una forma de construir la profesión (Comelles, 2003).

Durante el siglo XIX en Europa se produce una profunda transformación que dará un vuelco fundamental a la medicina. Las características de este período se asocian fundamentalmente al desarrollo del Estado moderno y a la producción de un conocimiento científico desvinculado totalmente de aquella coproducción de saberes. Se produce un cambio de paradigma y de modelo. La cultura es abandonada en favor de la naturaleza (biología). Esta transformación condujo a la medicina a tener aspiraciones universales. Ya no se trataba de una medicina local que dependía de la interacción con otros saberes para producir conocimiento; ahora, centrados en la biología y el cuerpo humano, y

aparcadas las distintas concepciones culturales y sociales de la enfermedad, se postulaba una ciencia médica universal. Biología y cuerpo humano eran el mismo para la medicina, independientemente de las sociedades y culturas.

Hacia el siglo XIX la medicina comienza a definir lo normal y lo patológico, entendiendo lo patológico como enfermedad en cualquier tiempo y lugar. Este concepto de “patológico” contribuía a consolidar una visión universalista de la biomedicina. De acuerdo con Foucault (2006), el nacimiento de este positivismo médico se explica mediante una serie de conflictos políticos y/o religiosos ocurridos a finales del siglo XVII en Francia. En esta época se produjo una terrible represión contra ciertas minorías religiosas, cuya respuesta no se hizo esperar: movimientos de éxtasis, profetismo y estados de trance. Las autoridades religiosas de entonces apelaron a la medicina con el fin de probar la existencia de un estado de locura que permitiese encerrar, sin juicio previo, a los acusados, y de este modo evitar la indulgencia de los tribunales. La misma Iglesia, que tan fácilmente recurría a la posesión demoníaca para explicar las herejías, ahora apelaba a la medicina con el fin de probar lo contrario. De este modo, fue la propia Iglesia la que exigió a la medicina un pensamiento positivista.

Se produjo en la ciencia médica un profundo cambio que transformó los modos de producir y aplicar el conocimiento.

Modelo médico “clásico”	Modelo biomédico
Énfasis en la cultura	Énfasis en la naturaleza (biología)
Coproducción de saberes	El saber de la ciencia
Conocimiento intersubjetivo: clínica/ saberes de los pacientes (etnografía)	Conocimiento objetivo: clínica/ cuerpo (biología)
Local	Global
El paciente asume el control del proceso	El médico asume el control del proceso

Modelo médico “clásico”	Modelo biomédico
Importancia de las actitudes y aptitudes relacionales (empatía, comprensión, respeto, confianza, etc.)	No interesan las actitudes y aptitudes relacionales (empatía, comprensión, respeto, confianza, etc.)
Incluye las diferencias culturales	Excluye las diferencias culturales
Incluye modelos explicativos alternativos	Excluye modelos explicativos alternativos

De acuerdo con Comelles (2003), en la actualidad asistimos a un regreso de lo cultural, tanto en Europa como en Estados Unidos. El autor se encarga de destacar que este regreso no puede ser tratado de la misma forma porque cada proceso tiene sus propias peculiaridades. El eje fundamental de este cambio estaría centrado en los múltiples procesos migratorios que abren nuevos e impensados espacios; a la vez que desafían a las organizaciones, los profesionales y las instituciones sobre la gestión de las olvidadas variables culturales. Estos fenómenos migratorios también ponen en juego un reconocimiento de los derechos de las minorías.

Ahora bien, ¿qué pasa en América Latina, donde en el contexto de muchos países se mantiene una población indígena autóctona (no migrante ni extranjera)? Hay países latinoamericanos cuyas políticas públicas se orientan a ignorar, invisibilizar o racializar a la población indígena. Evidentemente, en contextos multiculturales se plantean dilemas éticos y filosóficos con relación a la presencia de sistemas de salud no occidentales.

En contraposición con la década de 1980 en América Latina –conocida como la década perdida por la grave crisis económica que han atravesado la mayoría de los países de la región–, la década de 1990 se puede vincular a una década “ganada” por los pueblos indígenas en cuanto a presencia y reconocimiento (aunque no cumplimiento efectivo) de sus derechos (Bolados, 2012). En la década de 1990 muchos países de América Latina reformaron sus constituciones nacionales reconociendo la diversidad cultural, lingüística y social de sus países. El interés que han generado los movimientos indígenas en América Latina

se remonta a la década de 1980, y ha estado potenciado por el hecho de que estos movimientos sociales, más allá de sus propias demandas y reivindicaciones, han impactado en temas que poseen un alcance transversal y universal: el cuidado del medioambiente, el cumplimiento efectivo de los derechos humanos, la aplicación de políticas de desarrollo sustentables, conceptos como el de ciudadanía y autonomía, buen vivir, la consolidación de estados pluriculturales y pluriétnicos, etc.

Sin olvidar el histórico vínculo que asocia el despliegue de la biomedicina a la gobernabilidad del Estado moderno (Comelles, 2003, p. 8), en América Latina en la década de 1980 se observó un fuerte avance de políticas neoliberales que se tradujo en una hegemonía cultural en la que no quedó espacio para aplicar políticas públicas de salud intercultural. En este sentido, no hubo un reconocimiento del sistema público hacia los sistemas médicos indígenas. Esta situación se enmarca, además, en un problema vital para los pueblos indígenas, ya que existe un marcado interés por parte de las compañías transnacionales y de los estados por ejercer un control directo sobre los territorios étnicos y sus recursos naturales.

De medicinas indígenas

Antes que nada cabe señalar que la combinación de la biomedicina con otras medicinas, incluso la preferencia por otras terapias, es un hecho común no sólo en sociedades del Tercer Mundo, sino también en países desarrollados. Es un error asociar la difusión de medicinas alternativas, complementarias, y de las curas religiosas con la pobreza, la falta de formación de los usuarios o la ausencia de la biomedicina en regiones alejadas (Idoyaga, 2005).

Es importante recalcar las dificultades terminológicas para referirnos a estos temas. En muchos textos suele aparecer “medicina tradicional” y desde la antropología vemos que la tradición cambia y se reinventa constantemente. No olvidemos que la biomedicina constituye una tradición enraizada en la academia y en la ciencia positivista. También se ha hecho referencia a “medicina étnica” o “medicina nativa”,

pero debemos advertir que todos pertenecemos a un grupo étnico y hemos nacido en algún lugar del Planeta. Otros términos como “medicina complementaria” o “medicina alternativa” nos recuerdan que todo depende de la óptica desde donde se mire, y que no debemos caer en un etnocentrismo biomédico. Para las poblaciones indígenas, la biomedicina es alternativa y complementaria a sus propios sistemas médicos. A falta de un término adecuado me referiré como “medicinas indígenas” a aquellas medicinas que la OMS define como “medicina tradicional”, es decir, prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias físicas, mentales y espirituales, aplicadas de forma individual o colectiva para mantener el bienestar (Cardona-Arias, 2012, p. 631).

Un aspecto que no debe dejarse de lado cuando analizamos distintos saberes médicos en una población dada es la agencia individual, familiar y grupal a la hora de tomar la decisión respecto a qué sistema médico dirigirse, a quién consultar, en qué momento, etc. En ocasiones este aspecto no ha sido incorporado a los estudios sobre antropología de la salud, y resulta clave para entender los modos en que opera la interacción entre sistemas médicos diferenciados. Es importante recordar que los itinerarios terapéuticos brindan valiosa información en relación con las tomas de decisiones y con la preferencia de los sistemas médicos. Cabe subrayar la importancia que adquiere el auto-tratamiento, y los cuidados familiares y de las redes familiares y sociales, que suelen ser la primera opción terapéutica en la mayoría de las sociedades, y que implican ciertas creencias compartidas (Kleinman, 1980).

La literatura etnográfica registra reiterados casos en donde los especialistas de la medicina indígena derivan pacientes al sistema occidental de salud. Sin embargo, desde el sistema biomédico es escasa o nula la derivación de pacientes hacia los sistemas médicos indígenas, lo que evidencia una absoluta falta de reciprocidad y complementariedad entre los distintos saberes médicos presentes en una misma población. Y esta falta de reciprocidad permanece enraizada en la existencia de unas relaciones asimétricas entre los sistemas de salud, y en la presencia de una marcada hegemonía de la medicina occidental sobre otros saberes indígenas.

De modo esquemático se puede decir que la medicina occidental, en su obsesión por profundizar cada vez más sus especialidades, condujo a una situación de desmembramiento ya no del cuerpo humano, sino de la persona. De este modo, la medicina occidental inició su camino separándose de la religión, delimitando claramente los trastornos psíquicos de los físicos, y –como afirma Douglas (2010)– separando la carne de los huesos.

En la acera de enfrente nos encontramos con un saber indígena que tiene en consideración al ser humano de manera global e integral, que conecta la existencia física con la dimensión psíquica y espiritual. No es mi intención presentar aquí a la medicina indígena como un saber homogéneo, sino enunciar ciertos rasgos comunes. En la medicina indígena es posible identificar factores externos al paciente que inciden en la presencia y desarrollo de enfermedades. Las medicinas indígenas apuntan al origen de la enfermedad, la cual puede deberse a distintas clases de espíritus, de brujos o de elementos de la naturaleza. Sin embargo, son tan determinantes los factores externos como el propio estado del paciente. Si una persona no conserva un equilibrio armónico entre su cuerpo y el/los principio/s vital/es, esta situación de debilidad podría conducir al ataque de espíritus que dañen al paciente y eventualmente conduzcan a su muerte. A diferencia de la medicina occidental, que coloca el énfasis en la biología, nos encontramos aquí con saberes indígenas cuya primacía está marcada por el dominio espiritual de la persona. El concepto de salud y enfermedad se basa en el equilibrio espiritual y físico conservando las relaciones sociales armónicas con el grupo de pertenencia.

El Chaco y las medicinas indígenas

El Chaco sudamericano posee una superficie aproximada de 1 141 000 km² distribuidos entre Argentina (59%), Paraguay (23%), Bolivia (13%) y, en menor medida, Brasil (5%).

Figura 1
Área geográfica del Chaco



Se agrupa a los indígenas chaqueños por afinidad lingüística en cinco grupos de idiomas, correspondiendo los cuatro primeros a “cazadores-recolectores”: 1) zamuco (ayoreo, chamacoco), 2) guaycurú (kaduveo, toba, pilagá, mocoví), 3) lengua-maskoi (enxet, angaité, sanapaná, guaná, toba-maskoi), y 4) matakoma (wichí, chorote, niwaqlé y maká); sólo el quinto grupo corresponde a “agricultores”: 5) tupí-guaraní (guaraní occidentales, izoceños, guarayo, y tapiete).

Son muchos los problemas que debe afrontar la región del Chaco: sobrepastoreo, deforestación, degradación por las campañas agrícolas a gran escala, avance de la frontera agrícola, desertificación de grandes extensiones, explotación de hidrocarburos, obras de infraestructura, gasoductos, contaminación de ríos y afluentes, pesca y caza comercial, etc. Uno de los graves problemas que enfrenta el Chaco es la degradación del ecosistema en manos de la ganadería extensiva y de las empresas

forestales, producto de tratar a la región chaqueña como un recurso natural renovable explotando al máximo las fuentes naturales de forma irracional. Este accionar es favorecido por los bajos precios de la tierra y por una política estatal que no presta la debida atención a la progresiva e intensiva desertificación medioambiental. Un problema no menor es el referido a las empresas de explotación de recursos minerales e hidrocarburos, que no respetan el entorno y arrojan de forma directa sus aguas no tratadas a los ríos, vertiendo toneladas de desechos químicos –por ejemplo, los estudios confirman la contaminación en el Pilcomayo por presencia de plomo, arsénico, cadmio, cromo y mercurio–. Estos desechos tóxicos, en especial los metales pesados de las explotaciones mineras, contaminan el agua, el suelo, la flora y la fauna, con la posibilidad cierta de que se haya extendido o pueda hacerlo en el futuro a otras áreas a través de la migración de peces, de las napas del suelo, de las aguas, la flora o la fauna.

En relación con las enfermedades, la región del Chaco, debido a sus características climáticas y ecológicas, es un hábitat adecuado para el desarrollo de numerosos vectores (transmisores) de enfermedades tropicales y subtropicales. Esto hace que el área se convierta en una zona de riesgo para contraer enfermedades como el dengue, la fiebre amarilla y la malaria. El Chaco también presenta una incidencia de tuberculosis muy alta. Toda la región chaqueña presenta el riesgo de contraer enfermedades como el chagas o la leishmaniosis. Tanto la degradación ambiental como la pérdida de la biodiversidad son factores que propician la emergencia o el resurgimiento de enfermedades infecciosas como la tuberculosis, el dengue, el cólera o el chagas. La situación de la región chaqueña es dramática; en el año 2011 presentaba una mortalidad infantil del 14.7%, y en el 2012 tan sólo un 42% de la población tenía cobertura en salud –en contraste con el 64% a nivel nacional–.

En el Chaco coexisten diferentes sistemas médicos (biomedicina, chamanismo, medicina doméstica, sanaciones religiosas, etc.), y cada uno de ellos ofrece una explicación a las siguientes cuestiones (Martínez, 2011):

- Etiología de la enfermedad
- Modo de aparición
- Síntomas
- Curso de dolencia
- Tratamiento
- Curación

El chamanismo se extiende por toda la región chaqueña. El chamán posee un gran poder, que puede emplear para curar o bien para dañar, e incluso matar, y de este modo cumplir con determinadas venganzas. Trabaja y negocia con espíritus malignos y poderosos que pueden ser utilizados tanto para curar como para producir enfermedades.

Los cultos evangelistas característicos de las iglesias indígenas locales también poseen una fuerte presencia en el área; la expulsión de malos espíritus mediante oraciones, danzas y cantos colectivos dirigidos por un pastor son frecuentes. Las atracciones para seguir este sistema de sanación residen en la gratuidad del ritual, el poder de la Biblia, y el hecho de evitar el trato con espíritus dañinos y poderosos.

Un elemento fundamental en la articulación entre los sistemas indígenas de salud y el sistema biomédico es la figura del agente sanitario bilingüe, que permite estrechar las distancias sociales, culturales y lingüísticas. Estos agentes normalmente se encuentran en las salas de primeros auxilios o en puestos apartados de centros de salud. Los tratamientos impuestos en los hospitales (p. ej. inyecciones, antídotos, vacunas, extracción de sangre, etc.) pueden convertirse en una carga negativa de la que pueden emerger graves acusaciones hacia los médicos (Martínez, 2011). El agente sanitario se encarga de realizar visitas a los domicilios y difundir hábitos saludables entre las familias (higiene, distribuir leche a familias con niños desnutridos, controles prenatales, planificación familiar, etc.).

El ámbito de la salud en el Chaco no es ajeno a los procesos de racialización y estigmatización. Los agentes sanitarios criollos pueden desempeñar sus labores en barrios criollos o indígenas. Sin embargo, el agente sanitario indígena sólo puede visitar barrios indígenas. La dis-

tinción etnocéntrica que realizan los agentes sanitarios criollos gira en torno a que los barrios criollos son espacios saludables con una actitud positiva hacia la biomedicina, a diferencia de los barrios indígenas, que son percibidos como un “castigo” por los agentes sanitarios criollos cuando deben cumplir sus funciones en ellos. Los barrios indígenas son asociados por los criollos a espacios no saludables vinculados a la suciedad. Además, es posible advertir una gradación civilizatoria que parte de los guaraníes (no es coincidencia que sean agricultores) y que termina se rebaja hasta los wichí (dedicados a la caza, la pesca y la recolección); entre estos dos polos aparecen otros grupos indígenas como tobas, chorotes y tapietes (Lorenzetti, 2012).

Sobre apropiaciones y resignificaciones

En primer lugar cabe señalar que es conveniente adoptar una perspectiva que se refiera a la existencia de mecanismos de apropiación selectiva presentes en las sociedades originarias, y que nos aleje de esa visión unidireccional que postula la adopción de ciertos elementos culturales y religiosos por parte de las sociedades indígenas de forma irreflexiva e indiscriminada. En este sentido, no creo en la existencia de agentes totalmente activos y dinámicos (sociedad nacional) en contraposición a agentes pasivos y estáticos (sociedades indígenas), sino que me baso en la existencia de complejos mecanismos de apropiación selectiva que operan en las sociedades indígenas en función de sus propios intereses y en concordancia con sus postulados cosmológicos ya existentes (Rodríguez, 2006).

Estos procesos de apropiación selectiva y de resignificación simbólica de determinados aspectos sociales y culturales han sido especialmente relevantes en períodos de crisis o períodos críticos de ruptura de un orden preexistente, cumpliendo un papel central en los procesos de reconfiguración identitaria.

El hecho de apropiarse e incorporar la alteridad no es nuevo en las sociedades originarias del Chaco. En el plano simbólico, el chamán incorpora espíritus auxiliares que le servirán para incrementar su poder y

hacer más efectivas sus terapias curativas y sus daños (brujería); en el plano concreto, el chamanismo incorpora elementos y objetos procedentes de la sociedad nacional que son resignificados en el contexto chamánico (cruces, guitarras, bebidas alcohólicas, etc.). La incorporación de la alteridad habla de que, a diferencia de la sociedad occidental (donde se determina una clara división entre el bien y el mal), en las sociedades indígenas chaqueñas existe una gran ambivalencia. Así, un espíritu maligno puede provocar graves daños, pero ese mismo espíritu en manos de un buen chamán será un instrumento concreto y efectivo para curar.

Muchos fueron los movimientos religiosos que se asentaron en la región del Chaco e influyeron a las sociedades originarias, entre ellos, los franciscanos, la Iglesia anglicana, y ciertas iglesias evangélicas como la Iglesia Evangélica Unida y la Asamblea de Dios.

La Iglesia Anglicana

Se estableció en la región chaqueña hacia 1914, en un sitio cercano a donde se producía una explotación sistemática de indígenas en los ingenios azucareros, e instauró un régimen paternalista que se prolongaría por décadas.

El anglicanismo aportó nuevas creencias y persiguió a los chamanes. También transformó el tejido social con la introducción de nuevos roles como los pastores y predicadores del Evangelio (Colazo, 2011). La iglesia anglicana fue muy bien recibida por los nativos, especialmente por los wichí, porque les ofreció protección contra la persecución del ejército nacional y el avance de los ganaderos.

La Asamblea de Dios

Se instalaron en la región a principios de la década de 1970. La Asamblea de Dios, a diferencia del anglicanismo, incluyó nuevas formas de éxtasis, glosolalia, o sanidad que le acercaban al chamanismo. Algunos fieles fueron considerados como poseedores de un “espíritu de sanidad”.

La Iglesia Evangélica Unida

Una década más tarde, a mediados de la década de 1980, surgió la Iglesia Evangélica Unida (IEU). La IEU conforma un movimiento pentecostal que atribuye a ciertas personas el don del poder del “espíritu de sanidad”. Una vez que logran poseer este espíritu pueden exorcizar posesos, buscar almas, profetizar, etc. A pesar de que en sus sanaciones recurren a la Biblia y a las súplicas a Dios, el sanador sigue desarrollando las mismas técnicas de los chamanes (imposición de manos, extracción de objetos). El diagnóstico también es similar y casi siempre es explicado por daños causados por una tercera persona.

La apropiación del Evangelio

La introducción del cristianismo ha provocado grandes cambios en los horizontes cosmológicos de los pueblos originarios del Chaco. La introducción y traducción de la Biblia por parte de los anglicanos y su ataque a los chamanes produjo un gran impacto en la cosmología nativa. Sin embargo, los chamanes resistieron a estos embates. Es probable que la obstinada persecución de los evangelistas a la adoración diabólica haya empoderado, de forma indirecta, la figura del demonio, forjando un importante instrumento de poder en manos de los chamanes. En este sentido, la apropiación de los poderes del enemigo de los blancos se puede interpretar como una forma de resistencia cultural.

A partir de 1940 surgieron numerosas iglesias indígenas en torno a líderes carismáticos y pastores indígenas que incorporaron elementos cristianos y los re-significaron a la luz del chamanismo. Sin embargo, y a pesar de la numerosa oferta religiosa, los indígenas, aparentemente, se integran a distintos cultos, aunque subyacen en todos ellos los mismos principios básicos esenciales que les permiten explicar de forma similar ciertos sucesos o fenómenos (Rodríguez, 2013).

La evangelización reforzó el concepto de enfermedad como posesión de espíritus malignos que se introducen en el cuerpo de la víctima. En este caso se puede establecer una correspondencia con la posesión

demoníaca de la Biblia, en tanto que el exorcismo bíblico tiene componentes similares a las terapias chamánicas que intentan expulsar al espíritu del cuerpo del paciente. Otros elementos que confluyen son el universo simbólico referido a animales (cerdos, cabras, leones, palomas, víboras), que tiene lugar en un ambiente homologable al monte. Los procesos de bendición y maldición poseen una clara correspondencia con el poder de la palabra. La noción de pecado y culpa se equiparó en las sociedades originarias a la transgresión (intencional o no) de un orden social establecido. Se incorporó una nueva modalidad terapéutica, la de recurrir a Dios, constituyendo un procedimiento curativo paralelo al tradicional. Esta nueva forma de curación ofreció a los nativos chaqueños la capacidad de sanar sin necesidad de mantener negociaciones con espíritus malignos. Así, el creyente se encuentra protegido de los chamanes, y la palabra de Dios actúa sobre él como un gran escudo protector. Los sanadores, poseedores del “espíritu de sanidad”, desempeñan funciones que no parecen distanciarse de las de los chamanes: exorcizan posesos, buscan y regresan almas a sus cuerpos, y profetizan. El cristianismo ofreció una fuente de poder positiva vinculada a la capacidad de sanar sin recurrir a un pacto o a un enfrentamiento abierto con los espíritus malignos. El acceso a la fuente de poder del sanador emana de Dios y es individual, semejante al caso del chamán, pero son los propios nativos quienes se hacen cargo de su sanidad. Este hecho de reducir el peligro —ya que con la fuente bíblica no deben efectuar enfrentamientos o pactos con la alteridad— generó una expansión de los sanadores indígenas en detrimento de los chamanes.

La desnutrición en el Chaco argentino

Todo el norte argentino tiene tres endemias muy definidas: la tuberculosis, el mal de chagas y la desnutrición. Estas endemias son un desastre humanitario. Los planes sociales y sanitarios son deficitarios, y ello se suma a la injusticia social marcada por la incorrecta distribución de ingresos y la concentración de riqueza en pocas manos. La mayoría de la población chaqueña no tiene trabajo estable, no tiene seguro social, y es población sobrante. Los niños son excluidos de los beneficios sociales

como la asignación universal, y las familias humildes reciben un kilo de leche por mes. Un sector de la población no dispone de documentos, lo que les impide cobrar beneficios como la asignación universal por hijos, retirar mercaderías con las tarjetas sociales y, en el caso de los ancianos, percibir jubilaciones o pensiones. La indocumentación en niños hace que las muertes por desnutrición no figuren en las estadísticas.

En el año 2007, Rosa Molina, toba de 54 años y 24 kilos de peso, fue trasladada de urgencia a la ciudad de Resistencia, y su caso tomó conocimiento público a través de la mayoría de los medios de comunicación del país. Lamentablemente Rosa falleció por desnutrición, y junto con ella quince víctimas más. La asistencia sanitaria y social fue duramente cuestionada, y se generaron amplios debates sobre estos temas. Para defenderse de esta incómoda situación, un ministro del gobierno negó que no se estuviera haciendo nada en materia de salud y asistencia social, y atribuyó la causa de la desnutrición infantil a la diferencia en los hábitos culturales:

No hubo abandono. Además, hay hábitos culturales, estilos. Ellos tienen su manera de comer, su manera de alimentarse, y a veces no aceptan la nuestra. Entonces son una serie de cosas que no son sencillas. No estamos haciendo abandono de nada (*La Nación*, 2007).

El Gobernador de la provincia del Chaco en aquella época atribuyó a una “campaña sucia perfectamente orquestada” la difusión por la prensa nacional de los casos de desnutrición y muerte de aborígenes en el Chaco. El Gobernador retomó el hilo argumental de las diferencias culturales e hizo responsable de la situación a las propias víctimas del sistema, es decir, que eran los mismos aborígenes los que no aceptaban la asistencia estatal:

No ocultamos nunca el hambre, la miseria ni la pobreza –dijo el gobernador–. En muchos casos, sabemos perfectamente que por su propia cultura e idiosincrasia no dejan que el Estado los atienda correctamente, no hacen uso de los medicamentos y rechazan los tratamientos. Que se tome políticamente estas situaciones es absolutamente condenable (*El Clarín*, 2007).

Estas desafortunadas declaraciones fueron desarticuladas por delegados de las comunidades toba, wichí y mocoví del Chaco, que hicieron un dramático pedido de auxilio para evitar más muertes por desnutrición. El reclamo, realizado por unos sesenta delegados de los pueblos originarios, se acompañó con una nota dirigida al entonces Gobernador de la provincia del Chaco, en la que denunciaban la falta de alimentación adecuada y de atención sanitaria de los pueblos indígenas. La desnutrición, las injusticias y la exclusión aún continúan, aunque no siempre adquieren tanta difusión y notoriedad en los medios de comunicación (Barúa y Rodríguez, 2009).

Ocho años después se repite exactamente la misma situación, desnutrición extrema, muertes y politización de tan lamentable situación. Néstor Femenía, niño toba (Qom) de 7 años y 20 kilos de peso, presentó un cuadro de desnutrición infantil y tuberculosis pulmonar. El caso salió a la luz pública en octubre de 2014 por la publicación de una foto en la que aparecían Néstor y su familia con un cartel que decía “Amada Cristina, piedad” —en clara alusión a la entonces Presidenta de Argentina, Cristina Fernández de Kirchner—. El caso tomó notoriedad pública, pero nadie hizo nada por evitar el fatídico desenlace, y Néstor falleció. Nuevamente, como en casos anteriores, el tema entró en el ámbito político y de las estadísticas; según declaraciones del entonces Ministro de Salud de la provincia del Chaco, este caso fue utilizado con fines políticos.

En relación con la muerte de Néstor Feremía, la directora del Hospital pediátrico “Avelino Castelán” aseguró que:

El tratamiento puramente médico para tuberculosis el paciente lo recibió. Desde el punto de vista profesional el tratamiento para la enfermedad fue el dictado por la OMS pero hubo otros factores de riesgo que tienen que ver con lo social, lo ambiental y lo familiar que en este tipo de situaciones pesa como en cualquier patología crónica.

La carga y la responsabilidad fueron transmitidas directamente a la familia, culpabilizando a las víctimas de su penosa situación. La familia de Néstor dijo haber iniciado un tratamiento contra la tubercu-

losis, pero que lo abandonaron porque el chico sufría mucho los daños colaterales. La ingesta de las pastillas debe ser controlada por el sistema médico social a través del médico de cabecera o por el agente sanitario de la zona. Todo esto no se hizo.

Se estima que se produjo un abandono de asistencia por parte del sistema de salud pública del Chaco. Este hecho determinó la imputación de tres ministros de entonces: el jefe de gabinete más dos ministros del área de Desarrollo Social y Salud por los delitos de homicidio por comisión de omisión, en concurso ideal con abandono de persona e incumplimiento de los deberes del funcionario público. Ante esto, el gobernador de la provincia hizo declaraciones públicas diciendo que se trataba de un caso aislado, de una operación política y de un ataque personal desmedido.

Oficialmente el deceso se produjo por un shock séptico y un fallo multiorgánico. Ambas patologías fueron la causa emergente de la muerte, pero las enfermedades causantes (de fondo) fueron la desnutrición y la tuberculosis. Se afirmó que la desnutrición no era de origen primario (por carencia alimentaria). En el acta de defunción aparece la causa de la muerte sólo como “enfermedad”, con lo cual no será contabilizada como una muerte por desnutrición severa y tuberculosis, pasando a formar parte de las cifras negras de las estadísticas de salud. Este caso no es una excepción. En la provincia de Salta surgieron versiones cruzadas entre médicos y funcionarios del hospital cuando se ingresó a un bebe de nueve meses. El médico atribuyó la muerte del bebé a un cuadro de desnutrición. Sin embargo, el responsable del hospital de Colonia Santa Rosa se refirió a un cuadro de deshidratación grave y muerte súbita. Otro caso similar fue el de Samuel Jaimez, un chico aborigen de tres años que falleció por desnutrición. Al preguntarle a la Secretaria de Nutrición por el déficit de peso del niño expresó: “Pesaba 10,8 kilos. Hay que tener en cuenta que estaba deshidratado. En esta situación se pierde agua y el agua tiene un peso específico. No es una desnutrición crónica”.

Muchos pacientes con desnutrición de primer grado, originada por la mala alimentación, están expuestos a parasitosis, insuficiencias

renales o enfermedades respiratorias como la neumonía. La dieta de los niños es insuficiente, y se compone fundamentalmente de hidratos de carbono, lo que genera una falta de vitaminas y proteínas. Asimismo, la prolongación de la lactancia más allá del año, con una tardía incorporación de otros alimentos en la dieta, conlleva un punto de inflexión en el estado nutricional, que en ocasiones se manifiesta en una desnutrición de hasta tercer grado (Martínez, 2011). El prolongado amamantamiento entre los niños puede superar los tres años de vida, con lo cual en el caso de los grupos tobas (Qom) resulta importante la cantidad de medicamentos de origen animal y vegetal que emplean para curar las afecciones de la boca de los niños y para producir el destete. Se utilizan sustancias con olores o sabores fuertes como ciertas especies de setas, ají o tabaco (Hecht, Martínez y Cuneo, 2008, p. 90).

Las tasas de desnutrición infantil en la región del Chaco son una de las más elevadas de Argentina. Se estima que prácticamente un 10% de la población de 0 a 5 años en la provincia de Salta padece algún tipo de déficit nutricional de acuerdo con los datos del Programa de Atención Primaria de la Salud de Salta. Un estudio presentado por el Instituto de Estudios Laborales y del Desarrollo Económico (IELDE) indicó que 15.300 niños entre 0 y 5 años padecen déficit nutricional en Salta. Sin embargo, el fantasma de la adulteración de cifras sobrevuela la región chaqueña. En el año 2009 Argentina cambió el sistema de registros de niños desnutridos de 0 a 5 años. Hasta el 2008 se clasificaba en Grado 1 (leve, pérdida de masa corporal hasta el 25%), Grado 2 (moderada, con pérdida de masa corporal de entre 26 y 40%) y Grado 3 (grave, con pérdida de masa corporal de más del 40%). En el nuevo sistema, los niños clasificados como Grado 1 pasaron a denominarse “en riesgo de bajo peso”, y desaparecieron de las estadísticas de datos vitales. Los desnutridos leves ya no figuran como tales, y salen de las cifras negras de la salud. Por este motivo, a partir del año 2009, de acuerdo con las estadísticas oficiales sanitarias, se redujo fuertemente el número de niños desnutridos de 0 a 5 años. Es precisamente en el grupo de Grado 1 donde históricamente se registra el mayor número de casos, mientras que en el Grado 2 la cantidad ha sido notablemente inferior, y en el

Grado 3 era aún mucho menos. Esta manipulación de las estadísticas y el ocultamiento de datos ha provocado la renuncia de la Secretaria de Alimentación de la provincia de Salta, Cristina Lobo, quien afirmó que “el Ministerio no es un obituario” como justificación para explicar por qué no se habían difundido dos casos por desnutrición en Salta ocurridos en agosto y septiembre de 2014.

A los pueblos originarios se los margina sistemáticamente de la ayuda social, no pueden regularizar sus títulos de propiedad, están en lugares inhóspitos, y no cuentan con infraestructura que les permita el acceso a la salud, al agua potable y a una adecuada alimentación. Los argumentos que tratan de justificar la lamentable situación por la que atraviesan los pueblos originarios, en este caso de la región del Chaco argentino, se fundamentan en una lógica asociada con el racismo cultural. Las declaraciones anteriormente citadas se pueden asociar con el denominado “racismo simbólico” o “racismo cultural” que sostiene que los indígenas (las víctimas) son incapaces de integrarse a la sociedad nacional y de compartir los valores del grupo dominante. Basándose en las diferencias culturales, se propone la incapacidad de asimilación del “Otro”. Estas diferencias culturales (insuperables) justifican su segregación y exclusión de la cultura nacional. De este modo, el “nuevo” racismo cultural genera cada vez mayores desigualdades económicas e injusticias sociales.

Bibliografía

- Barúa, Guadalupe y Rodríguez Mir, Javier (2009). Introducción: el área cultural del Chaco. *Revista Española de Antropología Americana*, 39(2), 139-149.
- Bolados García, Paola (2012). Neoliberalismo multicultural en el Chile postdictadura: la política indígena en salud y sus efectos en comunidades mapuches y atacameñas. *Chungara*, 44(1), 135-144.
- Cardona-Arias, Jaiberth A. (2012). Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. *Revista de salud pública*, 14(4), 630-643.
- Colazo, Susana (2011). Entre la lejanía y el olvido: los wichi anglicanos del Chaco Austral. *XVI Jornadas sobre Alternativas Religiosas en América Latina*, 1 al 4 de noviembre, Punta del Este, Uruguay.

- Comelles, Josep María (2003). El regreso de lo cultural. Diversidad cultural y práctica médica en el S. XXI. *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria*, 3(1), 6-21.
- Douglas, Mary (2010). La elección entre lo somático y lo espiritual: algunas preferencias médicas. En: Mary Douglas (Ed.), *Estilos de pensar. Ensayos críticos sobre el buen gusto* (pp. 38-64). Barcelona: Gedisa.
- El Clarín (2007). *Declaraciones del gobernador. Chaco: denuncian una campaña sucia por la muerte de aborígenes*, por Eduardo López, Buenos Aires, 23 de agosto.
- Foucault, Michel (2006). *La vida de los hombres infames: ensayos sobre desviación y dominación*. Buenos Aires: Editorial Altamira.
- Hecht, Ana Carolina, Martínez, Gustavo J. y Cúneo, Paola (2008). Infancia toba y mundo natural: de la atención del malestar físico a las pautas de sociabilización infantil. *Acta Americana*, 16(1), 81-106.
- Idoyaga Molina, Anatilde (2005). Reflexiones sobre la clasificación de medicinas. Análisis de una propuesta conceptual. *Scripta Ethnologica*, 27, 111-147.
- Kleinman, Arthur (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicina and Psychiatry*. Berkeley, Los Angeles, Londres: University of California Press.
- Lorenzetti, Mariana (2012). Alteridades y configuraciones interétnicas en el Chaco Salteño a través de la Atención Primaria de la Salud. *Estudios en Antropología Social CAS/IDES*, 2(1), 41-54.
- La Nación (2007). *Son diez los muertos por desnutrición*, por José V. Derewicki, 4 de agosto, Buenos Aires.
- Martínez, Gustavo J. (2011). Pluralismo médico y etnomedicina entre los Tobas (Qom) del Río Bermejito (Chaco, Argentina). Desafíos y aportes para una gestión intercultural de la salud en el impenetrable chaqueño. *Revista del Museo de Antropología*, 4, 195-210.
- Rodríguez Mir, Javier (2006). *Los Wichí en las fronteras de la civilización. Capitalismo, violencia y shamanismo en el Chaco argentino. Una aproximación etnográfica*. Quito: Abya-Yala.
- _____ (2013). *Espíritus y demonios en el Chaco argentino. Reflexiones desde el trabajo de campo...veinte años después*. Madrid: Editorial Círculo Rojo.

Sobre los autores

Gerardo Fernández Juárez es Doctor en Antropología de América por la Universidad Complutense de Madrid, y profesor de Antropología Social en la Facultad de Humanidades de la Universidad de Castilla-La Mancha en Toledo (España). Ha realizado trabajo de campo etnográfico en comunidades aymaras del altiplano boliviano, centrandó su investigación en aspectos rituales y de medicina indígena, fruto de lo cual ha publicado obras de referencia sobre ofrendas complejas y especialistas rituales. Coordinador y director de los cinco volúmenes de la serie *Salud e Interculturalidad en América Latina* publicada por la editorial Abya-Yala, reconocidos por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. Profesor invitado de la École des Hautes Études en Sciences Sociales de París, y del Instituto de Integración Interamericano de La Paz, además de haber participado en programas de formación para médicos, enfermeras y auxiliares sanitarios de diversas instituciones bolivianas. Colaborador y asesor de programas de salud de las agencias de cooperación internacional italiana y española, así como del Ministerio de Salud Pública de Ecuador. En la actualidad centra sus investigaciones en cuestiones relacionadas con la medicina indígena tradicional de grupos indígenas de los Andes bolivianos y el Patrimonio Inmaterial, así como en el rol de los especialistas rituales en perspectiva histórica.

Francisco M. Gil García es Doctor en Historia por la Universidad Complutense de Madrid (España), en cuyo departamento de Historia de América II (Antropología de América) es profesor. Ha realizado pro-

yectos de investigación en Argentina, Bolivia, España y Francia, vinculados al Instituto Interdisciplinario Tilcara –dependiente de la Universidad de Buenos Aires–, la Unidad Nacional de Arqueología de Bolivia, y el Centro de Investigaciones sobre Mundos Americanos –dependiente del CNRS francés–. Co-Director del Programa Internacional Interdisciplinario ANDES: Investigaciones Históricas y Antropológicas, de la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina). Ha sido profesor invitado en la Universidad Mayor de San Andrés, en La Paz (Bolivia). Sus principales líneas de investigación en la actualidad son la etnohistoria y la etnografía en Bolivia y el Noroeste Argentino, con especial atención a los procesos de etnogénesis, la mitohistoria, los estudios de paisaje, los espacios ceremoniales y la antropología de salud. También ha prestado atención a cuestiones relacionadas con la gestión del patrimonio arqueológico y el turismo. Es coordinador junto con Óscar Muñoz Morán de la obra *Tiempo, espacio y entidades tutelares. Etnografías del pasado en América* (Abya-Yala 2014).

Lorenzo Mariano Juárez es Doctor en Antropología Social. Premio Nacional a la mejor Tesis sobre cooperación al desarrollo, en la convocatoria 2011-2012 (G9 Univ). Profesor en la Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería de la Universidad de Extremadura en Cáceres (España). Profesor Visitante en la Universidad San Carlos de Guatemala desde el 2006. Visiting Scholar en el Center for Human Rights and Peace Studies, en CUNY, New York. Miembro del grupos de investigación “Etnología Americana” (UCM) e “Investigación Etnografía y Estudios Sociales Aplicados” (UCLA). Desde 2004 trabaja en la región Maya Ch’orti’ del oriente de Guatemala, interesado en cuestiones como el hambre, la antropología del desarrollo o las lógicas y sentidos de la violencia. En España participa en proyectos de investigación en el área de la salud centrados en los diálogos interculturales y la medicina basada en narrativas. Recientemente ha publicado *Las hambres en la región Ch’orti’ del oriente de Guatemala. Cultura, política y representación en los diálogos de la cooperación y el desarrollo* (2014).

Eduardo L. Menéndez es antropólogo social de origen argentino, que reside en México desde 1976. Actualmente trabaja como investi-

gador y docente en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, desarrollando además actividades docentes y de asesoría en varias universidades latinoamericanas, y especialmente en la Universitat Rovira i Virgili (Tarragona, España), donde ha recibido el doctorado Honoris Causa. Ha realizado estudios sobre diversas problemáticas centradas en los procesos de salud–enfermedad–atención, siendo sus aportes teóricos más difundidos los referidos al Modelo Médico Hegemónico y al Modelo de Autoatención. Algunos de sus principales trabajos publicados son: *Cura y control: Poder, estratificación social y salud*; *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*; *Participación social como realidad técnica y como imaginario social*; *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*; *Miedos, riesgos e inseguridades*; *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*.

Óscar Muñoz Morán es profesor en el Departamento de Historia de América II (Antropología de América) de la Universidad Complutense de Madrid (España). Ha realizado trabajo de campo entre purépechas de Michoacán (México), y actualmente en comunidades quechua de Potosí (Bolivia). Ha sido investigador y profesor visitante de El Colegio de Michoacán, el CIESAS y la Universidad Veracruzana en México; la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cuzco en Perú; la Universidad Autónoma Tomás Frías de Potosí y la Universidad Católica Boliviana San Pablo en Cochabamba, Bolivia. Su principal línea de investigación se centra en la interpretación y las representaciones del pasado entre los pueblos amerindios, temática sobre la que ha publicado varios artículos y libros, entre ellos *Permanencia en el tiempo. Antropología de la historia en la comunidad p'urhépecha de Sevina* (El Colegio de Michoacán, México, 2009). Es coordinador junto con Francisco M. Gil García de la obra *Tiempo, espacio y entidades tutelares. Etnografías del pasado en América* (Abya-Yala 2014).

Montserrat Pulido Fuentes es Doctora en Antropología Social y Cultural por la Universidad Complutense de Madrid. Profesora Ayudante en la Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería en la Universidad de Castilla-La Mancha en Talavera de la Reina (Tole-

do, España). Ha realizado trabajo de campo entre los achuar de la Amazonía ecuatoriana, así como en las estructuras occidentales de las ONG. Sus principales líneas de investigación son el enfoque crítico de la cooperación al desarrollo en programas de salud, así como la perspectiva antropológica de la salud y la medicina intercultural. También ha trabajado sobre desigualdades sociales traducidas en desigualdades escolares, y sobre el sistema educativo como espacio de reproducción de la cultura dominante. Actualmente trabaja sobre la institucionalización de las medicinas complementarias y alternativas, poniendo especial énfasis en la competencia cultural, así como en la medicina basada en narrativas.

Javier Rodríguez-Mir es Doctor en Antropología Social y profesor en la Universidad Autónoma de Madrid (España), en cuyo Departamento de Departamento de Antropología Social y Pensamiento Filosófico Español es profesor. Ha desarrollado su investigación de etnográfica entre sociedades amerindias del Chaco argentino y los grupos del norte de Sierra Leona. Como miembro del Instituto Universitario de Investigación sobre Migraciones, Etnicidad y Desarrollo Social (IMEDES) y de Antropólogos en Acción (AenA), ha participado en numerosos proyectos e investigaciones universitarias. También ha sido consultor sobre proyectos de campo en África para la ONG Médicos del Mundo. Entre sus libros destacan *Los wichí en las fronteras de la civilización* (Abya-Yala 2006), *Violencia y racismo ambiental en Argentina* (2011), *Brujos, espíritus y sacrificios humanos en África* (2011) y *Espíritus y demonios en el Chaco argentino* (2013).

Patricia Vicente Martín es doctoranda en la Universidad Complutense de Madrid, institución en la que se graduó en Historia y en la cual realizó estudios oficiales de Máster. Miembro del Grupo de Investigación UCM “Grupo de Antropología de América”. Investigadora adscrita al Programa Internacional Interdisciplinario ANDES: Investigaciones Históricas y Antropológicas, de la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina). Ha sido profesora invitada en la Universidad Mayor de San Andrés de La Paz (Bolivia). Realiza trabajo de campo etnográfico entre comunidades quechuas de Potosí (Bolivia), centrado su interés en cuestiones relativas a las concepciones del cuerpo y la salud sexual y reproductiva.

Salud y enfermedad se expresan en el cuerpo, y éste habla por tanto de manera nítida a través de la enfermedad. Sin embargo, estos conceptos resultan tremendamente variables según los contextos culturales en los que se asienten, representándose así el ser humano como una entidad plural y relativizada por la Antropología. En este sentido, cabría decir que se impone la necesidad de un entendimiento intercultural entre las ideas de cuerpo y persona, y el intercambio de los saberes médicos que en cada lugar se reconocen para procurar la salud. Un debate en el que, desgraciadamente, suele pesar el etnocentrismo de diferentes profesionales de la salud procedentes de un sistema biomédico occidental que muchas veces ignora esas concepciones diferentes, ocasionalmente las desprecia, o se muestra incapaz de integrarlas a sus propios modelos.

El volumen busca explorar la posibilidad y complejidad de las actuaciones sanitarias entre agentes y usuarios de culturas y contextos diferenciados de América Latina. Su propósito no es otro que el de favorecer la reflexión sobre aplicaciones teóricas y prácticas que la perspectiva intercultural puede ofrecer en el dominio de la salud, un tema tan en boga y a la vez tan necesitado de revisión crítica.

Imagen de portada: fragmento del mural "El Cristo de la higuera" de Walter Solón Romero, ubicado en la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia

