

ALGUNOS RETOS DE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA EN AMÉRICA LATINA

Eduardo Luis Menéndez Spina¹

En este texto presentaré primero algunos aspectos básicos, posiblemente conocidos por todos los presentes, sobre la trayectoria de la Antropología Médica, para luego señalar algunas serias limitaciones metodológicas

en los usos de esta disciplina, y concluir analizando algunos aportes².

Comenzando por el principio recordaré que la Antropología Médica, la Antropología de la Salud, y la

¹ Profesor Investigador del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social —CIESAS, Mexico. Bachillerato en antropología en la Universidad Nacional de Buenos Aires —UNBA, Argentina. Máster en Salud Pública —Escuela de Salud Pública, México, Doctorado en Antropología Social —UNBA. Doctor Honoris Causa de la Universidad Rovira i Virgili, España. E-mail: emenendez1@yahoo.com.mx

² La información que presento refiere sobre todo a México.

Antropología de la Medicina constituyen una sola especialidad antropológica que tiene por objetivo el estudio de los procesos de salud/ enfermedad/ atención–prevención (de ahora en adelante procesos de s/e/a–p)³. Y si bien esas denominaciones se crean desde las décadas de 1950 y 1960, dichos procesos han sido estudiados desde la constitución de la Antropología entre mediados y finales del siglo XIX.

La mayoría de esos procesos fueron inicialmente contextuales o pensados exclusivamente en términos de rituales

“Bonfill expresa una tendencia crítica que se observa ... en la mayoría de los países de América Latina, y que las ‘nuevas’ corrientes ignoran, tal vez ... sobre todo por el teoricismo que domina sus propuestas.”

frecuentemente religiosos, pero durante las décadas de 1920 y 1930 los estudios antropológicos sobre los procesos de s/e/a–p, comienzan a incrementarse y especificarse sobre todo en los Estados Unidos, con un temprano impacto en la Antropología de algunos países latinoamericanos, y especialmente de México, debido en gran medida a que algunos de esos estudios se harán en nuestros países, como es el caso, por ejemplo, de las investigaciones de R. Red

Field y de otros antropólogos estadounidenses en Yucatán durante las décadas de 1930 y 1940, que es importante recordar fueron parte de un estudio integral de la salud en Yucatán dirigido por uno de los principales epidemiólogos norteamericanos de la época (Menéndez 1981; Red Field 1940; Shattuck et al 1933).

A su vez, en las mismas décadas, varios países europeos, y sobre todo los Estados Unidos impulsarán la denominada Antropología Aplicada, recordando que el proceso de s/e/a–p serán uno de los tres principales campos de trabajo de dicha orientación. De tal manera que durante estas décadas se desarrollan estudios sobre la medicina tradicional, sobre embarazo/parto/puerperio, sobre alcoholismo, sobre el impacto directo e indirecto de la biomedicina en los grupos étnicos, así como sobre problemas de salud mental, a partir de marcos teóricos funcionalistas, culturalistas, psicoanalíticos, pero que salvo excepciones tienen un bajo nivel teórico de reflexión.

No obstante, y lo subrayo, el campo de la salud, incluye aportes teóricos y metodológicos relevantes desde finales del siglo XIX, aun cuando durante mucho tiempo permanecieron marginales al desarrollo de nuestra disciplina, como son por ejemplo el extraordinario estudio de Durkheim (1974 [1897]) sobre el suicidio, que constituyó una de las principales fuentes de mi propuesta de epidemiología sociocultural; o los trabajos de Ernesto De Martino (1961, 1975) sobre los procesos de s/e/a–p en el sur de Italia, a los cuales aplicó tempranamente un enfoque gramsciano que sigue siendo vigente.

Ahora, si bien a nivel internacional entre 1920 y 1950 se generan trabajos sobre

3 Estas y otras denominaciones se han generado y siguen generando, pero yo sigo utilizando Antropología Médica porque ha sido la más convalidada y utilizada, más allá de las críticas que podemos hacerle. Y además, porque los otros términos pueden ser aún más cuestionados; y así por ejemplo la Antropología de la Salud, tiene que ver muy poco con lo que estudiamos los antropólogos, ya que investigamos enfermedades y padecimientos, pero no la salud. Para mi “salud” es un concepto ideológico.

salud en las diferentes antropologías metropolitanas, será la Antropología de los Estados Unidos de América (Caudill 1953; Polgar 1962), la que desarrolle el mayor número y diversidad de investigaciones, lo que dio lugar a que en la década de 1960 se constituyera como especialidad, y pasara en poco tiempo a ser una de las principales ramas de la Antropología Social. Tan así que a mediados de la década de 1990, será la especialidad que en los Estados Unidos de América cuente con el mayor número de antropólogos activos.

Pero además, como ya señalé, la Antropología Médica norteamericana impactó temprana y fuertemente en la antropología latinoamericana tanto en los temas de investigación, como en los marcos teórico/metodológicos, siendo una expresión de ello quien es considerado el padre de la Antropología Médica mexicana, y me refiero a Aguirre Beltrán, quien se ‘apropió’ del concepto de aculturación para adaptarlo a la realidad mexicana, así como fue el primer antropólogo latinoamericano en hablar de interculturalidad en salud entre principios y mediados de la década de 1950, cuando prácticamente nadie hablaba de interculturalidad en nuestra región⁴.

Subrayo lo de ‘apropiación’ porque en los últimos años se han desarrollado una serie de corrientes autodenominadas de-coloniales, pos-coloniales, pos-accidentales y otros nombres similares, que proponen desarrollar orientaciones críticas alternativas a las orientaciones hegemónicas en Antropología Social y otras disciplinas, lo cual me parece bien, pero ocurre que estas tendencias, y especialmente las de-coloniales, ignoran o secundarizan que casi todo lo que proponen y critican, ya había sido desarrollado en forma amplia durante finales de los años 1950, y sobre todo

durante los 60’ y los 70’ por antropólogos latinoamericanos, ya que por lo menos una parte de los mismos no aplicó mecánicamente las concepciones hegemónicas metropolitanas sino que las ‘apropió’ como en el caso de Aguirre Beltrán (1976; 1986), o directamente las cuestionó como en el caso de Bonfil Batalla (1962), quien a principios de los 60’ genera un texto sobre el hambre en una comunidad de Yucatán donde hace una crítica teórica, metodológica y etnográfica a la producción antropológica aplicada generada especialmente por los antropólogos británicos y estadounidenses.

Pero, y lo subrayo, Bonfill expresa una tendencia crítica que se observa no sólo en México sino en la mayoría de los países de América Latina, y que las “nuevas” corrientes ignoran, tal vez porque no manejan bibliografía en el campo de la salud, pero sobre todo por el teoricismo —y subrayo lo de teoricismo— que domina sus propuestas⁵.

A partir de las décadas de los 60’ y 70’ hay un notable desarrollo de la Antropología Médica no sólo en los Estados Unidos de América, sino en los países europeos, y en menor medida del denominado entonces Tercer Mundo, que trata una gran variedad de problemáticas, utilizando diferentes marcos teóricos incluidos las diferentes variedades de marxismo y de interaccionismo simbólico.

Ahora bien, una parte de la Antropología Médica de los Estados Unidos de América seguirá trabajando en países de América Latina desde la década de 1930 hasta la actualidad, señalando que algunos de los principales conceptos acuñados por esta disciplina como el de *illness/disease* (padecimiento/enfermedad) se generará a partir de investigaciones realizadas en México, así como que

4 Este concepto era utilizado en las décadas de los 40’ y 50’ por antropólogos norteamericanos relacionado con el proceso de aculturación. Ver Aguirre Beltrán 1955.

5 Por teoricismo me refiero a los antropólogos que sólo realizan “teoría” de las teorías.

algunos de los líderes teóricos de esta disciplina desde la década de 1940 como es el caso de G. Foster (1958, 1974), hasta la actualidad como ocurre con N. Shepper-Hughes (1984, 1997), desarrollaron sus principales estudios en nuestros países.

Si señalo la importancia de la Antropología Médica de los Estados Unidos de América no sólo es porque parte de la misma se desarrolló en países latinoamericanos, sino porque el campo de la salud/enfermedad ha sido históricamente un campo secundario en términos teóricos dentro de la Antropología Social latinoamericana, aun cuando fue muy importante para las instituciones indigenistas. Y si bien no voy a desarrollarla, considero que es una problemática a analizar en cada uno de nuestros países.

Antropología médica: críticas a algunos aspectos metodológicos

Si bien los estudios de los procesos de s/e/a-p desarrollados por antropólogos latinoamericanos desde 1940/ 1950 presentan aportes etnográficos, análisis y reflexiones críticas, necesitamos reconocer que la mayoría de ellos hasta la actualidad, se caracterizan por una serie de aspectos que reducen y limitan dichos aportes, y frecuentemente contribuyen a una distorsión de la realidad analizada (Menéndez 1990 a, 2002). Y justamente uno de nuestros principales retos, es la reflexión sobre dichas limitaciones, y la necesidad de generar alternativas.

Gran parte de la Antropología Médica actual sigue centrada en el estudio de los pueblos originarios, lo cual es necesario especialmente en el campo de la salud, dado que es el sector poblacional que tiene los peores indicadores de salud y las más bajas expectativas de vida comparado con cualquier otro sector social, en todos los países latinoamericanos. Pero la Antropología

suele reducir la investigación al punto de vista de los pueblos indígenas excluyendo de sus descripciones y análisis a los otros actores sociales significativos que están interviniendo en los procesos de salud analizados, se llamen mortalidad materna, alcoholismo o relación curador/paciente. Y si bien siempre debieron ser incluidos los actores significativos, ello se hace ahora más evidente cuando, por ejemplo, sabemos que el 80% de los mapuches chilenos viven en medios urbanos, y que la ciudad de México es el lugar de mayor concentración de población indígena en dicho país.

Otro aspecto a reflexionar es que hasta hace pocos años la Antropología Médica latinoamericana se dedicaba a describir y analizar exclusivamente las enfermedades ‘tradicionales’ que padecen los grupos étnicos, así como los tratamientos de las mismas ejercidos por los curadores tradicionales, de tal manera que salvo excepciones no aparecen incluidas las enfermedades alopáticas ni los curadores biomédicos, ni tampoco los denominados alternativos.

Más aún, a través de sus trabajos, no solemos enterarnos de las enfermedades de las que mueren la mayoría de los sujetos de los pueblos originarios, dado que estos autores suelen hablar de la muerte, pero no de la mortalidad. En la mayoría de los textos no se presentan, y menos aún se analizan las tasas de mortalidad general y etarias que se dan en dichos pueblos referidas tanto a enfermedades tradicionales como alopáticas, e inclusive los autores no manejan las tasas de mortalidad infantil aunque sus estudios traten de la ‘muerte del angelito’. Son investigaciones preocupadas mucho más por la descripción de los rituales de la muerte y por estudiar las cosmovisiones de las mismas, que por la mortalidad de los sujetos y grupos.

De tal manera que en México tenemos interesantes descripciones de rituales mortuorios, y no demasiadas interesantes

reflexiones teoricistas sobre la muerte, sin que se presenten datos y menos análisis en términos de mortalidad. Y desde nuestra perspectiva necesitamos incluir tanto la descripción e interpretación de los rituales mortuorios como una descripción y análisis de las enfermedades de que muere la población que utiliza—o ya no utiliza—dichos rituales.

Ahora bien ¿Qué significa que un investigador?, vaya a estudiar grupos originarios que tenían una mortalidad de 400 o 500 niños sobre 1000 niños nacidos vivos como ocurría en México en las décadas de los 20' y de los 30', y sólo se dedicara a estudiar los rituales de esas muertes sin buscar y menos presentar datos sobre el número y tasa de niños muertos, y sobre el tipo de enfermedad de la cual murieron, Sin explicar por qué tantos niños morían de 'muertes evitables'. Y además, sin reflexionar ¿para qué sirven los rituales que documenta etnográficamente?, ya que los mismos no pueden evitar ni reducir el número de niños muertos⁶.

Es decir, para esta Antropología la preocupación no está colocada en la salud y mortalidad de los sujetos de estas poblaciones, sino en el papel y significado de la medicina tradicional, y/o en el papel que los rituales pueden tener en la identidad y cohesión de los grupos como parte de la cosmovisión nativa. Y frecuentemente referida en forma exclusiva a la visión y acción de los curadores tradicionales y no de la población, ya que por ejemplo en México la casi totalidad de los estudios sobre chamanismo se basan en el estudio del punto de vista de los chamanes, sin incluir a los sujetos y grupos que son tratados por estos sanadores (Menéndez 2015).

Por lo cual estas orientaciones generan dos tipos de sesgos, uno de carácter

metodológico, resultado de no entrevistar/observar a los pacientes y sólo dar cuenta del punto de vista de curador. Y otro de tipo epidemiológico, ya que no sólo nos debiera interesar el papel de los rituales de sanación en la cohesión e identidad de los grupos, sino sobre todo observar su impacto en la salud de los sujetos y grupos.

Por supuesto que esta orientación tiene varias explicaciones desde los intereses meramente folklóricos, hasta la carencia de habilidades técnicas epidemiológicas para describir y analizar padecimientos no sólo alópatas sino también tradicionales; pasando porque el núcleo de sus estudios refieren a la cosmovisión de los pueblos estudiados ;así como por los intentos de revitalizar el papel de las estrategias indígenas de sanación como mecanismo de empoderamiento y de rehabilitación de los grupos étnicos. Como mecanismo que evidencie la capacidad y potencialidad de los grupos originarios de producir saberes, y hasta de manejar epistemologías alternativas a las utilizadas por la ciencia médica occidental. De demostrar como las estrategias de sanación nativas son mucho menos intrusivas y agresivas, y que toman en cuenta al sujeto no sólo en términos técnicos médicos, sino sociales y culturales, y en algunos casos psicológicos.

Y estos objetivos nos parecen necesarios, pero siempre y cuando incluyan en sus etnografías y en sus análisis lo que está ocurriendo con las enfermedades en los grupos étnicos —y por supuesto no étnicos— dado que en la actualidad los miembros de los pueblos originarios no sólo se siguen enfermando de empacho, mal de ojo o brujerías, sino que se están muriendo —y los sujetos y grupos étnicos lo saben— de diabetes mellitus 2, de enfermedades cardiovasculares y de cánceres, además

⁶ Generalmente reflexionan sobre la función cohesiva de los rituales, y en menor medida sobre la función de consolación, y de justificación de la muerte, dada las altas tasas de mortalidad general y tareas dominantes en estas sociedades, donde la esperanza de vida estaba entre los 20 y 30 años de edad.

de varios padecimientos infectocontagiosos, para la mayoría de los cuales la medicina tradicional resulta ineficaz, como es el caso no sólo de las enfermedades crónico/degenerativas, sino de las nuevas enfermedades infectocontagiosas como el VIH-SIDA, y últimamente el zica.

Y la inclusión de esta información y análisis es aún más necesaria, si los objetivos son de tipo ideológico—por ejemplo empoderar a los curadores tradicionales—, dado que la exclusión de dicha información impide o limita reconocer y entender los actuales comportamientos de los sujetos y grupos estudiados, así como conduce a proponer acciones destinadas al fracaso como ha ocurrido, por ejemplo, con la mayoría de las propuestas de salud intercultural, como luego veremos.

Una parte de los antropólogos que focalizan exclusivamente la descripción y análisis de la medicina tradicional, todavía consideran que los grupos étnicos no sólo prefieren la medicina tradicional, sino que son reacios a utilizar la biomedicina; más aún sostienen que hay una incompatibilidad en término de cosmovisiones entre los pueblos indígenas y el personal de salud. Lo cual no negamos que ocurre, pero necesitamos no sólo demostrarlo sino sobre todo evidenciar cuáles son sus consecuencias en términos de salud/enfermedad.

Y esto, además, hay que demostrarlo, porque ocurre que los estudios sobre los procesos de s/e/a—p que han descripto la auto atención y la trayectoria de la enfermedad a través de los relatos de los pacientes de origen amerindio, y no exclusivamente de los curadores, han encontrado reiteradamente que dichos pacientes utilizan simultáneamente productos medicinales tradicionales y productos de la industria

químico/farmacéutica, sin que se observen problemas de incompatibilidad en términos de cosmovisiones (Cortez 2015; Ramírez 1980; Menéndez 1981). Más aún, se detecta una creciente demanda de los productos de la biomedicina, especialmente fármacos, que los pacientes articulan con sus propias creencias y prácticas ‘tradicionales’.

De tal manera que podemos concluir que una parte de los antropólogos han confundido diferencia cultural con incompatibilidad cultural; mientras que en otros domina una orientación metodológica e ideológica, que sólo busca confirmar sus presupuestos y objetivos ideológicos sobre los grupos étnicos, en lugar de describir lo que la población indígena hace y utiliza. Es decir que, por lo menos, una parte de las incompatibilidades entre los saberes nativos y los saberes biomédicos suelen ser construcciones antropológicas y/o de intelectuales indianistas, que no incluyen numerosos aspectos de lo que ocurre en la vida cotidiana de, por lo menos, una parte de los pueblos nativos.

Este tipo de investigación antropológica sostiene además que hay un rechazo reiterado a la biomedicina y especialmente al personal de salud por parte de los grupos étnicos, lo cual sólo en parte ocurre, ya que lo dominante no es el rechazo a la biomedicina en términos culturales y técnicos, sino que es el rechazo al maltrato médico, al escaso tiempo de la consulta, al largo tiempo de espera, a la constante rotación del personal médico, a la falta de claridad en las explicaciones del personal de salud, a que se sienten tratados como pacientes de segunda ya que los atienden pasantes de medicina⁷; y sobre todo a la falta de médicos titulados en los centros de atención primaria comunitarios.

⁷ Pasantes son estudiantes de medicina que han concluido la carrera pero que aún no están titulados, ya que necesitan realizar tareas de servicio social a la comunidad.

En un estudio realizado entre 1978 y 1981 en una comunidad del estado (provincia) de Yucatán (México) donde más del 90% de la población hablaba y/o entendía la lengua maya, la mayoría de la población prefería el médico privado que al médico del centro de salud; y además prefería al médico especialista radicado en la capital de Yucatán, que a los médicos particulares de su propia comunidad. Más aún, señalaban que para las enfermedades graves, salvo en el caso de ‘hechicerías’, preferían a los médicos alópatas que a los curadores tradicionales (Menéndez 1981, Ramírez 1980). Y recuerdo que estoy hablando de 1978 y no de 2008. Es decir, hace casi cuarenta años ya observamos una notoria penetración de la biomedicina en la vida cotidiana de los grupos étnicos, lo cual sin embargo no era detectado por la mayoría de los antropólogos que sólo buscaban enfermedades y tratamientos tradicionales como parte de las cosmovisiones nativas.

Permanecer en el estudio exclusivo de la medicina tradicional conduce no sólo a no asumir la notable penetración directa e indirecta de la biomedicina en la vida cotidiana de, por lo menos una parte, de los grupos étnicos, sino también a no entender el comportamiento actual de los sujetos de dichos grupos, de tal manera que al aplicar una metodología centrada en un solo actor, y buscando sólo lo que se considera que es lo propio de los grupos étnicos, los investigadores no documentan lo que ocurre realmente en la vida cotidiana de los grupos que pretenden ayudar a rehabilitar y a empoderar cultural y políticamente⁸.

Y esto, por ejemplo ha ocurrido y sigue ocurriendo con un hecho tangible en todos los grupos étnicos de los que tenemos información, y me refiero a la

disminución continua del número de curadores tradicionales, lo cual es rechazado por autores que en México se niegan a aceptar este proceso, pese, por ejemplo, a que tanto en Yucatán como en Chiapas, dos de los estados mexicanos con mayor población indígena casi han desaparecido los chamanes de las mayoría de las zonas indígenas.

Esta tendencia se ve además reforzada porque actualmente la mayoría de los antropólogos obtienen exclusivamente su información de las representaciones sociales que sus entrevistados tienen de la realidad; es decir lo que surge de las narrativas de los informantes, pero sin que frecuentemente los antropólogos registren también las prácticas sociales de los mismos.

Es decir, constituye una etnografía de lo que se dice, y no de lo que se hace. Y esto se ve favorecido por dos hechos, llamémosle metodológicos; primero porque no sólo se ha reducido el tiempo y continuidad del trabajo de campo, sino que cada vez se hace menos observación participante, la cual —no olvidemos— posibilitaba obtener representaciones sociales, pero también observar prácticas sociales. Más aún, los actuales antropólogos ya no aprenden a observar, y están más preocupados por aprender los últimos programas de descripción y análisis ‘etnográfico’ por internet, que por aprender a observar las prácticas sociales de sus entrevistados. Considero que si bien la observación participante constituye todavía la principal técnica que identifica al trabajo antropológico, no obstante actualmente constituye sobre todo un indicador de diferencia profesional, más que de práctica antropológica.

⁸ No cuestiono el estudio de las cosmovisiones, sino el enfoque utilizado que tiende a excluir los procesos que cuestionan su vigencia y esencialismo. Por ello considero que los investigadores de las cosmovisiones, debieran referir los componentes de las cosmovisiones a los comportamientos actuales de los sujetos que se supone portan dichas cosmovisiones. Es decir, no sólo debieran entrevistar y observar a los curadores tradicionales más viejos —como suelen hacer— sino entrevistar y observar a los jóvenes y también a los ancianos para tratar de entender porque, por lo menos, en varias regiones indígenas de México los jóvenes ya no quieren operar como curadores tradicionales.

Y el segundo aspecto metodológico es complementario y en parte justificador del anterior, ya que gran parte de los estudiosos consideran que las representaciones sociales equivalen a las prácticas sociales, lo cual no ocurre sino sólo en ciertos aspectos. Y por lo tanto implica otro desafío a enfrentar y resolver que, por lo menos, nos permita reflexionar sobre las consecuencias negativas de estas tendencias, y la necesidad de modificarlas.

Aclaro, para evitar, malas interpretaciones, que no negamos la

“Observamos que si bien algunos de estos estudios asumen y aún describen estos procesos, sin embargo no los refieren a la incompatibilidad que según ellos existe entre la Medicina Tradicional y la Biomedicina.”

importancia de las ‘narrativas’, de los ‘testimonios’, de las ‘historias’ de los sujetos y grupos subalternos —y no subalternos—, pero considero que, por lo menos, una parte de nuestros estudios, dados los objetivos y problemas que tratan, no debieran trabajar sólo con representaciones sociales, y menos cuando provienen de un solo actor social.

Además de los aspectos señalados, estas orientaciones no suelen incluir, por lo menos en México, ciertos datos que son básicos

para entender el papel y vigencia de la medicina tradicional, como el hecho de que desde por lo menos la década de los 40’ una parte de los curadores tradicionales, incluyendo los chamanes, utilizan fármacos biomédicos, y en algunas comunidades dichos curadores son dueños de farmacias donde venden fármacos biomédicos (Cortez: 2015). No asumen que una parte de los curadores tradicionales, y especialmente las parteras empíricas, han recibido cursos y han sido utilizadas no sólo por el Sector Salud sino por organizaciones no gubernamentales (ONGs). Y que los cursos y actividades tienen casi siempre orientación biomédica, y en el caso de “algunas ONGs, también new age”.

Más aún, observamos que si bien algunos de estos estudios asumen y aún describen estos procesos, sin embargo no los refieren a la incompatibilidad que según ellos existe entre la Medicina Tradicional y la Biomedicina. Es decir, no explican —o si se prefiere no interpretan— porque si estas cosmovisiones son incompatibles, como ellos señalan, la población indígena utiliza a ambas, y cada vez más frecuentemente.

Pero además, esta forma de trabajar con los padecimientos, con los curadores y con los grupos étnicos en función de objetivos ideológicos o no, conduce frecuentemente a los antropólogos a ignorar hechos básicos para una aproximación antropológico médica, como por ejemplo saber ¿Qué cantidad, porcentaje y/o tasa de mortalidad de neonatos y de madres existe en el trabajo de las parteras empíricas? ¿Qué porcentaje de sanación se observa en el caso de las intervenciones de los curadores tradicionales? ¿Existen o no ‘mal prácticas’ en los curadores tradicionales, tal como las hay en los curadores biomédicos? Pero ocurre que este tipo de interrogantes no se hace, porque domina una especie de protección profesional del quehacer de los curadores tradicionales⁹.

⁹ Considero que necesitamos describir y analizar la medicina tradicional en forma crítica, de tal manera de recuperar sus aportes y funciones, pero también señalar sus aspectos negativos, como he tratado de desarrollarlo respecto de la biomedicina entendida como Modelo Médico Hegemónico (Menéndez 1978, 1983, 1990 b).

Ahora bien, la defensa de la medicina tradicional en sí, ha tenido por lo menos en parte, como ya lo señalamos, objetivos ideológicos, dado que se la ve y con razón como uno de los exponentes más notorios y reales de los saberes de los pueblos originarios, y que por lo tanto puede ser una de las principales áreas de 'resistencia' social y sobre todo cultural, lo cual no negamos, pero sosteniendo que, como en toda una variedad de procesos, dicho papel hay que demostrarlo, comenzando por precisar el concepto de 'resistencia', dado que no sólo es sumamente impreciso, sino que para muchos autores, incluidos los que más han utilizado e impulsado este concepto, como J. Scott (2000), casi todo comportamiento de los sectores sociales subalternos puede llegar a ser 'resistencia', lo cual banaliza este concepto.

El caso de la salud intercultural

Considero que el dominio de enfoques metodológicos e ideológicos como los señalados, explica, por lo menos en parte, lo que ha ocurrido en América Latina, y en particular en México con, por ejemplo, las propuestas e intervenciones de la llamada salud intercultural.

Como sabemos desde la década de 1980 se han impulsado no sólo los estudios sobre la interculturalidad en salud, sino políticas públicas y actividades interculturales en varios países de América Latina. Inclusive en México se han creado Universidades Interculturales donde se forman profesionales en salud intercultural a través de carreras específicas y que otorgan títulos de licenciados o de médicos en salud intercultural.

Pero ¿Qué ha ocurrido con estas políticas y actividades de interculturalidad en salud en un país como México, pensando, por ejemplo, en las cuatro principales acciones interculturales que se han impulsado en dicho país? En términos

generales podemos decir, que salvo alguna excepción —y subrayo lo de excepción—, las mismas han fracasado, han tenido un escaso desarrollo o no sabemos todavía cuál será su futuro. Y así en el caso de los centros y hospitales interculturales o mixtos, se caracterizan por la escasa o ninguna demanda de la población indígena. A su vez, las alrededor de sesenta organizaciones de curadores tradicionales que funcionaban a principios del 2000 han casi desaparecido, y las pocas que aún existen ya no operan. Mientras en el caso de los alumnos que se van a diplomar en el área de salud intercultural en las universidades Interculturales, no tienen claro ¿cuál será su futuro ocupacional?, o ¿quiénes pueden demandar su trabajo?, ya que, por ejemplo, en el Sector Salud —que podría ser uno de sus principales empleadores en el Sector Público—, no existen plazas que refieran al perfil de los egresados. Y además, porque los profesionales recibidos en dichas universidades son considerados 'profesionales de segunda'.

Y por último observamos que la dependencia de la Secretaría de Salud encargada de la Salud Intercultural ha propuesto, y en algunos pocos casos ha impulsado acciones que hasta ahora también han fracasado. Y así desde hace varios años viene impulsando el parto vertical en hospitales con resultados negativos, como ya previamente ocurrió con el intento de otras instituciones de hospitalizar a población indígena en hamacas y no en camas (Campos: 2015).

Si bien el fracaso de varias de las propuestas interculturales puede atribuirse a la oposición o desinterés del Sector Salud; considero no obstante que la mayoría es producto de una mala planificación, y sobre todo de ignorar toda una serie de limitantes que operan tanto a nivel de la sociedad dominante como de los sectores subalternos, así como a no tomar en cuenta los procesos

interculturales en salud que ya están funcionando, dado que las acciones de interculturalidad en salud se aplicaron, como si no existieran procesos interculturales previos.

Estas maneras de pensar la interculturalidad se observa en el tipo de propuestas que han hecho, y en algunos casos aplicado, los interculturalistas, respecto del personal de salud y especialmente de los médicos, y que van desde proponer que los médicos debían utilizar la lengua de los pacientes indígenas hasta conocer los usos y costumbres e inclusive las cosmovisiones de los mismos, sin asumir que los médicos han estudiado Medicina y no Antropología; pero además, sin reflexionar que cada vez más los antropólogos van al campo sin manejar —al igual que los médicos— la lengua de los grupos que estudian. Y si bien posteriormente los interculturalistas tuvieron un mayor principio de realidad, proponiendo que hubiera traductores en los servicios de salud que posibilitaran una mejor relación médico/paciente, en el caso de México esto ha funcionado muy acotadamente y sobre todo en forma deficiente, ya que la mayoría de los servicios de salud no cuentan con traductores ni facilitadores socioculturales.

Ahora bien, hay toda una serie de problemáticas interculturales en las cuales el trabajo antropológico es decisivo, pero que no se ha desarrollado o existen muy pocos estudios al respecto. Y así, por ejemplo, sólo conozco un estudio en México sobre el racismo en la relación médico/paciente pese a la fuerte presencia del racismo en toda América Latina incluido dicho país, y pese a que es un tema central para uno de los principales objetivos de las políticas interculturales, es decir mejorar la relación paciente indígena/personal de salud.

Y lo mismo podemos decir respecto de las plantas medicinales que utilizan los curadores tradicionales y la población indígena y no indígena, ya que tenemos estudios antropológicos sobre el uso de esas plantas; investigaciones bioquímicas sobre la sustancia activa de las mismas, y trabajos sobre el papel de estas plantas en las cosmovisiones nativas, pero no tenemos estudios sobre la eficacia de las mismas al ser usadas por la población y por los curadores tradicionales para reducir las consecuencias negativas de la enfermedad, y para reducir las tasas de mortalidad.

En los últimos años varios antropólogos y líderes indianistas han propuesto como núcleo identitario de los grupos étnicos el denominado ‘Buen Vivir’, pero en el caso de México, por lo menos hasta ahora, no conozco investigaciones que señalen cuál es el componente en salud de ese ‘Buen Vivir’; más aún no consigo obtener información sobre cuál sería el proyecto de salud colectiva que surgiría de la medicina tradicional, de los líderes intelectuales, y especialmente de los que se dedican a estudiar el campo de la salud en los pueblos originarios¹⁰.

Algunas cosas que podemos hacer

Bueno, hasta ahora he sintetizado algunas de las orientaciones metodológicas dominantes en la Antropología Médica que se han desarrollado en México y en otros países latinoamericanos, y he propuesto críticas y alternativas a las mismas, subrayando que la Antropología Médica actual cuenta con enfoques teóricos, metodológicos y técnicos que permiten observar y explicar los diferentes procesos de s/e/a-p que operan en los pueblos originarios y no originarios desde perspectivas diferentes no sólo a las desarrolladas por gran parte de los estudiosos de la Medicina Tradicional, sino

10 Gran parte de los intelectuales latinoamericanos que sostienen el concepto de ‘buen vivir’ deberían comparar sus propuestas con las elaboradas por una parte por el pensamiento alemán —incluidos los antropólogos— entre finales del siglo XIX y mediados de 1940; y por otra por los teóricos africanos de la negritud y del socialismo africano entre 1930 y 1960, ya que nuestros intelectuales reiteran lo formulado por estos pensadores ‘occidentales y africanos’.

que permiten proponer acciones que no surgen, por ejemplo, de los enfoques e intereses desarrollados por las Ciencias Médicas, aun cuando tenemos convergencias con las propuestas de la Medicina Social Crítica.

Y así en términos metodológicos hay varios aspectos que caracterizan históricamente el trabajo antropológico, y que necesitamos retomar y reimpulsar pues se han ido diluyendo, y de los cuales sólo señalaré algunos. En principio necesitamos reimpulsar el trabajo de campo basado en el trabajo personal del antropólogo, utilizando diferentes técnicas, pero sobre todo la observación participante, que no reduzca la información obtenida a las narrativas de los entrevistados. Considero que la fuerte tendencia en varios campos al uso casi exclusivo de ‘narrativas’ y testimonios, no solamente se debe a razones teóricas e ideológicas, sino al hecho de que la mayoría de los antropólogos ya no realizan observación sistemática participante¹¹.

Pero además considero que la investigación personalizada en el trabajo de campo y en el análisis e interpretación de la información obtenida, limita las peligrosas tendencias al teoricismo que domina en varias de las corrientes antropológicas actuales.

La aproximación antropológica se caracteriza, como señaló hace años E. Becker (1969), por ser el estudio de lo obvio, de lo que está ahí, y no se ve; de lo que está tan normalizado que lo miramos como parte intrínseca de la realidad, y por lo tanto lo excluimos sin darnos cuenta. Y justamente uno de los objetivos de la Antropología Médica debería ser el estudio de lo obvio respecto de los procesos de s/e/a-p a través de problematizar la realidad, y por supuesto la normalidad de dicha realidad.

Y al respecto voy a presentar un solo ejemplo de lo que quiero decir con problematización de la realidad. Las décadas de los 80’ y 90’ fueron consideradas por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe —CEPAL, como dos décadas perdidas para América Latina, y no sólo por el estancamiento en el desarrollo económico, sino por el notable incremento de la pobreza y la extrema pobreza en la casi totalidad de los países latinoamericanos. Pero ocurre que durante dicho lapso se reducen casi todas las tasas de mortalidad, y especialmente la mortalidad general y la

“Para esta Antropología la preocupación no está colocada en la salud y mortalidad de los sujetos de estas poblaciones, sino en el papel y significado de la medicina tradicional, y/o en el papel que los rituales pueden tener...”

mortalidad infantil, así como se incrementa la esperanza de vida en la mayoría de los países latinoamericanos, lo cual constituye una contradicción no sólo para los expertos en Salud Pública, sino también para los especialistas en Antropología Médica. Y constituye una contradicción, porque lo obvio era que el incremento de la pobreza y de la extrema pobreza generara mayor mortalidad, o por lo menos que la tendencia permaneciera estable, pero no que se redujera.

¹¹ Inclusive pueden hacer observación participante, pero prácticamente el 100% de su etnografía refiere a lo obtenido de la palabra de los informantes, sin consignar lo que es obtenido de la observación.

Por lo cual esta contradicción necesita ser explicada e interpretada, y podemos hacerlo a través de un enfoque que relacione toda una serie de procesos que generalmente observamos en forma separada, pero también a través de evidenciar lo obvio. Y así por citar solamente algunos procesos, podemos decir que intervinieron en el descenso de la mortalidad el constante proceso de urbanización, el desarrollo de políticas focales de salud, la aplicación intensiva de una política de planificación familiar que buscó reducir significativamente las tasas de natalidad, así como el incremento de las remesas de dinero enviadas por los migrantes residentes en otros países.

Pero además, el estudio de lo obvio y la problematización de la realidad es lo que posibilita que el antropólogo a través de los procesos de s/e/a-p pueda llegar a detectar conflictos y contradicciones no sólo en el campo de la salud, sino también en el campo de lo político, de lo económico o de lo religioso con una visibilidad mayor que si los estudiáramos directamente. Y esto, no sólo a nivel de los actores sociales que se estudian, sino también de los intelectuales que los estudian, incluido el propio antropólogo. Es decir, el antropólogo necesita asumir que, como planteó hace años Giovanni Berlinguer, los procesos de s/e/a-p pueden ser “algunos de los principales espías de las contradicciones de un sistema”. Y ese sistema puede ser el sistema político dominante en Perú, o puede ser el sistema comunitario de vida de los pueblos originarios, o pueden ser los presupuestos teóricos e ideológicos del propio investigador (Menéndez 2015).

Nosotros podríamos analizar toda una serie de procesos de s/e/a-p desde la década de 1960 hasta la actualidad que evidencien lo que estoy diciendo, pero sólo señalaré tres a manera de ejemplos. Y así durante la década de 1960 ‘se descubrió’ que el país más desarrollado del mundo actual, es decir los Estados Unidos de América, tenía la tasa de mortalidad infantil

más alta entre los países capitalistas desarrollados, e inclusive más alta que países como Cuba, lo cual condujo a reconocer la existencia de amplios bolsones de pobreza y desigualdad, así como la relación de los mismos no sólo con la mortalidad infantil, sino con la desnutrición, con graves problemas de salud mental, así como con el racismo en el país que lideraba el capitalismo a nivel mundial.

En la misma década, los datos epidemiológicos referidos a mortalidad general e infantil y a la desnutrición evidenciaron un fuerte deterioro económico y de salud en las zonas musulmanas del sur de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas—URSS, vaticinando la emergencia de fuertes conflictos políticos y étnicos que ulteriormente se dieron.

Desde hace varios años sabemos que la denominada ‘guerra contra las drogas’ no sólo ha fracasado, pues siguen incrementándose los consumos de sustancias consideradas adictivas así como el narcotráfico, sino que los expertos no pueden explicar en términos biomédicos porque varias de las principales sustancias ‘adictivas’ más nocivas son legales, mientras otras de muchas menores consecuencias son tratadas como ‘ilegales’. En término biomédicos no puede explicarse porque las bebidas alcohólicas, que son las que generan las más altas tasas de mortalidad son legales, mientras que la marihuana que genera una bajísima tasa de mortalidad es ilegal (Nutt, King y Phillips 2010). Lo evidente desde hace varios años, es que la ‘guerra a las drogas’ ha tenido y sigue teniendo funciones de control social, político e ideológico, y tiene que ver muy poco con la salud no sólo de los ciudadanos en general, sino de los considerados ‘adictos’ en particular (Menéndez 2012).

Es decir que la Antropología Médica a través de sus enfoques teórico/metodológicos puede detectar y explicar no sólo las contradicciones y conflictos, sino también develar los objetivos

que los diferentes actores sociales operan en la realidad. Pero además, puede proponer formas de acción que no sólo cuestionan las interpretaciones y acciones del Sector Salud y de la biomedicina, sino que proponen alternativas viables de intervención como, por ejemplo, ocurre en el caso de las drogas consideradas adictivas (Romaní 1999).

Desde hace varios años, una serie de estudios antropológicos realizados en México ha puesto en evidencia el papel estructural de la autoatención —no del autocuidado— en la trayectoria de la atención de los padecimientos, lo que nos ha llevado a proponer una política de salud que enseñe a las personas y microgrupos a autoatenderse —e inclusive automedicarse— mejor, dado que los sujetos casi inevitablemente tienden a autoatenderse. Y al decir esto no sólo me refiero a los sectores sociales subalternos, sino al conjunto de los sectores sociales (Menéndez 1983, 1990a, 1990 b).

El análisis de estos procesos así como el tipo de propuestas que estamos señalando, son producto de una Antropología Médica caracterizada por su profundidad personalizada, que posibilite el estudio de lo obvio, y por supuesto de lo no obvio, para lo cual necesitamos recuperar aproximaciones metodológicas que se han ido perdiendo, en muchos casos aludiendo a una recuperación del sujeto y su subjetividad o del punto de vista del actor, como si los mismos no se constituyeran y vivieran dentro de relaciones sociales. Y si bien no cabe duda que las orientaciones antropológicas excluyeron al sujeto, ello no fue así en el caso del interaccionismo simbólico, de algunas propuestas culturalistas, y de las orientaciones marxistas gramscianas y sartreanas.

Para concluir, creo que los retos actuales de la Antropología Médica latinoamericana pasan por tres ejes principales; el primero tiene que ver con los procesos que deberíamos estudiar y por qué; el segundo refiere a como los estudiaríamos a partir de

problematizar la realidad; y el tercero a lo que tendríamos que hacer en términos teóricos, ideológicos y prácticos. Pero en mi texto he tratado casi exclusivamente los aspectos metodológicos, y lo he hecho porque considero que cada investigador y cada equipo de investigación deben establecer sus prioridades de estudio y de intervención a partir de sus intereses, objetivos, recursos, situación local, etc., sobre lo cual es difícil incidir en una conferencia de cincuenta minutos. Mientras tal vez pueda hacerlo en el ámbito metodológico, y más allá de que algunos de Uds. estén preocupados por el papel negativo de la biomedicina; otros por el incremento del denominado ‘embarazo no deseado’, y varios por el ‘buen vivir’ de las cosmovisiones indígenas. Y, como en tantos hechos, el tiempo tal vez evidenciará, si algunas de mis propuestas han servido para algo.

REFERENCIAS

- Aguirre Beltrán
(1955) Programa de salud en la situación intercultural, México, Instituto Indigenista Interamericano.
(1976) Obra polémica, México, Secretaría de Educación Pública/Instituto Nacional de Antropología e Historia.
(1986), Antropología Médica, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Becker, E.
(1969) “La psicología de Wrigth Mills y la gran conversión histórica en el problema de la alienación” en I. L. Horowitz (Comp), La nueva sociología. Ensayos en honor de C. Wrigth Mills, Buenos Aires, Amorrortu, vol.I:131-159
- Bonfill Batalla, G.
(1962) Diagnóstico sobre el hambre en Sudzal, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia
- Campos, R.
(2015) “Veinte años de políticas públicas en salud intercultural. Un balance necesario”, Ponencia presentada en el Seminario Permanente de Antropología Médica, México, CIESAS.
- Caudill, W.
(1953) “Applied anthropology in medicine” en Anthropology Today:771-806, Chicago, Univ. Of Chicago Press
- Cortez, R.
(2015) Muertes en niños menores de cinco años: desigualdad étnica, económica y de género como condicionantes de la auto atención entre familias zoques, Tesis de Doctorado en Antropología, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

- De Martino, E.
 (1961) *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del sud*, Milano, Il Saggiatore.
 (1975) *Mondo popolare e magia in Lucania*, Roma/Matera, Basilicata Editrice.
- Durkheim, E.
 (1974 [1897]) *El suicidio*, México, Universidad Nacional Autónoma de México
- Foster, George M.
 (1958) *Problems in intercultural health programs*, New York, Social Science Research. Pamphlet N° 12.
 (1974) *Antropología aplicada*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Menéndez, Eduardo L.
 (1978) "El modelo médico y la salud de los trabajadores" en F. Basaglia et al (1978) *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud*, México, Editorial Nueva Imagen: 11-53.
 (1981) *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, México, Ediciones de la Casa Chata.
 (1983) *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y auto atención (gestión) en salud*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
 (1990a) *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
 (1990b) *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, México Alianza Editorial Mexicana/FONCA.
 (2002) *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona, ediciones bellaterra
 (2010) *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo. 2ª edición corregida y aumentada*, Prohistoria ediciones, Rosario, Argentina.
 (2015) "Las enfermedades ¿son sólo padecimientos?: biomedicina, formas de atención y proyectos de poder", *Salud Colectiva* 11 (3): 301-330.
- Nutt, D.; L. King y L. Phillips
 (2010) "Drugs harms in the UK: a multicriteria decisión analysis" *The Lancet* 376 (9752): 1558-1565
- Polgar, S.
 (1962) "Health and human behavior: areas of interest common to the social and medical sciences" en *Current Anthropology* 3 (2): 159-FALTA
- Ramirez, M.
 (1980) *Dinámica y conceptos sobre salud/enfermedad en Ticul, Yucatán, México*, Tesis: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Redfield, R.
 (1940) *Yucatán, una cultura en transición*, México, Fondo de Cultura Económica
- Romani, O.
 (1999) *Las drogas. Sueños y razones*, Barcelona, Ariel
- Shattuck, G.H. et al
 (1933) *The Peninsula of Yucatan. Medical, biological, meteorological and sociological studies*, Washington D.C., Carnegie Institute
- Scott, J.
 (2000) *Los dominados y el arte de la resistencia. Discursos ocultos*, México, Ediciones ERA.
- Shepper-Hughes, N.
 (1984) "Infant mortality and infant care: cultural and economic constraints on nurturing in Northeast Brazil" en *Social Science & Medicine* 19(5): 535-546.
 (1997) *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*, Barcelona, Ariel
 (2012) "¿Qué drogas matan más?. Algunos comentarios sobre las políticas prohibicionistas"