

Las enfermedades ¿son sólo padecimientos?: hegemonía biomédica y apropiaciones ideológicas por los sectores subalternos

Eduardo L. Menéndez

profesor-investigador, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social (Ciesas – México)

[emenendez1@yahoo.com.mx]

Desde hace años considero que a través de los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención, pueden ser observados y analizados gran parte de los problemas económico- políticos e ideológico-culturales con mayor transparencia y menores sesgos que si los estudiáramos en términos específicos. Inclusive podemos llegar a detectar conflictos y hasta contradicciones, así como a formular nuevos interrogantes, generando lecturas diferentes o por lo menos complementarias de las desarrolladas por los especialistas – por ejemplo – en movimientos sociales, en identidades étnicas o en relaciones de género.

A finales de la década de los Sesenta Giovanni Berlinguer (BERLINGUER G. 1983, 2006) propuso que los procesos de salud/enfermedad constituyen algunos de los principales “espías” de las contradicciones de un sistema; es decir, que a través de los mismos se expresan los conflictos y las contradicciones más allá de las interpretaciones, ocultamientos o racionalizaciones que los gobiernos, los medios de comunicación masiva y los intelectuales orgánicos y no orgánicos suelen generar. Pero estos conflictos y contradicciones no sólo refieren a los países capitalistas centrales, sino que a través de los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención (de ahora en adelante procesos de s/e/a-p) también podemos observarlos en los países capitalistas periféricos, en los socialistas “reales” y “de mercado”, así como en las sociedades precapitalistas, incluidas sus continuidades actuales. Más aún, pueden expresar los sesgos, contradicciones e imaginarios de los analistas, así como contribuir a problematizar la realidad⁽¹⁾.

Los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención como “espías” de las contradicciones de los sistemas sociales

La propuesta de Berlinguer, que ha sido escasamente desarrollada por la Medicina Social y por la Antropología Médica latinoamericanas, podemos observarla a través de una variedad de casos correspondientes a diferentes situaciones y momentos históricos, y de los cuales sólo mencionaré algunos a manera de ejemplos. Durante la década de 1960 se “descubrió” que los Estados Unidos tenían la tasa de mortalidad infantil más alta entre los países capitalistas desarrollados, e incluso más altas que países como Cuba, lo cual condujo a reconocer la existencia de amplios bolsones de pobreza, 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 desarrollo capitalista a nivel mundial, dando lugar, junto con otros procesos, al desarrollo de la lucha contra la pobreza y por los derechos civiles en dicho país (1980, HARRINGTON T. 1962, KOLKO G. 1962, RIESMAN F. *et al.* 1964).

En las décadas siguientes, los datos epidemiológicos referidos a mortalidad general e infantil y a desnutrición evidenciaron un fuerte deterioro económico y de salud en las zonas musulmanas del sur de la Unión Rusa Socialista Soviética (URSS), vaticinando la emergencia de fuertes conflictos políticos y étnicos, que ulteriormente se dieron. Pero además, el descenso de la natalidad y el incremento de la mortalidad que afectaron a la URSS desde mediados de los Setenta hasta la actualidad, se transformaron durante la década de los Ochenta en un derrumbe demográfico que implicó que la esperanza de vida disminuyera en alrededor de once años en dicha sociedad. Subrayando, que el fuerte incremento de la mortalidad se ha dado básicamente en los varones, quienes tienen actualmente doce años menos de esperanza de vida que las mujeres, y todo indica que las diferencias seguirán incrementándose.

Este colapso, que no tiene parangón con ningún proceso similar y que ocurrió en la que había sido la segunda potencia mundial en términos políticos y militares, ha sido escasamente asumido por los que estudiamos los procesos de s/e/a-p, pese a lo que significó no sólo en términos demográficos sino también en términos ideológicos y económico/políticos. Las caídas o fracturas de las “cosmovisiones” no sólo se dan a nivel de los grupos étnicos, sino que las caídas o fracturas de las ideologías colectivas convertidas en gran medida en “cultura”, se dan también en las sociedades denominadas “complejas”. Si bien a nivel manifiesto el alcoholismo aparece como el principal factor de este derrumbe, los analistas conside-

ran que la nueva incertidumbre generada por comenzar a vivir en una economía de mercado, la cada vez menor autoestima de los varones rusos, el deterioro de las relaciones de solidaridad, así como un sentimiento colectivo de falta de poder tanto a nivel de sujeto como del país, son los factores decisivos de este colapso demográfico (DAVIS C. - FESHBACH M. 1980, HERTZMAN C. - SIDDIQI A. 2000, LEON D.A. *et al.* 1997)⁽²⁾.

Las altas tasas de suicidio, y el incremento constante de las mismas, que se registraron en Hungría a partir de principios de los Cincuenta”, y en Cuba desde finales de la misma década, y que se incrementaron especialmente en jóvenes, evidenció que algo estaba pasando con el “nuevo hombre”, y en general con los desarrollos sociales e ideológicos de los “socialismos reales” (GUIBERT W. 2002, HAGEDUS A. 1978, MENÉNDEZ E.L. 1979, PEREZ L.A. Jr. 2005).

Si algo expresa la mercantilización de casi todo por el capitalismo, es el desarrollo actual de la biomedicina, que en forma directa e indirecta ha convertido en mercancía todo producto y acción biomédico, inventando incluso padecimientos, o impulsando el uso de medicamentos casi sin control, o con controles permisivos. Más aún, mercantilizando la vida desde el nacimiento – a través del notable incremento de los partos por cesárea en países como Brasil o México –, hasta una muerte que trata de prolongarse hasta que el sujeto y/o su seguro médico aguanten (FORT M. - MERCER M.A. - GISH O. comps. 2006, LA ROSA E. 2009, MOYNIHAN R.- CASSELS A. 2006).

Desde hace 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” son legales, mientras otras de muchas menores consecuencias son tratadas como “ilegales”. No sólo los criterios de legalidad e ilegalidad, sino los de “adicción” o “dependencia” no resisten la menor indagación y reflexión, tanto en términos técnicos como de sentido común. Lo evidente desde hace varios años, es que la “guerra contra 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 (ASTORGA L. 2003, MENÉNDEZ E.L. 1990a, 2012, ROMANÍ O. 1999, VALDÉS G. 2013, YOUNGERS C.A. 2005).

Una parte de los críticos al capitalismo parece añorar cada vez más a las sociedades pre o no capitalistas por varias razones, y especialmente por

la relación con “la tierra” que habrían desarrollado dichas sociedades, dado que tendrían un trato sagrado y conservacionista de la misma. Más allá de que está actitud sea o no cierta, necesitamos recordar que en las sociedades precapitalistas así como en las capitalistas hasta por lo menos mediados del siglo XIX, la esperanza de vida era muy baja, es decir estaba entre 20 y 30 años de edad o aún menos, debido a varios factores, siendo uno de los más determinantes la mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas. Pero además, muchas de nuestras sociedades precapitalistas – lo cual ha podido registrarse etnográficamente – aplicaron criterios “eugenésicos” a través de rituales sociales como fue el asesinato de gemelos y otras prácticas de infanticidio referidas en ciertos casos a niños que nacían con malformaciones, o con aspectos considerados malformaciones. Las tasas de mortalidad general, infantil, en menores de cinco años pero también en jóvenes y adultos, llegaron en esas sociedades a niveles que actualmente no podemos ni pensar (MCKEOWN T. 1976, 1990).

Ahora bien, subrayo que los procesos de s/e/a-p evidencian la existencia de problemas sociales tanto a nivel de los países capitalistas centrales, como de los periféricos en forma constante. Y así, por ejemplo, observamos que desde mediados de la década de 1990’ en Gran Bretaña se incrementa constantemente el número de niños con raquitismo, un padecimiento que fue endémico en los niños de clase baja urbana durante gran parte del periodo victoriano, y que en su momento sintetizó las denuncias respecto del tipo de sociedad capitalista impulsada por quien era entonces el país dominante a nivel mundial. Entre 1995 y 2011 el número de niños hospitalizados por raquitismo se cuadruplicó en Gran Bretaña, *coincidiendo* con el incremento de las desigualdades socioeconómicas generadas por el neoliberalismo.

La epidemia de Ébola surgida y expandida en 2014 principalmente en tres de los países más pobres de África (Guinea, Sierra Leona y Liberia), evidenció múltiples procesos, pero especialmente dos. Por una parte las consecuencias de la aplicación de las políticas económicas del Fondo Monetario Internacional (FMI), sobre todo en Guinea y Sierra Leona, ya que dichas políticas implicaron una fuerte reducción de gastos del sector público, que afectó en particular al Sector Salud. Por lo cual dichos países se vieron obligados a derivar sus ingresos al pago de las deudas contraídas con las fuentes de financiamiento, en lugar de dedicarlos a programas de salud, lo cual acentuó las consecuencias negativas generadas por la descentralización de los servicios de salud, impuesta también por el FMI. Más aún, estas políticas implicaron el despido masivo de trabajadores de la salud en dichos países, de tal manera que, por ejemplo, en Sierra

Leona el personal de salud pasó de una relación de 0.11 por cada 1.000 habitantes en 2004 a 0.02 en 2008, todo lo cual debe ser asociado con la expansión de las empresas extractivas, así como también con la situación económico/política de dichos países caracterizados por guerras civiles, y enriquecimiento de los sectores gobernantes a través de mecanismos de corrupción normalizados (KENTIKELÉNIS A. *et al.* 2014).

En segundo lugar, la epidemia de Ébola evidenció la escasa, tardía y lenta reacción de la ayuda internacional respecto de una enfermedad que estaba generando miles de muertos (alrededor de 11.000 en abril del 2015), y que pudo haber sido tempranamente controlada con el uso de los recursos técnicos que poseen sobre todo los países de mayor desarrollo.

Según el presidente de Médicos Sin Frontera (MSF) de España «Si el mundo hubiera respondido con contundencia desde el principio, hubiésemos frenado el brote hace ya meses» (REC 2015. N° 1511, 12/01/2015: 8). Pero esta ayuda fue tardía, ya que detectados los primeros casos en mayo de 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) sólo la consideró urgencia mundial a principios de agosto de ese año. Y también fue mínima por parte de los países con mayor capacidad tecnológica y financiera, tal vez porque no había antecedentes de la letalidad que podía generar esta enfermedad, pero sobre todo cuando se verificó que la epidemia no se expandía a nivel mundial, y mucho menos afectaba a los países centrales. Si bien el FMI – y otras organizaciones y países – negó estas acusaciones, aduciendo además que entrego a dichos países financiamientos extraordinarios para enfrentar la epidemia, dicho financiamiento no sólo fue tardío sino que el mismo no compensó las consecuencias de la aplicación de las políticas neoliberales impuestas por el FMI. Más aún, a mediados de mayo de 2015 la Oms informó que la epidemia continúa, pero que necesita 350 millones de dólares para poder enfrentarla, aunque no tiene seguridad de poder conseguir dichos recursos (REC N° 1, 586; 27/05/2015).

Los procesos de s/e/a-p enumerados, posibilitan por lo tanto detectar, describir y analizar en diferentes contextos económico/políticos y socioculturales no sólo las contradicciones y conflictos sino los objetivos reales y las reacciones de los sectores sociales dominantes y también de los dominados, así como muchos de nuestros mitos e imaginarios colectivos, incluidos los académicos. Es decir, posibilita analizar las llamadas narrativas no sólo para estudiar sus significados en si, sino para ver qué tienen que ver con los hechos y procesos, y lo que ideológicamente expresan. Así como, obviamente, también nos indican la necesidad de cambiar las políticas económicas y sociales que generan gran parte de las situaciones señaladas.

De allí que los dos objetivos centrales de este texto, son observar si a través de lo ocurrido durante las décadas de 1980, 1990 y primera del 2000 con los procesos y actores sociales organizados en torno a la denominada medicina tradicional, pueden explicarse, por lo menos, algunos aspectos relevantes de la trayectoria, repliegue y estancamiento actual de los movimientos étnicos en América Latina y especialmente en México. Así como correlacionar estos procesos con la expansión de la biomedicina, que está pasando a ser parte de los usos y costumbres de la mayoría de la población latinoamericana, incluyendo los grupos indígenas.

Cosmovisiones, identidades y negaciones: interrogantes sobre la expansión biomédica en las comunidades indígenas

A partir de lo señalado presentaré algunos interrogantes respecto de procesos que implican aspectos económico/políticos y socioculturales, y que han sido abundantemente tratados y debatidos en América Latina, especialmente desde la década de 1970 hasta la actualidad. Dichos procesos tienen que ver con los movimientos indígenas y sus objetivos de rehabilitación cultural y empoderamiento político; que inclusive han sido propuestos como posible alternativa a las sociedades capitalistas, a partir de las formas de vida y de las cosmovisiones desarrolladas y usadas por dichos grupos en términos del denominado “buen vivir”. Y esto lo trataré de observar a través de los procesos de s/e/a-p, por dos razones básicas; porque a través de los mismos no sólo se expresan sino que “se conservan” más los aspectos centrales de las cosmovisiones⁽³⁾ de los pueblos originarios comparados con cualquier otro tipo de procesos, incluidos los religiosos. Así como, por el papel metodológico y problematizador que, como ya señalamos, pueden cumplir los mismos.

Desde finales de la década de 1960 se desarrollaron diferentes concepciones sobre las principales características de los movimientos indígenas que se organizaron y tuvieron una fuerte presencia en ciertos países de América Latina durante las décadas de 1970, 1980, y sobre todo 1990 y los primeros años del 2000, lo cual – y lo subrayo – no niega la existencia previa de organizaciones y movilizaciones indígenas, sino que sobre todo entre las décadas de los 1980 y 2010 éstas fueron mucho más numerosas y desarrollaron nuevos objetivos y estrategias (BAUD M. *et al.* 1996, ESCÁRZAGA F. - GUTIERREZ R. (coords.) 2005, EzcáRzaga F. *et al.* (coords) 2014, Prada R. 2014).

Algunos de los procesos que más se discutieron fueron los que tenían y tienen que ver con las identidades, cosmovisiones y pertenencias étnicas

en función de los objetivos señalados, y que dieron lugar al surgimiento de varias orientaciones teórico/ideológicas que sintetizaremos esquemáticamente en dos; una que plantea la existencia de una identidad, pertenencia y cosmovisión indígena monolítica, de carácter fundamentalmente precolombino; sosteniendo que si bien existen procesos de cambio y aculturación, los mismos no afectan los núcleos identitarios, sino que sigue dominando una cosmovisión diferencial respecto de la sociedad occidental, a la cual también suelen considerar como unificada y monolítica, sobre todo en términos culturales. Y otra orientación, que asume la existencia de cambios constantes, especialmente de tipo económico/políticos, impulsados por la expansión de la sociedad dominante; y que si bien reconoce modificaciones inclusive sustantivas, considera que los grupos étnicos realizan un proceso de apropiación, que convierte en propios aspectos generados en otras culturas y sociedades, de tal manera que siguen manteniendo una identidad y cosmovisión diferencial, aunque modificada.

Ahora bien, respecto de estas dos posiciones, necesitamos hacer algunas aclaraciones, comenzando por tratar de entender ¿en que consiste actualmente – y subrayo lo de actualmente – para dichas orientaciones, la cultura, o si se prefiere la cosmovisión, llamada occidental así como la mesoamericana o la andina?, sobre todo cuando son pensadas en términos monolíticos y esencialistas. Así como también entender en que consiste la “apropiación” señalada previamente para explicar, por ejemplo, ¿por qué pese a los fuertes cambios generados en el perfil epidemiológico de la morbilidad y mortalidad, en el notorio descenso de las tasas de mortalidad general y etarias, en el continuo descenso del número de curadores tradicionales así como en la creciente y continua expansión de la biomedicina, sin embargo se mantienen la identidad y cosmovisión étnica en la mayoría de los grupos étnicos, dado que la enfermedad y la muerte, así como su tratamiento sociocultural y técnico, son parte central de casi toda cosmovisión?

Además, para entender dichas orientaciones necesitamos que precisen no sólo los conceptos de identidad y cosmovisión, sino también los de actores sociales, persona y subjetividad que utilizan. Así como también aclarar, cuando hablan de movimiento étnico o de medicina tradicional, si asumen – o no – que existe una diversidad de movimientos étnicos y de medicinas tradicionales que pueden tener coincidencias, pero también fuertes diferencias entre sí⁽⁴⁾. Pero ahora no me detendré en tratar estos aspectos, sino que, como propuse, formularé algunos interrogantes respecto de los procesos étnicos señalados para poder avanzar en el análisis.

Y lo primero a preguntarnos es cómo afectaron la identidad, cosmovisión y pertenencia de los grupos étnicos de América Latina, y en particular de México, la constante expansión y penetración de la biomedicina?⁽⁵⁾

Y cuando digo biomedicina no sólo me refiero a la existencia de servicios biomédicos a nivel clínico y a la aplicación de programas preventivos, sino también al uso de productos, prácticas y concepciones biomédicas en la vida cotidiana de los grupos étnicos, más allá de que existan o no servicios biomédicos. La biomedicina no sólo se ha expandido en los grupos étnicos a través del Sector Salud, sino también a través del Instituto Lingüístico de Verano, de la enorme cantidad de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), así como a través de las “misiones” protestantes que han trabajado sobre procesos de salud en comunidades latinoamericanas impulsando la atención biomédica y frecuentemente estigmatizando la medicina tradicional.

Una visión biomédica sumamente extendida, inclusive entre científicos sociales, es la de pensar la influencia biomédica, sólo cuando existen servicios médicos oficiales y/o privados, y no cuando esta se expresa, por ejemplo, a través de la existencia de medicinas de patente en las tiendas de las comunidades, en el uso de fármacos por curadores tradicionales, o en la colaboración de la población nativa, incluidos curadores tradicionales, con el Sector Salud a través de realizar vigilancia epidemiológica respecto del paludismo, del chagas o de la oncocercosis como ha ocurrido y sigue ocurriendo en México. Como lo he sostenido en varios trabajos, necesitamos asumir que la biomedicina es uno de los principales productores actuales de ideología, de consenso y de hegemonía, y que los mismos se ejercen en la vida cotidiana, y no sólo a través de los servicios biomédicos. Por lo cual, pensar la biomedicina sólo donde existen servicios de salud, evidencia el notable efecto ideológico de la misma (MENÉNDEZ E.L. 1979, 1981, 1990a, 1990b, 2002, 2009a).

Todo indica que los miembros de – por lo menos – gran parte de los grupos étnicos utilizan cada vez más la biomedicina; que dichos grupos solicitan la instalación de centros de salud y de hospitales de tipo biomédico en sus comunidades; que las poblaciones reconocen cada vez más que sus hijos se mueren de gastroenteritis y no de mal de ojo, o por lo menos de ambos padecimientos; que en las tiendas, inclusive de las pequeñas comunidades, existen analgésicos y vitaminas. Más aún, una parte de las mujeres indígenas, cuando pueden, utilizan tohallitas higiénicas durante sus periodos menstruales y pañales desechables para sus hijos pequeños. Así como también vemos que los grupos étnicos utilizan no sólo prácticas

sino concepciones biomédicas, articulándolas con sus propios saberes a través del continuo proceso de autoatención que caracteriza a los pequeños grupos. Y respecto de estos procesos, necesitamos observar si los sujetos y grupos desarrollan una concepción biomedicalizada, mantienen la que fundamenta la identidad y cosmovisión “tradicional” de los mismos, o generan representaciones y prácticas que articulan sus formas tradicionales y biomédicas de una nueva manera.

Y esto necesita ser investigado y no dar por sentada cada una de estas posibilidades según los presupuestos, orientaciones y objetivos de los estudiosos y/o de los líderes movimientistas. Dicha investigación debería realizarse sobre la vida cotidiana de los sujetos y grupos, incluyendo lo que surge de los curadores tradicionales y no tradicionales, pero no reduciendo los estudios exclusivamente a lo que narran los curadores tradicionales o biomédicos, y aún menos a los discursos de los líderes políticos movimientistas o no, así como de los intelectuales más o menos orgánicos. No negamos la importancia de lo que nos informa una partera, un curador herbolario o un shaman, así como un médico o una enfermera; pero reducir solamente a los primeros la información sobre los procesos de s/e/a-p, como ocurre en gran parte de los estudios sobre enfermedades tradicionales en México, nos conduce a obtener el punto de vista de los curadores, pero no tener una visión holística de los procesos de s/e/a-p. Para ello necesitamos trabajar con la población y no sólo con los curadores tradicionales, alternativos y/o biomédicos, pero sobre todo con los sujetos que enferman, con sus familiares, con sus vecinos⁽⁶⁾. Y por supuesto, con las condiciones económico/políticas y socioculturales que condicionan, pero no determinan los procesos de s/e/a-p.

Reiteradamente me he preguntado si lo que actualmente saben, piensan, dicen y hacen los shamanes ¿corresponde o no a lo que la población indígena según género, edad, nivel educativo, experiencia migratoria, participación política, pertenencia religiosa y otras variables dice, sabe, piensa y sobre todo hace? Y esto me lo he preguntado respecto de poblaciones donde observamos cada vez más bilingüismo, y donde, por ejemplo, en vastas zonas indígenas de Yucatan, los niños y gran parte de los jóvenes ya no hablan maya.

Considero que una parte de los curadores tradicionales, y sobre todo los de tipo shamánico, expresan los saberes y valores tradicionales en términos de pautas ideales, pero que las mismas ya no corresponden, por lo menos parcialmente, a lo que viven sobre todo los niños y los adolescentes, es decir a lo que antes los antropólogos llamábamos pautas reales.

Uno de los investigadores que más conoce la medicina tradicional practicada en los Altos de Chiapas, y que ha sido desde su creación asesor de la OMIECH (Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas A.C), y me refiero al Dr. Rafael Alarcón, nos recuerda que los j'íloles (shamanes) de los grupos étnicos chiapanecos se caracterizan por interpretar los sueños, pero que están ocurriendo dos cambios significativos. En primer lugar, el contenido de los sueños está experimentando notables modificaciones principalmente en niños y jóvenes indígenas, ya que en sus sueños han comenzado a aparecer temas sobre violencias referidas al narcotráfico, artes marciales, materiales pornográficos, o personajes como Rambo, que son observados en la televisión o en videos, así como son producto de sus experiencias migratorias en Cancún, en varios estados del norte de México así como en los EEUU. Si bien los j'íloles siguen interpretando los sueños, lo hacen a partir de ciertas concepciones y contextos, que no corresponden a los que ahora sueñan-pero también viven - los niños y jóvenes.

Según Alarcón, los curadores indígenas señalan que ya no todos sus hijas e hijos sueñan, así como también reconocen positivamente que algunos lo hacen, lo cual les preocupa especialmente ya que soñar es parte del proceso de iniciación shamánica. Pero en muchas ocasiones no es que los jóvenes no sueñen, sino que «no quieren contar su sueño a sus mayores debido a que esto implica un compromiso con su comunidad. Si narran sus sueños, ya no podrán abandonarla, pues el sueño indica que tiene un “mandato de los dioses” para permanecer en la comunidad y servirla. Y actualmente, la mayoría de los jóvenes tienden a salir de sus comunidades por razones económicas». Concluyendo Alarcón, que son estos procesos los que «están conduciendo a que los j'íloles desaparezcan lentamente, y por eso el último video que elaboró el compañero Agripino del área de comunicación de la OMIECH, lo titulamos *Los últimos j'íloles mayas*» (Comunicación personal el 25/08/2011; ver también PAGE J. 2005).

Como sabemos, México se ha convertido en el principal consumidor mundial de refrescos y en uno de los más importantes consumidores de alimentos chatarra (o basura) inclusive en sus zonas indígenas; y por éstos y por otros factores la diabetes mellitus 2 se va constituyendo a nivel nacional y de los grupos étnicos en particular en una de las principales causas de mortalidad y morbilidad. Es decir, que los grupos indígenas han sido penetrados no sólo por bebidas y alimentos “occidentales”⁽⁷⁾; no sólo por enfermedades generadas por el consumo de dichos productos occidentales, sino también por la biomedicina occidental.

Y es seguro que el consumo de refrescos tiene que ver en gran medida con los medios de comunicación masiva, pero también con las políticas de mercadeo locales, así como con los procesos de urbanización y de migración⁽⁸⁾. Pero además, ocurre que el enfrentamiento a la diabetes mellitus evidencia la ineficacia de la medicina tradicional y de sus operadores, así como crea expectativas en lo que puede hacer la biomedicina.

Expectativas desarrolladas a través del papel de la misma en el descenso de las tasas de mortalidad sobre todo infantil y de niños menores de cinco años, así como en la disminución de la mortalidad por enfermedades infecto/contagiosas, lo cual es reconocido por los propios grupos étnicos. Por lo tanto, el papel y penetración de la biomedicina no se da a través de aspectos triviales y secundarios, sino relacionados con la reducción de las muertes y con el incremento de la esperanza de vida de los miembros de los grupos étnicos⁽⁹⁾.

La expansión biomédica implica la existencia en la población indígena actual de oposiciones y rechazos, por varias razones incluido el papel ambivalente de los productos y acciones biomédicas, ya que simultáneamente pueden enfermar pero también curar o por lo menos limitar el daño. Necesitamos reconocer que más allá de estos aspectos, ocurre que en gran parte de los grupos étnicos americanos, la penetración occidental respecto de los procesos de *s/e/a-p* tiene varios siglos de antigüedad, dado que, por ejemplo, los aguardientes son productos occidentales que fueron apropiados hasta convertirse en imprescindibles no sólo en la vida cotidiana sino en el desarrollo de los principales rituales sociales – incluidos rituales de sanación – de gran parte de los pueblos originarios americanos. Y recordemos que el alcoholismo y la cirrosis hepática han constituido algunos de los más graves problemas de salud en los grupos étnicos. Si bien, desde hace pocos años, en algunos contextos étnicos se ha reducido o eliminado el uso de los aguardientes en los diferentes rituales, sin embargo han sido reemplazados por refrescos, y especialmente por coca cola, lo cual no sólo tiene que ver con el desarrollo de nuevos padecimientos, sino con la continuidad de la expansión “occidental” (MENÉNDEZ E.L. ed. 1991).

Como también sabemos, la mayoría de las enfermedades infectocontagiosas que padecieron y padecen los grupos étnicos fueron importadas de occidente desde finales del Siglo XV. Más aún, estas enfermedades diezmaron a la población amerindia, generando una de las catástrofes demográficas más profundas de que tengamos información a nivel mundial; catástrofe frente a la cual los saberes indígenas evidenciaron una total

impotencia, al igual que la medicina de los colonizadores. Pero con una diferencia radical, la población europea moría mucho menos debido a la creación de resistencias a dichas enfermedades logradas a través de siglos de convivencia con las mismas, de las que carecía la población nativa. La catástrofe sólo se dio en la población originaria, lo cual indudablemente debió incidir en el desarrollo de relaciones de hegemonía/subalternidad generadas entre los colonizadores y las poblaciones nativas.

Ahora bien, estos productos y saberes occidentales desde el alcohol hasta las enfermedades infectocontagiosas y las resistencias diferenciales a las mismas, así como especialmente la terrible y prolongada mortalidad ocurrida sobre todo durante los primeros siglos de la conquista ¿modificaron o no la cosmovisión de dichos grupos étnicos?

Pregunta cuya respuesta queda en el campo de las interpretaciones más o menos imaginarias, aun cuando podemos suponer que impactaron profundamente no sólo las cosmovisiones e identidades, sino las relaciones de hegemonía/subalternidad y de dominación. Pero, en términos comparados, actualmente estamos en condiciones de observar a nivel etnográfico si los refrescos, los productos chatarra, la diabetes mellitus 2, pero también el vih-sida, la reducción de las mortalidades general y etarias así como la reducción, desaparición y/o transformación de los curadores tradicionales, modifican no sólo los comportamientos sino también las cosmovisiones e identidades étnicas.

Por lo menos a nivel teórico las enfermedades, los procesos de embarazo/parto/puerperio, así como las técnicas de sanación son parte básica de las cosmovisiones e identidades, pero me parece que la mayoría de los que estudiamos procesos de s/e/a-p, así como de los que se preocupan por identidades y pertenencias étnicas en términos políticos e ideológicos, y especialmente los que centran sus intereses en las cosmovisiones reducidas casi siempre a la dimensión religiosa, no estamos analizando estos aspectos, sino que a partir de nuestros objetivos y presupuestos hacemos interpretaciones periféricas y reducidas a nuestro campo de interés.

Lo señalado no ignora que existen estudios de notoria calidad entre nosotros (GUITERAS C. 1965, PAGE J. 2005, PITARCH P. 1996) que tratan esta problemática, y que en algunos casos subrayan el papel que la iglesia católica y los diferentes credos protestantes tienen en la modificación y contenido actual de las cosmovisiones, pero sin observar el papel “religioso” (religación) que pueden tener la biomedicina y otras formas de atención de los padecimientos, máxime cuando estas iglesias no sólo han cuestionado y hasta zatanizado especialmente ciertos tipos de curadores y técnicas de

sanación tradicionales, sino que han impulsado el reconocimiento y uso de la biomedicina. Pero, por lo menos entre nosotros, las cosmovisiones se buscan casi exclusivamente en lo religioso; más aun, cuando se incluyen los procesos de s/e/a-p es para observarlos desde la dimensión religiosa.

Esta omisión o exclusión de los procesos de s/e/a-p es aún más notable cuando documentamos que cada vez más niños indígenas nacen en clínicas y hospitales biomédicos, y se espera que esto ocurrirá con la totalidad de los futuros niños por lo menos en México, generándose desde el nacimiento una *impronta (imprinting)* biomédica, e implicando cada vez más la exclusión de las parteras “empíricas” del proceso de parto. Este proceso es impulsado por los gobiernos y en particular por el Sector Salud debido a la necesidad de reducir las muertes maternas y el embarazo infanto/juvenil, así como reducir la tasa de natalidad.

Según Berrio, los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (2009), indican que el 90% de las mujeres mexicanas habrían tenido parto en instituciones de salud, y el 97% habría tenido controles natales en las mismas. En su estudio de dos comunidades indígenas del estado de Guerrero, el 90% de las cien mujeres encuestadas dijeron haber asistido a control durante su último embarazo, y el 60% lo hizo desde el primer trimestre. Más aún, encontró que el 80% de las mujeres de entre 15 y 24 años tuvieron el parto en hospitales de primer y segundo nivel, mientras que de las mujeres de entre 25 y 49 años sólo el 36% lo tuvo en instituciones médicas. Inclusive encontró que en las jóvenes indígenas no sólo aparecen normalizados el uso de análisis de laboratorio y ultrasonidos, sino que manejan los conceptos de riegos obstétrico y factores de riesgo. Y esto ocurre en el estado mexicano con mayor mortalidad materna (BERRIO L. 2013, 2014, 2015).

Si bien la atención biomédica del parto es todavía menor en la población indígena que en el resto de la población, el problema más fuerte no radica en el rechazo de la población originaria a la biomedicina, sino en toda una serie de problemas, entre los que señalamos la falta de cobertura de los servicios de salud debido a que una parte de la población indígena vive en localidades pequeñas y dispersas como ocurre sobre todo en el caso de Chiapas, donde el 80% de la población reside en comunidades de menos de 2.500 habitantes. Así como la renuencia del personal de salud, y sobre todo de los médicos, a radicarse en medios rurales incluidas pequeñas y medianas ciudades. Lo cual no niega que una parte – y en algunos contextos la mayoría – de las familias indígenas rechacen la atención biomédica del parto no sólo por la preferencia cultural por la partera

tradicional o por el autoparto, sino por las formas negativas de trato, así como por el tipo de actividades de planificación familiar que pueden incluir la aplicación con o sin consentimiento de dispositivos intrauterinos, esterilizaciones y /o cesáreas. Esto lo sabemos a través de estudios que se han hecho en los últimos años en zonas indígenas de México (LUNA M. *et al.* 2010). Lo que no sabemos es si estos procesos modifican, y como, las identidades y cosmovisiones nativas.

No obstante, sabemos algunas cosas relevantes; en primer lugar que la penetración biomédica opera sobre aspectos centrales de la identidad y cosmovisión como son los que tienen que ver con el nacimiento, las enfermedades y la muerte. Segundo, que pese a la escasez de recursos e inclusive del maltrato a que suelen ser sometidos por el personal de salud, los grupos étnicos siguen demandando servicios biomédicos, y especialmente la instalación y acceso a hospitales. Tercero, que a nivel mexicano se documenta constantemente el descenso del número de curadores tradicionales; más aún en los grupos étnicos mayas de Chiapas y de Yucatán están desapareciendo los shamanes, que serían los actores sociales que no sólo concentrarían, sino que utilizarían algunos de los contenidos más idiosincráticos de las cosmovisiones indígenas⁽¹⁰⁾, recordando que dichos estados son dos de los que tienen mayor porcentaje de población indígena (ORTEGA J. 1999, PAGE J. 2002). Y cuarto, que el proceso de expansión biomédica sobre zonas indígenas y no indígenas, por lo menos en México, ha sido intermitente aunque constante desde finales del Siglo XIX, y que se ha dado, primero a través de campañas preventivas específicas contra el tifus murino, la fiebre amarilla, el paludismo, la oncocercosis, y contra otras enfermedades infectocontagiosas, y más tarde a través de las actividades clínicas y el incremento de las actividades preventivas de vacunación (MENÉNDEZ E.L. 1981).

Además, toda una serie de trabajos evidencian las constantes pérdidas culturales que están operando en los grupos étnicos. Y así, por ejemplo, Page, a partir de talleres realizados con población indígena de los Altos de Chiapas, concluye que en dicha población:

«Existe claridad en cuanto a que sus saberes ancestrales están casi totalmente perdidos, que de la religión maya queda muy poco; también que en las últimas tres décadas la costumbre se ha perdido a tal grado que ya (los indígenas) hasta usan los vestidos de los mestizos, lo que tiene como consecuencia que ahora ya no reconozcan de donde viene cada quien, a que pueblo pertenecen [...]» (PAGE J. 2002: 83).

Y si bien este autor señala que los sistemas de salud indígena son los que más han resistido, tanto su información como la de la mayoría de los

analistas concluyen que el número de curadores tradicionales se reduce constantemente (FREYERMUTH G. 1993, GALLARDO J. 2002). Varios especialistas señalan que los jóvenes indígenas ya no quieren ser “curanderos”; que varios curadores tradicionales en diversos grupos étnicos, reconocen que cuando ellos mueran, ya nadie ejercerá la medicina tradicional en sus comunidades⁽¹¹⁾.

Por lo cual la persistencia o transformaciones de las cosmovisiones necesitamos observarlas no sólo en lo que se mantiene, sino también en lo que desaparece, sobre todo si lo que desaparece corresponde a algunos de los actores sociales que son los “encargados” de manejar algunos de los principales saberes indígenas. Y es el conjunto de estos procesos los que tenemos que analizar, no sólo respecto de su significación clínica y epidemiológica, sino respecto de las propuestas de identidad esencialista promovida por antropólogos y activistas.

El pragmatismo de los grupos subalternos y lo usos de las diferentes formas de atención de los padecimientos

Pero estas tendencias, y lo subrayo, no significa que los grupos étnicos reproduzcan mecánicamente los saberes occidentales, y menos aún que pierdan su identidad, sino que lo que expresa es lo que ocurre con todo grupo sea “originario” u “occidental”: cambian.

Los procesos de pertenencia e identidad de cualquier grupo subalterno, y no sólo de los grupos étnicos latinoamericanos, tienen que ser pensados y analizados a partir de asumir que la mayoría de estos sectores necesitan desarrollar diferentes estrategias para sobrevivir, dado los bajos niveles de vida y de marginación a que han sido sometidos, ya que han tenido y siguen teniendo los indicadores más negativos en términos económicos, educativos y de salud; así como son los grupos más racializados en forma abierta o tácita. Por lo cual tienen que valerse de todo aquello que esté a su alcance y le sirva para “aguantar” las situaciones a que han sido sometidos.

Actualmente la mayoría de los sujetos y grupos indígenas migran, trabajan en lo que pueden, se organizan en movimientos locales para oponerse a la instalación de minas o de parques eólicos así como para negociar con las empresas para poder obtener algunos beneficios en términos de dinero y/o de trabajo. Y es por las mismas razones de supervivencia, que también usan todo tipo de atención a su alcance, incluíd la biomédica, para poder

enfrentar sus enfermedades. Lo cual – y también lo subrayo – no supone que los grupos étnicos desaparecerán, sino que sobre todo cambian.

La mayoría de estos grupos no usan la medicina tradicional ni realizan rituales de sanación porque están pensando que a través de los mismos defienden su identidad cultural, y cuestionan la medicina de los actores sociales occidentales que los colonizaron, explotaron y racializaron. La gente usa la medicina tradicional articulada o no con la biomedicina, con prácticas espiritistas o con rituales cristianos de diferente orientación, para tratar de solucionar sus problemas de salud en la forma más inmediata, eficaz y económica posible. Lo cual no niega que los rituales de sanación propios de los grupos son parte sustantiva de las cosmovisiones, de la identidad y de la cohesión sociocultural de los mismos. Pero asumiendo, que los sujetos y microgrupos actúan dichos rituales, al mismo tiempo que se inyectan antibióticos o ingieren vitaminas o analgésicos. Es decir, no niego que haya diferencias e inclusive contradicciones entre las cosmovisiones nativas respecto de los procesos de s/e/a-p. y las que se expresan a través de la biomedicina, pero -y es lo que tienen que explicar los especialistas en cosmovisiones- ello no impide que los pueblos originarios utilicen ambas cosmovisiones, inclusive simultáneamente.

Creo que en las comparaciones entre cosmovisiones operan varios sesgos metodológicos, siendo el primero comparar *la* cosmovisión de los médicos con *la* cosmovisión indígena, cuando lo obvio metodológicamente sería comparar *las* cosmovisiones de los “mestizos” mexicanos, o *las* de los migrantes españoles o siriolibaneses con *las* cosmovisiones de los diferentes grupos étnicos mexicanos; así como *las* cosmovisiones de dichos grupos con las de los médicos y enfermeras que operan en el primer, segundo o tercer nivel de atención, así como con las de los shamanes, hueseros o parteras. Más aún, en otros contextos tendrían que comparar, por ejemplo, las cosmovisiones del llamado “cinturón calvinista” de Holanda o de sectores medios urbanos de los EEUU con los saberes del personal de salud de sus respectivos países en torno, por ejemplo, al rechazo creciente a las vacunas que se observa en dichos grupos (MENENDEZ E.L. 2015). Pero además, -y para mi es metodológica e ideológicamente decisivo-toda cosmovisión debe ser descripta y analizada a través de las prácticas sociales, y no ser reducidas exclusivamente a las “narrativas”.

La existencia y papel de las cosmovisiones, como vengo subrayando, las tenemos que observar en las representaciones y prácticas sociales de los diferentes sujetos y grupos; y sobre todo en las prácticas, dado que a través de ellas vemos las articulaciones que los mismos realizan, así como las

cosmovisiones que realmente utilizan. Y es en la “carrera del enfermo” o si se prefiere en la trayectoria de los padeceres donde podemos observar como los diferentes grupos, incluidos los miembros de los grupos étnicos, utilizan las diferentes formas de atención a su alcance, y más allá de que las mismas correspondan a cosmovisiones diferentes, y aparentemente opuestas. Y obviamente las utilizan a partir de sus posibilidades económico/sociales y no sólo culturales⁽¹²⁾.

Más aún, es en los procesos de autoatención donde podemos observar la persistencia de los saberes tradicionales, más allá de que hayan desaparecido o no los curadores tradicionales. Es allí donde podemos observar la persistencia del mal de ojo, de “limpias”, o de las relaciones frío/caliente; así como observar los usos de hierbas convertidas o no en medicamentos herbolarios, una parte de los cuales pueden ser comprados en mercados “populares”, en cadenas internacionales de supermercados o en tiendas “naturistas”, y por supuesto en los viejos “huertos” y en los nuevos “jardines” herbolarios que han impulsado en México en diferentes momentos el Sector Salud, el Instituto Nacional Indigenista o gobiernos locales. Es especialmente en los procesos de autoatención del embarazo y parto vigente aún en numerosos grupos étnicos tanto en Bolivia, Perú o México, donde podemos observar no sólo su persistencia sino sus transformaciones. Es en dichos procesos donde podemos observar no sólo los cambios en los saberes tradicionales y la apropiación de nuevas formas de atención “paralela”, sino la emergencia de nuevos curadores para padecimientos pero exige la existencia de un “otro” curador.

Por lo menos, desde la década de 1940’, algunos de los líderes académicos del indigenismo integracionista señalaron reiteradamente la tendencia de los grupos étnicos mexicanos a solicitar la instalación de escuelas, caminos, agua potable y centros de salud en sus comunidades, diferenciando con claridad que dichas demandas iban junto con sus quejas y/o denuncias de cómo eran tratados negativamente por los mestizos que los explotaban y discriminaban racialmente, incluido el personal de salud. Y así por ejemplo Aguirre Beltrán en 1955 señalaba el «prestigio inconmensurable que tiene la medicina científica entre la generalidad de la población, pero particularmente entre los grupos étnicos subordinados», así como pese a los maltratos y prejuicios del personal de salud hacia los indios, la biomedicina va siendo aceptada «lenta pero firmemente entre los grupos étnicos menos aculturados» (BELTRÁN A. 1994: 169), que es lo que reiteradamente señalan diferentes analistas hasta la actualidad (MENESES S. 2005, ORTEGA J. 1999, PAGE J. 2002).

En nuestro estudio sobre Yucatán confirmamos a finales de 1970, lo que autores como Erasmus (1963) habían señalado para las comunidades de los grupos mayo de Sonora, es decir no sólo la penetración biomédica, por lo menos desde la década de los Treinta, en la población nativa, sino que dicha población atribuía a los médicos y a los antibióticos la reducción de la mortalidad, especialmente de sus hijos pequeños. Señalando además, que una parte de la población originaria en la década de los Cuarenta y Cincuenta fue capacitada como “inyccionista”, es decir fue preparada para aplicar antibióticos, dado que ese fue el principal objetivo de la capacitación. Pero estos datos han sido también confirmados en las diferentes zonas indígenas por el indigenismo de participación, así como por los estudios etnográficos y por la información epidemiológica durante las décadas de los Ochenta, Noventa y Dos mil, emergiendo como una constante el reconocimiento por parte de los sujetos y grupos originarios de la eficacia de la biomedicina junto con la crítica y desconfianza hacia el personal de salud.

Pero gran parte de la desconfianza no sólo refiere al maltrato, sino a que, como observamos en Yucatán a finales de los Setenta, los sujetos y grupos cuestionan que sean atendidos por pasantes, es decir médicos aún no titulados profesionalmente; señalando la frecuente rotación del personal de salud, así como la frecuencia de sus inasistencias o llegadas tarde a la consulta. Así como establecen una valoración diferencial entre médico del centro de salud y médico de hospital, y entre médico privado y médico de los servicios oficiales de salud, e inclusive entre las medicinas que les da la Secretaría de Salud y las medicinas que adquieren en las farmacias. Lo cual también ha sido señalado reiteradamente.

Desde hace casi cuarenta años sostengo que la mayoría de los sujetos y grupos étnicos de México puede ser que tengan contradicciones en términos de cosmovisión respecto de la biomedicina, pero no las tienen en términos de prácticas, o por lo menos dichas contradicciones no le impiden realizarlas. Lo cual no ignora que existan conflictos culturales y también sociales, sino que los mismos necesitan ser pensados desde la vida cotidiana de los sujetos y grupos. Los que ven conflictos y contradicciones en términos civilizatorios monolíticos y no monolíticos son sobre todo ideólogos indianistas y antropólogos sociales, que si realmente indagaran la vida cotidiana de los grupos étnicos observarían que la mayoría de los grupos indígenas no rechazan sino por el contrario demandan atención y productos biomédicos. Más aún, que yo sepa, los grupos étnicos no demandan de los gobiernos la instalación de servicios de salud tradicio-

nales, sino que demandan más y mejores servicios biomédicos de salud, especialmente servicios hospitalarios. Lo que rechazan, frecuentemente en forma callada, es el tipo de relación médico/paciente, el maltrato del personal de salud, el racismo que les imponen las instituciones. El darse cuenta que a la mayoría no sólo de los médicos, sino de los pasantes, no les gusta vivir en sus comunidades.

Más aún, si bien existen críticas de los grupos étnicos a la biomedicina en el plano de las representaciones sociales, las mismas no suelen incidir en el uso de los productos y servicios biomédicos o biomedicalizados, sobre todo en situaciones de urgencia. Lo cual no niega que haya tabues, preferencias, oposiciones a ciertas prácticas y representaciones biomédicas, pero los estudios sobre atención y sobre trayectoria de enfermedad nos indican que los grupos sociales, incluidos los grupos étnicos, lo que practican es una articulación de diferentes formas de atención a su alcance, y no un rechazo al Otro occidental, por lo menos en términos biomédicos (MENÉNDEZ E.L. 1981, 1990b, 1994).

Ahora bien, ¿qué significan en términos de identidad, pertenencia, cosmovisión pero también de subjetividad los procesos señalados, dado que los mismos pueden estar indicando cambios sustantivos hacia formas occidentales, como sería el caso de la creciente mercantilización de los curadores tradicionales? (GALLARDO J. 2002, PAGE J. 2005). Lo cual, entre otros aspectos, cuestionaría las expectativas colocadas en el desarrollo de “otro mundo posible” construidas, por lo menos parcialmente, a partir de las cosmovisiones de los pueblos originarios.

Como sabemos, las propuestas alternativas se hacen a partir de asumir que los grupos étnicos son por lo menos “diferentes”, y que es a partir de esas “diferencias” que podemos pensar e impulsar otras formas de vida diferentes a las “occidentales”⁽¹³⁾ o si se prefiere capitalistas, incluidas otras formas distintas de atender los padecimientos. Y no cabe duda que en los grupos étnicos existen “diferencias” no sólo respecto de la sociedad no indígena, sino respecto de otros grupos étnicos, pero ¿en qué consisten en términos de cosmovisión, identidad, subjetividad estas diferencias, como para a partir de las mismas impulsar otros mundos posibles, incluidas otras formas de atención de los padecimientos? Y es respecto de este aspecto nuclear que, por lo menos desde los procesos de s/e/a-p, observo que las propuestas son, por lo menos hasta ahora, básicamente ideológicas y de muy escasa precisión técnica y concreción práctica, sobre todo en relación con el sistema de salud y con el saber médico dominantes. O cuando se concretizan, observamos que la mayoría de estas propuestas

y experiencias - como veremos más adelante - tienden a languidecer hasta desaparecer, por lo menos hasta ahora. Lo cual no niega la creatividad y capacidad de lucha de una parte de los grupos étnicos americanos y de sus asesores para obtener, no sólo reconocimiento social y legal, sino el cumplimiento de las demandas territoriales que posibiliten su autonomía política y económica.

Las organizaciones de curadores tradicionales, las ideologías y los hechos

En varios momentos, durante el siglo XX, surgieron en México movimientos ideológico/políticos inclusive armados, que intentaron modificar la situación de explotación, marginación y subordinación a que estaban sometidos los sectores sociales subalternos, pero hasta la década de los 70' dichos movimientos no se hicieron en nombre de la etnicidad. Considero que, por lo menos, una parte de las organizaciones de curadores tradicionales que subrayan su identidad étnica diferencial, y en algunos casos opuesta a la cultura y epistemología occidental, y que plantearon no sólo formas paralelas de atención de la enfermedad, sino también reclamaron autonomía para asegurar las orientaciones propias de su desarrollo, forman parte de los nuevos movimientos étnicos y sociales.

Es importante subrayar que casi todas estas organizaciones de curadores tradicionales emergieron como paralelas a la biomedicina, y no como opuestas, aunque en algunas experiencias se acentuaron las críticas y diferendos con la biomedicina. Y así, por ejemplo, en Chiapas se formó en 1994 el Consejo de Organizaciones de Médicos y Parteras Indígenas Tradicionales (COMPITCH), constituida sobre todo por parteras, y que según los documentos de dicha organización, dichas parteras constituían un reservorio del saber ancestral de sus grupos pero no sólo respecto de la salud, sino también de la "naturaleza". Más aún «La esencia indígena y femenina de los conocimientos de las parteras permitió visualizarlos además como saberes integrales, que no sólo se relacionan con la atención médica sino que también definen el cuidado del medio ambiente y la alimentación». Su saber, «es un don otorgado por Dios», y ejercido «desde dinámicas de solidaridad y de reciprocidad en el entorno social y material, respondiendo así a la voluntad divina» (ARAYA M.J. 2011: 216).

Se sostiene además, que «Los conocimientos tradicionales de las parteras indígenas del COMPITCH se vuelven la fuente de una resistencia sociocultural que cuestiona desde lógica y principios propios, la hegemonía del desarrollo neoliberal que conlleva al genocidio de su oficio» (ARAYA M.J.

2011: 6). Por lo cual, esta organización decidió—según Araya— defender sus comunidades de las opresiones biomédicas y de las agresiones a su medio ambiente, denunciando no sólo la planificación familiar aplicada por las instituciones biomédicas, sino también la imposición de obligaciones personales impulsadas por los programas sociales federales y estatales contra la pobreza. Según ésta y otros analistas, el Sector Salud y otras instituciones buscaron eliminar o por lo menos subordinar a las parteras empíricas, como parte de las políticas neoliberales del estado mexicano, pero pese a ello las parteras habrían sostenido su autonomía, y junto con otras organizaciones de curadores tradicionales, como la OMIECH, consiguieron en el 2000 la cancelación definitiva del proyecto ICBG-Maya que buscaba apropiarse del saber tradicional sobre la flora regional y patentarlo a través de la acción de profesionales y empresas norteamericanas asociadas con centros de investigación y organizaciones nacionales (ALARCÓN R. 2010, CASTRO SOTO J. 2000).

Pero además la COMPITCH, no sólo habría enfrentado y revertido «las estrategias de control corporativista del Estado mexicano para abogar por la recuperación, conservación y fortalecimiento de la medicina indígena...» (ARAYA M. J. 2011: 107), sino que hizo suyas las propuestas del Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales (CONAMIT), que sostiene «La necesidad de que en el país se reconozca la existencia del sistema real de atención a la salud conformada por la medicina académica, la medicina tradicional y la medicina doméstica; y por lo mismo, la necesidad de realizar la programación en salud tomando en consideración la utilización y desarrollo de las tres instancias mencionadas», y agregando el derecho de los curadores tradicionales a «participar en la elaboración de políticas y programas destinados a las comunidades indígenas» (ARAYA M.J. 2011: 105).

Estas propuestas en el campo de salud, si bien venían desarrollándose desde los 70', fueron en parte reimpulsadas, para algunos analistas contradictoriamente (WARMAN A. 2003), a partir del surgimiento del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) en 1994, lo cual permitió incrementar los cuestionamientos al neoliberalismo no sólo en términos de cosmovisión sino también políticos, a partir de los procesos de s/e/a-p, como aparece documentado en el texto de Araya. Así como impulsar las organizaciones de curadores tradicionales, y fundamentar la necesidad de autonomía de los pueblos originarios a través del uso de sus propias formas de atención a los padecimientos. Por lo tanto no puede negarse el proceso organizativo que se dio en los curadores tradicionales, así como

el proceso de lucha ideológica impulsado a través de la reivindicación de la medicina tradicional no sólo en términos de su eficacia técnica, sino de su capacidad para posibilitar la continuidad cultural y social de los grupos, dado que según analistas como Araya, dicho saber tradicional constituía la principal área de resistencia ante la expansión de las concepciones “occidentales”, incluidas las biomédicas.

Muy pocos investigadores dentro del campo de la Antropología Médica, por lo menos en México, adhirieron a la propuesta de-colonial, de que el saber tradicional expresa una epistemología propia, a partir de la cual engendrar otra ciencia posible. En México la mayoría de las propuestas, y en particular quienes tuvieron más peso, como es el caso del Instituto Nacional Indigenista (INI), o de especialistas como R. Campos, J. Page J., G. Solís, R. Alarcón o C. Zolla no plantearon la oposición sino el paralelismo entre las formas de atención y prevención de los padecimientos. Estas y otras propuestas, durante alrededor de dos décadas, dieron visibilidad y legitimidad a la medicina tradicional, convirtiendo a los curadores tradicionales en interlocutores del INI y en menor medida del Sector Salud y de los programas contra la pobreza, por lo menos en algunos contextos nacionales.

Pero este proceso, tuvo escasos resultados en los términos propuestos por los que impulsaron la medicina tradicional, generando además respuestas aparentemente paradójales, ya que dio lugar a un mayor impulso de la biomedicina en términos de cobertura de servicios de salud incluyendo las zonas indígenas de Chiapas, de tal manera que, según G. Freyermuth, como respuesta a la emergencia del movimiento zapatista, el gasto total en salud pasó en dicho estado de 2,06 millones de pesos en 1998 a 6,443, 16 millones en 2012 (2014: 32-33). Pero además se acentuó la tendencia a la biomedicalización del trabajo de una parte de los curadores tradicionales, así como la subordinación y/o exclusión de las parteras empíricas.

Desde por lo menos mediados de 1970 el Sector Salud aplicará toda una serie de medidas a nivel nacional, que se incrementarán en los últimos años, y que irán excluyendo del parto a las parteras tradicionales al establecer que todo parto debe realizarse en instituciones hospitalarias, y donde el parto esté exclusivamente realizado por médicos o por personal de salud acreditado profesionalmente. De tal manera que el papel de la partera tradicional quedó reducido a ciertos controles durante el embarazo, a tareas de información respecto de los principales riesgos obstétricos, así como a la promoción del parto hospitalario y del uso de anticonceptivos, lo que se tradujo en que en 2013 sólo el 1.51 % de los partos fueran

atendidos por parteras tradicionales nivel nacional. Por lo tanto, y pese a que el discurso del Sector Salud reconoce el papel de estas parteras, en los hechos se la subordina y excluye cada vez más (BERRIO L. 2015).

Si bien en varios contextos étnicos la mayoría de los partos son realizados todavía por parteras, dicha situación es provisional, dada la orientación dominante en las políticas de salud (GÜEMEZ M.A. 1997). Por lo tanto, no se logró integrar la medicina tradicional a partir de las propuestas de medicina “paralelas”, ni mantener ciertos logros obtenidos como el de las organizaciones de curadores tradicionales. Es decir, no se pudo dar continuidad a estos y otros objetivos, debido a varias razones, entre las cuales destaca el papel directo e indirecto de la biomedicina tanto a nivel del Sector Salud como de la difusión de productos biomédicos, especialmente medicinas de patente. Considero además que incidieron otros procesos, como el reconocimiento dado, sobre todo en la práctica, por el movimiento zapatista a las acciones de tipo biomédico (BARONET B. - MORA M. - STAHLER-SHOLK R. (Coords.) 2012, CERDA A. 2011). Pero subrayando que uno de los procesos más decisivos, como veremos más adelante, fue la dependencia financiera, técnica y organizativa en que permanecieron las organizaciones de curadores tradicionales respecto de instituciones del estado y en menor medida de financiamientos internacionales.

En toda esta trayectoria, cumplieron un papel básico el INI y una serie de profesionales progresistas que fueron los que pensaron, planificaron e impulsaron los programas de “medicinas paralelas”, la reivindicación ideológica y técnica de la medicina tradicional, y especialmente la creación de organizaciones de curadores tradicionales. Prácticamente la totalidad de las organizaciones de curadores tradicionales, incluida COMPITCH, fue impulsada y/o directamente organizada por el INI y/o profesionales progresistas en su mayoría médicos, que propusieron parte de los objetivos de dichas organizaciones así como participaron activamente en los procesos de organización, gestión y asesoría, pero subrayando además que en forma periférica operaron toda una serie de intelectuales, que cumplieron básicamente una función de legitimación académica con escasas intervenciones prácticas, aunque generando propuestas y expectativas ideológicas que en su mayoría no se concretaron.

Considero que el texto de Araya, es un ejemplo de un tipo de producción académica que busca fundamentar ciertos procesos y el papel de los actores sociales que le interesa defender, pero a través de información y de interpretaciones/afirmaciones no sólo unilaterales, sino que tienen, por lo menos en parte, escasa relación con los hechos ocurridos y con las caracte-

rísticas de los actores sociales. Como en la mayoría de las zonas indígenas, en los Altos de Chiapas «La partera y el huesero poseen el status más bajo dentro de la estructura de la práctica curativa indígena» (FREYERMUTH G. 1993: 82), por lo cual la partera empírica no expresa – según los propios curadores tradicionales – los aspectos centrales de la cosmovisión indígena como pretende Araya. Pero además, si bien las parteras participaron en las luchas contra ICBG-Maya, los principales protagonistas fueron la OMECH y los asesores de la misma, que además contaron con el apoyo de ONGs nacionales e internacionales (ALARCÓN R. 2010). Justamente esta situación secundaria de la partera empírica, evidencia la situación de inferioridad social que tiene la mujer en la mayoría de los grupos étnicos, lo cual no desconoce los esfuerzos de sujetos y grupos internos y externos, como Araya, por elevar el estatus femenino, y por proponer una autonomía radical de las curadoras a partir de sus luchas.

Si bien el Sector Salud está tratando de excluir a las parteras a través de normas explícitas, no podemos atribuir exclusivamente al Sector Salud la subordinación de las parteras, dado que las mismas tienen en sus propias comunidades un estatus inferior tanto en términos de mujer como de curadora. A nivel de las autoridades políticas locales, de las actividades religiosas, del grupo doméstico el poder ha estado siempre en manos masculinas, y es a partir sobre todo de la apelación a los derechos humanos que sujetos y grupos originarios, ONGs, asesores y otros grupos organizados, están tratando de modificar estas relaciones de poder interno, que son parte no sé si de la cosmovisión, pero sí de los usos y costumbres de la mayoría de los grupos étnicos, y no étnicos de México.

Como sabemos el INI, la Secretaria de Salud y otras instituciones médicas, así como toda una serie de ONGs variopintas formaron promotores de salud con orientación biomédica en zonas rurales, pero además desde finales de los 70' el INI desarrolló programas de capacitación de curadores tradicionales básicamente en la elaboración de productos y en la aplicación de tratamientos herbolarios, para en las décadas de los 80' y 90' impulsar la organización de médicos tradicionales a través de financiamientos nacionales e internacionales (ARAYA M.J. 2011, GALLARDO J. 2002, PAGE J. 2002), excluyendo en forma radical acciones de brujería.

Y así Gallardo describe y analiza las consecuencias que esta orientación tuvo para la medicina tradicional en Cherán (Michoacán, México): «A inicios de los 80' la medicina tradicional de Cherán sufrió un cambio que a futuro transformaría su desarrollo. A través del INI los especialistas fueron organizados y su práctica se sujetó a una serie de normas nuevas

o diferentes. Estas incidieron en las relaciones entre los especialistas y restringieron la utilización de la magia, de la hechicería y de la “brujería” como alternativa terapéutica. Así como también modificaron las formas de transmisión del conocimiento médico tradicional. Antes de los ochenta este saber se transfería principalmente de un familiar a otro; de un adulto con experiencia hacia un joven aprendiz. Ahora, personas adultas pidieron ser “iniciadas” cambiando el significado cultural de la práctica médica y de las concepciones tradicionales de salud y enfermedad. La medicina tradicional se transformó en un oficio remunerativo...» (GALLARDO J. 2002: 157). Agregando, que todo este proceso «se ha traducido en una especie de “profesionalización” del médico tradicional...(lo que) ha significado que los especialistas hayan convertido a la medicina tradicional en una forma de empleo» (GALLARDO J. 2002: 164).

Este proceso significó el reconocimiento institucional de los curadores tradicionales por parte del INI, y en menor medida por instituciones del Sector Salud, lo que se expresó a través de talleres, reuniones y congresos organizados y financiados por estas instituciones, así como en la entrega de diplomas que los acreditaban como curadores tradicionales. La capacitación de las parteras empíricas, así como la construcción de hospitales mixtos o interculturales legitimó inicialmente a los curadores tradicionales, pero también contribuyó a la biomedicalización, institucionalización y subordinación de una parte de dichos curadores, así como a su mercantilización. Y justamente muchos de los conflictos que se van a suscitar dentro de algunas de las organizaciones de curadores tradicionales, así como la emergencia de nuevos curadores o la transformación de otros, tendrán que ver con cuestiones económicas, y con procesos de biomedicalización basados en la utilización de medicamentos de patente, lo que ya podía observarse desde finales de la década de 1970, por lo menos en Yucatán (MENÉNDEZ E.L. 1981, 1990b).

Lo cual no niega que una parte de los curadores tradicionales tuvieran una participación activa en el desarrollo y mantenimiento de los objetivos de estas organizaciones, e intentaran darle continuidad a las mismas.

Correlativamente, como ya señalé, las organizaciones de curadores tradicionales creadas por el INI en forma directa o inducida, permanecieron en una situación de dependencia financiera y técnica. Y si bien observamos intentos de autonomía en varias de estas organizaciones, dichos intentos no sólo fueron escasos, sino que concluyeron, salvo excepción, en el repliegue o desaparición de estas organizaciones. Y una de las razones básicas de este proceso fue la reducción o directamente la falta

de financiamiento. Es decir, estas organizaciones-así como los procesos de capacitación-fueron pensadas e impulsadas desde fuera de los grupos étnicos, y por profesionales que no pertenecían a los mismos, aun cuando habían establecido relaciones, a veces, muy profundas con los grupos étnicos. Los objetivos y las actividades, así como los congresos y talleres fueron propuestos, financiados y coordinados por los asesores, y no por los curadores tradicionales.

Pero reitero que si bien reconozco y valoro los objetivos ideológicos y técnicos que guían estas lecturas y acciones por parte de los asesores profesionales y por líderes indianistas buscando un sujeto autónomo, persistente y opuesto o por lo menos cuestionador de “occidente”; no termino de entender la lógica que opera en los antropólogos cuyo campo de acción es, en la inmensa mayoría de los casos, exclusivamente académico, y que por ejemplo se niegan a reconocer el proceso de disminución, desaparición o transformación de los curadores tradicionales y especialmente de los shamanes, pese a que los datos etnográficos indican que, por lo menos, para Yucatán y para los Altos de Chiapas los shamanes han desaparecido, están en vías de extinción o los encontramos reemplazados y a veces transformados en curadores tipo *new age* (FREYERMUTH G. 1993, ORTEGA J. 1999, PAGE J. 2002).

Ahora bien, en términos analíticos no me preocupan tanto los sesgos profesionales y académicos, sino el papel de los líderes indianistas. Y es por ello que frente a los discursos de los líderes que apelan a la cosmovisión y saber de los pueblos originarios, me pregunto si a través de dichos líderes habla el conjunto de la población indígena; si los líderes expresan las demandas y necesidades de la población, o si hablan básicamente a partir de sus propios objetivos políticos e ideológicos, que pueden expresar – o tal vez no – los objetivos de los sujetos y conjuntos sociales. Por lo cual sería importante observar a través de estudios el distanciamiento o la convergencia que existen entre los discursos y las acciones de los líderes etnicistas y también no etnicistas, y las representaciones y prácticas de los sujetos y grupos que dichos líderes representan. Y esto más allá de los objetivos de dichos líderes.

Considero que en función de sus propios objetivos, una parte de los líderes se distancian cada vez más de las prácticas de la población, por lo menos respecto de los procesos de *s/e/a-p*; y pese a que dichos líderes saben de los usos cada vez más constantes de la biomedicina por los grupos étnicos. Aclaro que no estoy proponiendo que el saber del “pueblo” es el correcto, y no el de los líderes, sino que lo que me interesa es establecer

el saber de los sujetos y grupos que operan en la realidad; si los mismos se oponen en la práctica a la biomedicina, y si los líderes trabajan o no con dichos saberes, o los reformulan ideológicamente en función de sus propios objetivos.

Cuando una parte de estos líderes cuestiona que las organizaciones de médicos indígenas vendan sus productos medicinales, y proponen que los curadores tradicionales formen parte de los equipos de salud y reciban salarios y prestaciones, podemos entenderlo por una parte como cuestionamiento al mercantilismo médico, así como por otra subrayar las obligaciones sociales de un estado neoliberal que trata de desentenderse de por lo menos una parte de las mismas. Pero dichas propuestas tienen poco que ver, no sólo con los objetivos e ideología del sector salud, sino también con los objetivos y necesidades de una parte de los curadores tradicionales.

Biomedicina: las críticas equivocadas

La biomedicina es la forma de atender y prevenir enfermedades, que más se expande a nivel mundial; análisis, frecuentemente superficiales, señalan la expansión de formas “orientales” de atención y sanación en los países occidentales, pero sin informar sobre la constante expansión de la biomedicina sobre las sociedades asiáticas y africanas.

Actualmente la India, uno de los países que exportaría en forma directa e indirecta gran parte de las técnicas de sanación no occidentales, es el país que tiene el más alto consumo de antibióticos del mundo; el cual se ha convertido en un hecho casi imposible de contener dada la facilidad con que la población hindú tiene acceso a este medicamento, y a la masividad de su consumo. Dicha masividad es producto, al igual que en occidente, de la fuerte tendencia de los médicos hindúes a recetar antibióticos innecesariamente, a los intereses y presiones de la industria químico/farmacéutica, así como a la rápida eficacia encontrada en los antibióticos por la población hindú. Una de las paradojas de este proceso, es que para revertir esta tendencia se está reimpulsando el uso de las medicinas ayurvédica, siddhi, yumani, yoga y también la homeopatía, aunque sin conseguirlo, por lo menos hasta ahora.

Ahora bien, el 76% del incremento en el uso de antibióticos a nivel mundial durante el lapso 2010/2013 se concentra en los países que integran el BRICS⁽¹⁴⁾, al cual pertenece India. Por lo cual, si bien para algunos analistas, el BRICS puede constituir una alternativa económica de ayuda a países

latinoamericanos, no cabe duda que no lo es respecto de ciertos procesos de *s/e/a-p*, ya que la resistencia a los antibióticos se va constituyendo en una de las principales amenazas a la salud, especialmente para los países periféricos, dada la posible expansión de las viejas y nuevas enfermedades infectocontagiosas.

Lo que señalamos no ignora que, según la Oms, el 80% de la población de los países en desarrollo depende de la medicina tradicional para resolver los problemas de salud más comunes y frecuentes. Y que según la Oms el 80% de la población indígena de las Américas utiliza los curadores tradicionales como principal prestador de asistencia sanitaria (ZOLLA C. - SANCHEZ C. 2010: 37). Pero considero que estos datos son producto de una manera “tradicional” de producir etnografías o encuestas, dado que, por ejemplo, no incluyen que una parte creciente de la población originaria incluidos los curadores tradicionales utilizan fármacos, ni que en prácticamente todas las comunidades indígenas existen tiendas donde se venden medicinas generadas por la industria químico/farmacéutica. Por lo cual considero que si bien la mayoría de la población del planeta no tiene acceso a la atención biomédica directa, observamos una tendencia constante a la expansión de la biomedicina a través de fármacos como es el caso de la India y los países del BRICS que, recordemos, constituyen casi el 50% de la población mundial, y además han desarrollado una poderosa industria de medicamentos. La biomedicina, como parte del sistema capitalista en sus diferentes variantes, tiende a la expansión constante para asegurar su reproducción, por lo cual desde sus objetivos intencionales y funcionales todavía hay una enorme población que lo está aguardando a partir de sus propios objetivos y necesidades.

Cuando en la década de los '70', intelectuales latinoamericanos preocupados por las orientaciones negativas que se estaban dando dentro de la biomedicina, así como por la inclusión de la participación popular en salud, proponían como forma alternativa o por lo menos complementaria de atención de la enfermedad, a los promotores de salud denominados “médicos descalzos” que había impulsado el maoísmo en China, no señalaron que dichos promotores de salud no fueron a las comunidades rurales sólo para rescatar las medicinas tradicionales locales, sino que fueron sobre todo para impulsar las actividades biomédicas de vacunación, de atención del parto así como las que tienen que ver con higiene personal y saneamiento del medio ambiente. La rehabilitación de la medicina china bajo el maoísmo tuvo sobre todo un objetivo ideológico, tal como, según algunos autores, está ocurriendo actualmente con la medicina tradicional en el caso de algunos países latinoamericanos (KNIPPER M. 2006).

Pero lo que me interesa subrayar, es que la medicina tradicional china se articuló ideológicamente con el impulso a la biomedicina, dadas las características atribuidas a ésta última. Y así el gobierno comunista chino impulsó la medicina occidental, más allá de sus críticas y enfrentamientos con los países capitalistas “occidentales”, dado que la biomedicina, si bien se concretiza dentro de países capitalistas, no se identifica con ningún régimen político ni ideológico ni siquiera cultural⁽¹⁵⁾, sino que se identifica con “la ciencia”. Más aún, las únicas organizaciones internacionales referidas a los procesos de s/e/a-p, y en las cuales participan oficialmente todos los países, son de tipo biomédico como ocurre con la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y en cierta medida con Médicos Sin Fronteras. Mientras que las medicinas “paralelas” sólo han dado lugar al desarrollo de redes más o menos minoritarias de usuarios y/o de profesionales, y cuya continuidad está permanentemente en duda.

Como ya lo señalamos, cuando a principios de la década de 1980’ surgió una nueva enfermedad llamada VIH-sida, así como cuando en la actualidad se expande el Ébola, los países a nivel individual y colectivo buscaron y siguen buscando la solución en productos y concepciones biomédicas, y no en la medicina mandarina, en la medicina ayurvédica, en las medicinas tradicionales africanas o latinoamericanas ni en las medicinas new age. O mejor dicho, muchos las siguen buscando en las medicinas “paralelas”, pero hasta ahora la única que aplica soluciones parciales o más o menos eficaces para el VIH-sida o para el Ébola, es la biomedicina. Las acciones biomédicas no sólo consiguieron reducir la expansión del virus del Ébola, y la mortalidad generada por él; no sólo están desarrollando vacunas para controlarlo en el futuro, sino que los que enfermaron y murieron por salvar a la población de estos países africanos – 815 a mayo del 2015 según la OMS (REC N° 1, 584, 22/05/2015) – fueron médicos y estudiantes de medicina (12%), enfermeros 50%, y el 38% personal de limpieza, de seguridad, choferes, recordando que algunos de ellos fueron asesinados cuando trataban de desarrollar tareas preventivas⁽¹⁶⁾.

Lo cual implica reconocer, más allá de las críticas que podemos hacer a la biomedicina, la notable hegemonía actual de la misma, y a través de élla la persistencia de la hegemonía occidental no sólo en términos científicos y técnicos, sino también culturales e ideológicos. Que además, y lo subrayo, constituye la forma más insidiosa del poder hegemónico, dado que la biomedicina aparece como un referente universal que está más allá de cada cultura, sociedad o nación. Y por eso no sólo las sociedades occidentales, sino todos los países a nivel mundial, impulsan el uso de la

biomedicina, e inclusive proponen la construcción de sistemas de salud generales y gratuitos basados en la biomedicina, como por ejemplo ocurre en el caso del actual gobierno proindígena pluricultural de Bolivia.

Ahora bien, y retomando los interrogantes formulados previamente, no cabe duda que por lo menos en América Latina asistimos a una constante expansión de la biomedicina, pero dicha expansión ¿implica modificaciones en las identidades y cosmovisiones de nuestros grupos étnicos? Y sobre todo, dichas modificaciones ¿han sido tenidas en cuenta por los líderes de los movimientos étnicos y por sus intelectuales orgánicos? Yo no tengo respuestas seguras respecto de estos interrogantes, dado que contamos con escasos estudios profundos sobre estos aspectos, aunque sí con una diversidad de opiniones fuertemente ideologizadas. De los materiales analizados, y respecto del primer interrogante surge que, por lo menos en parte las cosmovisiones y sobre todo las prácticas, respecto de los procesos de s/e/a-p se están modificando en los grupos étnicos americanos. En países como México se señala que las representaciones sociales de determinados grupos étnicos respecto de la enfermedad y su tratamiento se han ido modificando especialmente por la influencia de las iglesias católicas y protestantes. Además, la reducción, desaparición o transformación de los curadores más emblemáticos en términos de cosmovisión, es decir los shamanes, evidencia, por lo menos, la pérdida de alguno de los principales sostenes y reproductores de las cosmovisiones. Lo cual en cierta medida se verifica, como ya lo señalamos, a través de lo que está ocurriendo con los sueños y con los “lectores” de los mismos, por lo menos en los Altos de Chiapas. Pero también se observa en una serie de procesos, de los cuales sólo presentaré tres que expresan situaciones distintas aunque complementarias.

Como sabemos, entre los mayas yucatecos, los shamanes tienen un papel decisivo en la realización de rituales colectivos que tienen que ver con enfermedades, con la producción agrícola, o con ceremonias familiares, existiendo además una diferenciación estratificada entre “maestros” y “aprendices” en el manejo de estos rituales. Según algunos analistas se está dando una situación cada vez más común, según la cual los jmeeno’ob (shamanes) con cierto reconocimiento, deciden dedicarse únicamente a realizar curaciones y autoexcluirse de los rituales colectivos por ser estos muy “peligrosos” y/o muy “cansados”; además de que ello implica abandonar la milpa, la familia, el trabajo, según ellos mismos expresan (GÓMEZ 2008b). Por consiguiente, dejan encargados de los trabajos grandes o colectivos a jmeeno’ob en proceso de instrucción (QUINTAL F. - BRICEÑO F. - CABRERA A. 2013, vol. II: 186). Los “maestros” se dedican exclusiva-

mente a actividades terapéuticas, porque además «suelen obtener remuneración económica importante» (QUINTAL F. - BRICEÑO F. - CABRERA A. 2013, vol. II: 186).

Ahora bien, un importante aspecto que señalan estos autores, es que ha disminuido notablemente la realización de uno de los principales rituales agrarios que realizaban los shamanes yucatecos, es decir el ch'a chák, dado que la población maya trabaja cada vez menos la tierra debido a los bajos ingresos obtenidos. Por lo cual, va desapareciendo uno de los principales espacios de reproducción de la cosmovisión e identidad maya, que supone además una fuerte pérdida económica para los shamanes, que por eso delegan estos rituales en los aprendices, mientras ellos se dedican sobre todo a realizar actividades terapéuticas, que constituyen una de sus principales fuentes de obtención de recursos.

El segundo caso es por lo menos paradójico; como sabemos, Cuba ha desarrollado una industria de la atención médica que cumple funciones económicas e ideológicas para el gobierno cubano, y que ha evidenciado su gran capacidad técnica y solidaria en gran cantidad de situaciones graves, especialmente en países periféricos. En función de ello, Cuba ha establecido acuerdos para instalar en las comunidades más pobres y marginadas rurales y urbanas de varios países latinoamericanos, médicos cubanos a tiempo completo, recordando que en naciones como Bolivia gran parte de esas comunidades son indígenas.

La paradoja radica en que dichos médicos cubanos caracterizados por su excelente formación técnica, y por el buen trato a los pacientes como lo han demostrado las evaluaciones de su desempeño, se caracterizan por una formación biomédica que excluye toda consideración científica y técnica respecto de las medicinas tradicionales, y de las creencias religiosas. Más aún, nos encontramos con la paradoja, de que sujetos de origen indígena a partir de sus objetivos personales, así como comunidades originarias latinoamericanas han decidido enviar jóvenes a estudiar medicina en Cuba, pese a que la formación que obtienen cuestionará a través de su trabajo médico aspectos centrales de las cosmovisiones indígenas respecto de los procesos de *s/e/a-p*⁽¹⁷⁾.

El tercer proceso refiere a los hospitales mixtos o interculturales, que en los casos que conozco para México, ninguno ha sido propuesto ni solicitado por los grupos étnicos, sino que han sido propuestos y organizados por el INI o por los gobiernos de algunos estados, subrayando que los hospitales interculturales del estado de Puebla, han sido construidos como parte de actividades de ecoturismo relacionadas con el denominado

Plan Puebla/Panamá (DUARTE GÓMEZ *et al.* 2004: 394). La mayoría de los curadores tradicionales se han opuesto a dichos hospitales, ya que para los curadores chiapanecos, por ejemplo, en dichos hospitales «...se descontextualiza la práctica médica tradicional... Señalando que no es posible juntar a los doctores con los médicos tradicionales, porque las medicinas son muy diferentes, no tienen nada que ver con las otras» (PAGE J. 2002: 94-95). Una de las razones por la cual una parte de los curadores tradicionales se interesaron por trabajar en estos hospitales es económica, pues pensaban que tendrían una demanda que les reeditaría ganancias, y por ello se propuso en el hospital mixto de Cuetzalan (México) la atención diaria, pero a partir de 1994 la consulta se redujo sólo a los días jueves y domingos, que son los días de mercado. En los hospitales mixtos del estado de Puebla la demanda no sólo es muy escasa, sino que gran parte corresponde a sectores no indígenas.

Es importante subrayar que en la mayoría de los países latinoamericanos los hospitales y centros de salud interculturales han evidenciado los mismos problemas, inclusive en el país con mayor porcentaje de población originaria, ya que en Bolivia, al igual que en México, los centros de salud mixtos no fueron solicitados por la población indígena ni por los curadores tradicionales sino que fueron pensados y organizados por ONGs, antropólogos sociales, algunos funcionarios nacionales y asesores internacionales. Al igual que en México se caracterizan por la falta de demanda por parte de la población indígena (FERNÁNDEZ JUÁREZ G. 2006, RAMÍREZ-HITA S. 2011). Y así por ejemplo, en el hospital intercultural, localizado en San Pedro de Curva, comunidad relativamente cercana al lago Titicaca, durante los años 2003, 2004 y 2005 hubo un total de 34 visitas de pacientes al consultorio de medicina tradicional, es decir 11 consultas por año; aclarando que el 52% de las cuales consultas fueron realizadas por turistas extranjeros (CALLAHAN M. 2006).

Si bien la poca demanda de atención que se observa en estos hospitales, así como el rechazo a trabajar en ellos por la mayor parte de los curadores tradicionales, expresan el fracaso de los mismos; considero además que la existencia de estos hospitales evidencia las concepciones y relaciones de hegemonia/subalternidad que operan entre población indígena y no indígena, ya que más allá de su subutilización, dichas instituciones ponen de manifiesto los recursos económicos diferenciales que los gobiernos invierten en la biomedicina y en la medicina tradicional. Ponen en evidencia el lugar marginal que tienen los servicios tradicionales dentro del hospital, las características diferenciales de los consultorios y salas de espera, así como las “distancias” sociales que operan entre curadores biomédicos y

tradicionales. Lo interesante es que las propuestas y puesta en funcionamiento de estos centros de salud interculturales, se hicieron pensando en que los mismos ayudarían a cuestionar las relaciones de hegemonía/subalternidad; más aún, algunos las veían como contrahegemónicas.

Medicina tradicional y biomedicina: usos políticos e ideológicos en América Latina

En el caso del segundo interrogante, considero que una parte de los líderes políticos y de los intelectuales orgánicos, si bien saben de la expansión y del papel hegemónico de la biomedicina y de sus efectos positivos sobre una parte de los padecimientos que más afectan a las comunidades indígenas, sin embargo tienden a sostener a nivel de discurso la defensa de una “tradicionalidad” que opera en términos ideológico/políticos como justificación de sus propuestas etnicistas, sin desconocer por ello el papel de la biomedicina, pero colocando el peso del discurso en la “tradicionalidad”. Y este discurso complementario, que no doble discurso, es el que por una parte posibilita el mantenimiento ideológico de una identidad étnica propia, y al mismo tiempo incluye lo que la población indígena hace en la vida cotidiana, es decir utilizar tanto lo tradicional como lo biomédico. Así como también expresa los mecanismos ideológico/culturales a través de los cuales se tratan de lograr objetivos políticos.

Considero que el caso boliviano evidencia casi paradigmáticamente lo que estamos señalando, dado que el gobierno de Evo Morales no sólo tiene un discurso identitario referido a la medicina tradicional, sino que ha creado un Subministerio de Medicina Tradicional y Salud Intercultural, pero sin embargo los recursos para la salud del estado boliviano no van hacia la medicina tradicional, sino que en su totalidad – y subrayo en su totalidad – van hacia las instituciones, personal y acciones biomédicas (RAMÍREZ-HITA S. 2011, 2014). Más aún, el gobierno boliviano plantea desarrollar un sistema de salud universal basado en la biomedicina, dado que es una de las principales demandas de la población. Y recordemos que Bolivia es el país con mayor porcentaje de población indígena, ya que para finales de 2010 constituía el 50% de dicho país, mientras en México sólo era el 13% (ZOLLA C. - SÁNCHEZ C. 2010).

Es decir que la medicina tradicional como parte sustantiva de la cosmovisión e identidad de los grupos étnicos es usada, junto con otros saberes tradicionales, a nivel de discurso político/ideológico, mientras en los hechos se impulsa y financia la biomedicina. Lo cual no supone la negación,

y menos aún desprecio y/o subvaloración de la medicina tradicional por los dirigentes políticos bolivianos, sino reconocer que la eficacia técnica y la legitimación social están colocadas en una biomedicina, que además es cada vez más demandada y usada en términos directos y/o indirectos por los pueblos originarios.

Subrayo que las propuestas del gobierno boliviano actual no plantea ninguna oposición biomedicina/medicina tradicional, sino un paralelismo y en ciertos casos articulación, mientras que otras corrientes indianistas denuncian no sólo la penetración de la biomedicina en las sociedades nativas, sino que subrayan-como ya lo señalamos- la incompatibilidad entre las cosmovisiones indígenas y las occidentales, lo cual se evidenciaría a través de los procesos de s/e/a-p. Propuestas, que cada vez tienen menos que ver con lo que realmente hacen los grupos étnicos con dichos procesos, lo cual inevitablemente los lleva a un distanciamiento con una parte de dichos grupos.

Considero que estos líderes políticos, y sobre todo algunos intelectuales (REINAGA F. 1982), no han descrito y menos trabajado sobre los procesos de s/e/a-p que operan en los grupos étnicos, sino que sus referencias a la biomedicina las utilizan en función de sus objetivos ideológicos, y en menor medida políticos. Más aún las utilizan, desde perspectivas etnicistas de tipo nacionalista o socialista, o a través de una articulación de ambas, para impugnar no sólo al capitalismo sino a la cosmovisión occidental en función de sus objetivos económico/políticos, que no obstante cuando logran institucionalizarse, por lo menos hasta ahora, han concluido en alguna variante de capitalismo. Lo cual ha sido analizado para procesos muy dispares ocurridos en países de América Latina y del Caribe (BAUD M. *et al.* 1996), e inclusive respecto de la trayectoria del EZLN (BASCHET J. 2005, PITARCH P. 2004, 2005) para evidenciar los usos de la etnicidad como estrategia política.

Pero los usos del etnicismo como estrategia política tienen una larga historia y, como sabemos, fueron llevados entre las décadas de 1920 y 1940 casi hasta sus últimas (¿) consecuencias por movimientos sociales y organizaciones políticas europeas. aunque con objetivos muy diferentes. Por lo cual, como ocurre en la mayoría de los procesos, los usos de la etnicidad y sus consecuencias deben ser referidos a las fuerzas sociales que se hacen cargo de la mismas, y no a la etnicidad en sí (MENÉNDEZ E.L. 2002)

Ahora bien, más allá de la validez y/o eficacia de dichos usos instrumentales, reitero que una de las principales cuestiones para nosotros está

en observar si las representaciones y las prácticas biomédicas penetran, modifican, hegemonizan o no los comportamientos, las cosmovisiones, o si se prefiere los usos y costumbres de los grupos étnicos. Es decir, si se convierten en parte de la cultura de los mismos, más allá de que a nivel verbal se impugnen la sociedad y valores “occidentales”. En términos de movimientos étnicos y sobre todo de sus objetivos políticos, tanto entre los líderes como entre quienes se dedican a analizar procesos políticos, observamos que las cosmovisiones, por lo menos las que se expresan a través de los procesos de *s/e/a-p*, constituyen procesos secundarios y frecuentemente irrelevantes más allá de los usos tácticos y coyunturales que hagan de los mismos. Más aún, considero que existen toda una serie de procesos de *s/e/a-p* a través de los cuales se evidencia la penetración biomédica en los usos y costumbres de los grupos étnicos, pero que casi no han generado en los líderes políticos y académicos reflexiones sobre los cambios en las cosmovisiones indígenas referidas a la enfermedad y su atención y prevención afectadas por dicha penetración.

Inclusive algunas de las más fuertes y constantes agresiones físicas, psicológicas y culturales impulsadas por el Sector Salud han sido muy poco denunciadas por los líderes indianistas, por las ONGs y por los académicos. Y me refiero a los programas de planificación familiar y de salud reproductiva impulsados especialmente desde mediados de la década de los 70' hasta casi finales de los 90' por el Sector Salud de la mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe. Programas que buscaron reducir radicalmente las tasas de natalidad, y en los cuales la esterilización de mujeres se constituyó en la principal técnica de control de la natalidad (MENÉNDEZ E.L. 2009b).

Ahora bien ¿por qué la mayoría de las organizaciones no gubernamentales (ONGs) afines y no afines a los grupos étnicos, y que trabajan sobre procesos de *s/e/a-p*, y especialmente las que trabajan sobre salud reproductiva denunciaron y se opusieron tan poco a las esterilizaciones; o cuando las denunciaron, lo hicieron durante un pequeño lapso, pese a que la esterilización sistemática duró más de dos décadas? Pero además ¿por qué la gran mayoría de los movimientos indianistas casi no dijeron nada al respecto, no formando parte de sus demandas ni de sus luchas? Estas ausencias son aún más notorias porque el lapso de mayor intensidad de la aplicación de los programas de planificación familiar y especialmente de las esterilizaciones, coincide con el periodo de mayor frecuencia e intensidad de las demandas y acciones políticas e ideológicas de los movimientos indígenas en varios países de América Latina.

¿Será acaso que las esterilizaciones de mujeres no afectan la identidad y cosmovisión étnica?, y si es así? Qué será entonces lo que las afecta? Si bien en varias regiones indígenas mexicanas, como la de los Altos de Chiapas, hubo una oposición silenciosa a dichos programas, sin embargo en Yucatán-el estado mexicano con mayor porcentaje de población indígena-hubo muy escaso rechazo no sólo a las esterilizaciones sino a las histerectomías (SÁNCHEZ C. *et al.* 1994). Pero más allá de reconocer estas diferencias entre grupos mayas, necesitamos preguntarnos ¿qué expresan esas omisiones en el caso de las ONGs y sobre todo de los movimientos indígenas? Mientras en el caso de la mayoría de las ONGs, incluidas las feministas radicales, expresa por una parte conflictos ideológicos y éticos dado que en gran medida están de acuerdo con la planificación familiar, aunque frecuentemente no en la forma en que es aplicada; por otra parte, dichas ONGs suelen estar “atadas” a financiamientos que promueven dicha planificación (MENÉNDEZ E.L. - DI PARDO R.B. 2010/2011). Es decir, que tanto por sus objetivos ideológicos feministas, por sus concepciones biomédicas, como por sus fuentes de financiamiento, investigaron muy poco, y menos aún se movilizaron contra las esterilizaciones, salvo excepciones.

En el caso de los movimientos étnicos tengo pocas explicaciones más allá de asumir, como señalé previamente, que la mayoría de los líderes se han preocupado escasamente por el papel de los procesos de s/e/a-p en el desarrollo de sus objetivos y movilizaciones políticas, aun cuando pueden llegar a utilizarlos ideológicamente como parte de sus estrategias etnicistas. Lo cual no es sólo una característica de estos grupos, sino de los movimientos sociales liderados en su mayoría por varones. Pero ocurre que la planificación familiar, y aun más las esterilizaciones, no constituyen procesos secundarios y menos invisibles, aun cuando los medios de comunicación masiva difundieron fuertemente la planificación familiar, pero silenciaron las esterilizaciones, en lo cual convergieron con las ONGs, con los movimientos indios y con el Sector Salud. Necesitamos subrayar que la planificación familiar, y sobre todo las esterilizaciones, no sólo violenta a la mujer, sino que se supone violenta una maculinidad que hasta hace pocos años sostenía que “la mujer siempre debe estar cargada, como el fusil”, y que era señalado como uno de los principales indicadores del “machismo” mexicano. Pero ahora no vamos a analizar estos aspectos, que no obstante serían parte de la cosmovisión y/ o de los usos y costumbres del campesinado mexicano indígena y no indígena, y que sin embargo se modificaron rápidamente en la mayoría de los contextos nacionales, y sin que casi se dieran oposiciones a las esterilizaciones.

La planificación familiar fue el mecanismo a través del cual en México se redujo el número de hijos por mujer de 6.5 en la década de los 70' a 2.2 en la actualidad; recordando que el alto número de hijos no sólo tenía objetivos económicos para los campesinados indígenas y no indígenas, sino que evidenciaba la fuerza genésica masculina, y la gran fertilidad femenina en una articulación de concepciones cristianas y precristianas. Pero además, la planificación familiar en sus propuestas y acciones iniciales implicó que fuera el estado quien sugiriera el número de hijos – “la familia pequeña vive mejor” – y quien colocó en la mujer y no en el varón la posibilidad de un real control de la natalidad. Pero esa inducción del estado ha sido asumida, según algunos expertos, por la población: «En Chiapas las mujeres están teniendo menos hijos que nunca y les gustaría que sus hijos, a su vez, tuvieran menos hijos» (HALPERIN *et al.* 1999: 158). Y podríamos seguir abundando en posibles contenidos de la cosmovisión y de la identidad indígena, así como en los mecanismos de transformación a través de procesos de *s/e/a-p*, pero lo que ahora me interesa subrayar es la escasa o nula movilización de los movimientos nativos respecto de un proceso, durante el cual las instituciones del Sector Salud, también trataron de esterilizar a varones indígenas⁽¹⁸⁾.

De los procesos de *s/e/a-p* analizados surgen algunos hechos interesantes, que trataré de sintetizar. En principio observamos que el papel dado a las cosmovisiones indígenas como alternativa social e ideológica no va más allá, por lo menos hasta ahora, de las retóricas académicas e ideológico/políticas, dado que el principal “reservorio” y operador de dicha cosmovisión, es decir los curadores tradicionales, no es realmente tomado en cuenta en términos políticos ni económicos tanto por los líderes movimientistas, como por los grupos étnicos que han accedido al poder. Más aún, asistimos a un proceso de desaparición o de transformación de la mayoría de los principales curadores tradicionales, sin que esto preocupe en términos políticos ni ideológicos a los líderes.

Si bien la defensa y legitimación de la medicina tradicional se sostiene en gran medida a partir de su eficacia respecto de ciertos padecimientos y su papel en la cohesión, pertenencia e identidad de los grupos, así como en su diferenciación y crítica de la biomedicina, sin embargo, no consigo detectar cuál sería la alternativa social, cultural y técnica a desarrollar en términos de salud pública respecto de los procesos de *s/e/a-p*, y ello por dos razones básicas. En primer lugar porque no sabemos como a través de la medicina tradicional vamos a reducir o eliminar las enfermedades de las cuales muere la población en los diferentes contextos étnicos y no

étnicos⁽¹⁹⁾. Y segundo, porque sabemos que la medicina tradicional no ha podido reducir las principales causas de muerte en sus propios grupos étnicos, debido en gran medida a que la mayoría de los padecimientos a través de los cuales se reconoce la eficacia de los curadores tradicionales, tiene que ver con padeceres generados por relaciones sociales, especialmente los que se organizan en torno a la envidia, a las transgresiones sociales, al no cumplimiento de normas y rituales.

Lo cual no niega el papel que puede cumplir a nivel microgrupal y comunitario no sólo de eficacia simbólica sino técnica (ORTEGA J. 1999)⁽²⁰⁾, pero que implica un trabajo teórico y práctico de justificación y articulación que, no niego que exista, pero que desconozco por lo menos para México. Ya que una cosa es defender la medicina tradicional en términos ideológicos y técnicos, y otra pensarla en términos de políticas de salud pública. Por lo cual, creo que una de las tareas básicas para los intelectuales más o menos orgánicos y sobre todo para los líderes indianistas, es justamente pensar y sobre todo impulsar esta posibilidad, y aclararnos cuales son sus propuestas de salud y no sólo respecto de la población indígena.

Movimientos étnicos y medicina tradicional: la necesidad de pensarlos articuladamente

A través de los materiales analizados, observamos para México, un proceso de organización y empoderamiento de los curadores tradicionales; de defensa de la medicina tradicional y de sus curadores en términos de su eficacia simbólica, social y física, que incluyó la demanda de legalización de la misma; un cuestionamiento de las concepciones y prácticas biomédicas, así como propuestas e intentos de autonomía. Y si bien, como se señaló, se lograron ciertos objetivos, sin embargo los resultados son por lo menos preocupantes desde las perspectivas etnicistas y de las interculturalistas. La información indica que sigue expandiéndose la biomedicina; que se reducen, desaparecen o se subordinan gran parte de los curadores tradicionales; que las organizaciones de médicos tradicionales han desaparecido, reducido el número de miembros o se han limitado a un mínimo de acciones, y que las expresiones autonómicas en términos de objetivos y organización, si bien siempre fueron escasas, actualmente han desaparecido. Más aún, la orientación hacia una práctica de los curadores tradicionales basada en la herbolaria y la exclusión de los aspectos “mágicos” impulsada por el INI, por las diferentes iglesias cristianas, por funcionarios de los gobiernos estatales y/o por institutos de investigación ;

así como el creciente uso de fármacos y la mercantilización de la atención por una parte de los curadores tradicionales, indica la falta y/o reducción de su autonomía técnica, así como la penetración no sólo técnica sino ideológico/ cultural de la biomedicina. De hecho la medicina *tradicional*⁽²¹⁾ que más se expande, es la que se expresa a través de formas de sanación *new age* o similares.

Como lo señalamos, la casi totalidad de los procesos organizativos y de los objetivos técnicos e ideológicos de la medicina tradicional, así como los cuestionamientos a la biomedicina y al Sector Salud fueron generados, impulsados, asesorados y/o financiados por instituciones y/o profesionales e intelectuales que no pertenecen a los grupos étnicos, y de los cuales las organizaciones mantuvieron una dependencia por lo menos parcial, a través de todo el proceso. Gran parte de las críticas a la biomedicina, como la validación técnica y cultural de la medicina tradicional, no surgen de los grupos étnicos sino de las elaboraciones de profesionales, académicos y de intelectuales más o menos orgánicos. Lo cual no cuestiono, sino que recuerdo para tratar de entender porque en México luego de más de dos décadas de trabajo organizativo, las organizaciones de curadores desarrolladas en nombre de las cosmovisiones y técnicas sanadoras tradicionales decaen hasta casi desaparecer.

Lo señalado no niega que organizaciones como la OMIECH o de los curadores tradicionales de Cherán (Michoacán, México) sigan vigentes en varios aspectos, pero constituyen excepciones. Más aún, los intentos más recientes (2014) de reimpulsar la medicina tradicional apelando a la interculturalidad siguen manteniendo la misma orientación que ha evidenciado su reiterado fracaso. Dichos intentos se han dado a desde el Sector Salud oficial en el caso del estado de Veracruz o de institutos de investigación en el caso de Yucatán, sin que hayan sido demandadas y menos promovidas por los propios curadores tradicionales⁽²²⁾.

Por supuesto que respecto de lo ocurrido, y de nuestras interpretaciones, puede aducirse que si bien no se lograron gran parte de los objetivos, sin embargo se desarrollaron procesos de aprendizaje, que más adelante, sobre todo cuando surjan coyunturas favorables, pueden ser retomados. Lo cual es posible, pero en la medida que lo documentemos y analicemos; y no conozco estudios que traten de observar si esto ha ocurrido o no. Más aún, no conozco trabajos a través de los cuales los que impulsaron las diferentes experiencias de interculturalidad describan y analicen cuales fueron los factores y procesos que condujeron a la desaparición de las organizaciones de curadores tradicionales y al escaso o nulo papel de los hospitales y consultorios interculturales.

Considero necesaria esta reflexión, porque, por lo menos los especialistas en Antropología Médica y Medicina Social afines a los movimientos y grupos étnicos sabían de la existencias de instituciones y fuerzas sociales que se oponían a impulsar la interculturalidad más allá de los discursos ideológicos utilizados. Sobre todo sabían del poder técnico, económico y político de la biomedicina, y del constante pragmatismo de la misma. De una biomedicina que en función de sus objetivos se apropia, permite y/o desecha otras formas de atención en la medida que le permita extender la cobertura o desarrollar vigilancias epidemiológicas para el paludismo o para el VIH-sida, y a las que usa coyuntural y momentáneamente. Más aún, no asumieron realmente el constante proceso de penetración, de legitimación técnica e ideológica de la biomedicina, no tanto en los curadores tradicionales sino en los sujetos y conjuntos sociales subalternos y no subalternos así como en los gobiernos de, por lo menos, todos los países adheridos a la OMS.

Ahora bien, lo analizado refiere a los procesos de s/e/a-p, y no sabemos hasta qué punto nuestras interpretaciones sobre los mismos pueden aplicarse a lo que ocurrió y está ocurriendo con los movimientos y organizaciones étnicas en términos políticos, pese a que si bien siguen existiendo organizaciones así como luchas en muy diferentes contextos latinoamericanos, no obstante observamos un repliegue de las mismas, una expansión continua de las empresas privadas-especialmente las extractivas- sobre los territorios indígenas, un proceso migratorio constante y cada vez menos reversible hacia medios urbanos y/o rurales nacionales y de los EEUU, así como una profundización de la pobreza especialmente en las zonas indígenas que genera la “expulsión” de población, sobre todo de jóvenes (GARCÍA F. (Comp.) 2008, ESCÁRZAGA F. - GUTIERREZ R. (Coords.) 2005, ESCÁRZAGA F. *et al.* (Coords.) (2014), PRADA R. 2014)⁽²³⁾.

Por lo cual considero que lo ocurrido con los procesos de s/e/a-p, por lo menos, problematiza no sólo lo que está ocurriendo en términos políticos con los movimientos indígenas en México, sino también las interpretaciones de los analistas, ya que tanto en los procesos de s/e/a-p como en los procesos específicamente políticos observamos similares trayectorias, que sintetizaría en siete aspectos: a) el repliegue cada vez mayor de las organizaciones étnicas; así como las limitaciones en el enfrentamiento y resistencias frente a la expansión de los sectores sociales dominantes; b) la pérdida de iniciativa política de los actores sociales subalternos, ya que se ven constantemente obligados a reaccionar, responder o “resistir” a las persistentes penetraciones económico/políticas de las empresas privadas nacionales e internacionales sobre sus tierras y aguas; c) el papel central

de instituciones del estado y de instituciones de la sociedad civil en las propuestas, organización y orientación de las organizaciones, incluidas las de los curadores indígenas, generando un efecto de dependencia tanto en términos de organización, de financiamientos como de objetivos; d) el aprovechamiento parcial y limitado por parte de los grupos étnicos, no sólo de las contradicciones y problemas de la sociedad dominante, sino de de las políticas neoliberales que aceptaron e inclusive reconocieron, por ejemplo, las “diferencias” culturales incluidas las étnicas a nivel constitucional; e) el uso de mecanismos legales que establecieron expectativas que se cumplieron parcialmente, contribuyendo frecuentemente a reducir sólo a lo legal las posibilidades de solución de los conflictos; f) el dominio de una lectura y propuestas básicamente culturales que excluyeron o por lo menos subordinaron no sólo la dimensión económico/política, sino que subrayaron el peso de la diferencia cultural respecto de las desigualdades socioeconómicas; y g) las consecuencias negativas de una parte sustantiva de los análisis académicos sustentados en consideraciones ideológicas que subrayaron sobre todo durante los 90’ y parte del 2000’ la “inevitable caída del capitalismo”, ignorando no sólo la reconversión capitalista de la casi totalidad de los llamados socialismos reales, sino su papel en la reproducción del capitalismo y su penetración económica en vastas zonas del mundo periférico, incluidos los mundos indígenas.

La profesía de la rapida/desaparición del capitalismo, que por supuesto ocurrirá en algún momento, ha operado en una parte de los analistas de los movimientos sociales y étnicos como una barrera ideológica que limita o directamente impide observar lo que está ocurriendo en las sociedades indígenas y-por supuesto-no indígenas. En el caso de los profesionales y funcionarios que impulsaron la medicina tradicional, así como la denominada salud intercultural, operó un proceso similar, ya que no asumieron, por lo menos en México, no sólo la capacidad de expansión de la biomedicina y del Sector Salud en forma directa e indirecta, sino su oposición al desarrollo de la medicina tradicional tanto en términos “paralelos” como “alternativos”, sobre todo cuando se los pretende institucionalizar y profesionalizar tanto dentro del Sector Salud como fuera del mismo.

Por lo tanto considero que a través de los procesos de s/e/a-p pueden detectarse y observarse, frecuentemente con mayor transparencia, toda una serie de problemas que también operan en otros campos de la realidad, y que posibilitan formular interpretaciones muy diferentes en términos políticos y/o ideológicos. Lo cual no implica trasladar mecánicamente a otros campos lo que surge de los procesos de s/e/a-p, sino tomarlos como

orientadores en la detección de problemas, contradicciones y sesgos. De tal manera que la información que indica que las organizaciones de curadores tradicionales no fueron pensadas ni creadas por ellos, que su dependencia financiera y organizativa ha sido constante, que las propuestas “paralelas” a las instituciones dominantes no operaron, y que la biomedicina sigue expáandose, constituyen procesos que necesitamos observar si operan de similar manera en otros campos de la realidad.

Para profundizar lo planteado y analizado en este texto, podría seguir formulando interrogantes respecto de otros problemas, pero considero que a través de los procesos analizados, ha quedado claro que la lectura de los procesos de *s/e/a-p* posibilita detectar, observar, y/o problematizar, por lo menos, ciertos aspectos de procesos económicos/políticos o ideológico/culturales que no suelen ser considerados, no sólo por los especialistas en dichos procesos sino tampoco por los líderes etnicistas. Así como también, que los procesos de *s/e/a-p* pueden evidenciar no sólo las contradicciones y conflictos de los sectores sociales dominantes y también de los subalternos, sino poner de manifiesto cuáles son los objetivos, las trayectorias y las transacciones que operan en los diferentes actores sociales. Así como también permite observar los sesgos, omisiones, e imaginarios que cometen los analistas de dichos sistemas. En última instancia, lo que estoy concluyendo retoma no sólo las propuestas ya citadas de Berlinguer, sino también las de P. Bourdieu (BOURDIEU P. 1999; BOURDIEU P. *et al.* 1975), y su obsesión-o tal vez obsesividad- por la problematización y la modificación de la realidad.

Notas

⁽¹⁾ La propuesta de Berlinguer desde la Medicina Social se articula con las propuestas de la antipsiquiatría, de la teoría crítica de la desviación, de las reformulaciones de la teoría de la anomia, de las orientaciones interaccionistas simbólicas generadas por Goffman y otros autores, las teorías del etiquetamiento o las aproximaciones tipo Deleuze y Guattari respecto de la relación capitalismo/esquizofrenia, que junto con otras corrientes teóricas trataron entre mediados de los 50' y principios de los 70' de buscar en las enfermedades y en su atención/prevenición claves para interpretar el orden social dominante.

⁽²⁾ Una de las expresiones más notorias del colapso de la Urss (Unión Rusa Socialista Soviética), tiene que ver con el suicidio, ya que a finales de la década de 1990 ocho de los diez países con mayores tasas de suicidio habían sido parte del bloque soviético. En orden decreciente, dichos países son Lituania, Federación Rusa, Bielorusia, Kazajstan, Estonia, Hungría, Ucrania y Eslovenia (DE LEO *et al.* 2003).

⁽³⁾ Cosmovisión es un concepto utilizado con frecuencia por los que describen y analizan las concepciones y saberes indígenas, y es por ello que lo utilizo, pero subrayando que cuestiono el uso de dicho concepto porque tiende a generar una noción sumamente estructurada, monolítica,

congruente, exenta de contradicciones y frecuentemente esencialista de los grupos, sociedades y culturas a los que se aplica. Considero que es utilizado como tipo ideal, pero convertido en realidad. Sus orígenes teóricos refieren a las corrientes idealistas e historicistas europeas desarrolladas durante el Siglo XIX, pero que se han perdido reflexivamente en la mayoría de los que lo usan.

⁽⁴⁾ Considero decisivo precisar estos conceptos para entender de qué hablan los analistas cuando se refieren a cosmovisión o subjetividad, dado que la casi totalidad de los autores consultados no definen o por lo menos no precisan estos conceptos. Por lo tanto en este texto nos referimos a usos y costumbres o identidad tal como lo usan la mayoría de los autores, es decir en forma "abierto". Aclaro también, que técnicamente las enfermedades tradicionales son denominadas Síndromes culturalmente diferenciados por la OMS, pero en el texto uso el término enfermedades tradicionales.

⁽⁵⁾ Si bien el referente mayor es América Latina, no obstante mi análisis se centra en la situación mexicana, aun cuando presento datos y reflexiones referidos a otros países de la región. Aclaro además que la información manejada no sólo surge de mis propios estudios y de la bibliografía específica, especialmente para México, sino también de la que investigadores nacionales y extranjeros han presentado en el Seminario Permanente de Antropología Médica (SEPAM) del CIESAS-DF desde hace casi treinta años.

⁽⁶⁾ La mayoría de los estudios sobre síndromes culturalmente delimitados, y en particular los que tratan sobre cosmovisión y sobre atención de los padecimientos, sólo obtienen información de los curadores tradicionales sin incluir los saberes de la población. Lo que venimos señalando desde nuestro estudio sobre Yucatán (1981), lo cual obviamente no niega los aportes y calidad de muchos de esos trabajos (Ver entre otros y para diferentes especialidades: BARTOLOMÉ M.A. - BARABAS A.M. (Comps.) 2013, BAYTELMAN B. (1986, 1993), CAMPOS R. (1990), GALLARDO J. (2002), LUENGAS M.I. (1994), PAGE J. (2005), RAMOS I. (2002), revista *Alteridades* N° 12, 1996), sino que cuestiona reducir la etnografía de los procesos de s/e/a-p, incluidas las cosmovisiones, a los curadores tradicionales sean parteras empíricas, shamanes o hueseros.

⁽⁷⁾ La penetración biomédica debe ser analizada en sí, pero también relacionándola con otros procesos sociales y políticos, como son la penetración de las organizaciones políticas desarrolladas por el PRI (Partido Revolucionarios Institucional) y de otros partidos políticos para cooptar a sujetos y comunidades indígenas impulsando cacicazgos; así como también el establecimiento del EZLN, y de otras organizaciones indígenas con diferentes grados de autonomía. Así como la continua expansión de la educación formal, de la aplicación de programas contra la pobreza, y de los procesos migratorios. Incluyendo el asentamiento del narcotráfico en tierras indígenas, ya sea en términos de producción de marihuana o amapola, o como control de territorios para la distribución de drogas. Es decir, el análisis de la expansión biomédica implica incluir los diferentes procesos, actores y espacios a través de los cuales se expande la sociedad dominante, que además y lo subrayo implica la presencia de procesos de s/e/a-p en la mayoría de dichos espacios. Pero por razones obvias, no podemos desarrollar estos aspectos.

⁽⁸⁾ Arana y Cabada señalan el incremento del sobrepeso y obesidad en población indígena, y «Precisamente en estas regiones indígenas es donde se observan las prácticas de mercadeo más agresivas y no reglamentadas para promocionar el consumo de bebidas azucaradas, incluyendo una reducción generalizada de 35% del precio de las mismas, abundante publicidad en español y en lenguas indígenas, gigantes anuncios que asociación el consumo de refrescos con símbolos tradicionales de prestigio, así como numerosos puntos de venta dentro y en los alrededores de las escuelas» (2012: 47). Estos autores, en la región de Tenejapa (Altos de Chiapas), identificaron 165 puntos de venta de refrescos en una distancia de 42, 5 kilómetros, es decir que hay un punto de venta cada 257, 5 metros (ver también PAGE J. 2012).

⁽⁹⁾ Aclaro que el reconocimiento de los aportes de la biomedicina no sólo clínica sino salubrista, lo hacemos a partir de asumir también los aspectos negativos y criticables de la misma, tal como lo venimos describiendo y analizando desde finales de la década de los 60'a través del Modelo Médico Hegemónico (MENÉNDEZ E.L. 1979, 1981, 1990, 2005a, 2005b, 2009a, 2009b).

⁽¹⁰⁾ «Para Félix Durán Quispe (2006), el médico tradicional no sólo es el hombre llamado a curar los síntomas de las enfermedades, sino a establecer la armonía primordial del cosmos

con su realidad comunitaria. Para él la medicina tradicional utiliza métodos bajo el principio de humanidad...» (AIEPI/OPS 2008: 35). Para observar una concepción similar en los shamanes y otros curadores tradicionales mexicanos ver BARTOLOMÉ M.A. - BARABAS A.M. (Coords.) (2013).

⁽¹¹⁾ Entre 2000 y 2014 antropólogos sociales que trabajan en áreas indígenas de Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Oaxaca, Sonora y Yucatán me informaron no sólo de la disminución de curadores tradicionales, sino de que los jóvenes no querían ya trabajar como curadores populares, aunque sí como promotores. Inclusive en una comunidad de Oaxaca y en otra de Guerrero, curadores tradicionales les preguntaron a sendos antropólogos que podían hacer para que los jóvenes se interesaran por actuar como curadores tradicionales.

⁽¹²⁾ Cuadrillero y Megchún (2013) describen la trayectoria de una mujer tzeltal residente en las Cañadas de la selva lacandona que padecía un fuerte dolor de espalda y que acudió a promotores de salud locales, a la clínica regional, al hospital de la cabecera municipal, al huesero de dicha cabecera, a una curandera de fuera de su comunidad. Esta trayectoria supone varios tipos de curadores biomédicos y “tradicionales”, y procesos similares podemos observar en muy diferentes contextos rurales y urbanos, originarios y mestizos (MENDOZA Z. 1994, MENÉNDEZ E.L. 1990b, OSORIO R.M. 1994, ORTEGA J. 1999, PEÑA P. 2006, PRESS I. 1975).

⁽¹³⁾ Subrayo que no sólo “Oriente” o la “Civilización india”, sino también “Occidente” son conceptos cuyo uso ha sido y sigue siendo básicamente ideológico (MENÉNDEZ E.L. 2002).

⁽¹⁴⁾ El BRICS está integrado por Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica.

⁽¹⁵⁾ La medicina “occidental” tiene sus principales raíces no sólo en Grecia, Roma y Europa Medieval y Renacentista, sino también en China, India y países árabes (HUFF T. 1993).

⁽¹⁶⁾ Es posible que también hayan muerto curadores tradicionales, pero es casi seguro que oponiéndose a las medidas biomédicas en función de dos hechos; primero, porque algunas de dichas medidas afectaban fuertemente los rituales mortuorios tradicionales; y segundo porque las acciones biomédicas eran impulsadas por gobiernos no sólo caracterizados por la corrupción, sino por la explotación, lo que dio lugar al desarrollo y difusión de ideas que evidencian la gran desconfianza que la población tiene respecto de las autoridades políticas, ya que algunos rumores consideraban que el Évola era un problema inventado por los gobiernos para seguir recaudando fondos, y por lo tanto el personal de salud era considerado un agente que actuaba simultáneamente contra las costumbres mortuorias y contra la economía de las comunidades. Es decir que los procesos de *s/e/a-p* no sólo pueden expresar los conflictos de los sistemas, sino las acciones sociopolíticas que los sujetos y grupos crean para “resolver” dichos conflictos, y que pueden parecerse paradójales o incomprensibles sino tenemos la información suficiente para entender no sólo las lógicas culturales, sino también las económicas.

⁽¹⁷⁾ La elección de Cuba no sólo es por razones de tipo ideológica, sino económica, dado el bajo costo de los estudios universitarios comparado con el de sus países de origen.

⁽¹⁸⁾ En el estado mexicano de Guerrero se esterilizó a varones de origen indígena con el consentimiento de ellos, lo que dio lugar a la ulterior movilización de los mismos pero no por “cosmovisiones” diferentes, sino debido a que el Sector Salud no les dio el dinero que les había prometido si aceptaban ser esterilizados (MENÉNDEZ E.L. 2009b).

⁽¹⁹⁾ Bolivia, el país con mayor porcentaje de población indígena como ya se señaló, tiene la población que más atiende los parto por autoatención y/o con parteras empíricas, pero también es el país con mayor porcentaje de muertes maternas después de Haití (URIBE G. 2006). Obviamente, las altas tasas de mortalidad materna, no sólo son debidas a los dos “factores” señalados, pero los mismos son determinantes.

⁽²⁰⁾ Ello no ignora la eficacia simbólica y no simbólica observada en el trabajo de hueseros, parteras, curanderos o brujos, pero las mismas no tiene capacidad para enfrentar y reducir la mortalidad no sólo por problemas cardiovasculares, cancerígenos o por VIH-sida, sino por las llamadas muertes “evitables” generadas por enfermedades infectocontagiosas, inclusive benignas.

⁽²¹⁾ Para una discusión de los conceptos tradicional y medicina tradicional ver MENÉNDEZ E.L. 1994.

⁽²²⁾ A principios del 2015 observamos que el programa de salud intercultural propuesto por el Sector Salud del Estado de Veracruz (México) ha sido reducido al mínimo, y el proyecto yucateco, hasta ahora es una propuesta. por otra parte muy ligada a actividades turísticas.

⁽²³⁾ En varias zonas de población indígena, el denominado “crimen organizado” y en particular el narcotráfico, ya no sólo instala situaciones de violencia, sino que trata de reclutar jóvenes nativos. Si bien zonas indígenas de varios estados estuvieron relacionadas históricamente con la producción de mariguana y de amapola, no aparecían involucradas como agentes del narcotráfico.

Bibliografía

AIEPI (Área de Tecnología y Prestación de Servicios)/Organización Panamericana de la Salud (2008), *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*, Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C.

AGUIRRE BELTRÁN G. (1994), *Programa de salud en la situación intercultural*, Fondo de Cultura Económica, México (original 1955).

ALARCÓN R. (2010), *La biopiratería de los recursos de la medicina tradicional en el estado de Chiapas, México. El caso ICBG-Maya*, en “Revista Pueblos y Fronteras digital”, vol. 6, n. 10, diciembre/mayo; www.pueblosyfronteras.unam.mx.

ARANA M. - CABADA X. (2012), *La amarga realidad del azúcar: mayores riesgos y amenaza para los pueblos indígenas de México*, en “Observatorio del derecho a la alimentación y a la nutrición”, 2012: 46-48.

ARAYA M.J. (2011), *Parteras indígenas. Los conocimientos tradicionales frente al genocidio neoliberal*, Ediciones ABYA-YALA, Quito.

ASTORGA L. (2003), *Drogas sin frontera: los expedientes de una guerra permanente*, Grijalbo, México.

BARONET B. - MORA M. - STAHLER-SHOLK R. (Coords.) (2012), *Luchas “muy otras”. Zapatismo y autonomía en las comunidades indígenas de Chiapas*, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.

BARTOLOMÉ M.A. - BARABAS A.M. (Comps.) (2013), *Los sueños y los días. Chamanismo y nahualismo en el México actual*, México, INAH, 5 volúmenes.

BASCHET J. (2005), *Los zapatistas. ¿“Ventiloquia india” o interacciones creativas?*, en “Istor”, n. 22: 110-128.

BAUD M. et al. (1996), *Etnicidad como estrategia en América Latina y el Caribe*, Ediciones Abya-Yala, Quito.

BAYTELMAN B. (1986), *De enfermos y curanderos, medicina tradicional en Morelos*, INAH, México.

BAYTELMAN B. (1993), *Acerca de las plantas y curanderos*, INAH, México.

BERLINGUER G. (1983), *La reforma sanitaria en Italia*, Universidad Autónoma de Sinaloa, México.

BERLINGUER G. (2006), *Medicina y política*, Quinto Sol, México.

BERRIO L. (2013), *Entre la normatividad comunitaria 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, UAM-Iztapala.

BERRIO L. (2014), *Trayectorias reproductivas y prácticas de atención a la salud materna entre mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero*, en SÁNCHEZ BRINGAS A. (Coord.) (2014), *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México*, Universidad Autónoma Metropolitana, México: 211-243.

BERRIO L. (2015), *¿Cuidar la salud o modificar realidades? El papel de la biomedicina en las prácticas de atención durante el embarazo y parto en la Costa Chica de Guerrero*, Ponencia presentada en el SEPAM del CIESAS-DF (Seminario Permanente de Antropología Médica).

- BOURDIEU P. (1999), *Contrafuegos: reflexiones para servir a la resistencia contra la invasión neoliberal*, Anagrama, Barcelona.
- BOURDIEU P. *et al.* (1975), *El oficio de sociólogo. Presupuestos epistemológicos*, Siglo XXI, México.
- CALLAHAN M. (2006), *El hospital Kallawaya "Shoquena Husi". Un experimento en Salud Intercultural* en FERNÁNDEZ JUÁREZ G. (Coord) (2006), 289-303.
- CAMPOS R. (1990), *Nosotros los curanderos*, Nueva Imagen, México.
- CASTRO SOTO J. (2000), *Pukuj. Biopiratería en Chiapas*, San Cristobal de las Casas.
- CUADRILLERO H. - MEGCHÚN R. (2013), *El desplazamiento de curadores y brujos entre los tzeltales de las Cañadas de la Selva Lacandona* en BARTOLOMÉ M.A. - BARABAS A.M. (Coords.) (2013), vol. II: 213-228.
- CERDA A. (2011), *Imaginando zapatismo. Multiculturalidad y autonomía indígena en Chiapas desde un municipio autónomo*, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.
- DAVIS C. - FESHBACH M. (1980), *Rising infant mortality in the URSS en the 1970*, United States Bureau of the Census, Series p-95, n. 74.
- DE LEO D. *et al.* 2003, *International suicide rates. Recent trends and implications for Australia. Report to the Commonwealth of Australia*, Department of Health and Aging, Canberra.
- DUARTE-GÓMEZ M.B (2004), *Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla*, "Salud Pública de México", vol.46, n.5, septiembre-octubre de 2004, pp. 388-398.
- ERASMUS C. (1963), *El hombre asume el control*, Omeba, Buenos Aires.
- ESCÁRZAGA F. - GUTIERREZ R. (coords.) (2005), *Movimiento indígena en América Latina: resistencia y proyecto alternativo*, Gobierno del Distrito Federal, México.
- ESCÁRZAGA F. *et al.* (coords.) (2014), *Movimiento indígena en América Latina: resistencia y transformación social*, volumen III, Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ G. (2006), "Al hospital van los que mueren". *Desencuentros en salud intercultural en los Andes bolivianos*, en FERNÁNDEZ JUÁREZ G. (Coord.) (2006): 317-336.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ G. (Coord.) (2006), *Salud e Interculturalidad en América Latina*, Antropología de la salud y Crítica Intercultural, Ediciones Abya-Yala, Quito.
- FORT M. - MERCER M.A. - GISH O. (Comps.), *El negocio de la salud. Los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien público*, Paidós, Barcelona.
- FREYERMUTH G. (1993), *Médicos tradicionales y médicos alópatas. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*, Tuxtla Gutiérrez, Gob. Estado de Chiapas/CIESAS.
- FREYERMUTH G. (2014), *La mortalidad materna y los nudos en la prestación de los servicios de salud en Chiapas. Un análisis desde la interculturalidad*, en "Liminal", vol. XII (2): 30-45.
- GALLARDO J. (2002), *Medicina tradicional p'urhépecha*, Zamora, El Colegio de Michoacán.
- GUIBERT W. (2002), *Epidemiología de la conducta suicida*, en "Revista Cubana de Medicina General Integral", 18: 1-7.
- GARCÍA F. (Comp.) (2008), *Identidades, etnicidad y racismo en América Latina*, FLACSO, Quito.
- GÜEMEZ M.A. (1997), *De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar. Proceso de incorporación de las parteras yucatecas al sistema institucional de salud*, en KROTZ E. (Coord.) (1997), *Cambio cultural y resocialización en Yucatán*, Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida: 117-147.
- GUITERAS C. (1965), *Los peligros del alma. Visión del mundo de un tzotzil*, Fondo de Cultura Económica, México.
- HAGEDUS A. (1978), *Socialismo y burocracia*, Ediciones Península, Barcelona.
- HARRINGTON T. (1962), *The Other America: Poverty in the United States*, The Macmillan Company, New York (hay edición en español).

- HERTZMAN C. - SIDDIQI A. (2000), *Health and rapid economic change in the late twentieth century*, en "Social Science & Medicine", 35(11): 1369-1378.
- HUFF T. (1993), *The rise of early modern science. Islam, China and the West*, Cambridge Univ. Press, Cambridge.
- KENTIKELÉNIS A. et al. (2014), *The International Monetary Fund and the Ébola outbreak*, en "The Lancet Global Health" on line 21/XII/2014.
- KNIPPER M. (2006), *El reto de la "medicina intercultural" y la historia de la "medicina tradicional" indígena contemporánea*, en FERNÁNDEZ JUÁREZ G. (Coord.) (2006): 413-432.
- KOLKO G. (1962), *Wealth and Power in the United States*, Frederick Praeger, New York.
- LA ROSA E. (2009), *La fabricación de patologías*, Fondo de Cultura Económica, Lima, La Jornada (periodico): 2000-2014.
- LEON D.A. et al. (1997), *Huge variations in Russian mortality rates 1984/1994: artifact, alcohol or what?*, en "The Lancet", 350: 383-388.
- LUENGAS M.I. (1994), *El saber y el quehacer de las parteras en el medio rural mexicano*, Tesis de Maestría en Sociología, UNAM.
- LUNA M. et al. (2010), *La muerte materna tiene rostro. Indicadores*, Observatorio de Mortalidad Materna, México.
- McKEOWN T. (1976), *The modern rise of population*, Academic Press, London.
- McKEOWN T. (1990), *Los orígenes de las enfermedades humanas*, Crítica, Barcelona.
- MENDOZA Z. (1994), *De lo biomédico a lo popular. El proceso de salud/enfermedad/atención*, En San Juan Copala, México, Tesis de Maestría, ENAH.
- MENÉNDEZ E.L. (1979), *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*, Editorial Nueva Imagen, México.
- MENÉNDEZ E.L. (1981), *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, Ediciones de la Casa Chata, México.
- MENÉNDEZ E.L. (1990a), *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, Alianza Editorial, México.
- MENÉNDEZ E.L. (1990b), *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, Cuaderno 179 de la Casa Chata, México, CIESAS.
- MENÉNDEZ E.L. (1994), *La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional*, Alteridades n. 7: 71-83.
- MENÉNDEZ E.L. (2002), *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, Edicions Bellaterra (segunda edición corregida y aumentada: Prohistoria Ediciones, Rosario), Barcelona.
- MENÉNDEZ E.L. (2005 a), *Políticas del Sector Salud mexicano (1980-2004): ajuste estructural y pragmatismo de las propuestas neoliberales*, en "Salud Colectiva", 1(2):195-224.
- MENÉNDEZ E.L. (2005 b), *Poblaciones abiertas, seguras y privadas: cambios, reorientaciones y permanencias en el sector salud mexicano* en ASIS A. - ALONSO J. (Coords.), *El estado mexicano: herencia y cambios. Economía y Política*, Porrúa/CIESAS, México, vol. II:151-192.
- MENÉNDEZ E.L. (2009a), *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- MENÉNDEZ E.L. (2009b), *De racimos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y de la epidemiología mexicanas*, en "Salud Colectiva", 5 (2):155-179.
- MENÉNDEZ E.L. (2012), *¿Qué drogas matan más? Algunos comentarios sobre las políticas prohibicionistas aplicadas a las sustancias consideradas adictivas*, Ichan tecolotl n. 266. 3-6.
- MENÉNDEZ E.L. (2015), *Venturas y desventajas del sector salud mexicano respecto de la influenza A-H1N1*, en "Revista Chilena de Salud Pública" vol. 19(1): 53-63.
- MENÉNDEZ E.L. (Ed) (1991), *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía/política, 1930-1979*, Ediciones de la Casa Chata, México.

- MENÉNDEZ E.L. - DI PARDO R.B. (2010/2011), *Sector Salud y organizaciones no-gubernamentales: convergencias y articulaciones en torno a la salud reproductiva*, en "AM. Rivista della Societa Italiana di Antropologia Medica", vol. 29-32: 215-252.
- MENESES S. (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, CIESAS.
- MOYNIHAN R. - CASSELS A. (2006), *Medicamentos que enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes*, Editorial Atlántida, Buenos Aires.
- OSORIO R.M. (1994), *La cultura médica materna y la salud infantil*, México, Tesis de Maestría en Antropología Social, ENAH.
- ORTEGA J. (1999), *Proceso reproductivo femenino:saberes, género y generaciones en una comunidad maya de Yucatán*, Tesis de Doctorado de El Colegio de Michoacán.
- PAGE J. (2002), *Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de México y Chiapas 1857-1995*, UNAM/UNACH, México.
- PAGE J. (2005), *El Mandato de los dioses. Etnomedicina entre los tzotziles de Chamula y Chenalhó, Chiapas*, UNAM, San Cristobal de las Casas.
- PAGE J. (2012), *Refresqueras y diabetes entre los mayas de Tenejapa, San Cristobal y Chamula, Chiapas*, en "Revista LiminaR. Estudios sociales y humanísticos", vol. 11, (1): 154-167.
- PEÑA P. (2006), *Mortalidad infantil y brujería. El caso de la etnia mazahua*, México, Tesis de Doctorado, Universitat Rovira i Virgili.
- PEREZ JR. L.A. (2005), *To die in Cuba. Suicide and society*, The Univ. of North Carolina Press.
- PITARCH P. (1996), *Ch'ulel: una etnografía de las almas tzeltales*, México, Fondo de Cultura Económica.
- PITARCH P. (2004), *Los Zapatistas y el arte de la ventriloquia*, en "Istor", n. 17: 95-132.
- PITARCH P. (2005), *Ventriloquia confusa*, en "Istor", n. 22: 129-144.
- PRADA R. (2014), *Descolonización y transición*, ABYA-YALA, Quito.
- PRESS I. (1971), *The urban curandero*, en "American Anthropologist", vol. 73(3): 741-756.
- PRESS I. (1975), *Tradition/adaptation. Life in a modern yucatan maya village*, Conneticut, Greenwood.
- QUINTAL F. - BRICEÑO F. - CABRERA A. (2013), *Los que hablan con los vientos: los jmeeno'ob* en BARTOLOMÉ M.A. - BARABAS A.M. (Comps.), vol. UU: 145-198.
- RAMOS I. (2002), *Hueseros-sobadores en la ciudad de México. Un estudio de caso*, Tesis de Maestría en Antropología Social, ENAH.
- REINAGA F. (1982), *La podredumbre criminal del pensamiento europeo*, Ediciones Comunidad Amaútica Mundial, La Paz.
- RAMÍREZ-HITA S. (2011), *Salud intercultural. Crítica y problematización a partir del contexto boliviano*, SEAT, La Paz.
- RAMÍREZ-HITA S. (2014), *Aspectos interculturales de la reforma del sistema de salud en Bolivia*, en "Revista Peruana Med Exp Salud Pública", 31(4): 762-768.
- REC (Reporte epidemiológico de Córdoba): 2010-2015.
- REVISTA ALTERIDADES (1, 996): n. 12 dedicado a Antropología de la curación.
- RIESMAN F. et al. (1964), *Mental health of the poor*, The Free Press, New York.
- ROMANÍ O. (1999), *Las drogas. Sueños y razones*, Ariel, Barcelona.
- SÁNCHEZ P. et al. (1994), *Efectos psicológicos de la esterilización quirúrgica en mujeres yucatecas*, URL disponible en [http://www.cpti.com.mx/Efectos %20psicológicos%20%20salpingoclasia.pdf](http://www.cpti.com.mx/Efectos%20psicológicos%20%20salpingoclasia.pdf).
- URIBE G. (2006), *Mortalidad materna en Bolivia ¿Qué hacer para evitar tantas muertes de mujeres* en FERNÁNDEZ JUÁREZ G. (Coord.) (2006): 173-186.
- VALDÉS G. (2013), *Historia del narcotráfico en México*, México, Editorial Aguilar.

WARMAN A. (2003), *Los indios mexicanos en el umbral del milenio*, México, Fondo de Cultura Económica.

YOUNGERS C.A. (2005), *Los daños colaterales de "la guerra contra las drogas" impulsada por Estados Unidos: conclusiones y recomendaciones*, pp. 413-447, in YOUNGERS, C.A. - ROSIN, E. (2005) (curatrici), *Drogas y Democracia en América Latina. El impacto de la política de Estados Unidos*, Washington Office on America Latina, Biblos, Buenos Aires.

ZOLLA C. - SÁNCHEZ C. (2010), *Pueblos indígenas e indicadores de salud*, México, UNAM.

Nota sobre el Autor

Eduardo L. Menéndez: antropólogo social argentino, que actualmente se desempeña como profesor/investigador en el Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social/Ciesas, México. Ha desarrollado investigaciones en diferentes campos, entre los cuales destacan los siguientes estudios: a) Migraciones europeas a comunidades rurales argentinas; b) Nivel de vida de la población rural de la provincia de Misiones; c) Juegos infantiles; d) Enfermedades ocupacionales en mineros, obreros, ceramistas y operadores de camiones; e) Saber biomédico; f) Autoatención, automedicación, autogestión; g) Proceso de alcoholización; e) Medios de comunicación masiva y procesos de salud/enfermedad/atención.

Algunas de sus últimas publicaciones son las siguientes: *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la Salud Colectiva; La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo; Las influencias por todos tan temidas o los difíciles usos del conocimiento; De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y epidemiología mexicanas; Esterilizaciones y sectores sociales subalternos en América Latina; Lo que aparece, lo que no aparece y lo que desaparece: el caso de las violencias; Miedos, riesgos e inseguridades*, con R.B. di Pardo; *Participación social ¿Para qué?*, con H. Spinelli.

Ha sido Director del Departamento de ciencias antropológicas de la Universidad de la Provincia de Buenos Aires, Argentina, y recientemente le fue otorgado el Doctorado Honoris Causa por la Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Catalunya, España.

Riassunto

Le malattie sono solo sofferenze? Egemonia biomedica e appropriazioni ideologiche da parte dei settori subalterni

Secondo Giovanni Berlinguer, l'analisi dei processi di salute / malattia può chiaramente evidenziare problemi che riguardano altre aree della realtà e che esprimono contraddizioni e conflitti presenti in diversi tipi di società. In questo contesto, l'obiettivo dell'Autore è capire se il fenomeno dell'espansione della biomedicina

e la creazione di organizzazioni di guaritori tradizionali da parte delle istituzioni ufficiali permetta di spiegare alcune caratteristiche dei movimenti etnici messicani. L'Autore presenta una serie di conclusioni, sette, basate sull'analisi dei processi di salute / malattia che potrebbero spiegare gli aspetti dei diversi percorsi e gli attuali sviluppi di questi movimenti.

Parole chiave: biomedicina, guaritori tradizionali, gruppi etnici, metodologia.

Resumen

Las enfermedades ¿son sólo padecimientos?: hegemonía biomédica y apropiaciones ideológicas por los sectores subalternos

Giovanni Berlinguer propuso que a través de los procesos de salud/enfermedad podían detectarse con mayor transparencia problemas que operan en otros campos de la realidad, y que evidencian las contradicciones y conflictos que se desarrollan en diferentes tipos de sociedades. A partir de esta propuesta tratamos de observar si la expansión de la biomedicina y la creación de organizaciones de curadores tradicionales por instituciones oficiales, evidencian y explican algunas características de los movimientos étnicos mexicanos. Se presentan siete conclusiones basadas en los procesos de salud/enfermedad que explicarían aspectos de la trayectoria y repliegue actual de dichos movimientos.

Palabras clave: biomedicina, curadores tradicionales, grupos étnicos, metodología.

Résumé

Les maladies ne sont-elles que des souffrances? Hégémonie biomédicale et appropriations idéologiques pour les secteurs subalternes

Selon Giovanni Berlinguer, l'analyse des processus de santé/maladie peut mettre en évidence avec clarté des problèmes qui affectent d'autres domaines de la réalité et qui expriment les contradictions et les conflits présents dans les différents types de société. Dans ce cadre, le but de l'auteur est de comprendre si le phénomène de l'expansion de la biomédecine et la création d'organisations de guérisseurs traditionnels par les institutions officielles permet d'expliquer certaines caractéristiques des mouvements ethniques mexicains. L'auteur présente une série de sept conclusions constituées sur la base de l'analyse des processus de santé/maladie qui pourraient expliquer les aspects des différents parcours et des évolutions actuelles de ces mouvements.

Mots-clés: bio médecine, guérisseurs traditionnels, groupes ethniques, méthodologie.

Abstract

Are sickness only illness? Biomedical hegemony and ideological appropriation by subaltern sectors

Giovanni Berlinguer states that through the processes of health/illness can be detected with greater transparency problems operating in other fields of reality, and evidence of the contradictions and conflicts in different societies. From this proposal we try to see if the expansion of biomedicine and the creation of organizations of traditional healers, demonstrates and explains some characteristics of Mexican ethnic movements. Here we present seven conclusions based on health/disease process that explains of current retreat path of these movements.

Keywords: biomedicine, traditional healers, ethnic groups, methodology.