

## **PRACTICAS POPULARES, GRUPOS INDIGENAS Y SECTOR SALUD: ARTICULACION COGESTIVA O LOS RECURSOS DE LA POBREZA (1)**

Eduardo L. Menéndez\*

Para Guillermo Bonfil Batalla.

En este trabajo voy a analizar el uso de las prácticas populares referidas al proceso salud/enfermedad/atención, en relación con la posibilidad de que las mismas sean utilizadas en términos autogestivos y tratando de observar cuáles son los factores, que por lo menos en el nivel del discurso, impulsan una determinada articulación de las mismas con el Sector Salud (2).

Esta problemática será pensada respecto de los grupos sociales subalternos y en particular de los grupos indígenas mexicanos, tomados no como una unidad, sino reconociendo la diversidad que existe entre los mismos.

Antes de desarrollar los objetivos propuestos, voy a hacer algunas afirmaciones y aclaraciones para que se contextualicen y no se malinterpreten nuestras principales conclusiones. En primer término, considero que las propuestas autogestivas siguen constituyendo potencialmente las únicas alternativas organizativas que podrían superar tanto las tendencias que fomentan el estatismo sean éstas de signo stalinista, fascista o populista; como también superar las tendencias que directa o indirectamente fomentan el individualismo competitivo, y cuyas consecuencias generan inevitablemente la polarización socioeconómica y el empobrecimiento, como en la actualidad está ocurriendo en América Latina a partir de la aplicación de políticas neoliberales y neoconservadoras.

En segundo término consideramos a las prácticas y representaciones populares referidas al proceso salud/enfermedad/atención (de ahora en adelante proceso s/c/a), no sólo como parte de todo sistema sociocultural de salud, sino que afirmamos que las mismas debieran ser el eje a partir del cual se debieran organizar los sistemas locales de salud (SILOS). Para ser más explícitos, el eje de los sistemas locales de salud no debiera ser el Sector Salud (SS), sino que debieran serlo los conjuntos sociales organizados, considerando a las instituciones y servicios de salud de todo tipo

\*CIESAS, México.

como sectores especializados que deben ser reconocidos como diferentes alternativas técnicas, pero no como los sectores decisivos ni directivos — *en términos de organización social* — de los sistemas locales de salud.

Afirmado lo anterior, debemos señalar — y esta aclaración es significativa dada la naturaleza de la reunión — que nosotros preferimos hablar de prácticas y representaciones de los conjuntos sociales o si se prefiere populares, respecto del proceso *s/e/a*, más que de prácticas y representaciones tradicionales. La ambigüedad, el uso frecuentemente ideológico o la exclusión de otras prácticas populares por muchos de los que utilizan esta palabra, han erosionado a nuestro juicio el término "tradicional", y lo han cargado de toda una serie de sesgos que distorsionan y sobre todo contribuyen a confundir más que a posibilitar la comprensión de los problemas. En consecuencia cuando me refiera a lo "tradicional" casi siempre lo haré en términos de conjuntos sociales o de sectores populares; para nosotros la cualidad de una práctica curativa o de una representación social de una enfermedad, se definen en su significación y uso por su referencia al sistema sociocultural del que forman parte, y no por su cualidad de tradicional o de moderna en sí (3).

Por último debo señalar que si bien, dado el espacio de que disponemos, vamos a analizar la problemática propuesta básicamente en términos genéricos, la casi totalidad de los problemas que planteamos no pueden ser realmente comprendidos si no se los analiza en términos específicos y referidos a situaciones concretas. Por lo tanto los conceptos de medicina tradicional, atención primaria, participación social o autogestión adquieren su significación *real* cuando observamos cómo se los utiliza, quiénes los utilizan y para qué los utilizan. Para nosotros son las fuerzas e intereses sociales, técnico-profesionales y/o personales los que hacen que los sistemas locales de salud o las prácticas populares en salud adquieran características diferenciales según cada país y, dado el actual proceso de descentralización, a veces según cada región y/o cada institución (4).

Para dar un sólo ejemplo de lo que estamos señalando; una cosa son las definiciones y propuestas sobre sistemas locales de salud que podemos encontrar en los documentos de la Organización Panamericana de la Salud (Boletín OPS 109 (5/6) 1990, OPS 1989a, 1989b, 1990a, 1990b, Paganini y Capote (Edits.) 1990), y otra muy distinta las formas en que se conciben y/o aplican — o directamente no se aplican — dichas definiciones a partir de las definiciones económico-políticas y técnicas de cada uno de los países de la región.

## La contextualización del uso de las prácticas populares.

Desde nuestra perspectiva, el análisis de los objetivos propuestos debe partir de toda una serie de procesos que contextualizan el uso que en América Latina se hace de las prácticas populares y de las propuestas de organización autogestiva referidas al proceso s/e/a. La mayoría de estos hechos y procesos son casi obvios, pero constituyen una suerte de marco referencial que establece cuáles son algunas de las principales condiciones que permiten entender las orientaciones, así como las limitaciones y posibilidades reales que tienen de ser implementadas las prácticas populares en términos autogestivos.

La primera serie de hechos es de tipo epidemiológico, y consideramos como más significativos a los siguientes. El reconocimiento de que los grupos amerindios — incluyendo los de los EE.UU y de Canadá — son los grupos sociales que presentan las condiciones generales más negativas respecto del proceso s/e/a, ya que son los que tienen las más altas tasas de mortalidad general, de mortalidad infantil, de mortalidad pre-escolar, de mortalidad materna, etc., etc. Si bien se ha generado un descenso de las tasas de mortalidad a nivel general en la mayoría de los países de la región, inclusive a nivel de los grupos indígenas, debe señalarse que las tasas de mortalidad de éstos últimos siguen siendo las más altas en términos diferenciales, y puede suponerse que en algunos casos se habrían profundizado dichas diferencias (5).

Los grupos amerindios son los que tienen las peores condiciones de infraestructura sanitaria, que condicionan la emergencia y mantenimiento de toda una serie de padecimientos considerados "evitables" en términos de mortalidad, la mayoría de los cuales es fácilmente erradicable o por lo menos abatible, a partir de la tecnología biomédica y de la tecnología social existentes.

Por otra parte, pese a las modificaciones en el perfil epidemiológico que están ocurriendo en Latinoamérica — lo que algunos denominan transición epidemiológica — en la mayoría de los grupos indígenas todavía dominarían las enfermedades llamadas del subdesarrollo" (entre los 50 y 60) o de la "pobreza" (en especial desde los 80). Esto no supone pensar que no existen problemas crónico-degenerativos o "violencias", dado que por lo menos en algunos grupos étnicos fenómenos como homicidios a cirrosis hepáticas presentan altas tasas de mortalidad en términos absolutos y comparados. Por otra parte, en estos grupos la desnutrición, no sólo aparece notablemente extendida, sino que en varios de ellos adquiere características endémicas.

Dadas las condiciones señaladas, en los grupos étnicos america-

nos la emergencia de procesos epidémicos tendría consecuencias más letales que en otros grupos sociales como ocurrió en el caso de la epidemia de sarampión en México en 1989-91 y como ocurre en la actualidad con el cólera.

Podríamos seguir enumerado toda una serie de indicadores epidemiológicos, pero consideramos que los comentados permiten concluir que los grupos indígenas de América Latina son los que han presentado y siguen presentando las condiciones de morbimortalidad más negativas respecto de la sociedad global y del resto de los sectores sociales.

Conclusiones similares podemos extraer del análisis de los servicios proporcionados por el Sector Salud. Los grupos subalternos denominados *marginales*, y en particular los sectores indígenas, son los que históricamente han tenido los más bajas coberturas de atención biomédica en los tres niveles de atención, incluida por supuesto la Atención Primaria (AP). Si bien la aplicación de acciones del Instituto Nacional Indigenista desde la década de los cincuenta, y la puesta en marcha de los programas de Bienestar Social Rural, de Extensión de Cobertura y ulteriormente del IMSS/COPLAMAR (actualmente IMSS/SOLIDARIDAD) durante los setenta y ochenta trataron de amortiguar dicha situación diferencial, la misma sigue operando en la actualidad.

Dadas las condiciones de aislamiento geográfico relativo, de dispersión demográfica, de intervención de determinados procesos culturales, de falta de personal médico, etc., los grupos indígenas han tenido las menores coberturas biomédicas de todo tipo incluida la cobertura de inmunización, aún cuando esta última se ha ido modificando positivamente, sobre todo en algunas regiones.

Sintetizando, los grupos indígenas son los que han recibido menores inversiones en términos económicos, de recursos humanos, de medicamentos, etc., por parte del Sector Salud, comparado con cualquier otro sector social nacional. Al igual que en el caso de los indicadores epidemiológicos, podría seguir enumerando otros factores, pero considero que los señalados bastan para establecer la presencia de condiciones diferenciales negativas que en lo fundamental no han sido modificadas.

Pero el análisis de la posibilidad de utilizar las prácticas y recursos populares y las propuestas autogestivas, no sólo debe ser referido a estos dos tipos de "indicadores", sino que debe ser incluida toda una serie de procesos económico-políticos, culturales y técnico-profesionales, que articulados con los anteriores, son los que permitirían explicar porqué las organizaciones internacionales referidas al proceso s/e/a, las Organizaciones No Gubernamentales

(ONG), determinados grupos subalternos y en menor medida el Sector Salud, colocan en su utilización una parte de las soluciones a los problemas de enfermedad/atención que enfrentan las sociedades latinoamericanas.

Dada la cantidad y variedad de estos procesos, sólo seleccionaremos aquellos que consideramos como más relevantes. En primer lugar, debe señalarse la crisis de eficacia y eficiencia de la biomedicina, la cual articulado con una serie de cambios ideológicos y en el estilo de vida operados en particular en algunos sectores sociales medios, han potenciado no sólo la crítica a la "medicina científica" sino que han impulsado la recuperación de otros tipos de saberes médicos — incluidos los saberes populares — que en algunos casos son directamente opuestos a los biomédicos.

Una parte sustantiva de la crisis del Modelo Médico (Menéndez 1983, 1990) no es técnica ni ideológica, sino que es directamente económica. El incremento continuo del costo de la atención de la enfermedad, sobre todo en el segundo y tercer nivel de atención, ha operado como un cuestionamiento económico-político creciente en los diferentes sistemas de salud y de seguridad social de América Latina (6). Gran parte de este costo económico, así como parte de la crisis del Modelo Médico Hegemónico deben ser referidos a la hegemonía de lo curativo y a la continua secundarización de las actividades preventivas, lo cual no ha sido modificado en América Latina luego de la aplicación durante más de diez años de estrategias de Atención Primaria.

Un factor "técnico" a considerar, es la dificultad existente — por lo menos en algunos países de la región, incluido México — de contar con recursos profesionales y técnicos que acepten radicarse en el medio rural, y en particular en zonas de población indígena. Es difícil que médicos, odontólogos, enfermeras, psicólogos, y por supuesto también antropólogos, se localicen en áreas rurales. Hace ya casi quince años, en nuestra investigación sobre Yucatán (Menéndez 1981) planteamos que esta situación era estructural y difícilmente modificable (7).

En la actualidad consideramos que, por lo menos para México, esta situación se agravará en años venideros. El notorio decremento comparativo del egreso de alumnos de las facultades y escuelas de medicina, reducirá cada vez más la oferta de pasantes. Pero además, pese al alto porcentaje de desocupación médica existente en México - 17% según Frenk et al (1988) — ello no se traduce en la radicación de los facultativos en las áreas rurales.

El conjunto de las características enumeradas se vieron conmovidas y algunas potenciadas negativamente por la crisis económica que afectó a Latinoamérica durante los ochenta. Esta crisis en lo específico

condujo a un notable desfinanciamiento de los servicios y actividades del Aparato Médico Sanitario, que en la mayoría de los países continúa hasta la actualidad. Pero debe subrayarse que esta crisis no sólo afectó al Aparato Médico Sanitario, sino que sobre todo afectó a la población, la mayoría de la cual pasó a integrar las categorías de "pobres" o de "pobres extremos" en toda América Latina incluido México.

Esta extensión y profundización de la situación de pobreza — que todo indica se continuará y ampliará en la década de los 90 — va asociada a una notable polarización de los sectores sociales en términos de la apropiación diferencial de la producción de riqueza a nivel nacional y regional. Mientras que en casi todos los países de América Latina cerca del 50% de la población total aparece categorizada como pobre, *mientras la casi totalidad de los grupos indígenas aparecen incluidos en las categorías de pobres o pobres extremos*, en países como México y Brasil la concentración de la riqueza se ha incrementado a niveles inexistentes entre 1930 y 1970.

Pero además — y esto quisiera que se entendiera en toda su significación — la situación de pobreza debe ser vinculada necesariamente a lo que algunos autores denominan "la estructura de la vida cotidiana". Es decir a reconocer cuál es la trama y variedad de actividades así como los tiempos de vida que los sujetos y grupos sociales invierten para lograr la "supervivencia", y en consecuencia, cuál es el tiempo real que les queda para organizarse, para poder pensar "soluciones", para actuar colectivamente. Si la mayoría del tiempo la población subalterna *lo gasta* en sobrevivir, de dónde va a salir el *tiempo real* para organizarse, quiénes lo pueden hacer, y lo que es más decisivo, durante cuánto tiempo pueden mantener esa capacidad organizativa y participativa operada o no en términos autogestivos.

La aplicación desde hace ya casi dos décadas del concepto de estrategia de supervivencia, nos permitió reconocer no sólo la cantidad y variedad de actividades que la población "marginal" realiza para sobrevivir, sino que también nos permitió observar la capacidad inventiva que necesita desarrollar para ello. Pero este concepto, que revalidaba la vida cotidiana de los sectores populares, tendió sin embargo a opacar un hecho determinante, el que la gente *gasta* gran parte de su vida en sobrevivir, limitando la capacidad de organizarse colectivamente para superar las condiciones de supervivencia.

Sintetizando, las nuevas políticas de salud respecto de América Latina promovidas en particular desde mediados de los setenta, y que suponía la aplicación de estrategias de AP que incluían la consideración de tomar en cuenta las prácticas populares referidas al proceso *s/e/a*, operaron sobre una población

empobrecida, dentro de una situación de crisis económico-ocupacional sostenida, respecto de conjuntos sociales subalternos que gastan la mayoría de su tiempo en sobrevivir y a partir de un Aparato Médico Sanitario desfinanciado y que pese a su doble crisis no modifica su orientación casi exclusivamente asistencial (8). Debe subrayarse que todos estos procesos afectaran en forma diferencial a la población indígena latinoamericana.

### **Las nuevas propuestas y las prácticas subalternas.**

El análisis de la posibilidad de desarrollar formas autogestivas que incluyan los saberes populares, refiere en consecuencia a situaciones complejas, que no deben ser leídas unilateralmente y que incluyen orientaciones, intereses y posibilidades de los diferentes sectores sociales que entran en relación en una sociedad determinada. Ello supone asumir que en toda área, incluida las indígenas, intervienen en forma directa o mediatizada orientaciones generadas por las políticas globales del Estado y por las políticas específicas del Aparato Médico Sanitario, pero también operan los objetivos e intereses de profesionales biomédicos y de curadores populares, de diferentes sectores económico-productivos, de las propuestas de las ONG frecuentemente determinadas por financiamientos y orientaciones "externas", de las necesidades de los conjuntos sociales.

El reconocimiento de la complejidad y cantidad de orientaciones e intereses existentes, apunta por una parte a sugerir la no aplicación de aproximaciones esquemáticas tanto en términos de interpretación como de acción. Y también indicar, que dada la variedad de procesos que intervienen, sólo seleccionaremos aquellos aspectos que consideramos más pertinentes en función de nuestros objetivos.

Debe asumirse en consecuencia que existe toda una serie de procesos, que si bien no analizaré, tiene relevancia respecto de aspectos específicos. Voy a comentar sólo dos, para transmitir con mayor precisión lo que estamos planteando.

Cuando, como vimos, en América Latina se profundiza y entiende la situación de pobreza y desigualdad socioeconómica, observamos que casi simultáneamente los organismos internacionales y los Aparatos Médico Sanitarios comienzan a hablar crecientemente en términos de equidad. Es decir que cuando más se incrementó la inequidad social, más se habla de lograr equidad en términos del proceso s/e/a. Es obvio que la propuesta de mayor equidad la consideramos correcta, pero la

cuestión nuclear refiere a cómo obtenerla. Así en el caso de los grupos indígenas de América Latina, pese al discurso de la equidad no se observan medidas concretas que la posibiliten. Dada la hegemonía del actual proyecto económico ¿Cómo puede conciliarse el incremento de la desigualdad socioeconómica con la posibilidad real de una mayor equidad? ¿Será acaso en el *reconocimiento* de la legitimidad de por lo menos una parte de las prácticas populares donde el Aparato Médico Sanitario coloque algunos de sus objetivos de equidad? Y si es así, ¿Cuál es el reconocimiento, y sobre todo, el apoyo real dado a dichas prácticas?

El segundo aspecto es en cierta medida complementario del anterior. La recuperación de las prácticas populares, me parece — y subrayo lo de me parece — que se está llevando a cabo a través de concepciones e intervenciones casi exclusivamente curativas. Esto es coherente con una perspectiva biomédica centrada en este tipo de actividades, pero es menos congruente con los planteamientos ideológico-técnicos de las corrientes que proponen el desarrollo de una Atención Primaria Integral (SS&M 1986) con sectores salubristas ligados a propuestas indigenistas. No obstante encontramos en la *práctica*, que gran parte de las ONG impulsan actividades de tipo asistencial más que preventivas. No es casual al respecto que sean las parteras empíricas y/ o la medicina herbolaria, los recursos que tanto el Aparato Médico Sanitario como una parte de las ONG más reconozcan y utilicen. ¿Pero esto significa entonces que el saber popular en salud es exclusiva o predominantemente "asistencial"? ¿Supone que dicho saber no ha desarrollado o no tiene potencialidad preventivista? Y si esto fuera así ¿Cuáles serían los aspectos de las prácticas y de las representaciones populares que posibilitarían construir en torno de las mismas, formas de organización autogestivas con objetivos preventivos? (9).

Los dos tipos de interrogantes presentados implican la necesidad de incluir toda una variedad de aspectos para poder dar respuestas a los mismos. Dado el espacio no podemos hacerlo, pero consideramos que estos y otros interrogantes, permiten observar la amplitud y complejidad de los procesos que intervienen en las relaciones entre saberes populares y saberes médicos sobre todo cuando se plantea una recuperación articulada de los mismos.

Es entonces a partir del conjunto de procesos e indicadores enumerados que afectan conjuntamente al Estado, a la Sociedad Civil y en particular a los Grupos Amerindios, que deben ser analizadas las sucesivas propuestas explicativas y organizativas generadas por el

Sector Salud y por una parte de los conjuntos sociales.

Desde nuestra perspectiva las propuestas de Atención Primaria, de descentralización y de desconcentración, de impulso a la participación social comunitaria, del establecimiento de los SILOS, de la recuperación de las prácticas y recursos curativos populares, del reconocimiento del papel decisivo de la mujer como agente curativo al interior del grupo doméstico y de sus redes de apoyo, constituyen aspectos que en el nivel manifiesto parecen remitir a una misma concepción. Son como vueltas de tuerca sucesivas respecto de cierto conjunto de ideas sobre cómo *solucionar* los problemas de salud de los sectores subalternos.

Pero este conjunto de ideas no es unívoco en sus aplicaciones específicas; el uso de estas *ideas* dependerá de las diferentes fuerzas sociales — incluidas las técnico-profesionales — que intervienen en las situaciones específicas. El efecto de homogeneidad dominante, en parte es debido al reconocimiento, por casi todas las orientaciones, de una serie de características y de instrumentos que inciden y/o pueden ser usados respecto del proceso *s/e/a*. Si bien son sobre todo algunas tendencias del salubrismo internacional (OMS, OPS, UNICEF) las que más se identifican y/o son identificadas con estas propuestas, las mismas pueden ser encontradas en toda una variedad de grupos, incluidas la mayoría de las ONG y parte de las organizaciones que las financian.

Creo que los principales aspectos pueden ser agrupados en dos apartados. En el primero incluimos el reconocimiento por casi todas las tendencias del rol total o parcialmente negativo del Estado, dada su tendencia centralizadora, burocratizada, expropiadora de las decisiones autónomas de los grupos así como por su ineficacia, corrupción, encarecimiento de costos, etc., etc.. Se propone por lo tanto impulsar la participación y capacidad de decisión de la sociedad civil a través de promover la descentralización, desconcentración, desburocratización, etc., etc. Dichos procesos contribuirían a favorecer la democratización de la sociedad y posibilitarían una mayor equidad. En consecuencia debiera impulsarse la participación comunitaria, de ser posible según algunas corrientes, en términos autogestivos. Se sostiene que los grupos en la medida que participan más, tienen una mayor autonomía y capacidad de decisión la cual redundaría en una mayor eficacia de las acciones.

Esto además operaría con mayores posibilidades en grupos que evidencian una mayor integración étnica y cultural, dado que en función de su mayor autonomía relativa, posibilitarían una mayor involucración de los sujetos y grupos que los constituyen. Mientras que algunas

tendencias afirman el papel de cada particularidad, otras plantean que debe buscarse la articulación entre las diferentes particularidades que intervienen en un área determinada (10).

Este proceso articulado o no, debe funcionar como un proceso democratizador que opera tanto a nivel de la sociedad global, de la comunidad como de los microgrupos. Es decir, la igualdad y equidad no sólo deben operar en las relaciones entre estratos sociales y/o grupos étnicos, sino que debe operar también por ejemplo en las relaciones hombre/mujer al interior del grupo familiar. Las tendencias autogestivas exigen un proceso de democratización en todos los niveles de la organización social, cuestionando el poder y los micropoderes desde el nivel del estado al del grupo doméstico.

Estos aspectos con mayor o menor énfasis son reconocidos por diferentes tendencias; más aún constituyen parte sustantiva del discurso salubrista a nivel internacional. Más o menos coetáneamente con las actividades enumeradas, se "descubre" que la mayoría de los grupos sociales desarrollan actividades referidas al proceso s/e/a que son determinantes para la reproducción social y biológica del grupo. Se "descubre" entonces que los grupos a través de alguno/os de sus miembros no sólo diagnostican, prescriben, atienden los padecimientos de los miembros del grupo, sino que los mismos crean y mantienen redes sociales, que desarrollan actividades de autoayuda, que inclusive generan grupos para la autoatención de problemas específicos.

Se evidencia en consecuencia, que gran parte de la denominada Atención Primaria es realizada por los microgrupos, y en particular por el grupo doméstico como parte *natural* de su vida cotidiana. Se "descubre" el rol determinante de la mujer para casi todos los aspectos del proceso s/e/a. No es por lo tanto casual ni secundario, como ya se señaló, que haya sido la partera empírica el principal y primer recurso popular reconocido y utilizado por el Sector Salud de los países latinoamericanos (11).

### **Descubrimientos comunes y orientaciones diferenciales.**

Son estos y otros procesos y reconocimientos los que, como parte de las estrategias de Atención Primaria y de los Sistemas Locales de Salud, están a la base de la recuperación de las prácticas y representaciones populares referidas al proceso s/e/a; del reconocimiento de la participación social en términos autogestivos o no, o de la apropiación de la función de la mujer como recurso sanitario (12).

Pero una cosa es el descubrimiento de estos recursos y prácticas y otra la orientación específica que se les dé. Si bien hay un cierto consenso en el reconocimiento del conjunto de los aspectos enumerados, no ocurre lo mismo respecto de su utilización. Este punto es central para nosotros, dado que a veces pareciera que porque se usan los mismos términos, la significación y el uso son idénticos. Y justamente el paso de la palabra a la práctica evidencia que todas las orientaciones pueden reconocer y validar el rol de la mujer y de los curadores populares respecto del proceso s/e/a, pero que el uso técnico y la valoración política de dichos "agentes" pueden ser no sólo diferentes sino directamente opuestos. La confusión terminológica exige no sólo una lectura en términos de la coherencia del texto — en este caso las políticas y los programas de salud — sino sobre todo la referencia del texto a la *realidad*, que en este caso refiere a cómo el Sector Salud y la sociedad civil consideran el rol de la mujer y el de los curadores populares.

Cada uno de los conceptos enumerados, es decir AP, autogestión, o saber médico popular se redefinen en su utilización, emergiendo entonces los objetivos de los sectores que utilizan dichos conceptos, así como la posibilidad que cada uno tiene de imponerlos. A continuación expondremos varios casos que permiten observar lo señalado y que son fácilmente reconocibles en la situación latinoamericana.

Todos sabemos que la propuesta inicial de la AP estaba planteada en términos de AP Integral, que incluía lo preventivo como nuclear. Sin embargo, en Latinoamérica la AP fue utilizada por el Aparato Médico Sanitario como equivalente de medicina curativa, o en el mejor de los casos como AP Selectiva, donde la mayoría de las actividades siguieron siendo curativas. Surgió así una conocida discusión entre algunas organizaciones internacionales y algunos grupos salubristas en torno al significado técnico y político de estas divergencias, que en última instancia referían a concepciones *políticas* diferentes sobre el uso de lo técnico (13).

En el segundo caso recordemos que las discusiones sobre las relaciones estado/sociedad civil condujeron a proponer a la descentralización y en menor medida a la desconcentración, como dos de los objetivos básicos que entre otras cosas devolviera poder a las regiones, a los grupos étnicos, a los poderes locales eliminados o integrados verticalmente por el poder central. Este proceso aparecía como un requisito tanto de democratización como de mejor funcionamiento administrativo y social. Pero durante las décadas de los ochenta y noventa el proceso de descentralización y de desconcentración presentó características muy diferentes en la esfera de lo público y en la esfera de lo privado. Mientras que los Aparatos Médicos sanitarios, Educativos, Productivos del

estado se descentralizaron por lo menos parcialmente, el poder económico-político privado se concentró cada vez más hasta alcanzar niveles de concentración desconocidos en la historia de los últimos cincuenta años de América Latina.

Indudablemente respecto de la descentralización y desconcentración están operando bajo una misma terminología, no solamente criterios técnicos, sino orientaciones políticas diferentes que obedecen a proyectos e intereses también diferentes. Utilizar dentro de un mismo contexto nacional un mismo término para referirse a las propuestas de autonomía y/o descentralización de los grupos étnicos, a la descentralización del Aparato Médico Sanitario o a la privatización concentrada de las esferas productiva y financiera, supone opacar con "conceptos" los intereses económicos, sociales y étnicos diferenciales que están jugando dentro de la misma realidad y sobre todo opacar las relaciones de hegemonía/subalternidad que operan entre los diferentes grupos sociales.

La crítica al *estatismo* que por supuesto compartimos en numerosos aspectos; la necesidad de cuestionar formas de dominio que secundarizan a la sociedad civil incluidos centralmente los grupos indígenas, condujo a diferentes tendencias a proponer limitaciones al poder del Estado. Pero cuestionar es una cosa, y establecer y aplicar mecanismos para reducir dicho poder es otra. Como sabemos, una de las propuestas de mayor visibilidad y éxito es la que coloca en el mercado los elementos reguladores del papel no sólo de la economía sino de la dimensión política. La liberación radical del mercado a través de mecanismos *impersonales* conduciría a reducir y hasta eliminar dicho poder. Pero estos mecanismos *abstractos* no sólo cuestionarían el poder del estado, sino también los poderes organizados en torno a las diferentes esferas instituciones, incluidas las instituciones de salud.

Para esta concepción son la oferta y la demanda, las que deben determinar el precio, calidad, uso, desarrollo y hasta supervivencia de los servicios de atención a la enfermedad. Si bien esta propuesta es criticada por la mayoría de las orientaciones salubristas, es aceptada por una parte de la profesión médica e incluso por algunos salubristas en países como EE.UU o Gran Bretaña. Pero lo que aquí nos interesa subrayar no es la in-equidad implícita de este planteo, sino que la propuesta explícita del principal exponente de la misma en una de sus expresiones más extremas, me refiero a Friedman, legitima el desarrollo y hasta la posible hegemonía de prácticas de atención a la salud no

biomédicas. Para Friedman no es un título universitario el que debe determinar el uso (oferta/demanda) de la atención de la enfermedad, sino el mercado. Los curadores y la población deben tener total libertad de ofrecer su servicio (mercancía) y de comprarlos. Desde esta perspectiva el servicio de un médico alópata, de una curandera herbolaria, de un quiropráctico o de un curador espiritualista tienen el mismo rango, y las diferencias serán establecidas por el mercado y no por la formación académica de cada uno (14).

Como podemos observar, la misma concepción que niega la atención médica como un bien social y que la considera exclusivamente como mercancía, posibilita simultáneamente la legitimación de toda atención de la enfermedad sea "científica" o no. Es decir que la problemática propuesta no solamente es compleja, sino que las propuestas de intervención no pueden ser analizadas unilateral y mecánicamente. Y esto no es sólo referible a las consecuencias aparentemente paradójicas de una concepción académica, sino que las podemos encontrar en las propuestas y prácticas de los diferentes sectores, incluidos los grupos étnicos.

Ya informamos sobre el "descubrimiento" del importante rol de la mujer respecto del proceso s/e/a, así como que el mismo debe ser referido al bajo status femenino existente tanto a nivel de la sociedad global latinoamericana, como en particular de varios grupos étnicos. Reconocer esta situación, supone asumir una problemática cultural no fácilmente solucionable. Si el bajo status femenino es condición de la identidad cultural de un grupo étnico determinado, si la violencia antifemenina legitimada es parte de la división de roles culturalmente sancionados, la modificación de dicho status en función no sólo de mejorar las condiciones de salud maternoinfantiles, sino de democratizar las relaciones sociales, implicará la necesidad de alterar núcleos de integración cultural contruidos parcialmente en torno de valores antifemeninos (15).

Los cuatro casos expuestos apuntan a un mismo objetivo; se pueden utilizar los términos analizados y sacar conclusiones genéricas, pero sólo la descripción y el análisis de su aplicación permitirá establecer el significado y las consecuencias de su uso. Autogestión o saber médico popular son sólo palabras, que deben ser referidas a su uso, para observar qué es lo que socialmente se está produciendo.

### **Saber médico popular y Sector salud: subalternidad o paralelismo.**

Reconociendo entonces que respecto de las sucesivas estrategias generadas por las organizaciones salubristas, existen orientaciones divergentes que obedecen a intereses políticos, técnicos y culturales dife-

rentes, haremos algunos comentarios sobre la utilización del saber popular respecto del proceso s/e/a.

El punto de partida desde una perspectiva socio-antropológica, es asumir como ya se señaló, que las representaciones y las prácticas de los conjuntos sociales constituyen parte de todo sistema sociocultural de salud. Los conjuntos sociales, incluidos los grupos étnicos, necesitan encontrar soluciones reales y/o imaginarias respecto de los problemas que perciben como amenazantes para su supervivencia individual y grupal. Es en función de ello, que todo grupo produce representaciones sobre sus padecimientos y produce sus propios curadores generales y especializados, y seguirá produciéndolos ajeno a que el Sector Salud asuma o no la estructuración de este proceso.

En una sociedad como la mexicana, caracterizada por un fenomenal proceso de urbanización, de migración rural/urbana, de incremento continuo de la población denominada "marginal", de expansión directa e indirecta de los productos de la biomedicina y por la persistencia, pero también surgimiento, de nuevas formas populares de atención de los padecimientos (16); en una sociedad donde el conjunto de estos procesos afectan en particular a la población indígena, debe reconocerse la existencia del llamado *pluralismo médico* (Cosminsky 1986); es decir que la totalidad de los grupos, incluidos los subalternos tienen potencialmente más de una forma técnica y/o cultural de atención de sus padecimientos.

Dada la necesidad de supervivencia, de encontrar solución a sus problemas, los grupos subalternos necesitan apropiarse de las diferentes técnicas y productos que operan en su medio. Si bien dicha utilización está condicionada por procesos tanto culturales como económico-políticos, debe asumirse que la tendencia dominante es a la inclusión de diferentes técnicas para sobrevivir. Es por ello que desde hace varias décadas observamos la convivencia en los diferentes grupos étnicos de rituales de curación tradicionales y del uso de fármacos de patente. Pese a la concepción dicotómica de numerosos antropólogos, este proceso de convergencia es el que expresa la continua síntesis que necesitan generar los conjuntos sociales, más allá de lecturas "teóricas" que tratan de imponer su concepción a la realidad (17).

En la medida que el sistema de referencia de atención de la salud se amplía, los grupos tienden a incluir los distintos servicios de atención dentro de una carrera del enfermo determinada por criterios de selección que no deben ser confundidos con criterios de exclusión. El análisis empírico continuamente verifica que las actividades de atención de los

padecimientos en los grupos subalternos están en continua transformación, y aún cuando la velocidad, profundidad o variedad de la transformación diverge en cada grupo, *lo estructural es la transformación y no la permanencia*.

Asumir el pragmatismo de los sectores populares no supone desconocer la que varios autores sostienen; que la racionalidad cultural que avala el uso y la eficacia de las prácticas asistenciales tradicionales no es la misma que avala el uso de las técnicas alopáticas. Yo creo en principio que no debe confundirse uso de saberes con producción de saberes; es decir, si bien las prácticas alopáticas son producidas — por lo menos en parte — por la biomedicina a partir de una determinada racionalidad, las mismas son usadas por los grupos étnicos a partir de su propia racionalidad. Pero aclarado ésto, sí debe asumirse el núcleo de la propuesta que sostiene que los sistemas culturales amerindios — y por lo tanto su sistema sociocultural de salud — se caracterizarían por valores culturales, que por la menos son diferentes — y según algunos antagónicos — respecto de los valores económico-políticos, culturales y técnicos que fundan el desarrollo de la biomedicina.

Si esta interpretación es correcta surgen dos interrogantes: a) ¿Cómo se articularían entonces las prácticas y representaciones "tradicionales" con las devenidas de la biomedicina, las cuales intervienen directa e indirectamente en el propio contexto indígena? (18) y b) ¿Cómo esta articulación afecta la eficacia de las representaciones y prácticas, tanto para asegurar la identidad e integración del grupo, como para asegurar su función técnica respecto de los padecimientos?

El punto de partida para hallar respuestas a ambos interrogantes es el reconocimiento de que es la propia población indígena la que genera en su vida cotidiana un primer nivel de articulación a través del uso de los diferentes servicios y productos (19). Pero este reconocimiento no implica necesariamente cómo se daría la articulación entre los servicios biomédicos y los populares, que es a nuestro juicio donde emergen los principales problemas de articulación, no sólo en términos económico-políticos y culturales sino también técnico-profesionales. Es en este nivel donde van realmente a manifestarse la oposición de las diferentes racionalidades, ya que en el nivel de la autoatención ello se resuelve pragmáticamente y esto tanto en los grupos indígenas, en los marginales urbanos como en los estratos medios. Los conflictos en la articulación aparecerán sobre todo en el nivel de los curadores y del Sector Salud (ver Menéndez 1984, 1990b 1990c, Osorio 1994, Mendoza 1994).

Es en la posibilidad de articulación de los dos tipos de servicios que

emergen explícita e implícitamente los mutuos cuestionamientos. Así, por ejemplo, la biomedicina sabe que ella puede ser eficaz — por lo menos respecto de ciertos padecimientos — sin necesidad de recurrir a las prácticas populares y ni siquiera a la participación social autogestiva, como lo evidencian en el pasado inmediato los casos de Cuba y de Chile. La biomedicina a partir de sus criterios de objetividad, considera negativa y hasta perjudiciales a gran parte de las prácticas y representaciones de la medicina popular (20). El eje determinante de las diferenciaciones está colocado en la naturaleza científica de la biomedicina y en la naturaleza *cultural* de los servicios de salud "tradicionales".

Dada su concepción ideológico-técnica, la biomedicina secundariza o descalifica los procesos de eficacia simbólica, y no parece preocupada por las prácticas y representaciones de los curadores populares en cuanto a su papel en los procesos de integración y pertenencia cultural. Su interés, en función de determinadas condiciones económico-políticas que la afectan, se reduce a la utilización de las técnicas y/o los técnicos populares como recurso asociado y subordinado del Sector Salud.

Desde la perspectiva de los "servicios populares", las dificultades de la articulación están planteadas por sus necesidades de legitimación social y técnica, y por tratar de disminuir, y de ser posible eliminar, el rechazo hacia las formas populares de atención a la salud evidenciada por la mayoría de los sectores biomédicos, más que por su cuestionamiento a la medicina alopática. No obstante, debe señalarse que por lo menos parte de las actividades de los curadores populares aparece como amenazante, dado que la misma cuestiona en los hechos la eficacia y legitimidad de una parte de las actividades biomédicas. Esto se halla reforzado por la masa de material crítico, procedente en su mayoría de investigaciones académicas que cuestionan el rol y función del Modelo Médico Hegemónico no sólo en términos económicos e ideológicos, sino también técnicos. Gran parte de esta crítica académica se monta, en particular en países como los EE.UU, sobre la existencia de grupos sociales cuyas formas de vida cuestionan algunas características específicas de la biomedicina (21).

Ahora bien, la articulación, tanto la que necesariamente generan los grupos domésticos sobre todo a través del proceso de autoatención, como la posible y dificultosa articulación entre servicios de salud tradicionales y biomédicos aparece condicionada por las relaciones de hegemonía/subalternidad dominantes en cada contexto.

La biomedicina tiende continuamente a expandirse directa e indirectamente sobre las prácticas y las representaciones populares; no sólo constituye parte de las mismas, sino que su proceso expansivo exige la

subalternización de otras formas de atención de la enfermedad, que supone en determinados casos la apropiación de las mismas a partir de incluirlas en su racionalidad técnica e ideológica.

La posibilidad de articulación entre los dos tipos de servicios, en función de objetivos y necesidades diferenciales puede ser esquematizada de la siguiente manera: a) el Aparato Médico Sanitario considera y utiliza a los servicios populares exclusivamente como recurso técnico subalterno, que puede funcionar integrada o paralelamente a los servicios biomédicos. Lo incluye no tanto por su posible eficacia, sino por razones de orden económico y/o de localización de recursos humanos; b) los servicios populares buscan su legitimación técnica, obtener financiamiento para asegurar su funcionamiento y revalidar su función no sólo técnica sino polífticocultural.

Mientras que desde el Aparato Médico Sanitario observamos una perspectiva que oscila entre la aceptación y la marginación de los curadores populares, desde la perspectiva de éstos, y sobre todo de algunas tendencias étnicas, observamos una variedad de propuestas. La mayoría propone la articulación, mientras que determinados grupos consideran negativa esa posibilidad y proponen el rechazo o por lo menos una relación paralela.

Dado el reconocimiento del papel cumplido por las relaciones de hegemonía/subalternidad, de que parte de las funciones de los curadores populares tiene que ver con la integración y la continuidad cultural del grupo, de que está operando un proceso de transformación en las prácticas y representaciones populares, algunas tendencias radican la significación de los curadores y el saber médico popular no tanto en su eficacia, sino en su función cultural. Pero mientras algunas propuestas latinoamericanas enfatizan el mantenimiento de cierto "aislamiento", como la única forma de contrarrestar los procesos hegemónicos, otras proponen diferentes formas de articulación a partir de considerar que las actuales condiciones posibilitan la legitimación de la medicina indígena. Sostienen que si el Aparato Médico Sanitario legitimó por razones básicamente financieras la presencia de los servicios populares, lo correcto sería impulsar aún más el desarrollo de los mismos.

Más aún, algunas tendencias consideran como más beneficiosas las actuales políticas neoliberales, dado que si bien puede disminuir la "ayuda" estatal, también se reduciría el tutelaje, el control y se posibilitaría el desarrollo de las particularidades.

Sin negar dicha posibilidad, debe no obstante recordarse que las nuevas políticas colocan el eje de sus acciones en el crecimiento económico basado en la mayor liberalización posible del mercado. Ajeno al mayor a

menor éxito de esas políticas, lo que nos interesa subrayar es que opera una contradicción, o por lo menos una situación conflictiva, entre dos fenómenos que caracterizarían a las mismas. Por una parte se plantea recurrentemente el respeto a las autonomías culturales, a los grupos étnicos, a las particularidades regionales; la descentralización contribuiría a reforzar dichas autonomías y simultáneamente favorecería la democratización sociopolítica. Pero al mismo tiempo, el eje de las políticas está colocado en procesos productivos y financieros que para ser eficaces deben impulsar la competitividad, el individualismo, la lucha por la imposición de mercancías, que no sólo constituyen requisitos económicos sino que se convierten en requisitos ideológicos que se oponen frontalmente, o por lo menos divergen de los valores ideológicos dominantes en la mayor parte de los grupos indígenas de América Latina.

El discurso de respeto a las autonomías — incluidas las autonomías culturales respecto del proceso *s/e/a* — es cuestionado en la práctica por las fuerzas “impersonales” del mercado, que no sólo impulsan valores antagónicos, sino que sobredeterminan las formas de vida de los grupos indígenas. Es decir, intervienen funcionalmente sobre su autonomía y sus particularidades incluidas algunas formas de enfermar, curar y morir (22).

Las políticas neoliberales y neoconservadoras pueden ser respetuosas de las particularidades de los grupos subalternos básicamente en términos de discurso, ya que sus prácticas erosionan dichas particularidades. El reconocimiento de esta contradicción o tal vez complementariedad (23) no supone que dichas políticas se apliquen ortodoxa y uniformemente (24), y menos aún que los conjuntos sociales subalternos respondan y acepten homogénea y mecánicamente dichas políticas (25).

### **Eficacia ¿para qué?**

Con la analizado hasta ahora hemos dado sólo respuestas parciales a los interrogantes planteados. Como señalé al inicio de este trabajo, considero que las respuestas idóneas deben ser dadas a través del análisis de casos específicos, y por lo tanto lo que vamos a concluir posiblemente no sea válido para toda un espectro de casos latinoamericanos.

En la región, y pese al cuestionamiento de que es objeto el Modelo Médico Hegemónico y al desfinanciamiento de los Aparatos Médicos Sanitarios, la biomedicina sigue siendo hegemónica. Por su parte los curadores populares no sólo operan subalternamente sino que algunos de los “especialistas” más importantes, sobre todo en términos de integración

cultural y pertenencia étnica, han casi desaparecido en el caso de los *h'men* en la región henequenera de Yucatán o se han reducido significativamente como ocurre con los *iloles* en los Altos de Chiapas (Freyermuth 1993). Pero además, la descripción etnográfica de las prácticas de los curadores populares evidencia que su saber incluye cada vez más no sólo prácticas sino representaciones de la medicina alopática en sus actividades curativas.

La posibilidad de articulación de estos dos tipos de servicios debe partir de la existencia de los procesos descritos. Desde nuestra perspectiva, la articulación entre los mismos debe ser pensada en primer lugar en el nivel de las prácticas y representaciones de la población indígena y secundariamente de los servicios, ya que son los sujetos y microgrupos los que en función de sus necesidades y posibilidades generan en su práctica cotidiana dichas articulaciones, más allá de que los servicios de uno u otro tipo se opongán, reconozcan y/o incluyan dicho proceso de articulación (Mendoza 1991, Menéndez 1984, 1990b y 1990c, Osorio 1994).

Más aún, son los conjuntos sociales los que en función de sus necesidades, construyen nuevas eficacias simbólicas. Si bien los diferentes procesos económico-políticos e ideológicos erosionan y eliminan formas tradicionales de eficacia simbólica curativa, ello no supone que la eficacia simbólica desaparezca. Una parte de la eficacia de algunos grupos de autoayuda, de determinadas estrategias psicoterapéuticas, de los nuevos rituales religiosos urbanos, debe ser por lo menos parcialmente referida a procesos de eficacia simbólica (26).

Pero si bien en los grupos sociales subalternos se genera una continua articulación de prácticas y representaciones; si bien pueden desarrollarse nuevas formas de eficacia simbólica las mismas pueden ser pensadas y/o utilizadas diferencialmente por los diferentes sectores sociales y técnicos, ya sea para reducir las inversiones en la atención a la enfermedad y/o para promover el fortalecimiento de las etnicidades y/o para legitimar las particularidades de estos grupos subalternos. Para nosotros, la articulación entre los dos niveles propuestos debe tener como prioridad el abatimiento de los daños a la salud, pero a partir de que dicha articulación forme parte de políticas globales y específicas tendientes a superar las condiciones de supervivencia en la cual viven la mayoría de los grupos indígenas.

La permisividad y legitimación de los recursos médicos populares por parte de los Aparatos Médicos Sanitarios, sin que se mejoren sustantivamente las condiciones de vida y de salud de los grupos étnicos de América Latina, no constituye para nosotros un objetivo prioritario. Como tampoco es prioritario impulsar el saber popular exclusivamente en términos de integrador cultural, ajeno al mantenimiento de altas tasas de mortalidad, desnutrición o violencia en

dichos grupos. Sólo cuando se asegure el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud, reconocemos como significativa la función de integración. Por supuesto que ambos tipos de objetivos no son antagónicos; más aún, según algunas orientaciones, el segundo objetivo es condición necesaria para posibilitar el logro del primero. Si bien no negamos esta posibilidad, lo que debe quedar suficientemente claro es que las autonomías culturales no dan necesariamente solución a los más graves problemas de salud que afectan a las etnias latinoamericanas, así como que las actividades reparativas del Sector Salud de la mayoría de los países de la región no mejoran los condiciones de equidad y la calidad de vida de las mismas. La escisión entre cultura y economía, debe ser reemplazada por una perspectiva — asumida por el estado y por los conjuntos sociales — que asegure simultáneamente la reproducción sociocultural y biológica de los grupos étnicos de América Latina (27).

#### Notas.

1. Este texto fue presentado en el *II Congreso Nacional y I Encuentro Continental de Médicos Tradicionales Indígenas*, organizado en 1993 por el Instituto Nacional Indigenista de México. Es parte de un conjunto de trabajos presentados por especialistas latinoamericanos y de Canadá.
2. Este texto se inscribe dentro de la discusión generada dentro de la Antropología respecto de la Atención Primaria. Ver al respecto Coreil y Dennis Mull (Edits.) 1990, Donahue 1990, Jordan 1990, *Medical Anthropology Quarterly* 3(3) 1989, Morgan 1989, Mull y Dennis Mull 1990, *Social Science & Medicine* 19 (3) 1984, Velimirovic 1990. Debe subrayarse que la Antropología Latinoamericana ha permanecido bastante ausente de esta discusión, tanto a nivel teórico como aplicado.
3. Para una discusión sobre lo "tradicional" aplicado al proceso salud/enfermedad/atención ver Menéndez 1981 y 1988.
4. Esto por supuesto no quiere decir que el nivel genérico expresado en un concepto no tenga valor; por el contrario, recurrentemente proponemos la necesidad de una mayor precisión conceptual. Pero ocurre que respecto de "conceptos" como SILOS autogestión o tradicional, el papel político e ideológico y no sólo técnico, que han tenido dichos conceptos conduce a un desgaste constante de los mismos.
5. Para las características epidemiológicas de grupos étnicos mexicanos ver las Monografías de COPLAMAR para cada estado, así como COPLAMAR 1982, IMSS/COPLAMAR 1984 y 1988, SSA 1987/88.

6. Como sabemos, éste es un problema que afecta tanto a los países capitalistas desarrollados como a los que se denominaban "socialistas reales".

7. Ésto refiere al conjunto de los profesionales, tanto los que trabajan para el estado, los que laboran privadamente como los que forman parte de las ONG. El "campo" no se aviene demasiado con los estilos de vida de la profesión médica y de la mayoría de las profesiones universitarias. Al respecto no debe confundirse la visita periódica con la localización permanente.

8. Aunque es casi obvio debe indicarse que la casi totalidad de las inversiones son para los recursos de tipo biomédico.

9. El saber popular produjo, y seguirá produciendo estrategias preventivas — desde amuletos, ex votos, tabúes alimentarios o sexuales —, pero dichas estrategias populares no han sido pensadas ni incluidas como formas de prevención médica por el Aparato Médico Sanitario.

10. Las respuestas teóricas y prácticas a este problema refieren a posibles consecuencias que no siempre son consideradas por los que las impulsan a nivel genérico. El énfasis colocado en el impulso de las particularidades étnicas o religiosas puede conducir a una mayor integración y sentido de pertenencia de cada grupo, pero puede también desencadenar una concepción/acción étnica excluyente, que puede traducirse en racismos de muy diferente tipo. La dialéctica particularidad/generalidad puede expresarse a través de consecuencias que no suelen ser demasiado pensadas por los que impulsan el desarrollo de las particularidades. Debe subrayarse una vez más que las particularidades, incluidas las étnicas, no tienen la misma significación cuando son pensadas y actuadas desde la hegemonía o desde la subalternidad.

11. Por supuesto que estrechamente ligados a los programas de planificación familiar.

12. Respecto de la participación social ver Ugalde 1985 y respecto al rol de la mujer y la familia en el proceso s/e/a ver Menéndez 1992.

13. Ver en particular el número de SS&M dedicado a la discusión sobre Atención Primaria: vol 26 (9) 1988.

14. Recientemente Friedman propuso en México, lo que por otra parte viene proponiendo desde hace años, que la solución al problema de la drogadicción y al narcotráfico está en la liberación de la droga, en considerarla una mercancía más. Propuso lo que es aceptado para el alcohol y para el tabaco, lo cual no resuelve el

problema del alcoholismo, del tabaquismo ni del cocaismo, pero sí puede resolver el problema del narcotráfico. La propuesta de Friedman "escandalizó" a muchos políticos y economistas liberales, que sin embargo lo secundan en sus planteos económico-políticos referidos al desarrollo de la economía.

15. En América Latina esta situación cultural aparece negada por toda una serie de autores que simultáneamente enfatizan y promueven el desarrollo de las etnicidades, pero ocultan los procesos antifemeninos que caracterizan la cultura de varios grupos étnicos. La ideologización de estos análisis — y acciones — constituye una de las recurrentes formas de anular o inventar nuestras realidades nacionales y regionales.

16. Ya señalamos que estructuralmente los conjuntos sociales necesitan generar estrategias respecto del proceso de enfermedad/atención a partir de sus propios recursos.

17. Para un análisis de estos procesos de sintetización ver Menéndez 1990.

18. Por directo consideramos por ejemplo la presencia de un servicio de salud alopático en la comunidad y por indirecto la compra y consumo de fármacos de patente en las tiendas del pueblo.

19. Frecuentemente algunos autores latinoamericanos, en particular antropólogos, han secundarizado o directamente negado este proceso, basando sus afirmaciones en hechos anecdóticos y no estructurales, o considerando como permanentes procesos que están en continua transformación. Así han hecho hincapié en el rechazo de los indígenas a la atención biomédica o a hospitalizarse, cuando lo que ha sido más constante es el rechazo de las instituciones biomédicas a aceptar e incluir las formas culturales de estos grupos en las instituciones médicas. Esto por supuesto no niega — como también ocurrió con el campesinado inglés o francés durante el siglo XIX y parte del XX — que dichos grupos se negaran a hospitalizarse prefiriendo sobre todo morir en sus hogares y comunidades.

20. Objetivamente no puede negarse que pese a la medicina indígena, estos grupos son los que tienen las más altas tasas de mortalidad en causas técnicamente controlables; que una parte de la atención del parto por las parteras empíricas presenta complicaciones por las condiciones de salubridad dentro de las que intervienen o por las dificultades en determinar ciertas complicaciones. Éstos y otros ejemplos que podrían multiplicarse, no niegan la eficacia específica de una parte de las técnicas y de los curadores populares.

21. Ver Menéndez 1983.

22. El discurso oficial promueve la identidad y pertenencia étnicas, pero simultáneamente impulsa la revisión de la reforma agrarias de tal manera que la tierra podrá ser poseída, vendida, comercializada privada y no comunalmente. Conjuntamente establece compromisos internacionales que liberan la oferta y demanda de productos básicos, que como en el caso del maíz conducirá a cambios significativos en la identidad cultural de por lo menos una parte del campesinado mexicano. El maíz norteamericano se produce a precios sustantivamente más bajos que el maíz mexicano, por la cual la entrada en funcionamiento del Tratado de Libre Comercio conducirá a la rápida pérdida de significación económica de este producto. Pero ocurre que en México el maíz no sólo ha tenido y tiene significación económica y alimentaria, sino que constituye uno de los elementos de mayor identificación y pertenencia cultural, en particular en algunos grupos indígenas. Podemos en consecuencia prever procesos de transformación radical cultural, pese a los discursos que promueven las identidades étnicas.

23. En algunas situaciones se observa la presencia de planteos antagónicos pero complementarios. Tanto las propuestas neoliberales como algunos planteos etnicistas afirman el respeto a las particularidades, pero los primeros juegan sus objetivos en el campo de lo económico y los segundos en el campo de lo cultural, complementándose más allá de lo esperable.

24. En varios países de América Latina los proyectos neoliberales se manejan a través de criterios liberales en economía y de criterios autoritarios en política; por eso preferimos definirlos como neoconservadores más que como neoliberales.

25. Lo que no puede negarse es que son las fuerzas hegemónicas las que continuamente producen situaciones respecto de las cuales los grupos subalternos necesitan actuar; gran parte de la vida la "gastan" en *responder* migrando, haciendo trabajar a sus hijos desde los cuatro o cinco años, autoexplotándose, creando redes de apoyo, etc., etc.

26. Considerar que sólo los grupos indígenas generan procesos de eficacia simbólica respecto de ciertos padecimientos y a través de determinadas intervenciones "curativas", es tener una visión muy restringida de los fenómenos de eficacia simbólica. Potencialmente todos los grupos culturales pueden generar estos procesos y respecto de muy diversos padecimientos, sean alopáticas o síndromes culturalmente delimitados, así como a través de estrategias de acción que tampoco deben ser pensadas exclusivamente para los curadores "tradicionales". Algunas tendencias que proponen la no articulación, lo hacen en parte a partir de considerar que la relación con el Sector Salud conduce a erosionar

aún más los procesos de eficacia simbólica. Consideramos que esta interpretación, conscientemente o no, niega el proceso de transformación continua que opera en los grupos subalternos.

27. Dado el nivel genérico en que está desarrollado este trabajo, debe indicarse que parte del análisis aparece planteado en términos dicotómicos, mientras que la realidad a la que alude es mucho más diversificada. Ésto no sólo debe ser referido a conceptos como "grupos étnicos" o sectores hegemónicos, sino también al reconocimiento de que tanto los valores culturales como el sistema de salud de por lo menos parte de los grupos indígenas latinoamericanos están saturados por prácticas y representaciones biomédicas.

### Bibliografía citada.

Boletín de la Organización Panamericana de la Salud, 1990 vol. 109 (5/6). Dedicado a Sistemas Locales de Salud.

COPLAMAR, 1982. *Necesidades esenciales en México. Salud. Siglo XXI*, vol.4, México.

Coreil J. y J. Dennis Mull (Edits.), 1990 *Anthropology and Primary Health Care*. Westview Press, Colorado.

Cosminsky, S. 1986, "El pluralismo médico en Mesoamérica" en Kendall et al 1986: 172 y ss.

Donahue, J. 1990 "The Role of Anthropologist in Primary Health Care: Reconciling Professional and Community" en Coreil y Dennis Mull (Edits.) 1990: 79-.

Freñk, J. et al 1988, "Subempleo y desempleo entre los médicos de las áreas urbanas de México" en *Salud Pública* 30(5).

Freyermuth, G. 1993, *Médicos tradicionales y médicos alópatas. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*. CIESAS/SURESTE, Tuxtla Gutierrez.

IMSS/COPLAMAR 1984, *Diagnóstico de salud en zonas marginadas*. México.

——— 1988, *Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México*. México.

Jordan, B. 1990, "Technology and the Social Distribution of Knowledge: Issues for Primary Health Care In Developing Countries" en Coreil y Dennis Mull (Ed.) 1990: 98 y ss.

Kendall, C. et al 1966, *La herencia de la conquista treinta años después*. Fondo de Cultura Económica, México.

Medical Anthropology Quarterly 1989, vol 3, N 3. Dedicado a Atención Primaria en Centroamérica.

Mendoza, Z. 1994, *De lo biomédico a lo popular: El proceso salud/ enfermedad/ atención en San Juan Copala, Oaxaca*. ENAH, 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.

————— 1983, *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Cuadernos de la Casa Chata 86, México.

————— 1984, *Descripción y análisis de las representaciones y prácticas de grupos domésticos sobre la mortalidad en menores de cinco años en una comunidad de Guanajuato*. Ms.

————— 1986, "Alcoholismo, grupos étnicos mexicanos y los padecimientos denominados 'tradicionales'" en *Nueva Antropología* 34: 55 y ss.

————— 1990a, *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. Cuadernos de la Casa Chata, 179, México.

————— 1990b, "Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes" en Menéndez 1990: 165 y ss.

————— 1990c, "Medicina tradicional o sistemas práctico-ideológicos de los conjuntos sociales como primer nivel de atención", en Menéndez 1990: 205 y ss.

————— 1992, "Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del teoricismo al movimiento continuo" en *Cuadernos Médico Sociales* 59: 3 y ss., Rosario, Argentina.

Morgan, L. 1989, "The Political Economy of Primary Health Care in Costa Rica, Guatemala, Nicaragua and El Salvador" en *Medical Anthropology Quarterly* (NS) 3 (3): 233 y ss.

Mull D. y J. Dennis Mull 1990, "The Anthropologist and Primary Health Care" en Coreil y Dennis Mull (Edits.) 1990: 302 y ss.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) 1989a, *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud*. OPS, Washington DC.

——— 1989b, *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La participación social*. OPS, Washington DC.

——— 1990a, *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Experiencias y conclusiones*. OPS, Washington DC.

——— 1990b, *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Informe de progreso*. OPS, Washington DC.

Oaorio, R.M. 1994 *Ideología y prácticas en torno a la morbimortalidad en menores de cinco años*. ENAH, México.

Faganini, J. y R. Capote (Edits.) 1990, *Los sistemas locales de salud. Conceptos, Métodos y Experiencias*. OPS, Washington DC.

Secretaría de Salubridad y Asistencia 1987/88, *Encuestas Nacionales de Salud*. SSA, México, cinco volúmenes.

Social Science & Medicine, 1984 vol. 19 (3). Dedicado a Atención Primaria y Antropología Médica.

——— 1988, vol. 26 (9). Dedicado a Atención Primaria.

Ugalde, A. 1985, "Ideological Dimensions of Community Participation in Latin American Health Programs" en *Social Science & Medicine* 21(1): 41 y ss. (también en *Cuadernos Médico Sociales* 41, 1987, Rosario, Argentina).

Velimirovic, B. 1990, "Is Integration of Traditional and Western Medicine Really Possible?" en Coreil y Dennis Mull (Edits.) 1990: 51 y ss.