

Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud

Luz María Espinosa Cortés* y Alberto Ysunza Ogazón*

La enfermedad, los padecimientos y los daños han sido, en diferentes sociedades, algunas de las principales áreas de control social e ideológico tanto a nivel macro como microsocioal. No es un problema de una sociedad o una cultura, sino que construyen un fenómeno generalizado a partir de tres procesos: la existencia de padecimientos que refieren a significaciones negativas colectivas; el desarrollo de comportamientos que se necesitan ser estigmatizados y/o controlados, y la producción de instituciones que se hacen cargo de dichas significaciones y controles colectivos, no sólo en términos técnicos, sino socioideológicos (Menéndez, 1994).

Recepción: 10 de junio de 2008

Aceptación: 3 de abril de 2009

*Dirección de Nutrición del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, Distrito Federal.

Correo electrónico: luzmac597@yahoo.com.mx; alberto.ysunza@gmail.com

Resumen. Actualmente vivimos en sociedades pluridiversas y complejas. De ahí que sus representaciones sociales y prácticas individuales colectivas no sean un obstáculo para el diálogo entre la biomedicina o los conocimientos científicos y los conocimientos tradicionales o locales. Hay algunos esfuerzos serios de médicos del sector oficial para vincular ambos enfoques a fin de facilitar este diálogo, en particular durante la consulta médica, que es un espacio de confrontación cultural. A través del diálogo de saberes, a nivel individual, se pretende que la consulta sea más cálida y humana y, a nivel colectivo, promover en las comunidades la autogestión para el mejoramiento de la salud.

Palabras clave: autonomía, consensual, *phronesis*, *poiesis*, representaciones sociales.

Medical and Traditional Knowledge Dialogue in the Context of Intercultural Health Care

Abstract. Nowadays human kind lives in diverse and complex societies. Hence their social representations and individual and collective practices is not an obstacle to establishing a dialogue between the biomedical or scientific knowledge and the traditional or local knowledge. There are some serious efforts from the official medical sector to link both approaches in order to facilitate this dialogue, in particular during clinical practice, which represents a cultural confrontation scenario. Therefore there is a need to create a new socio-historical awareness between both social actors (local traditional and biomedical doctors) in order to respond properly to this dialogue.

Key words: autonomy, consensual, *phronesis*, *poiesis*, social representations.

Introducción

En la Declaración de Alma Ata desde 1978, la Organización Mundial para la Salud (OMS) y la Organización Panamericana para la Salud (OPS) reconocieron la importancia de incluir la llamada medicina tradicional en la Atención Primaria a la Salud (APS) en poblaciones donde los servicios institucionales son deficientes o no existen. Con base en esto, la política se orientó a acercarse a los saberes médicos subalternos. Pero aún existiendo proyectos científicos y de servicios de atención a la salud que buscan la vinculación de los saberes médicos

como sucede en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), prevalece en el imaginario del Modelo Médico Hegemónico (MMH) la idea de que los saberes subalternos son vestigios del pasado o producto de la ignorancia del "otro" como paciente o médico tradicional, inclusive en el mismo IMSS.

El interés de este trabajo es reflexionar acerca de la importancia de la interculturalidad autónoma y la necesidad del diálogo entre los saberes biomédicos y tradicionales en la atención hospitalaria y comunitaria, que es donde más se hacen evidentes las barreras culturales que impiden o limitan la comunicación. Se parte del supuesto de que los saberes no son ahistóricos, pero el

reconocimiento de su historicidad (tiempo infinito), es el primer paso para construir la interculturalidad autónoma que coloca a los sujetos sociales en el mismo plano para el diálogo, cuyo fin último, es la creación de una nueva conciencia sociohistórica en el personal biomédico para que en los enfermos vea a seres humanos portadores, como él, de culturas diferentes que merecen respeto. Únicamente de esta manera será posible que la atención en salud sea más cálida, humana y consensuada.

Para comprender el sentido autónomo de la interculturalidad en salud y del diálogo de saberes, dividimos al trabajo en tres partes: historicidad de los saberes biomédicos y tradicionales; interculturalidad en salud y propuestas de algunos proyectos alternativos en América Latina, incluyendo a México y Cuba.

1. Historicidad y representación social en los saberes biomédicos y tradicionales

Al momento de abordar el tema del diálogo de saberes –los cuales contienen a las representaciones sociales (RS) y prácticas–, no podemos eludir la historicidad de cada uno porque es un concepto que no se limita al pasado, sino en cómo los saberes (populares o científicos) se socializan e incorporan a la cotidianeidad de los individuos y las colectividades, y en la posibilidad de construir nuevos conocimientos, teorizaciones y prácticas. La historicidad se refiere a un estado de potencialidad, que significa pasar de unos conocimientos o de lo articulado a su articulabilidad, en función de nuevos contenidos o parámetros rompiendo con los ya establecidos (Zemelman, 2003: 28). Dicho de otro modo, la ruptura se da en función de la construcción de nuevos saberes y visiones del mundo. En este sentido, el conocimiento no está acabado, sino en permanente proceso de hacerse (Banch, 2007: 226), por lo que la historicidad de los saberes biomédicos o tradicionales es independiente al reconocimiento. No obstante, si buscamos el diálogo entre estos saberes, es necesario como primer paso, reconocer el carácter histórico intrínseco de sus representaciones y prácticas sociales acerca de la enfermedad y tratamiento a nivel individual, colectivo y societal que dan sentido al pensamiento social en cada momento histórico. Por ejemplo la “locura”, al estudiarse de modo diacrónico, se encuentran distintas explicaciones y tratamientos sociales y médicos; sucede lo mismo con la anorexia, o bien con el concepto de cuerpo (Cfr. Jodelet, 2003: 105).

Ahora bien, las prácticas sociales se entienden como un “complejo de acciones humanas que realizan los miembros de un cierto grupo, orientadas por las representaciones (que van desde las creencias y modelos hasta complejas teorías científicas) que tienen una estructura axiológica o normativa-

valorativa” (Olivé, 2004: 76). En cambio las RS contenidas en la memoria colectiva, son producto de las multitudinarias formas de conocimientos, creencias, imágenes, metáforas y actitudes con las que se trata cotidianamente (Banch, 2007: 227). Su función es definir la identidad y salvaguardar la especificidad del grupo. Son un pensamiento práctico y socio-céntrico al servicio de la satisfacción y de la justificación de las necesidades, intereses y valores del grupo que lo produce. Es así, “como proceso, pensamiento constituyente o como contenido, pensamiento constituido, nos pone en condiciones de captar la dinámica del pensamiento social” (Jodelet, 2003: 102-103) que se construye a lo largo del tiempo, y en el cual se presentan cambios que tienen repercusiones sobre las prácticas. Ibáñez (citado por Alfonso Pérez, 2007) plantea que en las RS se producen los significados que la gente necesita para comprender, actuar y orientarse en su medio social, porque en cada cultura, afirma:

... actúan de forma análoga a las teorías científicas. Son teorías de sentido común que permiten describir, clasificar y explicar los fenómenos de las realidades cotidianas, con suficiente precisión para que las personas puedan desenvolverse en ellas sin tropezar con demasiados contratiempos. En definitiva, las representaciones sociales parecen constituir unos mecanismos y unos fenómenos que son estrictamente indispensables para el desarrollo de la vida en sociedad.

Lo anterior se complementa con los argumentos de Araya (2002: 9, 11 y 14), para quien las RS trascienden el marco cultural y de las estructuras sociales más amplias, entre ellas las estructuras de poder y subordinación. En su construcción influyen el medio cultural en el que viven las personas; el lugar que ocupan en la estructura social y las experiencias concretas con las que se enfrentan a diario; así como las relaciones que se establecen entre los sujetos sociales y el significado y resignificado que adquieren en cada uno. Y como su variación es constante en tiempo y espacio, para la colectividad implica manejos de lenguajes, códigos, símbolos, valores y significados distintos comprensibles únicamente para los miembros de la misma comunidad en donde se construyeron y construyen (Granados Andrade, *et al.* 2005: 100). Sin embargo, la diversidad sociocultural y la complejidad de sus RS y en consecuencia de sus prácticas (religiosas, políticas y otras) no representa un obstáculo para el diálogo, en nuestro caso entre los saberes médicos (tradicionales y biomédicos). El obstáculo son las relaciones de hegemonía/subalternidad. Dicho de otro modo, la complejidad de las sociedades y de sus RS que dan sentido a sus prácticas, plantean la necesidad de abordarlas en su contexto histórico particular.

Todo lo anterior lo planteamos porque los saberes biomédicos y tradicionales se encuentran articulados a través del paciente (nodo de unión), empero no significa *ipso facto* que el diálogo se dé al menos durante la atención individual o colectiva, ya que la apropiación de técnicas o conceptos por sí mismos, no comprende la interlocución. Al respecto Menéndez (2005: 46) señala que “la articulación o vinculación se refiere, se expresa y afirma por la apropiación de técnicas que tratan de sostener la diferencia, hegemonía y/o exclusión mediante el mantenimiento de su forma de curar como idóneo”. La apropiación se presenta en los dos sentidos y redefine a las prácticas sociales bajo relaciones de hegemonía/subalternidad que al final se traducen en dominio/subordinación. El mismo autor ubica a la articulación o vinculación de saberes en relaciones:

a) Establecidas entre diversas formas de atención a través de uno de los diferentes operadores de las mismas, por ejemplo, cuando la biomedicina se apropia de la acupuntura, retoma la tradición de la herbolaria o incluye la integración de grupos de apoyo como Neuróticos Anónimos como parte de los tratamientos terapéuticos.

b) De integración de dos o más formas de atención por sujetos y grupos que tienen algún padecimiento, y puede observarse a través de la denominada carrera de la enfermedad. A diferencia de la anterior es más frecuente, dinámica y expandida.

El primer punto muestra que la vinculación reproduce la hegemonía de la biomedicina sobre los saberes subalternos, ya sea apropiándose de los conocimientos de los segundos, o bien, avalándolos a través de la capacitación de los “técnicos populares como recurso subordinado del sector salud” (Menéndez, 1994: 79 y cfr. 2005: 47), tal es el caso de las parteras. Como la capacitación de estas mujeres por el sector de salud institucionalizado, obedece a la necesidad de “extender la cobertura formal de atención materna a un costo mínimo en regiones indígenas, y abatir la mortalidad materno-infantil todavía demasiado alta en estos grupos de poblaciones” (Freyermuth y Sesia, 2006: 7), no indica la búsqueda de pertenencia dialéctica de los conocimientos, sino más bien, la subordinación del saber de estas terapeutas. A pesar de la importancia social que tienen en las comunidades rurales, la participación de las parteras en el Sistema de Salud institucional es temporal y subordinada al saber del MMH, o bien al poder del saber médico letrado, como afirma Bejarano (2004).

También el proceso de medicalización es una manifestación de vinculación de los saberes que redefine a los subalternos, por ejemplo de la medicina tradicional indígena. En la redefinición se da la síntesis, yuxtaposición o exclusión de saberes. En este caso, la apropiación de prácticas biomédicas obedece a la búsqueda de legitimación de los saberes subalternos, por

tanto, no es extraño que los curanderos o sanadores a la vez que prescriben y realizan sus tratamientos, recurren a los medicamentos de la industria químico-farmacéutica (Menéndez, 2005: 46 y 47). Este proceso se observa hasta en las prácticas y tratamientos de autoatención.

En términos ideológico-culturales, las relaciones de hegemonía/subalternidad van inherentes a la articulación o vinculación de saberes que al colocar a los sujetos sociales en planos distintos (Menéndez, 1994: 73), impiden el diálogo. En ellas subyacen la desvalorización, descalificación y negación del “otro” o subalterno, que es el extraño o desconocido al “yo”. La intromisión del poder en el saber asfixia la libertad de pensamiento, porque impone su interpretación de la realidad como única y válida. Beuchot (2005: 87) apunta:

Si nos interesa el saber, y un saber que no sea una máscara del poder, sino un servicio a los seres humanos, para mejorar las condiciones de vida, es preciso no perder la advertencia de que muchas veces, incluso subrepticamente, se infiltra el poder en el saber. Más vale tomar en cuenta esa variable, para evitar su intromisión.

Por todo lo dicho hasta aquí, es preciso reconocer que si bien las asimetrías de poder fortalecen las relaciones de hegemonía/subalternidad, también generan resistencia o desobediencia de los sujetos subsumidos y negados. Ante lo cual es conveniente preguntarse: ¿por qué a veces el paciente no sigue las instrucciones de los biomédicos o es indiferente a los proyectos de salud en comunidad? ¿Han sido respetadas las opiniones y representaciones sociales de los usuarios? ¿Qué se esperaba de ellos o de la colectividad? ¿Se trastocaron o se están trastocando algunas de sus rs? ¿Las prácticas y medidas que se busca poner en marcha han sido negociadas y consensuadas?

2. Interculturalidad autonómica en salud ¿para qué?

En el contexto de los planteamientos de la OPS y OMS, la Secretaría de Salud en México ha realizado modificaciones del reglamento. En las más recientes de 2004 y 2006, la Secretaría propone dirigir las acciones a la capacitación y sensibilización intercultural del personal del Sistema Nacional de Salud (García Ramírez, 2007: 25). En sus documentos plantean el acercamiento a los conceptos y técnicas de las medicinas subalternas, pero, la búsqueda de la interculturalidad en salud viene desde hace varios años atrás, lo que ha dado lugar a diferentes paradigmas en este sentido que van del integracionista al autonómico, como veremos más adelante.

El ejemplo más reciente de acercamiento a los saberes subalternos o tradicionales es la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ), en donde la acupuntura

está integrada a los programas de formación y especialización del personal médico, lo mismo que ha creado la Maestría de Acupuntura. Otro ejemplo es el IMSS que desde hace más de treinta años, busca revalorar a la medicina herbolaria a través del desarrollo de proyectos como la creación del Hospital Integral con Medicina Tradicional en Sonora y otros similares en varias regiones del país. También, esta institución ha desarrollado investigaciones biomédicas orientadas al conocimiento terapéutico de las plantas medicinales en su Unidad de Investigación Biomédica en Medicina Tradicional y Herbolaria del Centro Médico Siglo XXI. Empero, todo esto no significa que los médicos sistemáticamente recurran a la práctica de la herbolaria en sus consultorios, como Taddei, *et al.* (1999: 217) lo muestran, quienes encontraron que el 85% de los médicos de una clínica familiar en Sonora reconocen y aceptan el uso de la herbolaria, pero quienes aceptan que lo usan es solamente el 75%. Por último, no podemos dejar de mencionar el Proyecto *Actores sociales de flora medicinal en México* del Centro Regional del Instituto Nacional de Antropología e Historia (INHA), Morelos que no solamente busca el acercamiento al saber médico subalterno, sino el diálogo con el saber biomédico.

Todos los ejemplos hasta aquí citados, indican un paso hacia la construcción de la interculturalidad en salud y la búsqueda del acercamiento y diálogo entre los saberes biomédicos y tradicionales, lo cual sólo es posible si hay equidad de poder. Desde nuestra opinión, todavía hay que dar muchos pasos hacia delante para conseguir que todos los esfuerzos no se queden en acercamiento, sino se traduzcan en el diálogo de estos saberes en el consultorio, que es un espacio donde se hacen visibles las brechas socioculturales por la falta de sintonía entre los saberes hegemónico y subalternos, como dirían los médicos aymaras de Bolivia (cfr. Fernández, 1999). Reiteramos, es indiscutible la integración de saberes médicos subalternos al saber biomédico como igual sucede en sentido contrario; empero, no significa que la exclusión y el poder se hayan eliminado como tampoco que el movimiento sea equilibrado entre los saberes, si no se superan las relaciones de hegemonía/subalternidad en los espacios de atención primaria a la salud como son: el consultorio a nivel individual, y las comunidades a nivel colectivo.

Ahora bien, desde nuestro punto de vista y de acuerdo con la definición de la que se parta, serán el enfoque, los objetivos y las formas de relación entre los saberes hegemónicos y subalternos en el consultorio y en la comunidad. Existen varias definiciones sobre el concepto de interculturalidad en salud. Una es la que Ibacache (2002) propone como "...la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y enfermedad, vida y muerte, el cuerpo biológico, social y relacional". Para Balaguer, *et al.* (2003: 6):

... la interculturalidad significa una relación entre varias culturas diferentes que comparten el mismo entorno, que se realiza con respeto y horizontalidad. Es decir que ninguna se pone arriba o por debajo de la otra. En esta relación intercultural se pretende que las personas de culturas diferentes, puedan entenderse mutuamente, comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo de las otras u otros. De esta manera se facilita la apertura para ser escuchado y enriquecerse con las ideas de los demás.

Por principio, para moverse equilibradamente y entenderse mutuamente es necesario seguir un proceso de valoración del "otro" (valorar el saber popular o empírico) y de autovaloración (valorar que se sabe). Es decir, pasar por un proceso en el que se aprenda a aprehender las *rs* y prácticas del "otro". Ambos casos exigen una postura de reflexión crítica y autocrítica a partir de la capacitación dialéctica para aprehender al "otro". En consecuencia, no podemos hablar de equidad, la cual toca a la estructura socioeconómica y de poder, si antes no se construyen relaciones simétricas de poder para el diálogo entre las disciplinas (interdisciplinariedad) y entre los saberes (interculturalidad) para la construcción de una conciencia sociohistórica en los distintos sujetos sociales, como se planteará más adelante.

Cunningham (2002), en su trabajo *Etnia, cultura y salud: la experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las regiones autónomas de Nicaragua*, distingue cuatro enfoques o paradigmas que resumimos en la tabla 1, sobre lo que hay que reflexionar al elegir el paradigma durante la atención de la salud tanto a nivel individual como colectivo. De los cuatro enfoques, la interculturalidad autonómica sea en salud, educación u otros, es mucho más amplia porque se orienta a la libre determinación de los individuos y las colectividades. A través de ella se busca el movimiento equilibrado sobre la base de la equidad de poderes, incluyendo los derechos humanos individuales y colectivos, también en constante confrontación.

El concepto autonómico le da un significado a la interculturalidad en salud que va más allá de lo cultural o de la sola convivencia, y mucho más allá de la búsqueda de la integración cultural a la manera indigenista que vio en el mestizaje la vía de homogeneización cultural: asimilacionismo/segregarismo. Los que no fueron aculturados quedaron inmersos en la marginación, exclusión, estigmatización, negación e invisibilización por siglos, como es el caso de los afromexicanos que hasta hace poco no se oía hablar de ellos, pero desde la Colonia su presencia ha enriqueciendo a la cultura nacional. Schmelkes (2002) propone que la visibilización del "otro" crea una conciencia sociohistórica, en cambio, la invisibilización permite la violación de sus derechos humanos (tabla 1).

Visto así, la interculturalidad autonómica como paradigma abre espacios de comunicación, discusión y negociación bajo

relaciones simétricas de poder que obligan a cada sujeto social en la mesa de diálogo a adoptar una postura de crítica y autocrítica para deliberar, escoger y decidir lo que convenga al individuo en colectividad. El objetivo de este ejercicio es conducir a la *autogestión* que significa que los sujetos sociales o grupos sociales –cada uno con sus valores, creencias, normas e historias compartidas, prácticas y con un proyecto en común–, asuman el control de su devenir histórico que los convierte en actores sociales. Desde esta perspectiva, lo autónómico no significa segregarse, sino la libertad de transformar la realidad, de autogestar el cambio desde el interior del grupo una vez identificado el origen del problema o problemas que preocupan al grupo, por ejemplo, mejorar las condiciones de vida, salud, medio ambiente, las formas de participación política individual, colectiva y social.

El diálogo es posible con sujetos sociales valorados, autovalorados, visibles y con voz que se escucha. En pocas palabras con la participación de sujetos libres que por decisión propia y consciente transformen su realidad una vez que cada individuo con deseos, fines y preferencias los considera suyos y no impuestos; cuando sus acciones o inacción las regula por medio de reglas y normas que después de reflexionar las acepta y cuando “examina las razones y motivos por lo cuales actúa o se abstiene de actuar, y le parecen aceptables” (cfr. Olivé, 2004: 100 y Beuchot, 2005). No puede haber diálogo si no hay democracia; si los sujetos sociales se ubican en planos distintos, aunque cabe aclarar que esto no significa que las fricciones se superen para siempre, pues constantemente surgen contradicciones (Olivé, 2004: 101) que hay que resolver.

El diálogo no tiene apellidos, lo que sí, a través de él es posible construir la ética de otredad que contenga los principios de respeto y tolerancia, pero también, el principio de solidaridad con el otro para no quedarnos en el

planteamiento multicultural. Este último principio ético es importante porque permite reconocer que el “yo” se construye en el “otro”, y de la proximidad del “yo” con el “otro” es posible pasar a un “nosotros”, que es ponerse en los zapatos del otro. De este modo, ningún sujeto social se subordina ni subordina al “otro” (Sandoval, 2007). Esto es muy importante porque implica relaciones de poder más o menos equitativas que superan la imposición de visiones del mundo, y por consiguiente a las relaciones de hegemonía/subalternidad, y a nivel político, a las relaciones de poder de dominio/subordinación.

La búsqueda de relaciones de poder más o menos equitativas nos conduce a la praxis de la hermenéutica analógica o disciplina de la interpretación de textos escritos u orales, que de acuerdo con Beuchot (2005: 78 y 87), es un instrumento para el diálogo que al oponerse a la prepotencia e imposición dogmática “ayuda a integrar lo particular con lo general”. A través del ejercicio hermenéutico se sacrifica o renuncia un poco a la individualidad en aras de la colectividad que da sentido a lo individual en el seno de lo social. El mismo autor continúa explicando la hermenéutica:

... supone un hombre libre, supone como contexto la democracia, en la que puede haber libertad de pensamiento. La asfixia el poder, no puede darse en un ámbito en el que no hay suficiente espacio civil ni suficiente aire de renovación. No hay nada más adverso que la interpretación de poder, en el sentido de opresión y violencia; no hay nada más opuesto a la hermenéutica que la tiranía. El poder impone su interpretación, la única, excluyente de otra (Beuchot, 2005: 78).

Como instrumento, la hermenéutica va en contra de la arbitrariedad e imposición de las ideas, cosmovisiones, creencias y prácticas, por lo que no anula la pluralidad ni conduce a la renuncia de la cohesión y no lo hace porque en ella tiene ca-

Tabla 1. Enfoque sobre interculturalidad en la salud: resumen.

Paternalista o integracionista	Se deriva de las políticas de integración, asimilación o indigenista. Reconoce la diversidad, pero plantea medidas verticales de arriba hacia abajo. El médico y personal de salud es el experto y las comunidades solamente reciben conocimientos, recetas externas.
Culturalista	Reconocimiento del pluralismo cultural, otorga mayor grado de importancia a la lengua, los aspectos didácticos. Las consultas son sin previa información y con base en metodologías diseñadas desde afuera. No interesan los procesos pedagógicos, ni cosmovisión de los pueblos y comunidades involucradas en la organización de programas y proyectos de salud.
Convivencia	Se plantea para la coexistencia armónica entre los distintos grupos étnicos. Promoción de estudios etnográficos para conocer las culturas, sus tradiciones y partir de ello para poder convivir u organizar los programas de salud.
Autónómica o empoderamiento	Parte del ejercicio de los derechos de los pueblos y comunidades, hacia una relación más equitativa de poder. La salud se deriva de los derechos sustantivos de los pueblos y comunidades respetando sus RS. Promueve la organización de los servicios de salud que surjan de las comunidades; afianza la identidad colectiva y participación en las decisiones desde la organización hasta la implementación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud. Su práctica permite convertir a los sujetos sociales en actores sociales, por lo que busca su inclusión y visibilización.

bida la *phrónesis* o prudencia, una virtud de la que se derivan otras virtudes como la tolerancia, respeto y solidaridad.

La *phrónesis* nos permite decidir entre dos esquemas rivales de valores viendo “lo particular en lo universal y lo universal en lo particular, el verdadero universal concreto” (Beuchot, 2000). De este modo, la *praxis* hermenéutica contribuye al equilibrio de las relaciones dialógicas (Beuchot, 2000) de saberes biomédicos y tradicionales, salud, medio ambiente, derechos humanos u otros, porque al no renunciar a la diversidad cultural el poder no impone su interpretación, por tanto, no hay renuncia a la libertad de pensamiento y expresión. El único límite a la diversidad es el bien común que también lo determina el mismo conjunto de actores sociales (organizaciones, líderes tradicionales y no tradicionales, médicos tradicionales e institucionales, entre otros) frente al Estado, todos partícipes en el diálogo.

Ahora bien, la no renuncia a la pluridiversidad cultural y oposición a la homogeneización, no significa la inamovilidad de la percepción de la realidad de cada uno de los sujetos sociales. Uno de los objetivos de la interculturalidad autónoma es precisamente la construcción de una conciencia sociohistórica, como se dijo antes, que permita reconocer que los problemas se interpretan y entienden a partir de sus causas sociales e históricas que condicionan las vivencias del sujeto como por ejemplo, la carrera de la salud-enfermedad. El cambio de *rs* implica también el cambio de prácticas, de ahí que la creación de una conciencia sociohistórica en el personal médico permite, y es lo deseable, que la atención en los consultorios sea más cálida, humana y consensuada, al ver en el destinatario de la biomedicina a una persona como un “nosotros”, dejando atrás la percepción fragmentada del paciente. Aquí es importante señalar que la interdisciplinariedad en la enseñanza médica, también entendida como el diálogo de disciplinas y no sólo de subdisciplinas, es un camino para acercarse a la aprehensión de la realidad como un todo (cfr. González Casanova, 2004). Sólo así de acuerdo con Outumuro (2006), el médico y el resto del personal en salud entenderá que lo que tiene ante sí:

No es un mero cuerpo, es mucho más que un cuerpo de modo que una enfermedad no es la misma en dos pacientes simplemente porque cada uno de los dos tiene biografías distintas. Sus respectivas historias de vida difieren y, por lo tanto, la forma en que se aplica el saber biomédico será distinta y consensuada con el paciente lo que el médico tiene ante sí, lo que palpa, ausculta, médica o interviene quirúrgicamente además de ser un ente biológico-cultural es una “persona”. Es alguien con sentimientos, necesidades, expectativas y proyectos de vida, con derecho a decidir sobre su propio cuerpo, sobre su vida y sobre el proceso salud-enfermedad que lo aqueja.

Cabe resaltar que Outumuro propone que como cada paciente tiene historias de vida distintas, la forma de aplicar el saber biomédico además de ser distinto en cada paciente, debe ser consensuada. En este punto hay que hacer un paréntesis a fin de entender la dimensión de las prácticas consensuadas. Para Jodelet (2003) el universo es donde se crean y cambian las representaciones y prácticas sociales, pero también consideramos, que en el diálogo lo consensual o lo que puede ser consensuado permite a los sujetos y grupos sociales convertirse en copartícipes y corresponsables de las prácticas o medidas negociadas y concertadas para la atención de la salud del paciente, o bien, de la ejecución de proyectos alternativos, según sea el caso. Esto se afirma porque al participar activamente en la discusión sobre los conceptos y principios bajo los cuales va a convivir (Olivé, 2004: 161), cada individuo y sujeto social se responsabiliza del cumplimiento de las medidas discutidas y negociadas por el conjunto en la mesa del diálogo, donde la convergencia y confrontación de distintas *rs* y prácticas sociales genera conocimientos y saberes nuevos que superan los paradigmas dominantes, y por tanto, la subalternidad y dependencia. Esto lo afirmamos porque, parafraseando a González Casanova (2004: 143): “... los saberes de la periferia y de las culturas subalternas, oprimidas, merecen un reconocimiento objetivo-subjetivo”.

La importancia de la aplicación consensuada del saber biomédico y tradicional radica en el cambio y la construcción de *rs* y prácticas que permite el paso del pensamiento social a la acción social, responsabilizando a cada uno de los sujetos sociales (médico y paciente) de sus propias decisiones. A nivel colectivo, abre la posibilidad de apropiación de los proyectos y/o las medidas consensuadas: de ahí la importancia del diálogo en la interculturalidad autónoma para la atención a la salud en el consultorio y la comunidad. No obstante, de acuerdo con Olivé (2004); Beuchot (2005) y Sandoval (2007) una vez conseguido el diálogo nadie debe dormirse en sus laureles: hay que estar en permanente búsqueda de soluciones. Esto lo planteamos porque la construcción de saberes y por ende de representaciones y prácticas sociales es constante y dialéctica, como de igual modo, cambian los intereses y las condiciones sociales y económicas de cada individuo y colectividad, que invariablemente llevan a contradicciones, de ahí que sea necesaria la revisión constante y reflexión crítica y autocrítica de los acuerdos consensuados, lo mismo que la participación de cada uno de los sujetos sociales para no caer otra vez en el monólogo e imposición de visiones del mundo y exclusión. Nos sumamos a Olivé (2004: 99) que plantea que los miembros de un pueblo solamente pueden ejercer su autonomía si la comunidad es autónoma, y agregamos, *si lo es puede autogestar su propio desarrollo*.

3. Algunos ejercicios de interculturalidad en salud

No queremos concluir sin mencionar que la búsqueda de la interculturalidad en salud en México y el resto de América Latina con enfoque autonómico, aun cuando no contengan este último concepto, ha generado varias propuestas de proyectos alternativos incluyentes que se fundamentan en el respeto y la tolerancia a la pluridiversidad étnica y cultural, citemos a Bolivia, Chile, Cuba y México. Todos ellos surgen de la búsqueda de soluciones a problemas de salud que se derivan de la exclusión social o de las crisis económicas que limitan el acceso a los medicamentos de la industria química-farmacéutica como es el caso de Cuba en donde su gobierno buscó alternativas ante la crisis económica generada por la caída del bloque socialista en 1989.

3.1. América Latina y El Caribe

Bolivia es un país pluriétnico y mayoritariamente indígena. Desde los noventa ha desarrollado proyectos sobre interculturalidad en salud que cuentan con la creación de consultorios en los centros de salud donde coexisten la medicina institucional y la llamada “tradicional”. Esta última se refiere a un sistema de conocimiento, creencias y prácticas destinado a la prevención y curación de la enfermedad o a la atención de causas de desequilibrio concebidas como patológicas para el individuo o grupo. Fernández Juárez plantea en *Médicos y Yatiris. Salud e interculturalidad en el plano Aymara* (2004) que estos centros son espacios de encuentro y debate oportunos entre pacientes, familiares, curadores, auxiliares y médicos con el refrendo pluricultural y multilingüe del Estado.

En Chile y Argentina destaca el proyecto de los mapuches, en quienes pervive la idea holística de la salud de los individuos en colectividad. Para este grupo, la salud individual se interrelaciona con la salud de la comunidad y del medio ambiente, por lo que, si alguno de los tres enferma, igual sucede con los otros dos sistemas (Ibacache, 1997). Para rearmonizar una situación alterada utilizan medios botánicos, aparte de ritos y ceremonias que reúnen a la comunidad alrededor de prácticas ancestrales vitales para asegurar las curaciones y la propia existencia del pueblo mapuche como tal. A fin de conjuntar la biomedicina y la etnomedicina de los mapuches en Temuco han creado la figura del facilitador intercultural, cuyo papel es vincular al personal médico y al enfermo-paciente para ayudar a superar las barreras culturales en este plano (Aparicio, 2005), y contribuir en la búsqueda del equilibrio con el medio ambiente para el desarrollo sustentable.

Por otra parte, en el campo científico se ubica la propuesta cubana que desde los noventa se basa en un Sistema de Salud Integral donde conviven la medicina llamada científica, la

“medicina tradicional” y natural junto a la medicina china. Este sistema terapéutico oficial o mixto se ubica entre las medicinas ecoculturales, y surge como respuesta a la necesidad de paliar el déficit de medicamentos por la crisis económica de los noventa generada por la caída del bloque socialista y el endurecimiento de las medidas económicas contra la isla. Con este propósito, en 1999 el gobierno crea el Programa Nacional de Medicina Tradicional y Natural que involucra a las estructuras gubernamentales, los profesionales, a los sectores productivos y a toda la población.

Actualmente, la fitoterapia, acupuntura y otras técnicas y contenidos propios de las medicinas naturales y tradicionales, en este país se incluyen dentro de los planes de estudios sanitarios, al tiempo que el Ministerio de Salud Pública (MINISAP), impulsa la investigación de productos naturales no sólo como complementarios de medicamentos internacionales (sintéticos), sino como parte de la estrategia originaria del gobierno cubano tendente a crear un complejo sistema de medicamentos naturales capaces de atender las necesidades de la población (Aparicio, 2005: 1).

3.2. México

Además de los hospitales integrales del IMSS en donde los médicos reconocen y aceptan el uso de la herbolaria medicinal entre sus pacientes, y de los aportes al diálogo de saberes de los centros de investigación del IMSS ubicados en distintas partes del país y del centro INAH, Morelos, entre otros; se encuentra la del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, que a través de su Programa del Centro de Capacitación a Promotores de la Comunidad (CECIPROC), busca desarrollar un proyecto de carácter científico alternativo con enfoque intercultural, intersistémico e interdisciplinario para abrir espacios de discusión, reflexión y autorreflexión sobre el devenir histórico de las comunidades. En este proyecto alternativo, la participación de todos los sujetos está en constante revisión crítica a fin de posibilitar el diálogo de saberes entre los asesores, promotores y comunidad. La apertura de espacios de diálogo exige acuerdos consensuados sobre el diseño de metodologías, métodos y técnicas que promuevan el movimiento y la transformación de la realidad de los sujetos sociales, específicamente para evitar el daño en la salud, y a la vez construir una nueva conciencia sociohistórica sobre la importancia del medio ambiente teniendo en cuenta que la salud de los individuos y comunidad también depende de la salud de los ecosistemas.

Como parte de este programa, el CECIPROC ha desarrollado un modelo de investigación-acción participativa que se sustenta en: a) Atención primaria de la salud de acuerdo con lo planteado por la OMS en Alma Ata, 1978; b) Desarrollo

sustentable; c) Capacitación-acción participativa conforme a lo determinado por la OPS-Silos (1996) y d) Enfoque ecosistémico de la salud humana que sostiene la existencia de una estrecha relación de la salud-enfermedad con la salud-enfermedad del medio ambiente y de la sociedad. Para lograr los objetivos se han diseñado e implementado talleres de capacitación-investigación participativa en los que intervienen indígenas, mestizos y afromexicanos interesados en la búsqueda conjunta de soluciones a distintos problemas que afectan a su comunidad.

Una característica innovadora del CECIPROC consiste en que a partir de la vinculación del enfoque intersistémico e interdisciplinario, se desarrolla la capacitación y el entrenamiento o adiestramiento, entre los que existen diferencias. Mientras la capacitación permite mejorar lo que se está haciendo, introducir elementos novedosos y lograr un cambio de calidad en la vida de cada promotor, su familia, y de la comunidad donde pertenece; el entrenamiento o adiestramiento es un procedimiento preestablecido que debe ejecutarse siempre de la misma manera. Otra diferencia entre estos conceptos, radica en el hecho de que a partir de la capacitación cada sujeto social reconozca la existencia de patrones culturales que determinan el comportamiento individual y grupal; por consiguiente, se condiciona el aprendizaje y admite la autoformación de los sujetos. Esto ha facilitado, por un lado, el uso de categorías que tienen distintos orígenes sociohistóricos y culturales con el manejo de categorías que emplea la ciencia; pero también la articulación del conocimiento popular con el conocimiento científico ha permitido rescatar un conocimiento tradicional en vías de extinción; y que los actores sociales tienen, pero que no saben que tienen.

La interacción cultural al final permite aproximarse a la explicación de la realidad a partir de nociones que llevan a la definición de nuevos conceptos, muchos de ellos soportados en evidencias empíricas. Como ejemplo de la búsqueda del diálogo entre los saberes médicos se encuentran el Programa de Etnobotánica, Recuperación y Sistematización de los Saberes Tradicionales, pero también a la par el saneamiento ambiental buscando, proponiendo y promoviendo técnicas que permitan el desarrollo limpio en zonas rurales.

Últimas reflexiones

En suma, la interculturalidad autonómica como paradigma sigue un proceso que plantea teoría y práctica, pero también *poiésis* o creación al abrir espacios dialógicos para la definición de la forma y las condiciones consensuadas de articulación de los distintos sujetos sociales y para la auto-

gestión. Como teoría lleva a preguntarnos por la forma de construcción del conocimiento durante el diálogo de saberes, de la articulabilidad de los conocimientos y prácticas, es decir, de su historicidad. De ahí que se insista en que el paradigma de interculturalidad con carácter autonómico no se limita a la relaciones interétnicas, tampoco se explica en la buena voluntad o accidente que pone en contacto a dos o más culturas; ni con ella se busca petrificar a la cultura o formar *ghettos*, lo que sí, con su praxis, posibilitar la creación de proyectos alternativos vía justicia social (que) con carácter incluyente, sea en salud u otros a partir de la ruptura de los parámetros de conocimientos establecidos y con ello, la visibilización de cada uno de los sujetos sociales en colectividad, por lo que es incluyente. En este sentido, la interculturalidad autonómica sea en salud, educación y otros, cruza transversalmente todos los planos religiosos, de género, étnicos, económicos, políticos, ideológicos y de los sistemas médicos.

La interculturalidad autonómica como teoría y praxis conduce a un campo fértil de posibilidades infinitas de aprehensión y creación de nuevos conocimientos a partir de la valoración y respeto de las prácticas y terapias de los distintos modelos médicos, abriendo el camino a nuevas relaciones de articulación entre el saber médico hegemónico y los otros saberes subalternos.

Estamos de acuerdo en que las fricciones o conflictos entre los saberes médicos en torno a las representaciones sociales son inevitables, incluso aun cuando se haya llegado a acuerdos consensuados. No obstante, a partir del ejercicio de la hermenéutica analógica se puede elegir entre uno u otro modelo. Ante todo lo dicho volvemos a preguntar ¿es posible el diálogo interdisciplinar e intercultural entre los sistemas médicos? Creemos que es posible siempre y cuando se construya una nueva conciencia sociohistórica en sí, para sí y para los otros a partir de la autovaloración, valoración y visibilización del “otro”, que es el extraño para evitar la violación de sus derechos humanos colectivos e individuales.

Finalmente, con esta exposición no tratamos de magnificar uno u otro saber médico, sino plantear que las percepciones de la salud, la enfermedad y la atención forman parte de un proceso histórico de las sociedades que ante la diversidad de percepciones y formas de atención a la salud, surge la necesidad de caminar hacia una práctica unificada de los conocimientos médicos, como propone Bejarano (2004), o de convergencia como lo llama Menéndez (1991). Todo esto a partir de reconocer que cada sujeto social carga símbolos, signos y lenguajes diferentes que confronta constantemente, y a veces, le es difícil desprenderse de ellos.

Bibliografía

- Alfonso Pérez, I. (2007). "La teoría de las representaciones sociales". *Psicología Online*. <www.psicologia-online.com/articulos/2007/representaciones_sociales.shtml>, (4 de marzo de 2008).
- Aparicio Mena, A. J. (2005). "La medicina tradicional como medicina ecocultural", *Gazeta de Antropología*, Núm. 21. Universidad de Salamanca, España. <http://www.ugr.es/~pwlac/G21_10Alfonso_Aparicio_Mena.html>, (10 de noviembre de 2007).
- Araya Umaña, S. (2002). "Las representaciones sociales. Ejes teóricos para su discusión". *Cuadernos de Ciencias Sociales*, 127, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Costa Rica.
- Banch, M. A. (2007). "Entre la ciencia y el sentido común: representaciones sociales y salud", en Rodríguez, T. y M. L. García (coord.). *Representaciones Sociales. Teoría e investigación*. Universidad de Guadalajara.
- Beuchot, M. (2000a). "Hacia un pluralismo cultural analógico que permita la democracia", *Revista Logos-Día*, RED-El. <http://oea.ajusco.upn.mx/beuchot1_i.html>, (26 de abril de 2008).
- Beuchot, M. (2000b). "Perfiles esenciales de la hermenéutica: hermenéutica analógica", *Crisis y teoría. Proyecto ensayo hispánico*. <<http://www.ensayistas.org/critica/teoria/beuchot>>, (19 de marzo de 2008).
- Beuchot, M. (2005). *Interculturalidad y derechos humanos*, 1a. Ed. UNAM-Siglo XXI. México.
- Bejarano, I. (2004). "Lo culto y lo popular. Medicina letrada/medicina tradicional hacia una práctica unificada de los conocimientos médicos", *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*, Núm. 24, Universidad de Jujuy. Argentina.
- Cunningham, M. (2002). *Etnia, cultura y salud: la experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las regiones autónomas de Nicaragua*. OPS, OMS, Washington.
- Fernández Juárez, G. (1999). *Médicos y Yatiris. Salud e interculturalidad en el plano Aymara*. Ministerio de Salud y Previsión Social, OMS/CIPCA/ESA. Bolivia.
- Freyermuth, G. y Sesia, P. (2006). "Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica", *Desacatos*, Núm. 20, enero-junio, México.
- García Ramírez, H. (2007). *La política nacional de medicinas complementarias e integrativas en el Sistema Nacional de Salud. La experiencia en México*. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural.
- Granados Andrade, S.; L. E. Martínez; P. Morales et al. (2005). "Aproximación a la medicina tradicional colombiana. Una mirada al margen de la cultura occidental", *Revista de Ciencias de la Salud*, enero-junio, Año/Vol. 3, Núm. 001. Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia. <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/562/56230113.pdf>>, (15 de noviembre de 2007).
- González Casanova, P. (2004). *Las nuevas ciencias y las humanidades. De la Academia a la Política*. España, Editorial Antropos, Instituto de Investigaciones Sociales.
- Ibacache, J. (1997). "La salud, el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural". *Proyecto de documentación Ñuke Mapu*. Servicios de Salud Arcauña Sur, Chile. <<http://www.mapuche.info/mapuint/ibaca00.htm>>, (15 de diciembre de 2007).
- Jodelet, D. (2003). "Pensamiento social e historicidad", *Rev. Relaciones*, invierno, Vol. 24, Núm. 93. Colegio de Michoacán, Zamora, México.
- Menéndez, E. (1991). "Definiciones, indefiniciones de pequeños saberes". *Revista Alteridades*, Núm. 1, Año 1. UAM-Iztapalapa. México. <www.antropologiasyc106.com.ar/biblioteca/menendez.htm>, (25 mayo, 2008).
- Menéndez, E. (1994). "La enfermedad y la curación ¿qué es la medicina tradicional?", *Revista Alteridades*, Núm. 4, Año (7). UAM-Iztapalapa. México. <http://www.uam-antropologia.info/alteridades/alteri_07.html>, (25 de enero de 2008).
- Menéndez, E. (2005). "Intencionalidad, experiencias y función: la articulación de los saberes médicos", *Revista de Antropología Social*, Núm. 014. Universidad Complutense, España <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/IndArtRev.jsp?iCveNumRev=7191&iCveEntRev=838>>, (10 de mayo de 2008).
- Olivé, L. (2004). *Interculturalismo y justicia social*. UNAM, México.
- Rodríguez Salazar, T. (2003). "El debate de las representaciones sociales en la psicología social", *Relaciones*. Vol. xxiv, Núm. 93, pp. 51 -80. Colegio de Michoacán, Michoacán. <<http://www.colmich.edu.mx/relaciones/indices/colaboradores/articulosPorAutor.asp?id=489>>, (24 de enero de 2008)
- Sandoval Álvarez, R. (2007). "La no subordinación es el principio de la emancipación", *La Jornada de Jalisco*, 4 de junio, México, <<http://www.lajornadajalisco.co.mx/2007/06/04/>>, (26 de marzo de 2008).
- Schmelkes, S. (2002). "Visibilizar para crear conciencia". Foro Invisibilidad y conciencia: migración interna de niñas y niños jornaleros agrícolas en México, 26 y 27 (Conferencia). UAM D.F. <<http://www.uam.mx/cdi/foro-invisibilidad/conferencistas/sylviaschmelkes.pdf>>, (27 de marzo de 2008).
- Taddei-Bringas, G. A.; M. A. Santillana-Macedo; J. A. Romero-Cancio; J. B. Romero-Télez (1999). "Aceptación y uso de la herbolaria en medicina familiar", *Revista de Salud Pública*, Instituto Nacional de Salud Pública, Vol.41, Núm. 3 <www.insp.mx/rsp/_files/File/1999/41%20n3%2099/413-8_aceptacion.pdf>, (14 de octubre de 2008).
- Zemelman, H. (2003). *Los horizontes de la razón. Historia y necesidad de la utopía. II*, Antropos, España.