



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**DOCTORADO EN FILOSOFÍA DE LA CIENCIA
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
ESTUDIOS FILOSÓFICOS Y SOCIALES SOBRE CIENCIA Y
TECNOLOGÍA.**

**MEDICINA CIENTÍFICA Y MEDICINA INDÍGENA:
PLURALISMO EPISTÉMICO, RACIONALIDAD E
INTERCULTURALIDAD**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN FILOSOFÍA DE LA CIENCIA**

PRESENTA

ARLENE ISKRA GARCÍA VÁZQUEZ

TUTOR

**DR. AMBROSIO VELASCO GÓMEZ
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FILOSÓFICAS, UNAM**

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

**DR. LEÓN OLIVÉ
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FILOSÓFICAS, UNAM**

**DR. CARLOS VIESCA
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM**

**DR. ARTURO ARGUETA
CENTRO REGIONAL DE INVESTIGACIONES MULTIDISCIPLINARIAS, UNAM**

**DR. RICARDO SANDOVAL
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS, UNAM**

MÉXICO, D.F. DICIEMBRE DEL 2012





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
---------------------------	---

CAPÍTULO I

LA RACIONALIDAD A TRAVÉS DE LA TRADICIÓN

INTRODUCCIÓN.....	19
Primera parte.....	22
La concepción occidental moderna de la racionalidad.....	22
Modelo de conocimiento	24
Implicaciones sociales y políticas del predominio de la concepción occidental moderna de racionalidad.....	26
La concepción occidental moderna de la racionalidad entra en crisis.....	30
Crítica filosófica a la racionalidad científica.....	37
Hacia la pluralidad observacional en la ciencia.....	37
Los límites de la concepción metodológica de la racionalidad	39
Thomas Kuhn: racionalidad e inconmensurabilidad	42
Segunda parte	
Tradición filosófica hermenéutica y la crítica a la racionalidad científica moderna.....	48
Hermenéutica metodológica.....	49
Concepción lingüística de la racionalidad. Peter Winch y las formas de vida	49
Racionalidad	53
Tradición y racionalidad.....	56
Racionalidad	59
Contribución del materialismo histórico a la crítica a la racionalidad científica moderna	67
Dicotomía “estructura” y “superestructura”	73
El replanteamiento de la “Estructura” y “Superestructura”	76
Elementos constitutivos de la cultura como un sistema signifiicante.....	77
Una mirada hacia la antropología crítica	83

CAPÍTULO II

LA TRADICIÓN BIOMÉDICA COMO EXPRESIÓN DE LA CONCEPCIÓN MODERNA DE RACIONALIDAD

INTRODUCCIÓN.....	87
Dos tradiciones médicas	88
De arte a ciencia	88
La biomedicina como tradición	96
Racionalidad científica como criterio ideológico de exclusión.....	102
Hegemonía del paradigma biomédico	106
Proceso de institucionalización de la tradición biomédica.....	112
Crisis y críticas a la tradición biomédica.....	115
La tradición biomédica en crisis	117
Concepción multidimensional del proceso salud-enfermedad	123
Multicausalidad de la enfermedad.....	126
Crítica de la antropología médica al paradigma biomédico de la enfermedad.....	129
La cultura como elemento constitutivo de la enfermedad.....	129

CAPÍTULO III

TRADICIÓN MÉDICA DE LAS ETNIAS INDÍGENAS DE MÉXICO

INTRODUCCIÓN.....	138
Acotación metodológica.....	138
Tradición médica indígena. Elemento constitutivo de la cultura indígena.....	142
La cosmovisión en las etnias indígenas de México.....	143
La cosmovisión, elemento estructurador de la tradición médica indígena.....	146
Caracterización de la tradición médica indígena a partir de ciertos elementos interculturales	149
Virtud heurística de los elementos interculturales arriba señalados.....	157
Segunda parte	
La tradición médica indígena bajo la concepción moderna de la racionalidad	

científica	161
Algunos aspectos de su problemática.....	161
Primer aspecto de la problemática.....	164
Estudios sobre medicina tradicional de las etnias indígenas en México.....	164
Historiografía positivista de la tradición médica indígena	168
La antropología médica y el estudio de la tradición médica indígena	181
Indigenismo y tradición médica indígena.....	183
Manuel Gamio. Antropología, indigenismo y tradición médica indígena.....	184
Estado y las políticas indigenitas en México. El Instituto Nacional Indigenista..	187
Aguirre Beltrán y las relaciones interétnicas	189
Crítica antropológica.....	193

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS HISTÓRICO DE LAS RELACIONES DE HEGEMONÍA ENTRE LA TRADICIÓN MÉDICA OCCIDENTAL Y LA TRADICIÓN MÉDICA INDÍGENA

SEGUNDO ASPECTO DE LA PROBLEMÁTICA

INTRODUCCIÓN.....	196
Relaciones entre tradiciones	196
Relación inter-tradicional en la época colonial	198
Interés y curiosidad hacia la medicina indígena.....	199
Hostilidad, persecución, negación y desprecio.....	202
Reapropiación y resignificación conceptual del conocimiento médico y elementos terapéuticos.....	204
Control y reglamentación de la práctica médica indígena.....	205
Las boticas	207
La relación en el siglo de las luces	210
La relación a nivel conceptual	212

CAPÍTULO V**RECONOCIMIENTO, LEGITIMACIÓN Y VALIDACIÓN EPISTÉMICA
TERCER ASPECTO DE LA PROBLEMÁTICA**

INTRODUCCIÓN.....	221
La problemática del reconocimiento	221
Tipos de reconocimiento.....	228
Reconocimiento inter-tradicional	232
Reconocimiento de las plantas medicinales	233
Reconocimiento de los terapeutas tradicionales.....	235
La eficacia como criterio de validación epistémica.....	240
Evaluación de sistemas tecnológicos.....	240
Eficacia como criterio de evaluación de los sistemas médicos	243
Determinantes intrínsecos de la evaluación.....	243
Criterios alternativos de validación epistémica	251
El pluralismo e inconmensurabilidad	251
El pluralismo epistémico.....	255

CAPÍTULO VI**EMBARAZO Y PARTO EN DOS TRADICIONES MÉDICAS**

INTRODUCCIÓN.....	264
Concepción biomédica del embarazo y el parto.....	267
Percepción y manejo del riesgo obstétrico	269
El control prenatal como una estrategia para prevenir situaciones de riesgo.....	271
Situaciones de riesgo derivados de la atención hospitalaria del parto.....	273
Los partos por cesárea	279
Consecuencias y riesgos en la cesárea.....	280
Eficiencia, eficacia y racionalidad de la atención biomédica del embarazo y parto	281
Importancia de las parteras durante el embarazo, parto y puerperio.....	287
Embarazo y parto en la tradición medica indígena	291
Recursos terapéuticos	296

Atención al parto	298
Complicaciones durante el parto	301
Racionalidad de las prácticas.....	305
La atención al parto por personal capacitado	308
Parteras profesionales técnicas	310
CONCLUSIÓN	315
BIBLIOGRAFÍA	323

INTRODUCCIÓN

Durante mucho tiempo el concepto de racionalidad ha sido objeto de una vasta reflexión filosófica. Hasta muy entrado el siglo XX el quehacer de la filosofía de la ciencia se realizó asumiendo una concepción particular de racionalidad, la concepción estándar, elaborada, como veremos más adelante, por el racionalismo moderno a partir de la distinción entre contexto de justificación y contexto de descubrimiento. La filosofía de la ciencia se interesó únicamente en los aspectos normativos y metodológicos de la racionalidad, implicados en la justificación de los productos científicos, es decir, se interesó en dilucidar las reglas o principios que regían las evaluaciones y selecciones científicas.

La concepción estándar de la racionalidad, en adelante llamada concepción occidental moderna, fue objeto de severos cuestionamientos dentro y fuera de la filosofía de la ciencia, los cuales enriquecieron el análisis filosófico de la racionalidad pues se incorporaron elementos que hasta entonces eran considerados obstáculos para las evaluaciones y elecciones racionales, por ende, para el progreso científico. En esta tesitura varios filósofos de la ciencia se interesaron en el papel de los valores, de las emociones, del conocimiento personal y tácito, de la capacidad del buen juicio o la sabiduría del experto, de la diversidad de prácticas y de puntos de vista e incluso del desacuerdo, como dimensiones importantes de la racionalidad.

Como resultado de esa crítica se dilucidó una concepción distinta de racionalidad, y de la ciencia misma, que comprende elementos intersubjetivos, dialógicos, históricos y culturales, además de los lógico-deductivos. A raíz de lo anterior el quehacer de la filosofía de la ciencia dejó de enfocarse exclusivamente al análisis y reconstrucción lógica de las teorías para tratar las dimensiones históricas, sociales, políticas, culturales y éticas de la ciencia, entendida ahora, como el resultado de las actividades prácticas realizadas por individuos dentro de una comunidad

científica que opera bajo cierta organización e institucionalización que determinan su práctica.

En lo que va del siglo XXI la reflexión suscitada desde la filosofía de la ciencia sobre la racionalidad adquirió nuevas resonancias y mayor complejidad, abriendo con ello nuevas perspectivas para la comprensión de la racionalidad, justificación y legitimidad del conocimiento, creencias, acciones y prácticas humanas que abarcan las generadas por la ciencia como también las generadas por grupos sociales, por ejemplo, las etnias indígenas.

La discusión anterior adquiere relevancia particularmente en sociedades multiculturales como la mexicana, en la cual los distintos grupos étnicos que la habitan han desarrollado sus tradiciones culturales en condiciones de asimetría e injusticia social, política, económica, pero también en condiciones de inequidad epistémica marcadas por la jerarquía y supremacía epistémica de la ciencia y de las formas de vida y desarrollo cultural que con su aplicación se vislumbraban.

México es un país rico en diversidad biocultural que refleja la existencia de una pluralidad de formas de vida, de estrategias y prácticas epistémicas con procedimientos de evaluación que responden a criterios de racionalidad propios, los cuales tienen sentido y trascendencia dentro de los contextos históricos, culturales y morales en los que son generados y aplicados. Es decir, existen diferentes formas en la que los hombres se relacionan entre sí y con la naturaleza, de ser y estar en el mundo, de percibirlo, de conocerlo e investigar sobre él, lo cual nos habla de la existencia de una pluralidad de racionalidades cultural e históricamente acotadas que incluso pueden ser inconmensurables.

Ante esta situación no es posible aceptar la existencia de estándares universales de evaluación, por ejemplo el de contrastación empírica, como el único estatuto de validación epistémica para determinar lo que es conocimiento legítimo, así como para justificar, aceptar o rechazar creencias y acciones. Como veremos en este trabajo, dicha forma de proceder ha propiciado la exclusión y eliminación de una amplia gama de conocimientos y experiencias humanas catalogadas como irracionales por no adecuarse a los cánones de la concepción occidental moderna de la racionalidad científica.

El impulso que tomaron los estudios culturales, realizados principalmente por la antropología, desde distintas perspectivas teóricas y metodológicas, proporcionaron argumentos en contra de la tendencia de clasificar la diversidad de manifestaciones culturales y sus formas de vida en sociedades primitivas y sociedades superiores, en culturas racionales y culturas irracionales. Claude Lévi-Strauss en *El Pensamiento salvaje* refutó la supuesta ineptitud de las etnias indígenas para el pensamiento abstracto y racional al comprobar que la riqueza en palabras abstractas no es patrimonio exclusivo de las lenguas civilizadas ni de las culturas sustentadas sobre el desarrollo de la ciencia y la tecnología. Al respecto Lévi-Strauss afirma que

...para transformar una yerba silvestre en planta cultivada, una bestia salvaje en animal doméstico, hacer aparecer en la una o en la otra propiedades alimenticias...cambiar granos o raíces tóxicas en alimentos, todavía más, utilizar esta toxicidad para la caza, la guerra, el ritual, no nos quepa la menor duda de que se requirió una actitud mental verdaderamente científica, una curiosidad asidua y perpetuamente despierta, un gusto del conocimiento por el placer de conocer (Lévi-Strauss, 1975: 32).

En este contexto Peter Winch (1994) sostiene que cada cultura tiene su propia concepción de racionalidad y sus criterios para validar lo que está acorde o no con la realidad, los cuales pueden diferir e incluso resultar no inteligibles para la cultura occidental moderna. Winch plantea que los criterios de racionalidad son un producto social, establecidos mediante reglas intersubjetivas que dan regularidad a la acción social y permiten su comprensión dentro del contexto –forma de vida– en el cual la acción es significativa y racional. En este sentido, la racionalidad occidental moderna así como el conocimiento científico y sus formas de verificación empírica son solamente una de las formas posibles en las que la racionalidad se puede expresar.

Desde algunas concepciones filosóficas y desde cierta postura de la teoría social se desarrolló otra línea de argumentación opuesta a la concepción clásica de la racionalidad y a la supremacía epistémica, política y económica de la ciencia, en el sentido afirmado por Gargani (1983). Para este autor la racionalidad se presentó durante

algunos centenares de años con las características y los títulos de una estructura natural, necesaria y apriorística, confundiendo los instrumentos y procedimientos intelectuales con el dominio mismo de la realidad.¹

La concepción universal y apriorística de la racionalidad se fue desdibujando con la reflexión crítica suscitada en la filosofía de la ciencia pero también desde la hermenéutica filosófica, principalmente con los planteamientos de Hans-Georg Gadamer (1992). Este autor concibe la racionalidad en términos histórico-culturales, prudenciales y dialógicos. Los criterios de racionalidad están contenidos en la tradición y su aplicación depende siempre de las circunstancias las que opera, de esta forma, la racionalidad recobra su función pragmática, y se desarrolla en el seno del sentido común de cada comunidad, abriendo siempre la posibilidad de un diálogo racional a través del cual se puede comprender lo distinto y lo distante.

El giro pragmático, lingüístico y comunicativo que toma la concepción de racionalidad plantea la problemática de las dimensiones políticas e ideológicas que históricamente han condicionado tanto las formas de realización como los usos del lenguaje y la comunicación. Todo lo cual ha condicionado la posibilidad de entablar relaciones interculturales simétricas sustentadas en una concepción de racionalidad inclusiva de la diversidad cultural que permita su desarrollo en el marco de sus identidades étnicas.

La diversidad cultural plantea la necesidad de retomar la problemática generada en torno a la racionalidad de los conocimientos, creencias, prácticas y acciones humanas, enriquecerla en una noción amplia de la racionalidad que contemple aspectos históricos, políticos, culturales, epistémicos y morales. Lo anterior con la finalidad de comprender las dimensiones y consecuencias que esta capacidad humana tiene en diversos aspectos de la vida social, así como señalar las funciones ideológicas que ha tenido y que históricamente ha justificado la explotación y dominación, e incluso eliminación, de la diversidad cultural.

¹ En la *Crisis de la razón*, Gargani (1983: 7, 8 y 11) continua diciendo que “la búsqueda cognitiva estaba conjugada con una estrategia dirigida a disciplinar tanto los fenómenos naturales como la conducta intelectual, moral y social dentro de un sistema de normas y paradigmas”.

Esta problemática se abordará en la primera parte de la investigación con la finalidad de conformar el marco teórico desde el cual abordaré el objetivo principal de esta investigación, que consiste en analizar y explicar la situación de la que hoy conocemos como medicina indígena tradicional como el resultado de un proceso histórico de más de 500 años de esfuerzo por preservar sus costumbres y la dignidad de sus culturas milenarias en un entorno social no favorable. Dicho proceso histórico está marcado por relaciones interétnicas e interculturales conflictivas que se desarrollaron en diferentes facetas, varias en el plano de la conflictividad ideológica-política, otras en la contra-hegemonía y resistencia a la implantación homogeneizadora de la tradición cultural occidental moderna. Otro de los objetivos de esta investigación es analizar y explicar algunos de los aspectos cruciales de la problemática de la tradición médica indígena, justamente en el contexto de las relaciones interculturales en las que se ha desarrollado en sus diferentes facetas.

De manera particular busco entender cómo la concepción occidental moderna de la racionalidad ha configurado la problemática de la medicina indígena –que estudio como una tradición médica– en por lo menos tres aspectos: 1) como objeto de estudio, 2) en sus relaciones conflictivas con el Estado nación y en particular con la tradición médica científica, o biomedicina y 3) en su validación y reconocimiento epistémico. Entender estos aspectos de la problemática de la tradición médica indígena es importante pues han impedido y obstaculizado la recuperación, protección, desarrollo y aprovechamiento social de estos conocimientos y prácticas médicas en condiciones de equidad epistémica y justicia social.

Los objetivos se abordan en seis capítulos. En el primero se presenta la concepción moderna de la racionalidad científica y el debate suscitado en torno a ella desde varias tradiciones filosóficas, retomando elementos que me permitan ampliar la comprensión de la racionalidad de las prácticas y conocimientos médicos indígenas.

En el segundo capítulo se presenta una reconstrucción histórica de la racionalidad inmersa en la tradición biomédica como expresión de la racionalidad científica moderna. Se explica además que la constitución de la medicina científica en el paradigma hegemónico es resultado de un proceso histórico de unión, por una parte,

entre la ciencia y la medicina, y por otra parte, de éstas con el poder político y el apoyo institucional del Estado, lo cual permitió su institucionalización y favoreció su conformación como tradición médica hegemónica para atender los problemas de salud-enfermedad, conocer, investigar, representar la salud y la enfermedad. Ligado a este proceso de hegemonización de la medicina científica se da la exclusión y subordinación de la medicina indígena.

Los dos primeros capítulos constituyen el marco histórico dentro del cual se configuran el problema de la tradición médica indígena en sus relaciones con la tradición biomédica hegemónica.

El tercer capítulo consta de dos partes, en la primera se caracteriza a la tradición médica indígena, tomando como eje unificador el concepto de cosmovisión, pero aclarando que no la concebimos como una tradición homogénea en su interior, por el contrario, como una tradición que expresa una gran diversidad a pesar de la cual existen entre las prácticas médicas indígenas elementos interculturales que nos permiten abordarlas conjuntamente como una tradición cultural médica.

La segunda parte del tercer capítulo está enfocada a comprender la problemática de la tradición médica indígena como el resultado histórico del predominio e imposición de la concepción de racionalidad científica, cuya adopción por la teoría social ha determinado la forma de abordar a la medicina indígena como un problema de intercambio cultural y no como un conflicto entre dos tradiciones médica pertenecientes a culturas distintas, que en el fondo reflejan un conflicto mayor entre dos concepciones del mundo, entre dos proyectos de desarrollo distintos, entre formas distintas de obtener conocimiento de la realidad. Estos aspectos han condicionado las soluciones planteadas y las acciones institucionales hacia el reconocimiento de la tradición médica indígena.

En el capítulo cuatro se analiza cómo han sido históricamente las relaciones entre la tradición médica occidental introducida por los españoles y la medicina prehispánica, y cómo esa relación se ha expresado a nivel conceptual, con la finalidad de entender cómo se tornaron en relaciones asimétricas y excluyentes política, institucional, legal y epistémicamente.

En el quinto capítulo analizo cómo la concepción occidental moderna de

racionalidad ha configurado la problemática de la medicina tradicional indígena en relación a su reconocimiento, legitimación y validación epistémica. Se describen los procesos de reconocimiento llevados a cabo por el Estado y la secretaria de salud, evidenciando ese reconocimiento ha girado en torno al concepto de eficacia científica. A partir del análisis de Olive (2000) y Waldram (2000) se discute la pertinencia del concepto de eficacia científica como criterio de validez.

Finalmente en el sexto capítulo se presenta un estudio comparativo entre las dos tradiciones médicas aquí analizadas en torno al conocimiento, las representaciones y explicaciones, con sus saberes, creencias, y prácticas, empleadas en la atención al embarazo, parto y puerperio, con la finalidad de comprender la racionalidad de las prácticas y poder establecer puntos de encuentro y desencuentro entre ambas tradiciones que posibiliten delinear elementos para una concepción de racionalidad intercultural en el ámbito de la salud. Asimismo, con la finalidad de vislumbrar las condiciones concretas en las que esta racionalidad se puede desarrollar en el marco de un diálogo entre identidades culturales asimétricas.

Si bien se ha reconocido constitucionalmente el carácter multicultural de México, poco se ha hecho en torno a las transformaciones estructurales, normativas, jurídicas y culturales para la construcción de una sociedad verdaderamente interculturalista que sustituya las políticas integracionistas hacia las etnias indígenas y que reconozca su derecho de autodeterminación, generando relaciones interculturales simétricas fundadas en los principios del pluralismo cultural.

La concepción de racionalidad adecuada al contexto de las relaciones interculturales de carácter simétrico, debe incluir criterios como el de equidad epistémica y el principio de incompletitud, para favorecer el respeto y mutuo reconocimiento inter-tradicional. Además tiene que plantearse como una filosofía de la praxis, la cual implica actuar en varios niveles: académico, institucional, político y normativo-jurídico. Es un diálogo entre disciplinas, pero también un diálogo intercultural. Sólo un diálogo planteado en estos términos podrá abrir mecanismos de solución viable a la problemática de la medicina indígena y satisfacer las demandas multiculturales.

Esta solución implica otorgar un estatuto distinto al conocimiento y prácticas tradicionales indígenas, como una tradición cultural con conocimientos y prácticas milenarias pero dinámicas, basadas y validadas en la costumbre de la tradición dentro de la cual adquieren sentido y trascendencia. La solución implica también reconocer la importancia que éste conocimiento tradicional tiene en todos los ámbitos de la vida cotidiana de los más de 57 grupos indígenas, constituyendo parte de su cosmovisión, considerada como totalidad epistémica integradora de sus nichos ecológicos y ecosistemas territoriales (Bonfil, 1991).

Dada la complejidad de esta problemática es necesario establecer un diálogo entre varias disciplinas como la filosofía de la ciencia, la filosofía política, la sociología, la historia y las ciencias de la salud, con la finalidad de contar con estudios que permitan integrar y sistematizar el caudal de conocimientos generados en torno a la cultura indígena. Pero que también nos brinden elementos teórico-metodológico, históricos-referenciales para generar nuevos conocimientos en la materia, con base en los cuales construir proyectos alternativos de desarrollo nacional, en los cuales las etnias indígenas tengan un papel protagónico, se reflexione sobre la legitimidad social y legalidad jurídica de las medicinas indígenas en su reconocimiento institucional con persistencia, coherencia y trascendencia histórica, y no sólo antropológica o sociológica de las políticas de atención a la salud y de la morbi-mortalidad.²

Para terminar con esta introducción hago mención de que a lo largo de la investigación recurro a la categoría de etnia, en lugar de la categoría de grupo social, para referirme a los indígenas. La categoría de etnicidad hace referencia a desigualdades entre sectores de la población que ocupan jerarquías distintas, por una parte debido a sus diferencias económicas, pero además a sus diferencias en lengua, costumbres, formas de reproducción y organización social y sobre todo a su relación con las estructuras del Estado-nación,³ relaciones, que como dice Florescano (1997), han persistido históricamente como relaciones conflictivas, configuradas como relaciones de

² Victoria Chenaut y María Teresa Sierra, (coords.), *Pueblos Indígenas ante el derecho*. CIESAS, México, 1995.

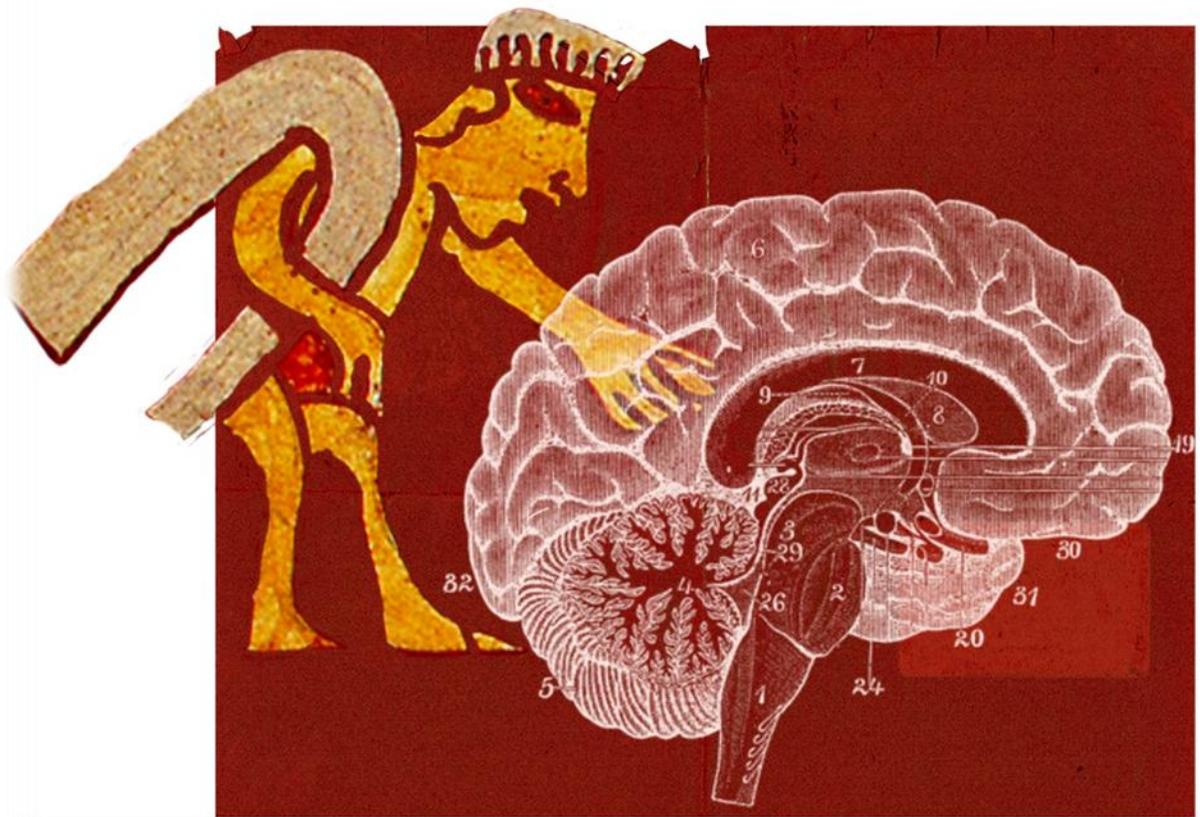
³ Héctor Díaz Polanco, "Cuestión étnico-nacional y autonomía" en Arturo Warman y Arturo Argueta (coords.), *op. cit.*, pp.203-204.

poder y control sociocultural.

El contexto histórico-político del indigenismo, condujo a la desaparición de la categoría de “etnia” en los estudios sobre los grupos indígenas. Posteriormente desde el marxismo ortodoxo, si bien reconocían la existencia de etnias, en sus análisis de la realidad social éstas eran subsumidas a la categoría de clase social, cayendo en un reduccionismo economicista; eliminando así, la dimensión sociocultural de la cuestión étnica.

Al no considerar en la problemática y estudios de la tradición médica indígena, el carácter étnico ni las relaciones interculturales, se genera una visión fragmentada, distorsionada y simplificada en su conflictividad. Lo cual ha contribuido a que la esta tradición se considere como una de las tantas manifestaciones culturales de los grupos que la practican, más no como un elemento central dentro de la problemática étnica indígena, planteada y ubicada dentro de una totalidad, filosófica, política e histórico-social de sus cosmovisiones.

CAPÍTULO I



LA RACIONALIDAD A TRAVÉS DE LA TRADICIÓN

INTRODUCCIÓN

Durante mucho tiempo el concepto de racionalidad ha sido objeto de una vasta reflexión filosófica. Hasta muy entrado el siglo XX el quehacer de la filosofía de la ciencia se realizó asumiendo una concepción particular de racionalidad, la concepción estándar, elaborada, como veremos más adelante, por el racionalismo moderno a partir de la distinción entre contexto de justificación y contexto de descubrimiento, interesándose únicamente en los aspectos normativos y metodológicos de la racionalidad implicados en la justificación de los productos científicos, es decir, a dilucidar las reglas o principios que regían la evaluación y selecciones científicas.

La concepción estándar de la racionalidad, en adelante llamada concepción occidental moderna, fue objeto de cuestionamientos críticos dentro y fuera de la filosofía de la ciencia, que incorporaron al análisis elementos hasta entonces considerados obstáculos para las evaluaciones y elecciones racionales, por ende, para el progreso científico. En esta tesitura varios filósofos de la ciencia estudian el papel de los valores, de las emociones, del conocimiento personal y tácito, de la capacidad del buen juicio o la sabiduría del experto, de la diversidad de prácticas y de puntos de vista e incluso del desacuerdo, como dimensiones importantes de la racionalidad.

Como resultado de esa crítica se dilucidó una concepción distinta de la racionalidad, y de la ciencia misma, cuya normatividad comprende elementos intersubjetivos, dialógicos, históricos y culturales, además de los lógico-deductivos. A raíz de lo anterior el quehacer de la filosofía de la ciencia dejó de enfocarse exclusivamente al análisis y reconstrucción lógica de las teorías, para tratar las dimensiones históricas, sociales, políticas, culturales y éticas de la ciencia, entendida ahora, como el resultado de las actividades prácticas realizadas por individuos dentro de una comunidad científica que opera bajo cierta organización e institucionalización que

determinan su práctica.

En lo que va del siglo XXI la reflexión filosófica sobre la racionalidad ha tomado nuevos rumbos que han abierto nuevas perspectivas para la comprensión de la racionalidad y sus implicaciones en la justificación y legitimidad del conocimiento científico pero también de una amplia gama de conocimientos y sus prácticas generados por otros grupos sociales como las etnias indígenas reconociéndolos como conocimiento genuinos.

En este capítulo se presenta la concepción occidental moderna de la racionalidad y el modelo de conocimiento que a partir de ella se promovió como el modelo a seguir para obtener conocimiento genuino del mundo físico e histórico y social. De manera particular se abordan las implicaciones políticas, sociales y éticas que el predominio de esta concepción de racionalidad tuvo en la conformación de la estructura social y en la jerarquización de los conocimientos, prácticas y experiencias, en dos grandes grupo, aquellos con validez epistémica y relevancia social, y aquellos que, de acuerdo con dicha concepción de racionalidad, carecen de validez epistémica y relevancia social como es el caso de la mayoría de los conocimientos y experiencias de los grupos indígenas en nuestro país.

Se presentan los principales cuestionamientos que desde la filosofía de la ciencia realizaron autores como Pierre Duhem, Otto Neurath y Thomas Kuhn, a la concepción occidental moderna de la racionalidad, asimismo las realizadas por Hans-Georg Gadamer, Peter Winch y Michael Oakeshott desde las ciencias sociales y las humanidades. De estos autores se retoman las principales aportaciones realizadas en torno a la dilucidación de la racionalidad de las creencias y las prácticas, mismas que configuran el marco teórico dentro del cual analizaré la problemática de la tradición médica indígena

El marco teórico así construido nos permite analizar cómo el predominio de la concepción occidental moderna de racionalidad configuro la problemática de la tradición médica indígena en por lo menos tres aspectos: 1) como objeto de estudio, 2) en sus relaciones conflictivas con el estado nación y en particular con la tradición médica científica, o biomedicina, y 3) en su validación y reconocimiento epistémico.

Por otra parte el marco teórico cumple la función heurística de guiarnos en la comprensión de las diferentes formas de racionalidad, en el marco de la filosofía de la ciencia y en el contexto sociopolítico de la pluralidad étnica, aportando elementos, a partir del análisis de las prácticas de esta tradición, para dilucidar una nueva concepción de racionalidad que contemple criterios de evaluación y elección favorables a relaciones interculturales simétricas y plurales.

Primera parte

La concepción occidental moderna de la racionalidad

La etapa histórica denominada modernidad¹ se caracteriza por el uso de conceptos como el de razón, ciencia, sujeto, progreso, historicismo, emancipación, metafísica, secularización, técnica y nihilismo (Abbagnano, 2004:729). De acuerdo con Alain Touraine (2000:9-18) la modernidad, en su forma más ambiciosa, consistió en la afirmación de que el hombre es lo que hace y que debe existir una estrecha correspondencia entre la acción humana y el orden del mundo, es decir, entre la producción económica y la organización social.

Tal correspondencia sólo podía ser producto de la razón, capacidad humana que el racionalismo consideró como atributo exclusivo de los seres humanos.² En la modernidad esta capacidad se enalteció al grado de convertirla en la única responsable de toda lógica y la única herramienta para obtener conocimiento objetivo y verdadero del mundo físico-natural como histórico-cultural.

A través del ejercicio de la razón los seres humanos lograrían adaptar la naturaleza y la organización social a las necesidades individuales y colectivas, sustituyendo la arbitrariedad, la desigualdad, la exclusión, la opresión y las diferentes formas de violencia física, psicológica o simbólica³. Sólo así la humanidad avanzaría hacia el progreso científico y tecnológico, hacia la libertad, la abundancia y la

¹ Lo moderno en el sentido histórico indica el periodo de la historia occidental que comienza después del Renacimiento, es decir, a partir del siglo XVII.

² Esta tesis del racionalismo moderno posteriormente sería considerada por varios filósofos de la ciencia, como Olivé, Echeverría, etc., como un dogma, argumentando que la razón es una capacidad presente en el reino animal cuyos orígenes evolutivos es posible rastrear. Estos autores proponen en su lugar una concepción naturalizada y evolutiva de la razón y de la racionalidad.

³ Actualmente se considera que toda esta problemática social se origina en parte por las políticas públicas del poder establecido [*statu quo*] de la sociedad política y también de las distintas formas de organización ideológico-políticas y culturales de la sociedad civil. La estructura básica generadora de tales acciones sociales se ubicaría dentro de la sociedad contemporánea, en la categoría económica del mercado, considerado como el centro principal de producción de plusvalor; así como de las dificultades de su ulterior “realización”, como de la lógica de acumulación del excedente económico y de la distribución y el consumo a través de la renta y el ingreso de los grupos sociales.

felicidad.⁴

La exaltación y el poder ilimitado concedido a la razón rebasarían el ámbito de la ciencia alcanzando el gobierno de los hombres y la administración de las cosas mediante su intelectualización o racionalización. Todo queda regido por la razón. Al ejercicio de la razón se le ha denominado racionalidad.

A partir del siglo XVIII en la mayoría de los países de Europa occidental, predominó una concepción particular de la racionalidad elaborada por el racionalismo moderno, llamada concepción occidental moderna, de acuerdo con la cual, la racionalidad es entendida como un método de evaluación y elección que opera con un conjunto de reglas de la lógica, cuya aplicación garantizan el ejercicio apropiado de la razón. Las reglas suponen la existencia de criterios de validez universal, como el principio de no contradicción o el principio de coherencia interna, cuya aplicación permite a los sujetos, que parten de la misma información, obtener los mismos resultados, hacer la misma evaluación y llegar a la misma conclusión para tomar las mismas decisiones y aceptar o rechazar teorías e hipótesis independientemente del contexto histórico y cultural de los sujetos que actúan racionalmente (Brown, 1988:19; Nudler, 1996:14; Olivé, 2000:156).

El racionalismo atribuyó a la racionalidad, como propiedades naturales, el ser universal, necesaria y única. Es universal en tanto que acepta únicamente como correcto el razonamiento guiado por las reglas de la lógica; es necesaria pues las conclusiones se deducen lógicamente a partir de las premisas; y es única en virtud de que no existe, dentro de esta concepción moderna, otra forma de racionamiento que permita a los sujetos obtener conocimiento válido para tomar decisiones y actuar correctamente (Olivé, 2000:156).

⁴ Esta concepción de la razón como liberadora del hombre y la humanidad fue cuestionada por los impulsores y posteriores críticos de la modernidad, como Jean-Jacques Rousseau. Filósofo francés que ante el predominio y esperanzas ciegas depositadas en la razón expresó lo siguiente en su *Discurso sobre las ciencias y las artes*: "¿El progreso de las ciencias y de las artes contribuirá a purificar o a corromper nuestras costumbres? ¿Hay alguna relación entre la ciencia y la virtud? ¿Hay alguna razón de peso para que sustituyamos el conocimiento vulgar que tenemos de la naturaleza y de la vida y que compartimos con los hombres y las mujeres de nuestra sociedad por el conocimiento científico producido por pocos e inaccesible a la mayoría? ¿Contribuirá la ciencia a disminuir el foso creciente en nuestra sociedad entre lo que es y lo que se aparenta ser, el saber decir y el saber hacer, entre la teoría y la práctica?" Citado por Boaventura de Sousa Santos, 2009:18-19.

La ciencia, particularmente la física, fue considerada por el racionalismo moderno como el modelo de racionalidad y el modelo de ciencia empírica a seguir por las demás disciplinas independientemente de la naturaleza del objeto de estudio, por ejemplo la acción social, pues se consideraba que las acciones humanas no eran cualitativamente distintas a los fenómenos físicos. De esta manera, a partir del siglo XIX, las ciencias sociales y las humanidades se conforman adoptando la concepción occidental moderna de la racionalidad lo mismo que los esquemas teóricos y metodológicos empleados por las ciencias naturales para representar y explicar los fenómenos histórico-culturales. El resultado fue la emergencia de las tradiciones naturalistas, así denominadas por Ambrosio Velasco (2000:17-18).

A continuación abordaré el modelo de conocimiento contemplado por la concepción occidental moderna de la racionalidad.

Modelo de conocimiento

La concepción occidental moderna de racionalidad delineó los principios epistemológicos, metodológicos y los compromisos ontológicos que serían los cánones a los que toda pretensión de conocimiento tendría que apegarse para tener la confianza epistémica de ser conocimiento genuino. El modelo se caracteriza por tener una concepción mecanicista del mundo y una concepción empírica del conocimiento, además por adoptar el método cartesiano y por la importancia que concede a la cuantificación de la naturaleza como forma de acceder a su conocimiento.

Concepción mecanicista del mundo. El modelo de conocimiento se fundamenta en la concepción mecanicista del mundo según la cual los fenómenos físicos presentan una regularidad e inmutabilidad susceptible de ser captada mediante un lenguaje preciso, claro y directo, es decir, mediante el lenguaje matemático.⁵

Concepción empírica del conocimiento. Aunado a lo anterior el modelo tiene una concepción empírica del conocimiento. La única forma de obtener conocimiento

⁵ En el siguiente capítulo abordaré más detalladamente la concepción mecanicista del mundo.

objetivo del mundo es mediante la observación directa a través de los sentidos y tiene que ser corroborado en la experiencia. Se trata de una experiencia ordenada y obtenida mediante la observación rigurosa, neutra y objetiva lo que la hace repetible y susceptible de ser comprobada por cualquier sujeto independiente de quien la realiza y de su contexto histórico cultural. Esta experiencia, obtenida mediante un proceso metódico riguroso, es segura y es la única que puede dar seguridad epistémica a cualquier otra experiencia.

Método cartesiano. Metodológicamente el modelo procede de forma cartesiana. Para acceder al mundo como objeto de estudio y conocer los fenómenos físico-naturales es necesario dividir la totalidad de la naturaleza en los elementos más simples que la conforman, sólo así es posible clasificarlos para posteriormente determinar las regularidades o las leyes que los conectan causalmente, y de esta manera explicarlos y predecirlos.

Importancia de la cuantificación como forma de acceder al conocimiento de la naturaleza. La matemática es el lenguaje universal en el que la ciencia comunica sus resultados y le proporciona además las herramientas analíticas para abstraer, representar y estructurar el mundo. Los hechos o fenómenos son cognoscibles en la medida que son objeto de nuestra experiencia, por consiguiente, cuantificables. De esta forma, podemos decir que tenemos conocimiento de un objeto o fenómeno determinado en la medida en que se traduzca cuantitativamente la información obtenida de dicho objeto por medio de la observación.

En suma, bajo este modelo de conocimiento y bajo esta concepción de racionalidad el conocimiento genuino es aquel que se obtiene a partir de la experiencia sensorial sobre los objetos o hechos empíricos, esta experiencia está guiada por un método, el método científico, que la ordena y le da certeza epistémica al ser objetiva, neutra (teórica y valorativamente), repetible y comprobable por cualquier sujeto independiente del contexto histórico y social en que ésta se lleve a cabo. El conocimiento genuino obtenido de esta forma tiene validez universal, es objetivo y se puede comprobar empíricamente.

El dominio epistémico y normativo que alcanzó esta concepción de racionalidad

y su modelo de conocimiento favoreció su adopción por las ciencias políticas, históricas, sociales, culturales y económicas, todo lo cual propició el escenario para que se instaurara con innegable supremacía y hegemonía ante otras culturas como “la forma más elevada de autorrealización humana” (Dascal, 1992:6), a partir de la cual se establecieron las normas que regirían la conducta y las formas de vida, además de los valores e intereses para conformar los problemas sociales prioritarios y sus soluciones (Gargani, 1983:7).⁶

A continuación abordaré las implicaciones sociales, políticas, éticas, además de las epistemológicas, que dicho predominio y la tendencia totalizadora de esta concepción de racionalidad tuvieron en todos los ámbitos de la vida social, particularmente sobre toda una gama de conocimientos, creencias, prácticas y experiencias generados por los distintos grupos indígenas, los cuales han sido marginados, excluidos, eliminados e incluso se les niega el estatus de conocimiento genuino sobre el mundo. Autores como Santos (2009) se refieren a estas consecuencias del predominio de la concepción moderna de racionalidad como una de sus lógicas de producción de ausencias, generando un pensamiento abismal caracterizado por la separación tajante y permanente entre la existencia y la no existencia.

Implicaciones sociales y políticas del predominio de la concepción occidental moderna de racionalidad

Para el racionalismo moderno la ciencia y sus productos, lo mismo que la racionalidad, tienen la cualidad, casi natural, de ser objetivos, teóricamente neutros e independientes del contexto histórico y cultural así como de todo valor e interés que no sea el progreso científico y la formulación de leyes que expliquen y predigan los fenómenos naturales. Es decir, la ciencia, su conocimiento y su racionalidad se consideraron como una

⁶ Al respecto Aldo Gargani (1983:11) sostiene que "si la racionalidad tradicional asumió la fisonomía que hemos delineado, ello es resultado de una denodada y violenta aspiración a un orden absoluto y definitivo de seguridad [...] Es resultado, por lo tanto, de que la búsqueda cognitiva estaba conjugada con una estrategia dirigida a disciplinar tanto los fenómenos naturales como la conducta intelectual, moral y social dentro de un sistema de normas y paradigmas para los cuáles no se prevén ni límites ni excepciones, y que, por consiguiente, son asumidos como irrevocables y absolutos".

actividad neutra política, económica y socialmente, realizada por sujetos imparciales.

El conocimiento científico, desde esta concepción, es el único que se obtiene, corrobora y evalúa empíricamente mediante la aplicación de un método riguroso, resultando un conocimiento objetivo, verdadero y racional que permite elaborar, con certeza epistémica, una representación correcta del mundo. El conocimiento así obtenido de la realidad sería imparcial y su uso no podía más que favorecer el progreso social.

Sin embargo, lejos de esta presunción racionalista los usos del conocimiento científico y sus criterios de racionalidad tendrían consecuencias sociales, políticas y éticas. Una de las principales consecuencias fue la clasificación dicotómica de la totalidad del conocimiento humano tomando como referencia al conocimiento científico. Sus características se tomaron como los criterios para clasificar de manera jerárquica la diversidad de saberes, creencias, conocimientos y prácticas elaboradas por los actores sociales en diferentes contextos culturales durante sus interacciones cotidianas.

El resultado fue la división del conocimiento en científico/no científico, teórico/práctico, técnico/práctico, conocimiento genuino/prejuicios y falsas creencias. El conocimiento técnico es aquel que tiene certeza pues se formula de manera precisa mediante el uso reglas, principios e instrucciones susceptibles de ser enseñadas, aprendidas y recordadas. El conocimiento práctico es aquel que no puede formularse en reglas ni explicitarse en libros, se expresa en la forma habitual o tradicional de hacer las cosas, es decir, en la práctica, por lo que, según el racionalismo, es impreciso e incierto, en consecuencia no se considera conocimiento sino una expresión de la ignorancia.

En dicha clasificación el conocimiento científico se colocó en supremacía epistémica sobre todos los demás y se asumió como el único que hace posible el entendimiento y las acciones humanas. La supremacía epistémica y la supuesta neutralidad valorativa justificó la imposición, en nombre de la razón, del conocimiento científico y de la concepción moderna de racionalidad como los únicos relevantes para conformar una organización social y política, tomando como base el conocimiento técnico, metódico y concluyente.

La organización política y social resultante se presenta como un modelo teórico formulado *a priori* de acuerdo con las reglas y expresiones de un lenguaje abstracto y universal que no dan cuenta de la complejidad ni especificidades históricas, étnicas y culturales de las sociedades en cuestión. De esta manera y ante la diversidad de prácticas y manifestaciones culturales, se impone la concepción racionalista de la política, del derecho, de la educación, de la salud, etc., desde las cuales se pretende abordar los problemas sociales y resolverlos con soluciones que superen las circunstancias del contexto espacial y temporal.

Bajo estos presupuestos la preocupación central en la teoría política y en el derecho sería asegurar el principio de racionalidad epistémica previo a todo concepto de justicia (Velasco, 2006:12). El racionalismo en la política y el derecho eliminó toda consideración ética –sin la cual el derecho puede, incluso, proceder contra lo que exige la justicia⁷–, sustituyó la costumbre, la tradición, lo circunstancial y lo transitorio por lo universal y la uniformidad, pues "no puede haber lugar para preferencias que no sean racionales, y todas las preferencias racionales coinciden necesariamente. Se reconoce la actividad política como la imposición de una condición uniforme de perfección sobre la conducta humana" (Oakeshott, 2000:23-26).

El racionalismo procede así en contra de la pluralidad de racionalidades, de la pluralidad epistémica y de la diversidad cultural. Al establecer las características del conocimiento científico como los criterios epistémicos que debe cumplir toda presunción de conocimiento, niega o margina la importancia que otro tipo de conocimientos, experiencias y prácticas humanas –por ejemplo los generados por los grupos indígenas con sus propios métodos de obtención y criterios de validación–, tienen en la toma de sus decisiones y elecciones políticas y morales, así como en la dirección de su praxis, en el establecimiento de su identidad étnica-cultural e incluso en

⁷ Kelsen en su postulado de la pureza del método, sostiene que el derecho tiene categoría de medio, cuyos fundamentos reales caen dentro del ámbito sociológico, mientras que los fines del derecho en el campo de la ética y de la política, considerándolos por esta razón como metajurídicos. Bajo estas sencillas consideraciones metodológicas, Kelsen presenta una actitud idealista inspirada en Kant y en Descartes. Bajo este paradigma no cabe la posibilidad de generar una teoría científica sobre la justicia. Relacionar el derecho y la justicia como lo pretende la visión iusnaturalista, es considerar falsamente al derecho positivo como justo (Preciado Hernández; 1986: 42-43).

el reconocimiento y legitimación de sus instituciones sociales.

Los conocimientos, creencias, prácticas y experiencias de las etnias indígenas pueden ser considerados como un conocimiento práctico más que un conocimiento técnico. Como se abordará en el capítulo 3, son conocimientos generados a través de su existencia y experiencia milenaria dentro de las relaciones establecidas con su entorno biocultural. Tales conocimientos, que incluye los conocimientos del sentido común⁸, obedecen a una normatividad consensuada por la comunidad a la manera de una convención sociocultural e histórica que se expresa en sus cosmovisiones dentro de la cual se constituyen en una praxis legítima y conocimiento genuino.

Las dicotomías y la supremacía epistémica se establecen sobre una concepción errónea del conocimiento científico o técnico y del conocimiento práctico. El conocimiento práctico representa el saber de la tradición, el saber que sólo se imparte y adquiere en la práctica, mediante el contacto directo con la persona que lo está practicando perpetuamente y en esa práctica lo está modificando, actualizando, todo siempre como parte de una tradición.

Para algunos autores la clasificación y jerarquización que el racionalismo hace del conocimiento, experiencias y prácticas es un prejuicio que ha tenido consecuencias negativas al equiparar el conocimiento genuino con el conocimiento científico. Oakeshott, por ejemplo, reconoce que aunque el conocimiento técnico y el práctico diverjan en la forma de expresarse, de aprehenderse o adquirirse, ambos son componentes inseparables del conocimiento involucrado en toda actividad humana concreta. "No hay ningún conocimiento que no sea un *saber cómo*" (2000:27-28). Asimismo sostiene que la actividad humana, sea el arte, la religión e incluso la ciencia misma, requiere del conocimiento técnico como del conocimiento práctico.

Oakeshott, procede así en contra de la tendencia de negar la validez epistémica y el carácter de conocimiento genuino al conocimiento práctico. Para dicho autor, no es el

⁸ El conocimiento de sentido común no debe entenderse como una conciencia ordinaria de un realismo ingenuo, sino como un conocimiento verdadero y legítimo, que como veremos en la segunda parte de este capítulo, está contenido en la tradición cultural de un pueblo o comunidad étnica, dentro de la cual adquieren sentido y trascendencia. Debe entenderse en el sentido establecido por Gadamer (2001a), como un conocimiento práctico, como el sentido que funda la comunidad de un pueblo o una sociedad. Como una totalidad simbolizada dentro de sus cosmovisiones y cosmogonías.

método de obtención ni de comprobación lo que otorga certeza epistémica al conocimiento, ni su estatus de “genuino”, sino su potencialidad para incidir en el mundo, es decir, para llevar a cabo ciertas prácticas, en la medida en que afirma que incluso los científicos en su quehacer emplean conocimiento práctico además de recurrir a "las reglas de la observación y la verificación que corresponden a su técnica, pero estas reglas siguen siendo sólo uno de los componentes de su conocimiento; jamás se logró un avance en el descubrimiento científico siguiendo sólo las reglas" (2000:27-28).

Bajo el predominio de la concepción occidental moderna de racionalidad, lejos de aceptarse una pluralidad de racionalidades culturales, de modos de actuar, de conocer el mundo y de relacionarse con el mundo y entre sí, se promueve la configuración y reproducción de un “superorden” con sus “supernormas”, valores y lógica, que sólo puede ser homogéneo culturalmente y movido por procesos de intelectualización y racionalización que institucionalizan y legitiman el predominio del conocimiento técnico sobre el conocimiento práctico y la ética, el predominio del conocimiento científico sobre el conocimiento tradicional y de sentido común.

Esta ha sido una de las principales críticas realizadas a la noción moderna de racionalidad: su proceder en contra de todo conocimiento que no sea comprobado mediante la experiencia científica, negando así saberes que forman parte de una tradición, que si bien, no es un saber científico dan cuenta del mundo natural y social del hombre, influyendo en sus acciones y decisiones y que constituyen una forma distinta de pensar, de praxis, de relacionarse entre sí y con la naturaleza y de apropiarse sus recursos.

Más adelante regresaré a los principales planteamientos críticos que distintas tradiciones de filosóficas, sociales y humanistas han realizado sobre esta concepción de racionalidad pero antes trataré de explicar su crisis.

La concepción occidental moderna de la racionalidad entra en crisis

A partir de algunas concepciones filosóficas y desde cierta postura de la teoría social

contemporánea se han elaborado planteamientos críticos a la concepción occidental moderna de racionalidad, los cuales evidencian su crisis como modelo de conocimiento, y de la forma de vida y de los valores asociados a ella (Farfán, 2000:1).

La crisis se hace evidente al reconocer que la racionalidad y sus principios normativos lejos de tener una estructura natural, autoevidente, universal y necesaria, son una convención sociocultural consensuada en el contexto de la institucionalidad histórica de la ciencia en la cual los integrantes de sus respectivas comunidades asumen como vocación y ética profesional (Weber, 1980). En relación a lo anterior Gargani afirma que

...más que ser una naturaleza, aquella racionalidad se ha revelado, bajo el impulso de las necesidades de nuestra vida, como “una costra sutil y precaria” que oculta un código de normas convencionales, un sistema de vetos y prohibiciones impuestos por los grupos sociales dominantes en los términos de una razón natural y normal. A estas instancias normativas se ha elevado el disciplinamiento social usando las expresiones de un lenguaje abstracto y universal. La práctica social autoritaria para proteger el privilegio de clases y grupos sobre los demás recurrió siempre a normas...a reglas que disciplinan el sistema social desde el exterior...su legitimación no tiene referencia alguna a las relaciones recíprocas y controlables del sistema en su interior. *La metanorma del privilegio social debe ser arrancada del sistema social que pretende disciplinar, por principio.* La razón clásica, “natural” y “normal”, justifica la misma función social que justificaba la hipótesis teológica (Gargani, 1983:42-43)

Como modelo de conocimiento la crisis de la concepción occidental moderna de racionalidad se expresa en su agotamiento e incapacidad para concebir la actividad científica como un proceso epistémico intersubjetivo de construcción y evaluación del conocimiento enmarcado en un contexto sociocultural con implicaciones políticas y éticas.

Las evidencias teóricas más agudas del agotamiento y crisis del modelo de conocimiento así como de la concepción prevaleciente de racionalidad, surgieron al

interior de la ciencia. A principios del siglo XX los avances de la física moderna desdibujaron la concepción mecanicista del mundo y revelaron un mundo dinámico y lleno de incertidumbre que no podía ser explicado por los principios ontológicos y normativos de esta concepción de racionalidad ni con sus esquemas teóricos ni metodológicos.

Por ejemplo, el racionalismo moderno sostenía que la ciencia, siguiendo la metodología y razonamiento adecuados y procediendo correctamente, podía determinar con certeza la ocurrencia de uno o varios fenómenos simultáneos. Ante esta presunción la física reveló que la simultaneidad de dos o más acontecimientos que ocurren en lugares distantes no puede determinarse con certeza, únicamente pueden definirse.

A esto se suma principio de incertidumbre desarrollado por Heisenberg el cual sostiene que no podemos conocer, y por consiguiente medir, al mismo tiempo la velocidad y la ubicación de una partícula. Toda medición realizada por el científico interfiere en el objeto de estudio, cuando intenta determinar la velocidad de una partícula altera su ubicación y cualquier acción encaminada a disminuir el error obtenido en la medición de la velocidad aumenta el error en la medición de su ubicación. Lo mismo, pero a la inversa, ocurre cuando el científico intenta determinar la velocidad de la partícula; en ambas situaciones el científico podrá conocer con certeza la velocidad o la posición que tiene la partícula en un momento dado, pero no ambas.

Los hallazgos anteriores cuestionaron la certidumbre y precisión epistémica de la ciencia y de su racionalidad. A partir de ese momento el conocimiento sobre los fenómenos u objetos de la naturaleza proporcionado por la ciencia representaba un estado de cosas o hechos en término sólo de probabilidad no en términos absolutos.

El rigor de las matemáticas, el lenguaje por excelencia de la ciencia, también fue cuestionado. Los teoremas realizados por Gödel demostraron que aún aplicando las reglas de la matemática es posible formular proposiciones indecidibles que no pueden refutarse ni demostrarse, lo cual muestra los límites del formalismo del lenguaje matemático en el que son expresadas las leyes naturales.

Finalmente las leyes de la termodinámica cambiaron la idea de un mundo ordenado y en equilibrio. Las leyes establecen que en una situación de no-equilibrio las

moléculas de un sistema se auto-organizan en un estado de menor entropía (desorden). Los sistemas llegan a un estado de equilibrio a través de fluctuaciones de energía, que de manera no previsible desencadenan reacciones espontáneas por mecanismos no lineales provocando en el sistema un estado de máxima inestabilidad que conduce de manera irreversible a un nuevo estado de energía.

Hasta aquí hemos señalado los factores que dieron lugar a la crisis del modelo de conocimiento, sin embargo y como se mencionó anteriormente la crisis de la concepción moderna de racionalidad, dado sus pretensiones totalizadoras, rebasó el ámbito de la ciencia y su conocimiento afectando otros presupuestos ontológicos, valorativos e incluso las formas de vida que sustentaba. Es posible comprender tales dimensiones e implicaciones de la crisis si partimos del análisis de Thomas Kuhn sobre el desarrollo científico.

En *La estructura de las revoluciones científicas* Kuhn introduce el concepto de paradigma como un elemento de análisis importante para entender el desarrollo científico, no obstante de tratarse del concepto, quizás, más oscuro de su obra. Casi siete años después de haberse publicado la obra referida, Kuhn escribió un epílogo en el cual busca esclarecer el concepto de paradigma. A la interrogante ¿qué podrían ser los paradigmas? el autor se refiere a ellos como la "constelación de los compromisos del grupo" (Kuhn, 2007:312). Margaret Mastermas (*The Nature of Paradigm*) afirma que

...el paradigma de Kuhn no sólo es una idea nueva y fundamental en la filosofía de la ciencia, y que merece, por tanto un examen; sino que aquellos que le atacan no se han tomado nunca la molestia de averiguar en que consiste, aunque la visión general que tiene Kuhn de la naturaleza de las revoluciones científicas depende de ese concepto... Según mi cuenta emplea 'paradigma' en no menos de veintiún sentidos..." (Masterman, 1975:162).

En los más de 22 sentidos en los que Kuhn usa el concepto de paradigma, M. Masterman argumenta que no hay inconsistencia entre ellos e identifica tres principales fundamentos significativos de dicho concepto:

- 1.- Un sentido sociológico.

2.-Un sentido metafísico o metaparadigma (que rebasa el esquematismo mecanicista de un simple modelo).

3.- Un sentido ordenador, como matriz estructuradora o fundamento que guía la actividad de los científicos en la “construcción de artefactos” para la resolución de problemas.

Este último sentido es el que Kuhn asigna al paradigma durante los periodos de ciencia normal, cuando

...la investigación (está) basada firmemente en uno o más logros científicos pasados, logros que una comunidad científica particular reconoce durante algún tiempo como el fundamento de su práctica ulterior (Kuhn, 2007:70).⁹

Los paradigmas son consensuados por la comunidad científica en su quehacer de “resolución de rompecabezas” o en la tipificación de criterios normativos para la constatación de hipótesis, la evaluación y/o selección de modelos teóricos más adecuados para la solución de los problemas considerados de mayor importancia y trascendencia.¹⁰ Durante la ciencia normal los científicos buscan articular su paradigma con el propósito de compaginarlo mejor con la naturaleza. En esta labor los científicos pueden encontrar con frecuencia dificultades o anomalías que el paradigma no puede solucionar. La gravedad de las anomalías dependerá de su cantidad y del tiempo de resistencia para corregirlas o desaparecerlas. Sin embargo, la sola existencia de anomalías no socavará la confianza en el paradigma ni producirán por sí mismas una

⁹ En su capítulo IV “La ciencia normal como solución de rompecabezas”, el autor afirma, admirado, lo siguiente: “Tal vez el rasgo más sorprendente de los problemas de la investigación normal con los que nos hemos topado hasta ahora sea en cuan escasa medida pretenden producir novedades importantes, sean conceptuales o fenoménicas” (Kuhn, 2007: 105).

¹⁰ Una de las consideraciones al respecto, es la del epistemólogo inglés Alan F. Chalmers, (Bristol, 1939, c. de Gran Bretaña, Inglaterra), que en apretada síntesis comenta que: “El paradigma establece las normas necesarias para legitimar el trabajo dentro de la ciencia que rige. Coordina y dirige la actividad de *resolver problemas* que efectúan los científicos...capaz de apoyar una tradición de ciencia normal” (Alan F. Chalmers, *¿Qué es esa cosas llamada ciencia?*, Siglo XXI, México, 1984, 129). Señala que entre sus componentes se encuentran leyes y supuestos teóricos equiparables “al núcleo central de un programa de investigación lakatosiano... (*Ibidem*: 120-130).

crisis (Chalmers, 1984:133-135).

Para que las anomalías generen una crisis tienen que acumularse generando una tensión esencial entre lo que Kuhn llamó pensamiento convergente y el pensamiento divergentes. Es decir, entre los científicos que insisten en mantener la investigación dentro del consenso dado por el paradigma establecido, y con el cual se han comprometido, y aquellos científicos que, ante los problemas que no ha podido resolver el paradigma, insisten en rechazar las soluciones antiguas dirigiendo la solución del problema hacia nuevas direcciones, adoptando una nueva manera de ver el mundo que resulta incompatible con la anterior (Kuhn, 1982).

Superar la crisis requiere la emergencia de un paradigma rival fuertemente competitivo que proponga nuevas maneras de resolver las anomalías, el cual puede adoptarse como nuevo paradigma, produciendo lo que Kuhn ha planteado como una revolución científica sobre los modelos o esquemas limitados, que han sido insuficientes en los resultados esperados, o que han sido inadecuados en las expectativas para abordar y afrontar nuevos territorios del conocimiento y la comprensión de la problemática de la objetividad científica.

Rafael Farfán (2000:11) reflexionando sobre la interrelación de los posibles significados del paradigma en Kuhn, afirma que el paradigma tiene una función mucho más amplia, puesto que asume una variedad de caracterizaciones e interpretaciones históricamente determinadas de la modernidad sociocultural. Lo cual permite afirmar que la crisis de la concepción occidental moderna de racionalidad trastoca la actividad científica abarcando el ámbito académico, institucional, político, social y cultural. Como se mencionó anteriormente, la crisis se deriva de la imagen de una racionalidad neutral y desligada de su forma axiológica y libre de presuposiciones no sólo en el contexto de investigación o de descubrimiento, sino también en los ámbitos ideológicos más generales y constitutivos de los sujetos históricos,¹¹ de la filosofía política,¹² del

¹¹ Cfr. Carlos Pereyra, *El sujeto de la historia*. Alianza editorial, Madrid, España, 1984.

¹² Norberto Bobbio y Michelangelo Bovero, *Origen y fundamentos del poder político*. Grijalbo, México, 1985. Los autores pertenecen a la escuela turinesa, Italia; han aportado a la filosofía política occidental una recuperación del pensamiento clásico como uno de los principios fundamentales en la orientación del debate político contemporáneo.

republicanismo y multiculturalismo¹³, asimismo, alejada en lo posible de cualquier pensamiento historiográfico¹⁴, del historicismo¹⁵ y de ciertas teorías de la historia¹⁶.

Se trata, pues, de una crisis general de la concepción moderna de racionalidad científica, ante la cual han proliferado investigaciones en distintos ámbitos del conocimiento, desde las ciencias naturales hasta las ciencias sociales y las humanidades, en busca de una nueva concepción de racionalidad que presida su matriz disciplinar o paradigma de investigación. Tal búsqueda implica traspasar las divisiones disciplinares y del conocimiento mismo, establecidas por el racionalismo cartesiano, y proponer nuevos enfoques teóricos y metodológicos.

En el ámbito de la economía, por mencionar algunos ejemplos, Jennifer Fuenmayor (2003) ha planteado la necesidad de adoptar una perspectiva transdisciplinar para la conformación de una nueva concepción de racionalidad que privilegie su dimensión histórica y social, ética y moral, a la vez que contemple valores como la equidad, la solidaridad y el bienestar social. Enrique Leff (2004) ha propuesto una concepción de racionalidad ambiental que contempla la dimensión simbólica, cultural y ética, inmersas en la apropiación social de la naturaleza, como condición para salir de la crisis ambiental derivada del agotamiento de las estrategias de conocimiento y dominación de la naturaleza y de la cultura propias de la concepción moderna de racionalidad. Bonfil Batalla, en la antropología, contribuyó a la conformación de la antropología crítica sustentada en otra concepción de racionalidad. En la sociología, Santos (2009) propuso un paradigma emergente basado en una ecología de saberes.

¹³ Ambrosio Velasco Gómez, *Republicanismo y multiculturalismo*. Siglo XXI, México, 2006. “Uno de los presupuestos más importantes –afirma el autor– en la filosofía moderna establece una clara separación entre el mundo ahistórico y trascendental de las teorías y el mundo de las prácticas, costumbres, creencias, opiniones, instituciones, debates ideológicos y, en general, el mundo de la vida social de personas y comunidades concretas”. p. 11.

¹⁴ Cfr. Álvaro Matute Aguirre, *Pensamiento historiográfico mexicano del siglo XX. La desintegración del positivismo (1911-1935)*. FCE-UNAM, México, 1999.

¹⁵ Cfr. Álvaro Matute Aguirre (comp.), *El historicismo en México*. Paideia-UNAM-FFyL, México, 2001.

¹⁶ Cfr. Marc Bloch, *Introducción a la historia*. FCE. Breviarios, No. 64, México, 2006; asimismo, Edward Hallet Carr, *¿Qué es la historia?* Ariel, México, 2000. En el debate contemporáneo Corina Iturbe (1981: 11) afirma que se han planteado, dentro de la filosofía tradicional de la ciencia, dos modelos fundamentales: “a) el modelo de la ley inclusiva (covering law model) extraído de una teoría de la explicación en las ciencias naturales y aplicado a la historia, y b) el modelo que llamaré ‘intencionalista’, elaborado desde la perspectiva que sostiene que las ciencias sociales tienen, por su objeto mismo de estudio, una metodología ‘distinta’ a la de las ciencias naturales”.

Planteamientos similares se han elaborado en el campo medicina, desde la antropología y sociología médicas o desde la propia medicina. En el derecho ha ido creciendo el pluralismo jurídico en oposición a la concepción positivista del derecho.

Conjuntamente éstos y muchos otros trabajos en distintas disciplinas de las ciencias sociales y las humanidades representan una ruptura epistemológica y metodológica con el modelo de conocimiento sostenido por la concepción de racionalidad occidental moderna. Representan también la necesidad de consensuar otros paradigmas cuyos fundamentos teórico-metodológicos residan en una nueva concepción de racionalidad con criterios que emerjan de la intersubjetividad de los sujetos cognoscentes concebidos como sujetos históricos y culturalmente diversos.

A continuación desarrollaré la crítica realizada dentro de la filosofía de la ciencia a la concepción occidental moderna de racionalidad.

Crítica filosófica a la racionalidad científica

La imagen estereotipada de la racionalidad científica se desdibujó a principio del siglo XX, periodo en el cual se da una fuerte y a la vez constructiva crítica desde la filosofía de la ciencia, la historia de la ciencia y la sociología de la ciencia. En el siguiente apartado señalaré los principales argumentos críticos que desde la filosofía e historia de la ciencia se elaboraron en torno a la concepción occidental moderna de la racionalidad.

Hacia la pluralidad observacional en la ciencia

Una de las principales críticas a la concepción moderna de racionalidad como una propiedad intrínseca de los objetos y fenómenos de la naturaleza, neutra y objetiva se pone en tela de juicio cuando se empieza a desdibujar la imagen estereotipada de la ciencia y de las actividades que ésta implica, como la observación y comprobación de los productos científicos.

El positivismo lógico fue una tradición de pensamiento filosófico que desarrolló y defendió la concepción occidental moderna de la racionalidad. Si bien era tradición

heterogénea sus principales exponentes compartían algunos postulados básicos. Por ejemplo sostenían que la observación, la experiencia, el punto de contrastación o la llamada base empírica eran teóricamente neutros. En oposición a esa postura, autores como Thomas Kuhn, Russell Hanson, entre otros, sostuvieron que toda observación requiere de una teoría. Los científicos necesitan de presupuestos teóricos, conocimientos y experiencias previas que les indiquen qué observar, cómo observarlo y cómo organizar la información obtenida, sólo así es posible identificar un fenómeno natural y conocerlo (Hanson, 1989:218, 226 y 238). Ésta es la función heurística que Kuhn atribuye al paradigma.

De acuerdo con Kuhn, el paradigma proporciona los conceptos y categorías relevantes que permiten a los científicos ver el mundo de una manera determinada mostrándoles las relaciones existentes entre los fenómenos y organizando su experiencia visual acorde con ella. El paradigma, además, indica a los científicos los datos relevantes, los instrumentos y procedimientos para obtenerlos, así como los conceptos para interpretarlos (Kuhn; 2007:263 y 265).

Para Kuhn y Hanson, entre otros filósofos de la ciencia, observar no se reduce a los datos sensoriales que un sujeto pueda tener tras su experiencia inmediata de un objeto. Observar es un proceso que se aprende con la ayuda de conocimientos previos, teorías y otros presupuestos proporcionados por el paradigma. La observación y los resultados son siempre interpretaciones de los hechos observados, interpretaciones hechas a la luz de una teoría. Los fenómenos de interés para la ciencia no están dados de antemano en la naturaleza, esperando ser captados por el científico mediante su experiencia inmediata, sino que son evidenciados a la luz de un paradigma.

Un paradigma enseña al científico a observar los fenómenos de cierta manera, de acuerdo a los presupuestos ontológicos y metodológicos del paradigma con el cual se ha comprometido. De tal manera que dos científicos con paradigmas distintos realizaran observaciones distintas, más aún, pueden divergir en lo que observan y reconocer la existencia de objetos y fenómenos diferentes en el mundo, a pesar de que los elementos de su campo visual sean idénticos.

La aportación principal que hacen estos autores es presentar una concepción

distinta de los elementos centrales de la actividad científica: la observación, la experiencia y la evaluación. La observación y la experiencia presuponen un paradigma –o una teoría, conocimientos previos y presupuestos ontológicos y metodológicos– no son neutras ni iguales para todos los sujetos. Los datos obtenidos de la experiencia así como el lenguaje en el que los expresan y comunican también dependen de la teoría empleada, es decir, no son neutrales.

Si no existe una fuente inapelable de experiencia que pueda tomarse como punto de contrastación ¿Cómo se lleva a cabo la evaluación y elección racional de las teorías e hipótesis? ¿Cuáles son los criterios de elección? Estas preguntas han tenido varias y muy diversas respuestas dentro de la filosofía de la ciencia. Popper (2008:99-106), por ejemplo, sostiene que la base empírica es el resultado de un acuerdo o convención establecida por la comunidad de científicos a partir de una teoría aceptada. Aunque Popper sostiene el carácter convencional de la base empírica, mantiene racionalidad como criterio universal y único de selección, es decir, como un conjunto de reglas metodológicas.

Los límites de la concepción metodológica de la racionalidad

Desde principios del siglo XX surgieron críticas importantes a la noción metódica de la racionalidad que evidenciaron las limitaciones y deficiencias de las reglas de la lógica clásica como criterios de decisión y elección.

Pierre Duhem (1962:285-286) argumentó que cuando lo predicho por una teoría se contradice con su aplicación experimental, las reglas de la lógica indican al científico que la teoría debe ser modificada pero no le muestran qué es lo que tiene que modificar ni cómo hacerlo, corresponde al científico averiguarlo. Esta búsqueda no es dirigida por algún principio absoluto, por lo que el problema puede ser abordado de diferentes maneras recayendo en la sagacidad del científico que encuentre, o no, el punto débil que afecta a todo el sistema teórico y de esta manera decidir que hipótesis rechazar o aceptar y cuales corregir.

En tales circunstancias las decisiones que los científicos toman no son el

resultado de la aplicación de algún principio lógico de validez universal, son el resultado de la aplicación de criterios distintos a la lógica, lo cual no condena sus evaluaciones y elecciones a la irracionalidad. Cabe aclarar que Duhem no desecha las reglas lógicas y metodológicas únicamente reconoce sus limitaciones como criterios de racionalidad enfatizando la necesidad de que sean complementadas con otro tipo de razones a las que llama “buen sentido”.

La lógica pura no es la única regla de nuestros juicios; algunas opiniones que no incurren para nada en el principio de no contradicción, son sin embargo, perfectamente desatinadas. Estos motivos que no derivan de la lógica, y que no obstante guían nuestra elección, esas razones que la razón no conoce, que hablan al espíritu de finura y no al espíritu geométrico, constituye lo que se llama propiamente el *buen sentido* (Duhem (1962:285-286).

Siguiendo con Duhem, las razones del buen sentido surgen de la capacidad de crítica y de reflexión que desarrollan los científicos a lo largo de su experiencia y formación, y es lo que les permite defender ante otros científicos las razones que los inclinan a rechazar o aceptar sus hipótesis y teorías.

A diferencia de los criterios de la lógica, las razones que proporciona el buen sentido carecen de la formalidad, la precisión y el rigor de la lógica. Es decir, son razones que si bien guían las decisiones de los científicos, no las pueden formular con precisión ni imponer a los demás con el mismo rigor que las prescripciones de la lógica. De esta forma tienen que defender sus decisiones y elecciones argumentando las razones dadas por su buen sentido y demostrar el sinsentido de su adversario (Velasco, 2005).

La gran aportación de Duhem radica en la comprensión de que toda evaluación y elección racional implica un proceso deliberativo en el cual los científicos recurren a las razones dadas por el buen sentido más que a una rigurosa metodología demostrativa. Para que el proceso deliberativo lleve a una decisión racional es necesario que los científicos desarrollen la capacidad de emitir un juicio prudencial para que no sean

“demasiado indulgentes con su propio sistema ni demasiado severos con el sistema del otro” (Duhem, 1962:287). Concuero completamente con Velasco (2005) cuando afirma que Duhem plantea la racionalidad en términos dialógicos pues el buen sentido requiere que los científicos estén dispuestos a ampliar su propio horizonte, a escuchar y aceptar posturas opuestas a la suya, permitiendo a la vez cuestionarla.

Otto Neurath, al igual que Pierre Duhem, argumentó que las reglas de la lógica son insuficientes, por sí mismas, para guiar las decisiones y elecciones de los científicos, proponiendo otro tipo de razones a las que llamó “motivos auxiliares”. Las razones que proporcionan los motivos auxiliares son la herencia histórica de generaciones pasadas, como tal, surgen de la práctica histórica.¹⁷ Los motivos auxiliares son

...un puente entre racionalismo y tradición...una guía del razonamiento que surge de la práctica y la tradición...requieren para su preservación, el reconocimiento por una comunidad de su ámbito de aplicación y de su utilidad como un principio heurístico de aplicación.¹⁸

El buen sentido y los motivos auxiliares permiten comprender que la racionalidad tiene que ver más con las capacidades de crítica, de reflexión, de argumentación y deliberación que los científicos desarrollan en su práctica y formación, que con la aplicación metodológica de reglas.

En su labor cotidiana y en su formación dentro de una tradición de investigación, los científicos adquieren normas que son formuladas convencionalmente dentro de la tradición. Las normas surgen en la práctica histórica de su formación y profesión, práctica que es asumida como la herencia histórica de generaciones pasadas cuya aceptación y uso como criterios de racionalidad ha pasado por el escrutinio y reconocimiento de los miembros de la tradición. Lo anterior nos permite afirmar que el buen sentido y los motivos auxiliares aluden a una noción de racionalidad práctica e

¹⁷ Cfr. Otto Neurath, “The Lost Wanderers of Descartes and the Auxiliary Motive” en *Philosophical Papers 1913-1943*. 1983. pp. 1-12.

¹⁸ Citado por Ambrosio Velasco Gómez, 2005, p.394.

históricamente arraigada, planteada en términos propiamente hermenéuticos y heurísticos.

Sin embargo el papel de la historia como un elemento fundamental para la comprensión del desarrollo y cambio científico sería retomado por Thomas Kuhn hasta la segunda mitad del siglo XX.

Thomas Kuhn: racionalidad e inconmensurabilidad

Thomas Kuhn en *La estructura de las revoluciones científicas* muestra una imagen de la misma y de su racionalidad radicalmente distinta a la noción estereotipada sostenida por la filosofía tradicional basada en la distinción entre contexto de justificación¹⁹ y contexto de descubrimiento, la cual rechaza categóricamente.

En primer lugar, Kuhn recupera la dimensión social de la ciencia al concebirla como una actividad realizada, no por sujetos aislados, sino por sujetos pertenecientes a una comunidad de científicos que han adoptado una tradición de investigación dentro de la cual se plantean problemas cuyas soluciones generan desacuerdos racionales. En segundo lugar, sostiene que todo conocimiento, criterios de evaluación y elección de teorías están constreñidos a una tradición y cambian con ella. Kuhn, al colocar estos elementos en la reflexión filosófica de la ciencia deja ver que el contexto social, histórico y cultural, son indispensables para la producción de hipótesis y teorías, pero sobre todo, para su evaluación y elección racional. Estos elementos se encuentran contenidos en la tradición de investigación científica (Kuhn, 1982:351 y 358).

La tradición está conformada por teorías, por presupuestos ontológicos y metodológicos, proporciona los criterios, valores, destrezas y prácticas a través de las cuales se evalúan las hipótesis y teorías. Toda evaluación y elección racional son impensables fuera de la tradición y están sujetas a su dinamismo e historicidad. En

¹⁹ El contexto de justificación era considerado como el ámbito de la reflexión propiamente de la filosofía de la ciencia. No les interesaba el proceso mediante el cual los científicos (como sujetos históricos y pertenecientes a una cultura determinada) elaboraban hipótesis y teorías, se interesaban más bien, por la justificación epistémica de los productos (teorías e hipótesis) desligados del contexto social e histórico en el que fueron producidas y aceptadas por la comunidad científica. *Cfr:* Ayer, 1965.

suma, la racionalidad se encuentra arraigada a la tradición.

Para comprender la noción de racionalidad en Kuhn es importante la tesis de la inconmensurabilidad. En esta tesis sostiene que los presupuestos teóricos, los conceptos, los valores contenidos en la tradición dan forma a las observaciones que hacen los científicos, quien además, las expresa usando conceptos y un lenguaje que no es común a los demás, por lo que existe más de una forma de organizar conceptualmente lo percibido en la experiencia y por lo tanto de representar y explicar el mundo.

Dos teorías son inconmensurables cuando están articuladas en lenguajes que no son completamente traducibles entre sí (Pérez, 2000:86-87). Si no hay un lenguaje común en el cual se pueda expresar lo dicho por distintas teorías y, en consecuencia, una medida común de éxito que permita establecer cuál de ellas es la mejor, surge el problema de cómo elegir entre teorías inconmensurables. Pareciera que aceptar la tesis de la inconmensurabilidad cancela la posibilidad de elección racional, sin embargo, alude a una noción distinta de racionalidad.

En la concepción occidental moderna de racionalidad para evaluar y elegir entre dos teorías era necesario compararlas y por consiguiente traducir completamente una teoría en términos de la otra. Kuhn al reconocer la inconmensurabilidad entre teorías plantea que la evaluación y elección no se requiere traducibilidad completa, basta con la posibilidad de comprensión de las teorías rivales. La comprensión es posible ya que la inconmensurabilidad es sólo parcial, es decir, las teorías en pugna tienen un conjunto de creencias, de valores metodológicos y epistémicos que no están en disputa y que proporcionan la base común que permite aprender el lenguaje de la teoría rival permitiendo su comprensión, comparación y elección (Pérez, 2000:91 y 128).²⁰

Los científicos no apelan a reglas lógicas universales para elegir una de las teorías rivales; recurren a lo que en un contexto histórico se juzga, con base en valores epistémicos establecidos y compartidos por una comunidad científica, como virtudes de

²⁰ Al aprender el lenguaje de una teoría se aprende también el significado de los conceptos en relación a la totalidad del sistema taxonómico pues, es sólo dentro de este sistema que los conceptos adquieren significado en su relación con otros conceptos del sistema.

una teoría, por ejemplo la precisión, la coherencia, la amplitud, la simplicidad y la fecundidad (Kuhn, 1982:346).

Estos criterios, que Kuhn llama convergentes, proporcionan la base en común que permite a los científicos comparar y elegir una teoría. Sin embargo que proporcionen la base en común no garantiza una elección única ni concluyente. En palabras de Kuhn "...dos hombres comprometidos por entero con la misma lista de criterios de elección pueden llegar a pesar de ello a conclusiones diferentes" (Kuhn, 1982:346).

La divergencia en la elección ocurre porque los criterios de elección no tienen un sentido único y los científicos difieren en cuanto a los pesos relativos que deben asignarles y la importancia que le atribuyen a cada uno en la elección de acuerdo a su experiencia, su pertenencia a un paradigma, su biografía, e incluso a su personalidad.

Se trata de circunstancias particulares que determinan la forma específica en la que cada sujeto aplica, interpreta y jerarquiza los criterios de racionalidad, funcionando como elementos divergentes. "Con respecto a las divergencias de esta índole, no es útil ningún conjunto de criterios de elección...no bastan para determinar las decisiones del científico como individuo" (Kuhn, 1982: 348).

En este sentido la racionalidad no puede ser entendida como un algoritmo único y universal que prescribe la elección racional de manera unánime; los criterios de racionalidad que presentan como valores metodológicos que guían y hacen posible la elección pero no la determinan dando cabida a las divergencias, a las variaciones y a desacuerdos entre la comunidad científica.

Apelar a elementos subjetivos como parte importante de la elección racional, no es condenar a un relativismo extremo e imposibilitar la racionalidad misma pues, si bien, la racionalidad es flexible y permite variaciones en la elección, dicha variación queda constreñida por los valores metodológicos, de tal manera que no toda elección será válida y racional. Por otra parte con el término "subjetivo" Kuhn no se refiere a diferencias de gusto sino a diferencias de juicio.

La racionalidad se presenta así como la habilidad de emitir juicios sustentados en elementos convergentes y divergentes y como tal supone la capacidad de revisar los

juicios propios y de estar dispuestos a modificarlos con el fin de llegar a un acuerdo racional. (Kuhn, 1982:355). En la elección de teorías inconmensurables los científicos tiene que explicar las razones de su elección en un proceso mediado por la comunidad científica, en donde se discute si las razones aludidas son realmente buenas razones, asegurando de esta manera que la elección esté basada en la argumentación, deliberación y persuasión, en suma, en un diálogo que tiene la finalidad de superar el desacuerdo para llegar a un acuerdo racional que involucra a la comunidad científica.

La tradición proporciona los valores y criterios epistémicos que hacen posible los procesos de diálogo y elección racional entre los miembros de la comunidad científica. Reivindica así la dimensión social, histórica y cultural como elementos centrales de los criterios de racionalidad. Se desdibuja la idea de una racionalidad como un conjunto fijo e inmutable de reglas abstractas y absolutas, cuya adecuada aplicación conduce ineluctablemente a un único resultado, y se vislumbra una racionalidad hermenéutica, intersubjetiva, arraigada históricamente a una tradición de comunidades científicas.

En síntesis algunas contribuciones de Kuhn para el tópico que me ocupa, son:

- 1) Propició un cambio histórico en la forma de concebir el quehacer de la filosofía de la ciencia y de la historia ciencia.
- 2) Reivindicó el condicionamiento social e histórico del conocimiento y los mecanismos y criterios de su evaluación epistémica. En este sentido toda discusión sobre las condiciones de justificación y de validez deben partir de dicho condicionamiento histórico y social.
- 3) Propició en la filosofía de la ciencia la apertura a una amplia gama de cosmovisiones en la conformación de programas de investigación,²¹ que contemplan una concepción distinta de racionalidad, que debieran ser propuestas innovadoras tanto a nivel teórico-metodológico, en los presupuestos axiológicos, así como alternativas viables técnica, política y culturalmente, ante la concepción racionalista hegemónica científicista en

²¹ Estos programas de investigación no se limitan a los propuestos por Lakatos, ni al programa fuerte y naturalista para la sociología del conocimiento, defendido por Barry Barnes (1974 y 1977) y David Bloor (1976)

todas sus variantes contemporáneas.

4) Una teoría de la historia como pensamiento y fundamento de la narrativa historiográfica moderna con los enfoques críticos y humanísticos de la filosofía hermenéutica, holista y heurística.

5) El análisis sobre el cambio científico constituye un punto importante a considerar en las reflexiones en torno a cómo establecer o caracterizar los criterios de racionalidad pertinente para una concepción intercultural de la misma; planteando dichos criterios como elementos arraigados histórica y socialmente a una tradición, ya sea que tomen la forma de valores u otro tipo de compromisos ontológicos y metodológicos, cuya función normativa debe consistir en delimitar convencionalmente una base de entendimiento común sobre la cual se constriñe el ámbito de lo racional, pero dando cabida a los elementos divergentes.

A partir de la crítica realizada por Duhem, Neurath y Kuhn a la noción occidental moderna de la racionalidad adoptada por la ciencia se derivan las siguientes conclusiones:

1.-No hay criterios de racionalidad universales. Los criterios de racionalidad adoptan formas diferentes: sentido común, motivos auxiliares o valores metodológicos cuyo contenido no tiene un sentido único ni absoluto por lo que su carácter normativo no se impone con la misma rigurosidad que las reglas de la lógica. Dicha función normativa tiene que verse como una función heurística que hace posible las evaluaciones y elecciones acotando las posibilidades pero siempre permitiendo las variaciones.

2.- La forma que adquieren estos criterios apela a mecanismos diferentes para su aplicación en los procesos de selección, son necesarios otras estrategias comunicativas, argumentativas y persuasivas, como el diálogo, las cuales requieren del desarrollo de otras capacidades principios y valores, por parte de la comunidad de científicos, como el buen juicio, la prudencia, la apertura hermenéutica, la solidaridad y la equidad epistémica.

3.- Los criterios de racionalidad y así como la forma de concebirla son un producto social, establecidos convencionalmente por los sujetos imbricados social y culturalmente. El significado y relevancia epistémica de estos criterios cambia con el

devenir de la tradición. Por ejemplo, la fecundidad de una teoría se definió como criterio de racionalidad, sin embargo el significado que adquiere ha cambiado históricamente, pues lo que en un contexto histórico se entiende por fecundidad puede cambiar en otro contexto, inclusive puede dejar de ser considerado como criterio de racionalidad o cambiar su aplicación y relevancia en las elecciones racionales.

4.- Los criterios de racionalidad surgen como expresión de los valores, vivencias, prácticas y contextos particulares de los sujetos, lo que Kuhn llama elementos subjetivos de toda elección racional, que acotan el sentido y aplicación normativa de tales criterios, que surgen de los valores teóricos, epistémicos y metodológicos, así como de la experiencia, prácticas y vivencias intersubjetivas que forman la herencia histórica de la tradición.

Los criterios de racionalidad deben ser lo suficientemente amplios para dar cabida a la gran gama de experiencias, conocimientos, valores etc., que influyen en las decisiones y evaluaciones, permitiendo crear una base de entendimiento común para su aplicación en contextos particulares. En este sentido es importante que los criterios de racionalidad integren elementos convergentes y divergentes que guíen y a la vez delimiten el espacio de competencia de la elección sin determinarla rigurosamente, dando siempre cabida a las manifestaciones culturales y formas particulares que estos criterios puedan adoptar en contextos particulares, los cuales pueden delimitar más el contenido del criterio, así como su sentido y modo de aplicación.

Los criterios no son determinados de manera definitiva, éstos pueden cambiar, la comunidad puede apelar siempre a la tradición para reconocer o desconocer las normas epistémicas establecidas como criterios de racionalidad, delimitando, modificando su ámbito de aplicación y su utilidad heurística.

A continuación abordaré, en la segunda parte de este capítulo, los cuestionamientos realizados a la concepción occidental moderna de racionalidad por las tradiciones hermenéuticas.

Segunda parte

Tradición filosófica hermenéutica y la crítica a la racionalidad científica moderna.

En el contexto de la ciencia unificada la hermenéutica en su vertiente metodológica, desarrollada principalmente por Dilthey, Weber y Winch, y en su vertiente filosófica, representada por Gadamer, entre otros, elaboraron planteamientos críticos a la concepción positivista y empirista de la ciencia sustentada que promovía un monismo epistémico y metodológico. Bajo el cual la diversidad de prácticas, acciones, creencias y demás manifestaciones culturales eran explicados en la medida en que se plantearan relaciones de causa-efecto similares a las explicaciones sustentadas en leyes.

Con estos cuestionamientos los autores antes mencionados desarrollan una nueva postura epistémica, metodológica y filosófica para el estudio de los hechos y objetos propios del mundo histórico y cultural; proponiendo como finalidad principal del quehacer de las ciencias del mundo histórico, interpretar, en su especificidad, la acción y el acontecer humano mediante su comprensión, buscando con ello reivindicar lo diferente y diverso ante la homogeneidad cultural. Al hacerlo delinean una concepción distinta de la racionalidad no sólo de la actividad científica sino de todas las acciones humanas y los procesos involucrados en las evaluaciones y elecciones que los actores sociales realizan cotidianamente. Desarrollaré, a continuación, los cuestionamientos más relevantes, para este trabajo, que elaboró Peter Winch desde la hermenéutica metodológica.

Hermenéutica metodológica

Peter Winch es uno de los principales exponentes de esta vertiente, que se interesó en comprender las manifestaciones culturales distintas a la cultura occidental moderna, dentro del contexto de sus formas de vida y con sus propios criterios de inteligibilidad.

Situado en la filosofía del lenguaje ordinario Winch desarrolló una concepción lingüística de la racionalidad. El argumento central, de este filósofo, es que la racionalidad se expresa en reglas lingüísticas acordadas de manera intersubjetiva y convencional, en el contexto establecido por los usos del lenguaje que hace un grupo cultural dentro de sus formas cotidianas de vida.

Winch parte de una perspectiva distinta del lenguaje, en la cual la relación que éste guarda con la realidad va más allá de la equivalencia simple sostenida por la filosofía formal del lenguaje. Para Winch el lenguaje tiene una riqueza expresiva, significativa y normativa que se manifiesta en los usos diferentes que hacen de él los sujetos, constituyendo así un medio de realización humana, en el cual la acción social es inteligible y significativa. La relación entre el lenguaje y la realidad que Winch plantea, es mucho más compleja por lo que su dilucidación no puede presuponer neutralidad valorativa del lenguaje. A continuación abordaré la concepción lingüística de la racionalidad propuesta por Winch.

Concepción lingüística de la racionalidad. Peter Winch y las formas de vida

Peter Winch es uno de los autores centrales en la reflexión y comprensión de la racionalidad en el contexto de la diversidad cultural. En *Comprender una sociedad primitiva* cuestiona el procedimiento metodológico y la postura epistémica que la antropología, de corte positivista, asume al tomar como objeto de estudio las manifestaciones culturales de grupos étnicos no occidentales y pretender su comprensión bajo los criterios, esquemas teóricos y procedimientos metodológicos propios de la concepción occidental moderna de racionalidad.

De acuerdo con Winch (1994:32) esos criterios y esquemas pertenecen a una cultura constituida sobre el predominio epistémico de la ciencia cuyos logros y métodos

determinan las características que deben cumplir las diferentes manifestaciones culturales –creencias, saberes y prácticas– para ser consideradas como conocimiento verdadero y racional. Como característica principal, todo lo que se presume como conocimiento verdadero y racional –todo lo que se afirme o se describa sobre un objeto o estado de cosas en el mundo– tiene que ser susceptible de comprobación empírica con los métodos de la ciencia.

La presencia o ausencia de tal correspondencia empírica ha sido justamente el criterio aplicado, por cierta vertiente de la teoría social, principalmente la antropología, cuando buscan comprender y hacer inteligible, en términos de su racionalidad o irracionalidad, las creencias y prácticas de otras culturas distintas a la cultura del antropólogo, por ejemplo, las creencias en la magia o las prácticas de consultar oráculos. Si bien los antropólogos pueden reconocer que son sistemas de pensamiento lógicos, porque están constituidos acorde con reglas lógicas como la coherencia interna y no contradicción, pero al no cumplir con el criterio de correspondencia empírica son presentados como paradigma de lo irracional y erróneo, pues, afirman

...nosotros [los antropólogos] sabemos que las creencias en la magia y la práctica de consultar oráculos... son erróneas e ilusorias. Los métodos científicos... han demostrado de modo concluyente que no existen relaciones de causa-efecto tales como las supuestas por esas prácticas y creencias (Winch, 1994:32).

Estos son algunos de los argumentos elaborados por el antropólogo inglés Evans-Pritchard, en su estudio, ya clásico, sobre la cultura de los azande, un grupo étnico africano. Para Peter Winch el argumento anterior es una concepción errónea de la cultura en cuestión, pues se fundamenta en el prejuicio de la superioridad y hegemonía epistémica de la ciencia y su racionalidad, pero sobre todo porque parte de una concepción particular de la realidad que es extrapolada a otros contextos. Con estas premisas no es de sorprender que Evans-Pritchard llegara a la conclusión de que el sistema de pensamiento científico es el único que concuerda con la realidad.

Sin embargo, lo que Evans-Pritchard y los racionalistas consideraron como evidente, es un problema dado que no hay una forma determinada para establecer qué es lo que concuerda y qué es lo que no concuerda con la realidad. La respuesta a ¿qué es aquello a lo que llamamos realidad? ha sido obviada en los estudios culturales aceptando como respuesta, casi natural, la concepción de la realidad como correspondencia empírica; la cual –afirma Peter Winch– sólo es inteligible y aplicable en el contexto del razonamiento científico y de la cultura occidental moderna²².

Se trata de una concepción de realidad establecida *a priori* contra la cual se contrastan y corroboran empíricamente los conocimientos, creencias y prácticas. Evans-Pritchard extrapola y aplica esta noción de realidad al contexto de la cultura de los azande, concluyendo que “la concepción científica se adecua a cómo es la realidad efectivamente, mientras que la concepción mágica no lo hace” y por lo tanto son equivocadas (Winch, 1994:36). Peter Winch cuestiona esta forma de caracterizar lo científico como lo único que “está de acuerdo con la realidad objetiva” y tomarlo como punto de referencia para juzgar la validez del pensamiento, acciones y creencias no sólo de los azande, sino de cualquier cultura ajena a la cultura occidental moderna.

La distinción entre lo real y lo irreal no puede establecerse *a priori*, sino comprendiendo el significado que estas nociones tienen en el lenguaje y el uso que la comunidad, en cuestión, hace de ellos. De acuerdo con Winch (1994:37-38) lo real y lo irreal se muestran en el sentido que el lenguaje tiene. En otras palabras, la concepción de la realidad, así como lo que está acorde con ella, no queda determinado por la verificación empírica mediante un experimento repetible y controlado, sino a través de reglas lingüísticas intersubjetivas establecidas convencionalmente, por los miembros de la cultura en cuestión, en sus relaciones sociales cotidianas. Una regla no se puede –afirma Winch– adscribir a un individuo aislado, pues son necesarias las relaciones con otros individuos para que las reglas ejerzan el control sobre su acción actuando del

²² De acuerdo con Evans-Pritchard, para que una creencia tenga correspondencia con la realidad, no basta que sea formulada en conformidad con las reglas lógicas del pensamiento, pues las conclusiones que de ella se deriven puede resultar verdaderas aunque sus premisas sean falsas. Mientras que las nociones científicas son las únicas que concuerdan con la realidad objetiva, en cuanto a la validez de sus premisas, así como a las inferencias extraídas.

mismo modo ante la misma clase de situaciones, posibilitando así su evaluación y comprensión (1972:35).

Toda sociedad posee necesariamente una idea acerca de la realidad alrededor de la cual se constituye su lenguaje y organiza su pensamiento, sus formas de existencia y acción. Esta consideración nos permite concebir a la sociedad como una totalidad, en cuanto forma de vida que articula y hace inteligibles y significativos las formas de actuar, de pensar, etc. (Ramírez, 2003:44). Es decir, articula y hace comprensibles los conocimientos, saberes y creencias pues proporciona el contexto para la elaboración intersubjetiva, comunicación y reproducción de las reglas lingüísticas.

De esta forma, comprender una práctica, una acción o una creencia es entender su sentido, es decir, conocer las reglas lingüísticas que la hacen inteligible, pero no para y desde los criterios y estándares de quien busca comprender, sino desde el contexto cultural en el cual son producidas y realizadas, pues el sentido se hace manifiesto sólo en relación a una forma de vida que comprende un sistema lingüístico intersubjetivo formando una totalidad de sentido.

Esa totalidad ofrece el contexto adecuado para comprender el sentido y significado de las prácticas, creencias y acciones de una cultura determinando si están o no acorde con la realidad, evaluando así y determinando su racionalidad, validez y legitimidad. Es por eso que, a juicio de Peter Winch, se comete un error categorial cuando se interpreta el sistema de pensamiento azande tomando como punto de comparación al pensamiento, criterios y normas e incluso valores de la cultura occidental moderna, pues esto implica entender las reglas de un juego con los supuestos basados en las reglas de otro juego (Winch, 1994:48 y 55). Lo que cuenta como real e irreal no puede establecerse independiente de los usos del lenguaje asumidos en una forma de vida; no existe una realidad en sí (*a priori*), respecto a la cual se pueda evaluar o juzgar la validez y racionalidad de las acciones, prácticas y creencias.

Racionalidad

Al igual que la concepción de realidad, la racionalidad está circunscrita a un uso establecido del lenguaje, por lo que “decir que una sociedad tiene un lenguaje, es decir también que tiene un concepto de racionalidad” (Winch, 1994:66) más aún, toda forma de vida supone una concepción de racionalidad.

Para determinar si una creencia o práctica es racional o irracional es necesario comprender el significado que los conceptos “racional” e “irracional” tienen en el lenguaje de una forma de vida y los usos que de ellos hacen los miembros de una cultura, pues es sólo en los usos del lenguaje que la distinción entre lo racional y lo irracional se torna inteligible. Winch afirma que todo lenguaje tiene elementos que hacen que lo “...dicho genere diferencias y esto sólo es posible donde el decir algo excluye, so pena de fracasar en la comunicación, el decir otra cosa [...] Algo es racional para alguien sólo en lo que se refiere a su comprensión de lo que es o no irracional (Winch, 1994:62, 66). En este sentido y dada la riqueza expresiva y significativa del lenguaje, lo que en una cultura el concepto y los criterios de racionalidad expresen y signifiquen pueden no coincidir con el de otras culturas e incluso pueden ser inconmensurables.

La realidad definida en términos del lenguaje de la ciencia occidental moderna, sus criterios, métodos y categorías, al igual que otras creencias y formas de pensamiento, es sólo una y no la única posibilidad de concebir la realidad y determinar lo que está acorde con ella. No hay elementos para decir que la comprensión y el conocimiento científico sobre el mundo sean preferibles a cualquier otra forma de concebir la realidad, como tampoco para adoptarla como único punto de referencia para determinar si las creencias, prácticas y otros saberes tradicionales es conocimiento verdadero, legítimo y racional.

Con estas consideraciones Peter Winch contextualiza a una cultura –que incluye una forma de vida y un uso establecido del lenguaje–, la supuesta universalidad, unicidad y necesidad de los criterios de racionalidad científica moderna, así como sus interpretaciones y explicaciones de la realidad histórica-cultural.

Lo anterior implica que la racionalidad no puede reducirse a los criterios

formales de las reglas de la lógica. Siguiendo con Winch, comprender las formas en las que se expresa la racionalidad en una cultura, no puede elucidarse simplemente en términos de la coherencia lógica de las reglas que gobiernan sus actividades. Es necesario además, comprender el sentido que éstas reglas tienen en el modo de vida. Así la racionalidad queda constreñida al sentido y significado que una norma de conducta tenga en una forma de vida.

Al vislumbrar la racionalidad como una forma de vida, Peter Winch, invita a “estar abiertos a nuevas posibilidades sobre lo que puede ser invocado con la rúbrica de racionalidad, posibilidades que son tal vez sugeridas y limitadas por lo que hasta el momento se ha aceptado como racional, pero no determinadas únicamente por ella”, pues nada dicen sobre sus manifestaciones concretas. Las cuales, afirma Peter Winch, sólo se determinan “investigando el contexto más amplio de una forma de vida”, es decir, comprendiendo el sentido de las reglas intersubjetivas que gobiernan las actividades (Winch, 1994:67 y 68).

Ramírez (2003: 54) afirma que, con Peter Winch, la racionalidad no es una concepción abstracta y apriorística, sino que queda definida en términos de la experiencia humana dentro de sus formas particulares de vida, en sus acciones y relaciones sociales concretas. Se trata de una racionalidad práctica, productora de formas de vida y de sentido.

Queda claro que para Peter Winch no existen criterios universales de racionalidad éstos dependen de los usos del lenguaje y del contexto por lo que pueden variar e incluso ser inconmensurables. En esta situación podemos preguntar si la propuesta de Peter Winch nos conduce a un relativismo extremo que anule la crítica racional y la posibilidad de establecer acuerdos y relaciones interculturales basadas en un diálogo racional. Respecto al carácter inconmensurable, cabe recordar que es posible que no exista un acuerdo conceptual ni sobre los criterios de racionalidad de las creencias y prácticas. Sin embargo, que sean inconmensurables no impide su comprensión, lo cual abre la posibilidad de establecer una base común, basado en el mutuo entendimiento de las reglas intersubjetivas de sus formas de vida, y con ello determinar de forma consensuada los criterios de racionalidad.

Por otra parte, para Peter Winch no es aceptable una crítica racional mediante la aplicación de criterios externos a la cultura en cuestión, es decir, una crítica externa que evalúe las prácticas y creencias de una cultura, utilizando como punto de referencia nuestros propios criterios de racionalidad o de inteligibilidad. Toda conducta significativa está regida por reglas intersubjetivas, que son patrones de conducta que los individuos han interiorizado, por tanto son específicas a cada sociedad.

Comprender en su especificación la acción social implica la asignación objetiva de motivos, es decir, reconstruir las reglas intersubjetivas de conducta, las cuales dan regularidad a la acción haciéndola susceptible de comprensión. Sólo podemos comprender la acción social en función de las reglas sociales propias de la tradición y cultura específica de la comunidad, sólo en este contexto la acción puede ser significativa y racional. En consecuencia la evaluación objetiva de la racionalidad de una acción es posible desde el punto de vista de la comunidad, no desde una perspectiva externa. Negar la posibilidad de crítica externa no significa que la comunidad en cuestión no pueda evaluar, cuestionar, transformar sus propios criterios de racionalidad (Winch, 1994:61).

La crítica racional aceptable para Winch (1994:65 y 78) se plantea en términos de ampliar nuestro modo de vida, a partir del estudio y comprensión de otras formas de vida, de otras racionalidades. La crítica racional toma la forma de una comprensión y reflexión hermenéutica, que nos permite comprender no sólo diferentes formas y manifestaciones de la racionalidad, sino que abre la posibilidad de un diálogo con otras culturas y con ello, la posibilidad de ampliar nuestras formas de vida, de ampliar nuestros horizontes, categorías y parámetros, las posibilidades de lo que puede ser considerado bajo la rúbrica de racionalidad. Es por lo tanto una crítica no hacia otras culturas o formas de vida, a partir de criterios externos a ella, sino una crítica racional hacia la propia cultura del investigador.

Alasdair MacIntyre, Appel y Habermas cuestionan a Peter Winch el carácter relativista de sus planteamientos y consideran que su limitación fundamental consiste en no tomar en cuenta el devenir histórico de los azande ni las relaciones sociopolíticas que éstos establecen con otros grupos. A pesar de las limitaciones y críticas que se le

han hecho a Peter Winch, considero que su teoría de la interpretación y el que hace sobre la racionalidad, nos da elementos importantes para entender que sólo es posible comprender una cultura, sus acciones, creencias y prácticas, en el contexto cultural en los cuales son producidas, con base en las reglas intersubjetivas propias de la tradición cultural, dentro de la cual se presentan como racionales o irracionales, legítimos o ilegítimos.

Es importante reconocer que las normas epistémicas, el conocimiento y la representación de la realidad establecidas por la concepción hegemónica de racionalidad constituyen una posibilidad de construir y validar el conocimiento. En consecuencia niega que la ciencia tenga el único dominio y pretensión de verdad, pues lo que está acorde con la realidad, desde la visión de Winch, es una convención social, entendida como reglas intersubjetivas. Por otra parte, Peter Winch recupera la noción práctica de la racionalidad arraigada a una forma de vida, a una sociedad entendida como una totalidad de sentido, y presentada a su vez como una articulación de la producción material, cultural y simbólica. Con lo cual rebasa la noción restringida y fragmentada de la racionalidad de una ciencia basada en la explicación nomológico deductiva, privilegiando el carácter comprensivo.

Tradicición y racionalidad

Situado en la hermenéutica filosófica Hans-Georg Gadamer dio un giro a la polémica sobre la racionalidad al reivindicar como elemento fundamental de la reflexión la dimensión histórica –y con ello el carácter concreto, finito, a la vez que dinámico y en constante formación– del ser humano, de sus acciones, de todo conocimiento al igual que de su comprensión e interpretación. Estos condicionamientos históricos a los que hace referencia Gadamer constituyen la tradición; como se verá en lo que sigue, el concepto de tradición ha tenido un papel importante en la comprensión de la racionalidad de nuestros conocimientos y acciones.

El concepto de tradición tiene funciones epistémicas y heurísticas que sitúan la comprensión de la razón, el saber y la praxis humana no como entidades aisladas, una

de otra, y al margen de las manifestaciones del ser concreto, sino a partir de esas determinaciones históricas y culturales y en sus relaciones dialécticas con el pasado y el presente. Sin embargo, el racionalismo oscureció estas funciones de la tradición al darle un sentido negativo y opuesto a la razón y al conocimiento.

Erróneamente el racionalismo consideró a la tradición como “algo” limitado al pasado, como mero dato histórico sin ningún valor, interés y sin relación con el presente. En la modernidad al pasado y a todo lo relacionado con él –así fuesen saberes milenarios o culturas completas– se les atribuyó una connotación negativa pues representaba lo oscuro, lo impreciso, lo incierto e improbable empíricamente.²³ Con esta forma de entender el pasado histórico, la tradición no podía ser más que fuente de prejuicios, entendidos como ideas sin fundamento y erróneas, un obstáculo para la obtención de conocimiento que había que superar, excluir, negar e incluso eliminar a través del uso metódico y disciplinado de la razón. Así, apearse y mantener la tradición era un acto irracional.

En oposición a esta actitud racionalista, Gadamer reivindica la función epistémica de la tradición, argumentando que lejos de oponerse a la razón la tradición permite su realización. La filosofía del lenguaje –al igual que para Peter Winch– ocupa un lugar central en la argumentación de Gadamer, quien sostiene que la tradición existe y se transmite en el lenguaje, más aún, la tradición es lenguaje. En esta perspectiva el lenguaje no es un simple medio de comunicación y expresión, el lenguaje es un elemento constitutivo del pensamiento y de toda experiencia, actividad y relaciones humanas, situaciones que a su vez hacen posible la conformación del mundo.

Los seres humanos, como seres históricos y concretos, al formar parte de una tradición determinada, dado que la tradición es lenguaje, poseen un lenguaje. Poseer un lenguaje significa tener creencias, actitudes, valores, conocimientos y representaciones del mundo natural e histórico, así como otros elementos que les permiten relacionarse

²³ Lo dicho por la tradición (creencias, saberes, prácticas y otras manifestaciones derivadas de ellos) es colocado en oposición a la razón, por no cumplir con los postulados empíricos de verificación y de fundamentación establecidos por el racionalismo positivista. Son clasificados como “racionales” todo saber, creencias, prácticas y conocimiento, cuyas condiciones de verificación y fundamentación epistémica sean establecidas empíricamente.

entre sí y con su medio ambiente, constituyendo de esta forma un estado de cosas tal que reconocen como el mundo real, en donde tienen lugar su vida cotidiana.

Las interacciones sociales que el lenguaje hace posible es lo que lleva a Gadamer a sostener que tener un lenguaje es también tener un mundo, la capacidad que tiene el ser humano de moldear el lenguaje, es también la capacidad de moldear el mundo, de actuar en ese mundo y transformarlo, constituyendo de esta forma el lenguaje de la razón misma.

En este sentido la tradición también hace posible la comprensión del mundo pues –afirma Gadamer–“...sólo dentro de la tradición entendemos al mundo y nos entendemos mutuamente” (Gadamer, 2001:350, 468, 483). La tradición proporciona a los seres humanos los elementos ontológicos y principios epistémicos y axiológicos que hacen posible conocer y comprender otras épocas históricas y sus modos de vida, generar conocimiento de las cosas, definir valores y objetivos de acción, acceder a la vida social, política y cultural. Aspectos que reafirman la condición finita, contextual e histórica del ser humano, del ser en el mundo, de su conciencia histórica, de su comprensión y autocomprensión.

En la medida en que Gadamer argumenta que la tradición es condición de posibilidad del mundo y de su comprensión, está reivindicando la función epistémica de la tradición, afirmándola como fuente legítima de conocimiento y autoridad. Desde esta postura lo que dice la tradición –en forma de prejuicios y otras manifestaciones culturales–es reconocido como legítimo y racional, por lo tanto, obedecerla o actuar en conformidad con ella, transmitirla y mantenerla viva, no son un acto irracional de obediencia ciega, sino un acto racional de conocimiento y reconocimiento en el cual se aceptan los límites de los juicios propios y se le concede, a la otra tradición, superioridad en cuanto saber y juicios; es momento de libertad y de la historia (Gadamer, 2001a: 347-349)²⁴.

²⁴ Si bien nos dice Gadamer, que la tradición es en esencia conservación, esto no implica que la tradición se oponga a la libertad al cambio y transformación; pues la conservación al igual que las innovaciones e incluso las revoluciones, es un acto de la razón y de libertad. Gadamer, afirma que, “en los tiempos revolucionarios, en medio del aparente cambio... se conserva mucho más legado antiguo... integrándose con lo nuevo en una nueva forma de validez”.

Reconocida la autoridad epistémica de la tradición, lo dicho por ella en forma de prejuicios y conocimiento práctico adquieren también legitimidad y validez. Los prejuicios adquieren otra connotación, constituyen –ahora– la realidad histórica del ser, es decir, la autocomprensión realizada por el propio individuo desde la concreción de su vida histórica,²⁵ determinando así, las condiciones desde las cuales es posible la comprensión.

En este sentido, la tradición y los prejuicios contenidos en ella, lejos de ser fuente de ideas erróneas e impedir el conocimiento y la comprensión del mundo, son una condición de su posibilidad. Eliminarlos, ante la exigencia ingenua de una ciencia libre de prejuicios, es para Gadamer, dejar de tener una actitud hacia el mundo, renunciar a la base misma de nuestro ser; es despojar a la tradición de su poder, y a la comprensión de sus fundamentos.

Toda comprensión se mueve siempre y necesariamente en el horizonte abierto por una comprensión del mundo lingüísticamente mediada y realizada. Incluso la ciencia y su conocimiento del mundo son posibles sólo a partir de ese horizonte hermenéutico.²⁶ Todo intérprete, de acuerdo con Gadamer (2001:343), pertenece a un contexto histórico determinado que constituye su horizonte hermenéutico; mientras que la relación entre el intérprete y su horizonte constituye su situación hermenéutica. El horizonte hermenéutico es producto del desarrollo histórico alcanzado en un periodo determinado, y mantiene un vínculo con el presente en la forma de un prejuicio.

Racionalidad

Acorde con la condición finita e histórica del ser y del conocimiento, Gadamer defiende el carácter histórico de la racionalidad, pues “la idea de una razón absoluta no es una posibilidad de la humanidad histórica, la razón sólo existe como real e histórica, está

²⁵ “Las grandes realidades históricas (sociedad y Estado), son en realidad determinantes previos de toda vivencia. En nuestra comprensión está ya una comprensión de la realidad histórica (de la familia, de la sociedad, del Estado), así pues, los prejuicios de un individuo son la realidad histórica de su ser, son una condición de la comprensión” (Gadamer, 2001a:344).

²⁶ Thomas Kuhn ya había mencionado que las ciencias naturales son tan hermenéuticas como las ciencias sociales. Es precisamente este carácter hermenéutico de la ciencia, el que para Gadamer, restringe la posibilidad de extender legítimamente la actitud científico-objetivante a todos los ámbitos de la praxis humana. Restricción que en la modernidad ha sido pasada por alto.

siempre referida en lo dado en lo cual se ejerce” (2001:343). La concepción de racionalidad que sostiene Gadamer es la de una racionalidad práctica y acotada siempre a las circunstancias del contexto en el que ésta se lleva a cabo, cuyos criterios no son abstractos ni se determinan *a priori*, sino que surgen siempre del contexto en el que opera, el cual como se ha mencionado es dado por la tradición.

Los criterios de racionalidad se presentan bajo la forma de prejuicios contenidos en la tradición, como ésta, los criterios lejos de ser estáticos, son revisados y sometidos a crítica, manteniendo siempre la posibilidad de que sean modificados e incluso eliminados con el devenir mismo de la tradición. La revisión y evaluación de los criterios de racionalidad requiere de su comprensión. En la hermenéutica filosófica de Gadamer comprender significa estar abierto y receptivo a otras tradiciones, dejar hablar y escuchar otras voces, otros prejuicios, otras culturas. Comprender es un proceso en el cual se confrontan nuestros prejuicios con la tradición.

Dicha confrontación no se traduce en una contrastación empírica para determinar, mediante la aplicación de un algoritmo de validez universal, la racionalidad y legitimidad de los prejuicios de la tradición. Se trata de una confrontación que se resuelve mediante un proceso de diálogo constante entre lo familiar y lo extraño, el cual a la vez abre nuevas posibilidades de comprensión de la tradición. Por lo que “comprender es siempre el proceso de fusión de horizontes” (Gadamer, 2001a: 377).

La concepción de racionalidad que se desprende de la reflexión hecha a partir del concepto de tradición es una racionalidad situada históricamente, es decir, tiene lugar en un contexto determinado y en situaciones concretas, su realización se basa en la comprensión hermenéutica que se lleva a cabo mediante una confrontación de prejuicios con la tradición, cuya solución apela a la persuasión retórica (argumentación no demostrativa y concluyente), al buen juicio o prudencia, al sentido comunitario (*sensus communis*) y al diálogo (Gadamer, 2001b: 263).

Gadamer retoma la idea del *sensus communis* de la tradición humanista de Vico, como oposición a la ciencia moderna, como necesidad de reincorporar la sabiduría de los antiguos, el culto de la *prudencia* y la *eloquentia*. Para el autor de *Verdad y Método* (2001a: 50) el *sensus communis* se refiere al sentido que funda cada comunidad, a la

generalidad concreta que representa la comunidad de un grupo o un pueblo, y que orienta la voluntad humana, no la generalidad abstracta.

De acuerdo con Gadamer la comprensión de los prejuicios permite, a la vez, su crítica pues en la comprensión éstos son confrontados, cuestionados, revisados e incluso modificados, teniendo siempre como punto de referencia lo dicho por la tradición (Gadamer, 2001b: 252; 2001a: 367).²⁷

La crítica que posibilita la hermenéutica filosófica, no consiste en tomar posición privilegiada ni dotar de superioridad, en tanto verdad y saber, a los propios prejuicios sobre los de otras tradiciones. La crítica se presenta como un proceso de comprensión, el cual no implica asumir neutralidad o autocancelación de los prejuicios, tampoco exige una postura externa respecto a lo que se cuestiona o busca comprender, ni la idea de una verdad absoluta e incuestionable. Para Gadamer, la reflexión hermenéutica “no pretende dar un criterio de verdad”, sino que “se limita a abrir posibilidades de conocimiento que sin ella no se percibirían”. No se busca llevar la reflexión sobre la praxis humana y social al conocimiento o esclarecimiento de ciertas reglas, más bien, se “reflexiona sobre esa competencia y sobre el saber en que descansa. No sirve para superar ciertas dificultades de comprensión...sino que aspira...a un saber de reflexión crítica” (2001b: 246, 254).

En ambas vertientes de la hermenéutica es fundamental comprender la diversidad de prácticas y acciones sociales, más que elaborar explicaciones nomológicas. Sin embargo, existe entre ellas una diferencia significativa en torno a la forma de concebir la comprensión, sus implicaciones y sus alcances. Desde una perspectiva metodológica, Winch sostiene que comprender las creencias y prácticas de otras culturas es hacerlas inteligibles para la persona que busca comprender. Lo cual implica relacionar una acción determinada con la regla lingüística intersubjetiva que torna inteligible su significado, es decir, hace inteligible lo que significa actuar en conformidad con dicha regla en el contexto específico de la forma de vida en una

²⁷ Es en este proceso donde se torna relevante la noción de “distancia en el tiempo”, que es “distancia histórica” como posibilidad positiva y productiva del comprender. La distancia histórica, nos dice Gadamer, no es un abismo devorador sino, una continuidad de la procedencia y de la tradición, en cuya luz se nos muestra lo transmitido dando seguridad a la comprensión e interpretación.

tradición cultural. El conocimiento así obtenido de la comprensión permite evaluar las acciones con los estándares de la tradición en cuestión. Sin embargo, esta comprensión de las acciones no conduce a su crítica racional por parte de quien busca comprender, más no niega la crítica interna que los propios miembros puedan hacer con sus estándares propios.

La explicación de porqué en una sociedad una acción se toma como racional, tiene que ser una explicación para nosotros, por lo tanto tiene que partir de conceptos inteligibles para nosotros y si en tal explicación, se dice que de hecho los criterios son racionales, tenemos que usar la palabra racional en nuestro sentido (Winch, 1994:62)

Recordemos que para Winch la crítica aceptable es aquella realizada con criterios de racionalidad internos a la tradición, no es posible realizar una crítica racional con criterios externos, de hacerlo se incurriría en un error categorial. La comprensión para Winch tiene dos aspectos bien delimitados, el metodológico y epistémico y por otra parte los aspectos políticos y éticos que la comprensión del significado de la acción social pudiera tener. Mientras que para Gadamer la comprensión no cancela la crítica pues la interpretación es un proceso de fusión de horizontes, en el cual se confrontan y critican nuestros prejuicios con la tradición, que incluso pueden ser modificados o abandonados.

La racionalidad prudencial sólo puede realizarse mediante un diálogo racional basado en la comprensión hermenéutica, que pretende ser cada vez más plural e incluyente. Para Gadamer esta universalización de la experiencia hermenéutica es posible porque “la comprensión y el acuerdo son la forma efectiva de realización de la vida social, que es una comunidad de diálogo, nada queda excluido a ella, ninguna experiencia del mundo” (2001b:247). Sin embargo, no pone suficiente atención a las dimensiones políticas e ideológicas que históricamente han condicionado los usos de lenguaje, la comunicación y la posibilidad de una comprensión no distorsionada que permita la realización de un genuino diálogo plural e incluyente. Esta es la crítica que

Jürgen Habermas hace a Gadamer.

Según Habermas, Gadamer no contempla que el lenguaje pueda generar mecanismos de poder y dominación ni tampoco la forma en la que éstos se manifiestan en las estructuras institucionales y normativas de tradiciones simbólicas, por lo que el proceso comunicativo puede estar deformado. Para Habermas (1993:287) la hermenéutica no puede dar cuenta de estos mecanismos de distorsión sistemática de la comunicación, a su juicio, se requieren otros criterios, no disponibles en la hermenéutica, que permitan discriminar un prejuicio verdadero de aquéllos falsos que distorsionan la comunicación y comprensión. Dichos criterios son proporcionados por una teoría crítica (como el psicoanálisis e incluso el materialismo histórico), que por su fuerza explicativa puede desarticular los mecanismos deformadores. Con estas consideraciones Habermas pretendía trascender la dimensión contemplativa de la comprensión hermenéutica y recuperar la capacidad crítica y reflexiva de la realidad histórica cultural.²⁸

Sin embargo, estas teorías críticas se presentan como criterios externos a las tradiciones, lo que implica regresar a uno de los aspectos centrales que originaron la polémica de la racionalidad, expuestos en su momento por Peter Winch en su polémica con Evans-Pritchard, pues ¿bajo qué criterios de racionalidad las teorías críticas podrán evidenciar las distorsiones ideológicas y mecanismos de dominación? ¿A qué tradición pertenecen estos criterios de racionalidad?

Debemos reconocer a Habermas el mérito de hacer manifiesto el aspecto político e ideológico como factores inmersos en toda racionalidad, así como haberla ubicado, para su comprensión, dentro de la sociedad entendida como una totalidad histórica, articulada y dinámica. Esta consideración permite dar cuenta de las distorsiones que la ideología, como falsa conciencia, puede ejercer sobre los juegos del lenguaje; y de cómo la política y la dominación condicionan o anulan las posibilidades de un diálogo plural e incluyente, propiciando relaciones interculturales.

²⁸ Habermas en *La reconstrucción del materialismo histórico* (1983: 10) afirma que “aunque la teoría de la comunicación tiene como objeto solucionar problemas de índole más bien filosófica, problemas que afectan a los fundamentos de las ciencias sociales, creo discernir un estrecho nexo con cuestiones que se derivan de una teoría de la evolución social”.

Por otra parte, aceptar la noción de racionalidad comunicativa, propuesta por Habermas, como un consenso global, que propone un criterio “racional de verdad” y que genere un verdadero diálogo sin distorsión comunicativa, implica aceptar la estructura jerárquica del conocimiento y de criterios de evaluación, establecida por el racionalismo científico. Es decir, colocar en la cima de la totalidad del saber, al saber de la teoría crítica, al conocimiento del experto y aceptar la imagen del ingeniero social (dotado de superioridad en cuanto saber y pretensión del dominio exclusivo de la verdad), para dirigir la totalidad de la vida social. Lo anterior implica desconocer la fuente de conocimiento legítimo y verdadero que constituyen los saberes tradicionales, que si bien, nos son obtenidos por procedimientos científicos, dirigen y determinan la praxis humana, conformando una tradición cultural, con elementos de reflexión y crítica.

En respuesta a las críticas de Habermas, Gadamer argumenta que no olvida las condiciones de poder y distorsión que pueden impedir la comunicación, y la realización de un diálogo racional. Gadamer (2001b: 257-258) está consciente de que la posibilidad de entendimiento comunicativo, supone condiciones que el diálogo no puede crear por sí mismo, se necesita a su juicio, una solidaridad previa. Pero considera que la teoría de la comprensión comunicativa (y su dominio teórico) no pueden derribar los obstáculos sociales (relaciones sociales conflictivas) para generar un consenso y el “reconocimiento legitimador sin violencia”. Para Gadamer esta idea de diálogo racional no condicionado, capaz de eliminar las distorsiones comunicativas para generar un consenso verdadero, implica la idea de la mayoría de edad, la figura del experto y del ingeniero social que nos llevan a los problemas arriba mencionados.

La teoría crítica puede constituirse ella misma en una ideología, pues no permite en su idea de “crítica emancipadora” la confrontación de sus prejuicios y criterios de evaluación con los de la alteridad. En este sentido, Gadamer considera que la hermenéutica filosófica procede en favor del auténtico sentido de la comunicación, al insistir en la necesidad de contrastar los prejuicios incluso ante la tradición cultural, y en favor de un consenso y diálogo racional como escenario de debate.

Contraria a la pretensión absoluta de saber y verdad de la teoría crítica, el saber

que surge de la reflexión hermenéutica es un saber práctico, que no pretende superioridad alguna. La diferencia fundamental radica en que “el mismo ideal de la razón que guía cualquier intento de persuasión...prohíbe que alguien recabe para sí el conocimiento correcto de la ceguera del otro”. Esta anticipación de la vida justa, tiene que concretarse entre los meros deseos y los auténticos objetivos de la voluntad humana. Sólo esto, y no un consenso contrafáctico, constituye la experiencia del bien. Así, “ya no es el experto el que tiene superioridad sobre la totalidad pues, “se da en todos y cada uno la pretensión de saber lo que es justo para la totalidad” (2001b:264).

En resumen las contribuciones realizadas por Gadamer en torno a la comprensión de la racionalidad se pueden enunciar de la siguiente manera:

Todo conocimiento está arraigado a una tradición, ya sea el conocimiento científico o del desarrollado por las etnias indígenas, por consiguiente todo conocimiento es tradicional y como tal se tiene que reconocer su autoridad epistémica, fundamentada en la experiencia histórica y horizonte hermenéutico. Aceptar la conclusión anterior no implica, como ha señalado Winch, con considerarlos de manera irreflexiva y acriticamente como racionales o irracionales.

Esta conclusión permite conformar la problemática de la medicina de las etnias indígenas en su relación con la biomedicina o medicina científica, entendidas ahora como dos tradiciones médicas cada una con su propia autoridad y normatividad epistémica. La primera de ellas, la tradición biomédica, se constituyó a partir del desarrollo científico y tomó como su fundamento la concepción occidental moderna de racionalidad. La segunda es una tradición médica desarrollada por las etnias indígenas sustentada, como veremos más adelante, en una concepción de racionalidad arraigada a su cosmovisión del mundo distinta a la occidental moderna.

Las críticas y reflexiones realizadas desde la propia filosofía de la ciencia, así como de la hermenéutica, tienen una función heurística importante en la comprensión y replanteamiento de una noción de racionalidad inclusiva de la diversidad cultural, pues dejan de manifiesto en la comprensión de las prácticas y acciones humanas, las dimensiones históricas, sociales, políticas e ideológicas de la racionalidad.

Con los elementos hasta aquí mencionados es evidente que una noción de

racionalidad inclusiva de la diversidad cultural tiene que sustentarse en las siguientes conclusiones derivadas de las polémicas y críticas realizadas a la concepción occidental moderna de la racionalidad. Es decir tiene que partir del reconocimiento de que:

- 1) Todo conocimiento es histórico y tradicional.
- 2) La conclusión anterior permite analizar las relaciones establecidas entre tradiciones distintas partiendo de un principio de equidad epistémica.
- 3) El ámbito de las creencias, prácticas, relaciones sociales y conocimientos que pueden ser considerados racionales no queda agotado por, ni restringido a, la actividad científica ni sus aplicaciones y más específicamente, a sus cánones de justificación epistémica. La racionalidad está presente en una gama de actividades sociales y como tal se manifiesta en una pluralidad de formas, las cuales son captadas mediante procedimientos distintos a la argumentación demostrativa y concluyente.
- 4) Los criterios de racionalidad así como lo que está acorde con la realidad son establecidos por el marco conceptual compartido por los individuos de una comunidad epistémica. Es decir, en las circunstancias concretas e históricas de una forma de vida cultural, la cual constituye una totalidad dinámica, creadora y reproductora de significado y de sentido. Sólo dentro de esta forma de vida como una totalidad, es posible comprender como racional o irracional una acción o creencia.
- 5) La racionalidad tiene un carácter práctico y prudencial. La forma de realización de esta racionalidad prudencial, contextual implica un diálogo, fundado en la comprensión hermenéutica, a través del cual se puede comprender lo distinto y lo distante.

La concepción de racionalidad que se vislumbra pone el acento en el diálogo entre tradiciones distintas, prudencia y la comprensión hermenéutica. Sin embargo las posibilidades de un diálogo prudencial se ven obstaculizadas por distintos factores. Por una parte las dimensiones políticas e ideológicas que históricamente han condicionado los usos del lenguaje, la comunicación y realización de un diálogo plural e incluyente

entre distintas tradiciones. La situación se torna más complicada si consideramos, además, las relaciones interétnicas e interculturales configuradas históricamente como relaciones conflictivas, de dominio, poder y control sociocultural, generando una situación de asimetría entre las tradiciones culturales.

Se ha visto que los planteamientos hermenéuticos aquí analizados no pueden dar cuenta de estas dimensiones (en el caso de Winch), o si lo hacen en cierta medida (en el caso de Gadamer) las pretensiones universalistas de su comprensión hermenéutica, implica cierta conmensurabilidad de los criterios y prejuicios entre tradiciones distintas y distantes.

En esta tesitura, considero que el materialismo histórico aporta elementos teórico-metodológico, cuyo carácter heurístico es importante en la comprensión de la problemática de la racionalidad en sus mediaciones con el estado, la cultura y la hegemonía, y para vislumbrar las posibilidades de una racionalidad dialógica, crítica e incluyente de la diversidad cultural, basada en la comprensión hermenéutica y en la reflexión de los principios heurísticos inmersos; asimismo sobre las condiciones concretas en las que esta racionalidad se puede desarrollar en el marco de un diálogo entre identidades culturales asimétricas.

A continuación desarrollaré, lo que considero son, algunas aportaciones de la concepción materialista de la historia sobre la comprensión de las diferentes manifestaciones culturales de los grupos indígenas y en la reformulación de un concepto de racionalidad que permita establecer relaciones interculturales simétricas y pluralistas en sus fundamentos.

Contribución del materialismo histórico a la crítica a la racionalidad científica moderna

En América Latina ha existido una fuerte influencia del marxismo occidental y ortodoxo. La aplicación acrítica de sus planteamientos teóricos-metodológicos al análisis y comprensión de la realidad social latinoamericana, así como el olvido del materialismo histórico, como crítica a la economía política, ha resultado en una

interpretación eurocéntrica, reduccionista y simplificada en su conflictividad, de estas realidades sociales, a las cuales se ha omitido su especificidad histórica y su diversidad cultural. Se niega así, la posibilidad de acceder al conocimiento de la realidad social latinoamericana y en particular de la realidad mexicana, como una totalidad con existencia específica e historicidad concreta y posibilidades de transformación.

La intención original del materialismo histórico propuesto por Marx era ofrecer una base teórica para interpretar el mundo con el propósito de cambiarlo. Una efectiva y real superación de la problematización materialista tradicional de la vida social, es factible si se ubica en una problemática estructurada, como aprehensión dialéctica de la realidad social, en un proceso totalizador. Esta problematización es realizada adecuadamente en la propuesta teórica del materialismo histórico. Ya que al desarrollar su concepto de transformación social no cae en el peligro del voluntarismo, ni del fatalismo, tampoco en el humanismo elitista y mecanicismo espontaneísta (Bolívar, 1975:45-63).

La concepción materialista de la historia subsume el método dialéctico hegeliano²⁹ y el materialismo de Ludwing Feurbach. La dialéctica es retomada como forma de conocer la realidad, entendida como una totalidad en constante movimiento. La realidad es dialéctica, y la dialéctica es la historia misma en movimiento, en la cual, la contradicción, la negación, la revolución y transformación social son los elementos centrales que determinan la totalidad, pues ella misma es negación y contradicción. La sociedad genera sus contradicciones y las formas de negar, para superar, dichas contradicciones, es decir, la negación de la negación. De acuerdo con Ernest Bloch (1983: 385), la dialéctica no se reduce a un simple método aplicado al análisis histórico, puesto que –afirma– todas las contradicciones surgidas en el seno de la sociedad existente en un momento dado, no son contradicciones que se transporten a la cosa misma de un modo teórico-metodológico, tampoco simples epifenómenos superficiales susceptibles de ser remendados, por el contrario, forman parte del modo de existir de la

²⁹ A pesar de su idealismo el sistema filosófico de Hegel tiene el mérito de concebir por primera vez al mundo de la naturaleza, de la historia y del espíritu, en constante movimiento, cambio, transformación y desarrollo. Entresacando la conexión interna existen entre el movimiento y del desarrollo.

cosa, de la dialéctica de su esencia.

Desde esta concepción materialista en el devenir económico, político, ideológico y cultural, se elimina toda concepción idealista, inmutable, sin historia y sin memoria de la realidad, sustituyéndola por la de un mundo material en constante transformación guiada por la acción humana. La cual se presenta como existencia concreta, material e histórica, susceptible de ser comprendida y aprehendida en términos de las relaciones sociales en las cuales el ser humano tiene como agente receptivo al mismo ser humano, además de sus vínculos con la naturaleza. Sólo por medio de la actividad social y de las relaciones sociales históricamente determinadas, los seres humanos interactúan con la naturaleza en la producción y reproducción de las condiciones materiales de vida.

Marx (1977:48) nos dice que mientras los hombres trabajan dentro de límites materiales que no han trazado ellos mismos, el mundo material tal como existe para ellos no es algo dado naturalmente, si no que, es construido por el hombre mismo a través del trabajo. El trabajo es un modo de actividad productiva, un sistema de relaciones sociales, un proceso histórico en el cual la naturaleza es transformada en un mundo humano, en un mundo cultural. La cultura, como producto de las relaciones humanas, está estrechamente ligada a la producción del mundo material, siendo un elemento constitutivo, más no secundario o superestructural, del modo de producción y de los modos de vida a él asociados.

Cabe mencionar que Marx reconoce la existencia de estructuras en la realidad, entendiendo por estructura una totalidad histórica cuyos elementos se encuentran organizados de modo jerárquico y articulados entre sí de forma dialéctica.³⁰ Nos habla así de una estructura económica sobre la cual se construye toda una superestructura jurídica, política e ideológica, cuyas mediaciones constituyen el modo de producción como una totalidad. Dentro de dicha totalidad, la estructura económica y los elementos

³⁰ No debemos confundir estructura con estructuralismo el cual como metodología, parte de presupuestos ontológicos y epistemológicos opuestos a los del materialismo histórico. El estructuralismo procede fragmentando la realidad en lugar de analizar los hechos o fenómenos sociales buscando sus relaciones con la totalidad. Desde el estructuralismo la estructura es inmutable, sincrónica y diluye a los sujetos históricos. Cfr: Sánchez Vázquez, Henri Lefévre y Nils Castro, *Estructuralismo y marxismo*. Grijalbo. Colección 70. México, 1975. Cfr: también Marc Barbut, Pierre Bourdieu, Maurice Godelier, A.J. Greimas, Pierre Machevey y Jean Pouillon, *Problemas del Estructuralismo*. Siglo XXI, México, 1978.

superestructurales se presentan organizados jerárquicamente, siendo en última instancia, la estructura económica el eje organizador. Un modo de producción no se reduce a la estructura económica, por lo cual su análisis tampoco debe reducirse a ella.

La distinción estructura y superestructura es planteada por Marx como categoría de análisis, lo cual no significa que la realidad histórica social este compartimentalizada en esferas separadas y autónomas ni que exista discontinuidad entre lo político, lo económico y lo cultural. Se trata de una distinción metafórica a la cual Marx recurrió en contadas ocasiones. En toda su obra –afirma Ludovico Silva (1979: 27) – usó en tres ocasiones la palabra superestructura (*superstruktur*) y una la de *uberbau*. A pesar de esto, interpretaciones estrechas y aisladas de los párrafos en los que Marx hace alusión a la estructura y superestructura, han propiciado numerosos reduccionismos y mecanicismos, no sólo epistemológicos sino también ontológicos, marcando el modo de proceder teórico, metodológico y epistemológico de toda una tradición de larga influencia en las formas de estudiar de la cultura. Veamos el tan aludido párrafo de Marx (2003:4).

En la producción social de su existencia, los hombres establecen determinadas relaciones, necesarias e independientes de su voluntad, relaciones de producción que corresponden a un determinado estadio evolutivo de sus fuerzas productivas materiales. La totalidad de esas relaciones de producción constituye la estructura económica de la sociedad, la base real sobre la cual se alza una superestructura (*uberbau*) jurídica y política, y a la cual corresponden determinadas formas de conciencia social. El modo de producción de la vida material determina el proceso social, político e intelectual de la vida en general. No es la conciencia de los hombres lo que determina su ser, sino, por el contrario, es su existencia social lo que determina su conciencia.

La relevancia teórico-metodológica que adquiere el concepto de totalidad, hacen necesario elucidar el sentido que se le atribuye en la presente investigación. El concepto de totalidad no ha estado exento de controversia y crítica, factores que han opacado,

distorsionado y marginado su valor heurístico y holístico en la comprensión y conformación de una concepción distinta de racionalidad.³¹ La totalidad es una categoría de análisis que, ubicada dentro del materialismo histórico, permite aprehender los fenómenos sociales como la síntesis de múltiples determinaciones, pues parte su análisis de la concepción de la realidad como un todo estructurado en donde los diferentes elementos que la conforman se influyen mutuamente.

En la *Introducción de 1857 a los Grundrisse*, Marx (2004:1) nos dice que “lo concreto es lo concreto porque es la síntesis de múltiples determinaciones, por lo tanto unidad de lo diverso”. No se trata de suprimir o negar la existencia de lo diverso, sino de encontrar los términos exactos de su relación con la totalidad. Se trata pues, no sólo de distinguir y separar, sino también de unir. Al respecto Karel Kosik (1967:25) afirma que “en el pensamiento dialéctico, la realidad es concebida y representada por la totalidad, pero no es sólo un conjunto de relaciones, hechos y procesos, sino que incluye también su creación, su génesis y su estructura”.

De lo anterior se desprende que, no debemos entender la totalidad en una perspectiva holista u organicista, pues hipostasian el todo sobre las partes y efectúan la mitologización del todo”. La totalidad sin contradicciones es vacía e inerte y las contradicciones fuera de la totalidad son formales y arbitrarias. La totalidad se diluye en una abstracción metafísica si no se tiene en cuenta que son los hombres y las mujeres como sujetos históricos reales, quienes crean el proceso de producción y reproducción social, la estructura como la superestructura, constituyendo la realidad social, y en esa creación, los sujetos se crean a sí mismos como seres históricos y sociales (Kosik, 1967:3-76).

La totalidad como categoría de análisis nos permite ubicar cuáles son las múltiples determinaciones presentes en la racionalidad de la diversidad de conocimientos de las tradiciones indígenas; y entender cómo se articulan éstos elementos, se ordenan y jerarquizan en un todo dialéctico. La totalidad como mediación epistémica se presenta como la síntesis de un trinomio conformado por 1) la dimensión

³¹ Cfr. Carlos Másmela, *La totalidad en Platón, Kant, Hegel, Hölderlin y Heidegger*, Los libros de Homero, México, 2009.

histórica, 2) filosófica y 3) ético-político. Síntesis histórica que puede ser conocida y comprendida en sus relaciones problemáticas y contradictorias, y como resultado de esta comprensión emerge la posibilidad viable de su transformación.

La dimensión filosófica del trinomio comprende la comprensión hermenéutica, como herramienta heurística para aprehender la totalidad epistémica, mientras que la dimensión ético-política se concibe como filosofía de la praxis posibilitada por la comprensión. La dimensión histórica del trinomio se refiere a las determinantes lógico-históricas, que retoma lo pasado pero estructurado en una nueva concepción del mundo, aprehendido como historia global, que permite entender cómo las etnias indígenas han podido sobrevivir por siglos transformando sus actos en hechos históricos. Propone como punto de partida del análisis el conjunto de las relaciones sociales, culturales, económicas y políticas y sus distintas manifestaciones, superando con ello las visiones aisladas de la racionalidad científica, que las concibe como si fueran realidades autónomas los acontecimientos culturales, económicos y de las políticas públicas institucionalizadas.

La historia como historia global, parte de la consideración de que no existen los acontecimientos aislados, siempre están ligados a otros, los que lo generaron y los que él produce. Esa conexión entre los acontecimientos tiene coherencia específica que la convierte en “historia”. Dicha especificidad de la coherencia no se da por sí misma, es dada por una mente que perciba y que comprenda. Así, para constituir, así sea una sencilla “historia”, se necesitan por lo menos tres factores: conexión de acontecimientos, relación de esta conexión con algo o alguien, que dé a los acontecimientos su coherencia específica y finalmente una mente comprensiva que perciba tal coherencia y cree el concepto que significa un significado. No hay “historia” sin significado (Kahler, 1974:4-16). De acuerdo con Pierre Vilar, la historia global, no busca decir todo de todo. No se pretende conocer todos y cada uno de los fenómenos acaecidos en el conjunto social. La historia global –nos indica Carlos Aguirre Rojas– es una conceptualización con diferentes niveles de complejidad que articulan y elaboran jerarquías dotadas de sentido: es la apertura de un territorio en el que coexisten acontecimientos fundamentales y determinantes en relación con otras totalidades

menores autosuficientes, que no contienen sus propios principios de autointeligibilidad.³²

Dicotomía “estructura” y “superestructura”

La metáfora estructura-superestructura ha resultado más problemática que útil. Ha sido llevada más allá de sus limitadas posibilidades teóricas, confundiendo los procedimientos epistemológicos con las categorías ontológicas, pues por una parte, se mantiene la distinción en instancias como herramienta analítica, mientras que por otra parte, se cree erróneamente que estas instancias existen sustantivamente como sujetos separados, físicamente divisibles entre sí en el mundo real.

Mantener esta metáfora implica afirmar la supremacía de la esfera económica sobre las demás esferas subordinadas que la reflejan pasivamente. Lo cual ha generado otra serie de falsas dicotomías, por ejemplo, la dicotomía entre ideología y ciencia asimismo entre cultura y producción material (Wood, 2000:9). Hablan así de un factor político, uno económico, otro ideológico y cultural independientes, perdiendo la noción de la realidad como totalidad concreta y dialéctica en donde los fenómenos sociales para ser aprehendidos en su esencia, tienen que analizarse en su relación con el todo, en sus mediaciones que lo determinan y configuran históricamente.

En lugar de buscar las relaciones concretas entre la economía y la política, entre la economía y la cultura, o entre la cultura, la política e ideología y de todas ellas con el Estado, y de cómo todos estos elementos están articulados dialécticamente en una totalidad históricamente constituida y articulada una concepción hegemónica de racionalidad. Cada una de ellas se abstrae sin ningún fundamento histórico o sociológico y niegan los fundamentos sociales de las relaciones de producción y los fundamentos materiales de las manifestaciones culturales, de esta forma se elimina el contenido social y político a la economía (Wood, 2000:27) y se vacía a la cultura de su base material. Se confunde la abstracción del concepto con su concreción histórica

³²“Lo anterior nos lleva a la segunda significación específica de esta historia global, es decir, a su derivación epistemológica como exigencia de situar, permanentemente, el problema o tema estudiado dentro de las sucesivas totalidades que lo enmarcan”. Carlos Antonio Aguirre, 2002: 70).

particular, quedándose en el ámbito de lo aparente, de la pseudoconcreción de una realidad fetichizada, en lugar de develar la esencia de los hechos.

De todo esto se desprende una consecuencia fundamental para nuestro objeto de estudio, la cultura es relegada al ámbito superestructural, reducida a lo simbólico, a la producción intelectual plasmada en el arte, en la literatura y la religión; mientras que la racionalidad es reducida a un método de aplicación algorítmica. Se elimina el vínculo entre cultura y producción material, y la relación entre cultura y racionalidad.

Al respecto Marx afirma que en la producción del mundo de la vida material la cultura está unida indisolublemente al trabajo dentro del amplio marco de relaciones entre sociedad-naturaleza-cultura. Son relaciones que se construyen significativamente y en esta construcción la acción humana, es decir, la incidencia de fines humanos en la naturaleza, va construyendo su mundo propio a través del trabajo, es decir, la cultura. Así, la acción humana transforma la naturaleza en un mundo cultural (Fábregas, 1977) pero no actúa y transforma la naturaleza en abstracto como hombre genérico, sino dentro del trabajo concreto como hombre histórico inmerso en relaciones sociales significativas. En este sentido la cultura y la racionalidad como acciones humanas son constitutivos a todo sistema de organización social y como tales deben ser aprehendidas en sus relaciones mutuas con la totalidad social.

Las relaciones dialécticas, y a la vez significantes, entre naturaleza-sociedad-producción material-cultura se ha perdido en las múltiples abstracciones y definiciones de la cultura formuladas desde la teoría social. Existen hoy día más de trescientas definiciones de cultura, desde antropológicas, sociológicas, semióticas, entre otras más (García, 1986:25-26).³³ En estas definiciones la naturaleza y la cultura se presentan como opuestas. Se quedan en la generalidad, en lo sincrónico, sin hacer referencia a las manifestaciones concretas e históricas de la cultura ni a su relación con la producción material, con la política, con la ideología, la hegemonía y la racionalidad, menos aún se hace referencia a la apropiación que cada grupo social (clases sociales, campesinos,

³³ La definición que proponen Kroeber y Kluckhohn –afirma Marvin Harris (1999: 8) – no es un mero concepto de cultura; va más allá, es más bien una teoría de la cultura, en el sentido de que es una explicación de cómo llegan a establecerse los rasgos del repertorio de la conducta de una población determinada, por procesos de aprendizaje más bien que por procesos genéticos.

etnias indígenas, trabajadores, etc.) hace de ella. Éste ha sido justamente el error fundamental de la antropología y de la sociología, el olvido de la relación dialéctica entre naturaleza y sociedad así como de sus manifestaciones concretas e históricas.

En tal contexto los estudios culturales modernos y posmodernos abordan la cultura desde el paradigma del culturalismo norteamericano y el estructural-funcionalismo.³⁴ En México ambos enfoques teóricos tienen una larga tradición en el estudio de la cultura de las etnias indígenas, como veremos más adelante, adoptaron una equivocada concepción de la totalidad para conformar el marco teórico que originó el indigenismo mexicano.

El culturalismo tiene como concepto teórico central, la cultura, entendida como una totalidad homogénea de hábitos, actitudes y formas de pensamiento (Medina, 1983:36-37), totalidad que puede ser comprendida fragmentándola. La anterior es una manera de proceder opuesta a la propuesta por el materialismo histórico, pues al fragmentar a la cultura simplifican su complejidad despojándola de sus manifestaciones concretas y sus relaciones dialécticas. Prácticamente la mayor parte del análisis antropológico utiliza los conceptos generales de la relación de “naturaleza” y “cultura” que para algunas sociedades simples resultan razonablemente explicativas, del mismo modo existe un sentido muy amplio de las relaciones de una cultura industrial y su mundo físico, que se puede investigar y explicar en niveles más generales, pero en las sociedades altamente desarrolladas y complejas existen tantos niveles de transformación social y material que la polarizada relación “cultura-naturaleza” resulta insuficiente (Wood, 2000:197).

Por su parte, el enfoque estructural-funcionalista concibe la cultura como una estructura que posee una lógica organizadora que da sentido y coherencia a su existencia. Toda cultura es un pensamiento con la misma capacidad de ordenar racionalmente el mundo y sus prácticas asociadas. Lévi-Strauss (1975:30-31) justificó el carácter lógico de toda cultura incluyendo las más antiguas, habla así de “modos de conocimiento paralelos, desiguales en cuanto a los resultados teóricos y prácticos, pero

³⁴ Cfr. Carlos Reynoso, 2000. *Apogeo y decadencia de los estudios culturales: una visión antropológica*. Gedisa, Barcelona, España.

iguales en cuanto a su modo lógico (operaciones mentales lógicas) que difieren sólo en cuanto a la clase de fenómenos a los que se les aplica”. La postura estructural-funcionalista reduce la complejidad cultural al descubrimiento de la lógica universal, que organiza racionalmente las acciones y relaciones sociales, sin dar cuenta de los cambios históricos. Es una visión sincrónica, en la cual la historia queda subordinada a la estructura; la estructura al conocimiento formal que se tiene de ella, y a su vez, este conocimiento a la codificación lógica. La estructura no se maneja como un todo organizado, dialéctico y conflictivo, en donde la configuración final de la cultura, en un momento histórico determinado, resulta de la interrelación (no yuxtaposición o suma de las partes) de lo económico, lo político, lo jurídico, lo ideológico.

Sin embargo, la cultura no tiene sólo una dimensión lógica o lingüística, sino que implica también una dimensión económica, política, jurídica, ideología, normativa y epistémica. Así, no podemos reducir el estudio cultural al descubrimiento de la lógica ordenadora de las prácticas y referirnos la diversidad cultural (manifestaciones particulares) como variaciones sobre un mismo tema, como productos del azar y no de un devenir histórico.

En suma se trata de posturas teóricas que despojan a la cultura de su historicidad o la conciben como parte de una historia universal que sigue una sola dirección – unilineal– trazada por la racionalidad occidental moderna, la única concepción de racionalidad aceptable –uniracional–. En ambos casos privilegian el consenso y la interdependencia armónica, negando así toda posibilidad de conflicto y de transformaciones, y la incidencia de la acción humana para dirigir estas transformaciones. Por lo tanto suponen una sociedad en equilibrio, no hacen distinción entre los diferentes grupos sociales existentes en la sociedad, sean estos clases sociales o etnias indígenas, ni consideran las relaciones que se establecen entre ellos, y la forma en la que éstas determinan su producción, apropiación y manifestación cultural.

El replanteamiento de la “Estructura” y “Superestructura”

Las consecuencias que ha tenido, para los estudios culturales, la adopción de

concepciones dualistas por los distintos enfoques antropológicos y sociales, hace necesario repensar la relación entre estructura y superestructura, con la finalidad de recuperar la concepción crítica de la cultura como producción material, como praxis social significativa, como una tradición cultural con sus propios criterios de racionalidad y normatividad epistémica.

Son varios los teóricos que desde diferentes vertientes del marxismo han tratado de superar la división tajante entre estructura y superestructura. Wood (2000) realiza una sucinta reconstrucción de ese camino recorrido, concluyendo que es necesario reconocer los fundamentos sociales de las relaciones de producción pero también la base material de la vida, reconocer, además, que la estructura no sólo es económica y que las relaciones de producción toman la forma de relaciones jurídicas, políticas, culturales e ideológicas particulares (Wood, 2000:33-34). Por lo que el modo de producción no es simplemente una tecnología reductible a lo económico; el modo de producción es una organización social de actividad productiva; de explotación y de relaciones de poder y hegemonía política, ideológica y cultural, en la cual se impone también como hegemónico la concepción occidental moderna de la racionalidad como eje articulador.

Elementos constitutivos de la cultura como un sistema significativo

La visión reduccionista de la cultura surge de limitar el proceso de producción material al proceso de trabajo, ocultando así la dimensión significativa de la producción material y con ello la importancia constitutiva de la cultura y del lenguaje. Raymond Williams busca superar estos reduccionismos argumentando que la cultura en su práctica como en su reproducción, no se reduce a un fenómeno superestructural de una organización social ya constituida por otras actividades sociales, por el contrario, la práctica cultural y su reproducción son en sí mismos elementos constitutivos de ese orden social . Es decir, la cultura es un modo de vida global pero sobre todo es un sistema de producción de significados o sistema significativo realizado, a través del cual el sistema social se comunica, se reproduce, se experimenta, se investiga (Williams, 1994:11-13).

Un sistema significante, siguiendo a Raymond Williams, es intrínseco a todo sistema económico, a todo sistema político, a todo sistema generacional, a todo sistema social, pero en la práctica se puede distinguir como un sistema en sí mismo, es decir, como lenguaje y de manera más evidente como un sistema de pensamiento o para utilizar ese difícil término alternativo, como una ideología (Williams, 1994:195). La cultura como sistema significante está inserta en toda una gama de actividades, relaciones e instituciones. Por lo que podemos estar alerta contra el hábito de realizar análisis separados, estudios atomizados o fragmentados, desarrollados históricamente, dentro del orden social capitalista, que presuponen en la teoría y en la práctica un “aspecto económico” de la vida, un “aspecto político”, un “aspecto privado”, un “aspecto espiritual”, un “aspecto de ocio”, etcétera (Williams, 1994:196).

En *Marxismo y Literatura* Raymond William (1980:50-51) expone su teoría lingüística del ser social, en la cual argumenta que la producción de la vida material no es sólo producción económica, sino también un proceso en el cual se producen significados. Afirma que las interacciones materiales son en sí mismas intercambios comunicativos, y que los hechos del habla son interacciones materiales.

En la argumentación desarrollada por Williams, el lenguaje tiene un papel central al igual que en Gadamer y Winch. El lenguaje no es pues un simple “reflejo” o “expresión” de la realidad material. El lenguaje es un elemento constitutivo, una apertura al mundo. Al ser una facultad humana universal es el medio a través del cual captamos y se articula la realidad material como experiencia social, activa y cambiante a las cuales les atribuimos un significado en forma de una convención cultural consensuada en las comunidades (William, 1980:36, 51).

La generación de significados es, de acuerdo con Williams, un producto social: una actividad material práctica en el cual el signo se convierte parte del mundo físico y material, “un medio de producción...una forma específica de la conciencia práctica que resulta inseparable de toda la actividad material social” (1980:36, 51).³⁵ El lenguaje

³⁵Esta consideración del proceso de constitución del significado, en la que lo equipara a un medio de producción, ha sido duramente cuestionada. A juzgar por Ulin (1990) dicha consideración resulta irónica y lo lleva a caer en la postura dualista y reduccionista de la ortodoxia marxista que R. Williams critica por haber

constituye así, una conciencia práctica que permea toda actividad humana, incluyendo la producción, siendo así inherente a la formación, reproducción y transformación de la sociedad humana, y un sistema productor y revelador de significados.

En la cultura como un sistema significativo los procesos de producción material son procesos comunicativos y de producción de significados, los cuales están sujetos a determinaciones culturales, históricas e ideológicas, y por consiguiente están sujetas a relaciones asimétricas de poder y hegemonía. Esta consideración permite a Williams analizar las relaciones entre sistemas culturales distintos como relaciones de dominación y hegemonía cultural, retoma para ello el concepto de hegemonía elaborado por el Gramsci.

Gramsci define la hegemonía como un proceso activo y formativo de incorporación cultural, el cual relaciona el proceso social en su totalidad, es decir, el proceso social vivido y organizado por significados, representaciones y valores específicos y dominantes, con las distribuciones del poder. La hegemonía hace referencia a un proceso de dominación y subordinación a través del cual se internalizan ciertas normas culturales que permiten mantener un orden social determinado: las relaciones de producción capitalista (William, 1980:129).³⁶

Un elemento fundamental para comprender estos procesos de incorporación y transformación cultural es la tradición. Aquí de nuevo sobresale una similitud con Gadamer, Williams considera que la tradición ha sido desacreditada históricamente en dos sentidos principales: 1) se considera un segmento inerte, de una estructura social, que ha sobrevivido del pasado y 2) se equipara con la superestructura. Williams rechaza ambas interpretaciones de la tradición y le atribuye una cualidad que le permite vincularla con la hegemonía. La tradición tiene una inigualable fuerza selectiva, siendo así “la expresión más evidente de las presiones y límites dominantes y hegemónicos...el medio de incorporación cultural práctico más poderoso” (William, 1980:129).

De un pasado y un presente la tradición selecciona ciertos valores, significados,

reducido la producción a la racionalidad instrumental del proceso de trabajo.

³⁶La hegemonía como proceso activo “es continuamente renovada, recreada, defendida y modificada, de la misma forma es continuamente resistida, alterada, desafiada” (William, 1980:34)

prácticas y representaciones, que pueden presentarse en la sociedad como distintos e incluso opuestos. Los elementos seleccionados son organizados e interconectados estableciéndolos como representativos, mientras otros son rechazados o excluidos.³⁷ Esta selección deliberada del pasado y del presente, nos dice Williams, es presentada en una hegemonía cultural determinada como “la tradición”, como el “pasado significativo” con la finalidad explícita de legitimar y constituir un orden social e identidad cultural determinados (la del grupo dominante), la cual conlleva una forma determinada de interaccionar con el mundo y entre sí, y una noción particular de racionalidad que sustenta dichas prácticas. Es así como la tradición, en su sentido hegemónico, ofrece en la práctica un medio de ratificar cultural e históricamente un orden social determinado (William, 1980:138).

A pesar de la fuerza selectiva de la tradición y de sus intentos de incorporación cultural deja una gran gama de actividades y áreas de la experiencia humana, prácticas y significados sin abarcar, algunos de ellos prefiere ignorarlos o eliminarlos, más aun considerarlos como privados, estéticos o naturales, lo cual permite la existencia de otras tradiciones y abre la posibilidad de que alguna se consolide como una alternativa e incluso una oposición a la tradición hegemónica.

“...ningún modo de producción y por lo tanto ningún orden social dominante y por lo tanto ninguna cultura dominante verdaderamente incluye o agota toda la práctica humana, toda la energía humana y toda la intención humana” (William, 1980:147).

En lo que parece una cultura o tradición homogénea y unificada en realidad existe una pluralidad de tradiciones que guardan entre sí relaciones jerárquicas y de dominación, es decir, se encuentran en una situación de hegemonía. Por lo que la cultura debe entenderse como una configuración interrelacionada de distintas tradiciones que

³⁷ “...la tradición selectiva es una versión intencionalmente selectiva de un pasado configurativo y un presente preconfigurado, que resulta entonces poderosamente operativo dentro del proceso de definición e identificación cultural y social”. *Ibidem*, p.137. Cfr. María Elisa Cevalco, *Para leer a Raymond Williams*. Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires, Argentina, 2003.

guardan entre sí una relación de hegemonía. Williams cuestiona la idea hermenéutica de una tradición cultural uniforme, así como la pretendida reciprocidad comunicativa entre tradiciones y, por consiguiente, la posibilidad de un diálogo recíproco entre ellas.

De acuerdo a la relación de dominio que las tradiciones culturales guardan con la tradición hegemónica, es posible hablar de tradiciones: arcaicas, residuales y emergentes. Las tradiciones arcaicas son reconocidas como un elemento del pasado y que ya no están activas en el presente por lo que son tradiciones para ser observadas, examinadas e incluso ocasionalmente revividas. Una tradición residual es aquella formada en el pasado pero que aún está activa en el sistema cultural hegemónico actual. En ciertas situaciones los elementos de la tradición residual (valores, significados, prácticas, representaciones) pueden constituirse como una alternativa e incluso oposición a la tradición hegemónica; pero también pueden ser incorporados a esta última a través de su reinterpretación, disolución, proyección, inclusión y exclusión discriminada. Por tradición emergente, Williams se refiere a los nuevos significados, valores, prácticas y relaciones que se crean continuamente (1980: 145-148).

Todo sistema cultural como actividad humana es histórico, cambia de acuerdo a sus necesidades de desarrollo, cambiando también, las relaciones de dominación entre la cultura hegemónica, la residual y la emergente. Cambios que inciden en la brecha que separa los elementos que, de las otras tradiciones, son incorporados, ignorados o eliminados en función de la selección de metas de la tradición hegemónica así como de la jerarquización e importancia de sus problemas a resolver, dentro de una concepción sustancialista de la historia.

Finalizo la exposición de la propuesta de Williams enunciando algunas de sus contribuciones a la comprensión de una concepción de racionalidad inclusiva de la diversidad cultural en el contexto de relaciones de carácter asimétrico, de dominación y de hegemonía establecidas entre tradiciones distintas.

En primer lugar permite superar la visión reduccionista de la cultura recuperando su sentido constitutivo de la estructura social e identidades individuales y colectivas. Es decir, nos permite entenderla como un sistema signifiante de producción material y de sentido, que desarrolla, produce y reproduce en toda una gama de relaciones y acciones

humanas y como tal debe ser históricamente aprendida, como un sistema simbólico y a la vez lingüístico, económico, político e ideológico de interrelaciones y mutua determinación dentro de los procesos epistémicos de una totalidad concreta.

En segundo lugar da cuenta de las relaciones de poder y dominación política, jurídica y epistémica que se dan en sociedades pluriculturales donde coexisten tradiciones distintas e incluso opuestas. En estas sociedades la cultura occidental moderna basada en la racionalidad científica e instrumental y en los principios del liberalismo se ha constituido como la tradición cultural hegemónica cuyos valores, conocimientos y concepción de racionalidad se impusieron como eje de la organización social, política, económica e identitaria, mientras que la cultura de las etnias indígenas, dadas las relaciones asimétricas y conflictivas que históricamente ha mantenido con la cultura hegemónica, se ha configurado como una tradición residual. Tradiciones residuales o subordinadas que reclaman el reconocimiento de su cultura, sus conocimientos, usos y costumbres, valores, significaciones y representaciones, como elementos constitutivos de su organización e identidad socio-cultural en el ordenamiento político, jurídico, legislativo y cultural del estado-nación.

En cada tradición cultural sus elementos constitutivos tienen su propia significación y racionalidad que no son independientes de sus condiciones materiales de producción y organización social. Si consideramos la cultura como un sistema constitutivo de la organización social, generadora de significaciones y de identidades culturales individuales como colectivas, los criterios de racionalidad que determinan las relaciones interculturales pueden surgir de ese sistema signifiante. En ese sentido podemos recuperar las dimensiones históricas, axiológicas y normativas de la cultura que determinan su acción sociocultural coherente con sus cosmovisiones, cosmogonías y ecosistemas.

La importancia otorgada a la concepción dialógica de la racionalidad como mecanismo para generar acuerdos y consensos cuyos contenidos se materialicen en normas que posibiliten relaciones interétnicas basadas en los principios de la interculturalidad, torna fundamental entender las condiciones de asimetría epistémica, política, jurídica así como las relaciones de poder que se deriven de ellas, en las

relaciones y procesos comunicativos entre tradiciones distintas. En estos contextos es importante el concepto de hegemonía cultural pues alude a la dominación cultural generada en situaciones asimétricas de distribución y reproducción del poder, asimismo da cuenta de las costumbres y prácticas que apoyan las jerarquías y dominio de un grupo sobre otro.

A partir de la década de 1960 se desarrolla al interior de la antropología un movimiento crítico renovador, alimentado con una corriente de pensamiento crítico más basta en la teoría social latinoamericana, en el que participan autores de diversas disciplinas como Guillermo Bonfil Batalla, Pablo González Casanova, Luis Villoro, Rodolfo Stavenhagen, Arturo Warman y Andrés Medina, entre otros, dirigidos a construir un marco teórico y metodológico que fundamente un pensamiento autónomo y crítico en relación a los problemas sociales, culturales y económicos de América Latina. En México este movimiento da origen a disciplinas como la antropología social crítica, que sustituye la visión dicotómica y reducida de la cultura propia del culturalismo norteamericano y del estructural funcionalismo y del indigenismo³⁸, adoptando una visión crítica y material de la misma.

Una mirada hacia la antropología crítica

El nuevo paradigma tiene una concepción distinta de sociedad y de la cultura en la cual los grupos étnicos indígenas y no indígenas establecen relaciones entre sí afectando su dinámica social y cultural, por lo que comprender la situación sociocultural de grupo étnico implica comprender sus relaciones con la totalidad de la sociedad.

Bonfil Batalla, en este contexto, argumenta que comprender la problemática de la cultura indígena requiere estudiarlos en sus relaciones con la cultura nacional.

³⁸El indigenismo en México fue una corriente de pensamiento teórico y metodológico que adoptó la concepción occidental moderna de la racionalidad para obtener conocimiento de las culturas indígenas y diseñar políticas públicas dirigidas a su integración cultural, social y económica a la sociedad global. Al respecto Bonfil Batalla (1983: 144-145) afirma que “La meta del indigenismo...consiste en lograr la desaparición del indio...al indio hay que integrarlo e integración debe traducirse no como el establecimiento de formas de relación entre los indios y el resto de la sociedad global, sino como una asimilación total del indígena, una pérdida de su identidad étnica, una incorporación absoluta a los sistemas sociales y culturales”.

Históricamente estas relaciones han sido dinámicas, asimétricas³⁹ y conflictivas, estableciendo las condiciones materiales, institucionales, políticas y jurídicas en las cuales la cultura indígena se realiza y crea sus perspectivas de desarrollo, sus metas y su legitimidad dentro de la sociedad global.

El concepto de conflicto es central en la concepción de la cultura y el análisis de la situación de las etnias indígenas. Sin embargo, en el concepto de cultura elaborado por la antropología, no figura el conflicto, pues dicho concepto fue elaborado a partir del conocimiento de sociedades pequeñas, homogéneas y funcionales social y culturalmente privilegiando la armonía e integración de sus miembros. Bonfil Batalla argumenta que excluir la noción de conflicto del concepto de cultura elimina su capacidad explicativa en sociedades donde coexisten diferentes grupos étnicos cada uno con sus propias culturas y cuyos valores, creencias, prácticas, etc., pueden establecer relaciones antagónicas. El conflicto adquiere relevancia heurística permite captar la dinámica cultural -los procesos de modificación, resistencia y hegemonía- en una situación de dominio, a partir de lo cual Bonfil Batalla considera que:

"las etnias indígenas poseen una cultura propia, pero es la cultura de un grupo minoritario dominado y por lo tanto es oprimida, defensiva y aislante... tiene alternativas (de realización) fuera de ese sistema, porque no fundamenta su legitimidad en términos de la cultura nacional, sino en su pasado propio y distinto y en una historia de explotación en tanto indígenas, y es precisamente el haber sido explotados como indígenas lo que ha permitido la pervivencia de su cultura propia y diferente" (Bonfil, 1983: 153).

De Bonfil Batalla es indispensable recuperar la concepción crítica de la cultura, es decir, la cultura como una totalidad en la cual sus elementos se encuentran organizados y en mutua determinación. La cultura de las etnias indígena forma parte de una totalidad cultural dentro de la cual mantiene relaciones asimétricas y conflictivas con la cultura

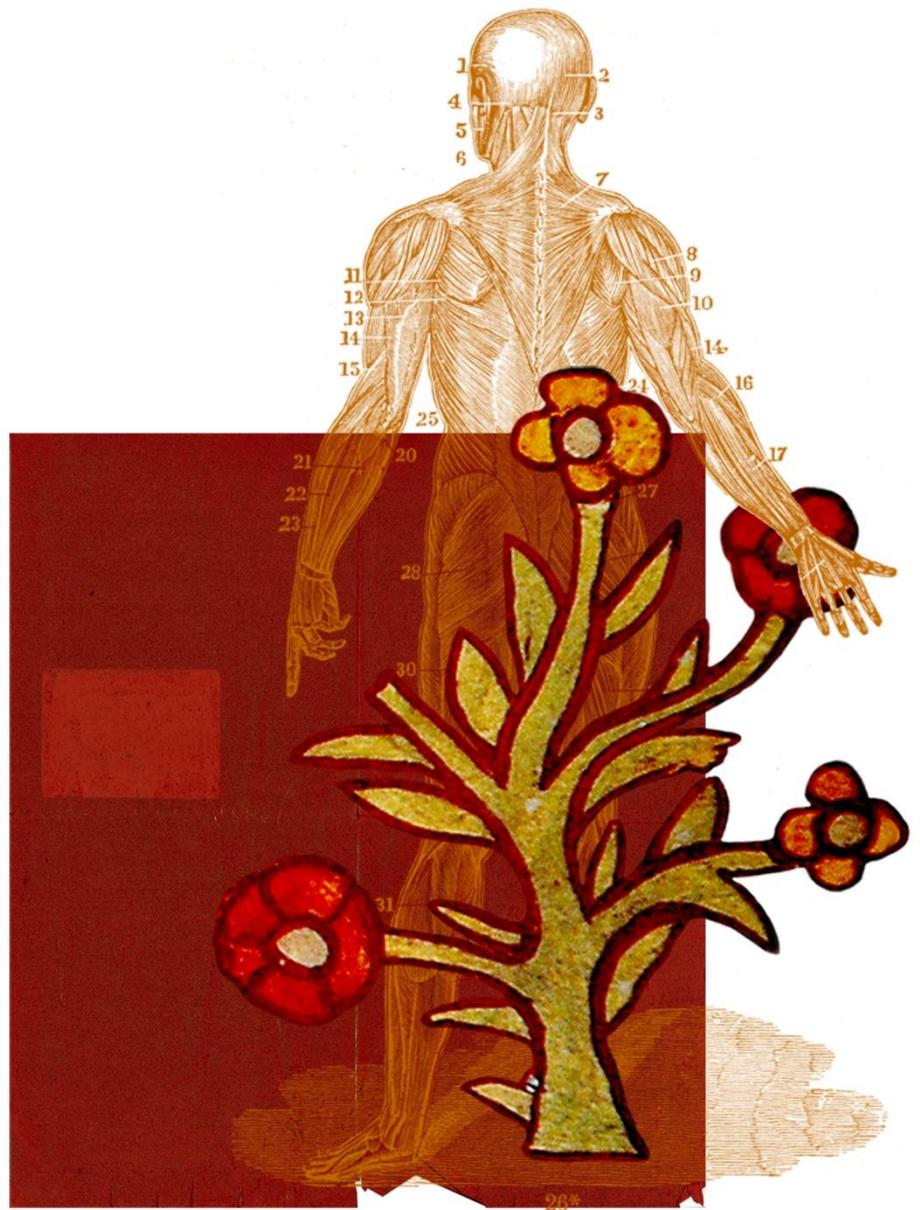
³⁹ Son asimétricas es decir no se establecen sobre la base de una reciprocidad.

nacional, es necesario estudiarla en sus relaciones con la sociedad global⁴⁰. Recupero también la importancia que le asigna al análisis histórico como recurso heurístico para comprender la situación de las etnias indígenas: "el conocimiento de los grupos indígenas sólo resulta posible en tanto se tome en cuenta el proceso histórico de su opresión por parte de la sociedad dominante" (Bonfil, 1983:159). En otras palabras es necesario un análisis histórico de las relaciones entre la cultura indígena y la cultura nacional dominante para comprender su carácter asimétrico, manifestado por las condiciones desfavorables económica, social, política, jurídica y epistémicamente, que favorezca la comprensión de las condiciones mínimas que propicien relaciones simétricas.

En la presente investigación me refiero a las relaciones entre la tradición médica indígena y la tradición médica científica o biomédica. Entender cómo se tornan asimétricas y conflictivas implica el proceso histórico que favoreció la constitución de la medicina como una ciencia, adoptando así la concepción occidental moderna de la racionalidad. Esta racionalización en el ámbito médico favoreció su consolidación como paradigma hegemónico. En México a la par que la medicina se consolida en el paradigma hegemónico, otras tradiciones médicas, en particular la tradición médica indígena se consolida como una tradición al margen de la hegemónica. En el siguiente capítulo se abordan estos elementos.

⁴⁰ "La funcionalidad de las culturas aborígenes no se ve más como una expresión armónica sino como resultado dialéctico de la relación dominante-dominado. Su comprensión exige el conocimiento de los dos términos de esa contradicción y no sólo del segmento dominado: he aquí el punto crucial" (Bonfil, 1983:159)

CAPÍTULO II



LA TRADICIÓN BIOMÉDICA COMO EXPRESIÓN DE LA CONCEPCIÓN MODERNA DE RACIONALIDAD

INTRODUCCIÓN

Uno de los objetivos de la presente investigación es analizar la condición de subordinación e inequidad epistémica en la que se encuentra actualmente la tradición médica de las etnias indígenas de México, tomado como elementos de análisis las relaciones que históricamente ha mantenido con la tradición biomédica. Ambas tradiciones son el resultado de procesos históricos de larga duración enmarcados por el desarrollo, expansión y predominio de la ciencia como expresión máxima de realización de la razón humana, así como concepción de mundo y presupuestos ontológicos, epistémicos y metodológicos.

La hegemonía y dominio de la tradición biomédica sobre la indígena inició con el proceso de racionalización y consolidación de la primera en una ciencia. En el caso de la biomedicina fue un proceso de incorporación de la concepción del mundo trazada por la razón y la ciencia mientras que para la tradición médica indígena el proceso ha sido el opuesto. En este proceso se establece la demarcación entre el conocimiento, las explicaciones y las prácticas que en la medicina serían válidas epistémica y metodológicamente.

El presente capítulo tiene como finalidad contribuir a entender las relaciones asimétricas y conflictivas entre las tradiciones médicas en cuestión, a partir de la reconstrucción histórica del proceso de constitución de la medicina en una ciencia empírica, proceso que culminó en la hegemonía de la tradición biomédica. En el siguiente capítulo abordaré la tradición médica indígena.

Dos tradiciones médicas

Desde tiempos remotos los seres humanos han desarrollado conocimientos, creencias, prácticas, representaciones y explicaciones acerca de la salud y la enfermedad –sobre sus causas, tratamiento y nosología – los cuales han sistematizado y estructurado en sistemas médicos. Estos sistemas médicos forman parte de tradiciones culturales más amplias cuyos principios ontológicos, epistemológicos y criterios de racionalidad, establecen el contexto histórico y cultural dentro del cual las prácticas, conocimientos y acciones, de cada sistema médico, son inteligibles y significativos (Osorio, 2001: 14).

En nuestro país coexisten varias tradiciones médicas, dos de ellas son la tradición biomédica y la tradición médica indígena. La primera se desarrolló en el marco de la cultura occidental moderna, una cultura establecida sobre la exaltación de la razón, sobre las demás cualidades humanas, como el fundamento de toda búsqueda cognitiva y del dominio de la naturaleza, así como de las acciones y conductas humanas, incluyendo la organización social, económica y política. La segunda tradición se configuró precedida por la cosmovisión y cosmogonías de las culturas milenarias de los grupos originarios existentes antes de la conquista española, como por ejemplo, los aztecas, nahuas y mayas. La configuración actual de lo que hoy denominamos medicina tradicional indígena es el resultado de un proceso de más de 500 años de relaciones de dominación y hegemonía con la cultura accidental moderna.

De arte a ciencia

Antes del siglo XVIII la práctica médica no gozaba de la posición hegemónica que hoy día detenta, es decir, no se imponía ni dominaba ideológicamente sobre las tradiciones médicas existentes, sustentadas en concepciones del mundo como la metafísica, la vitalista o la mágica-religiosa. La práctica médica tendría que pasar por un proceso de continua racionalización y secularización del mundo, de la concepción del ser humano, de la salud, de la enfermedad para dejar de ser un arte y consolidarse como una ciencia.

German Somolinos D'Ardois (1980) da un excelente panorama de ese proceso,

destacando la importante contribución que en él tuvieron los griegos al darle a la medicina un método, una técnica de desarrollo y una ruta de racionalización. Sin duda, la contribución griega más importante que dio una orientación científica y filosófica al desarrollo de la medicina, fue el desarrollo de una filosofía de la naturaleza, con la cual el ser humano, la salud y la enfermedad serían conceptualizados y comprendidos como parte de las explicaciones dadas a la naturaleza, abandonando así, las conceptualizaciones y explicaciones metafísicas y mágicas.

Con estas bases Hipócrates desarrolló una concepción de la salud y de la enfermedad, en la cual el ser humano es parte del orden general del universo y como tal está constituido por elementos de la naturaleza distribuidos en cantidades proporcionales, dando lugar al estado de salud en el individuo. La enfermedad deviene de la alteración del orden y la proporcionalidad de los elementos que integran tanto la naturaleza del individuo como la del medio físico que lo rodea.

Esta manera de entender la enfermedad como una alteración del equilibrio interno del hombre y del medio que lo rodea, permitió su estudio como un fenómeno más de la naturaleza susceptible de conocer y explicar por medio de la observación y de la experimentación, abriendo así, el camino a la búsqueda de "las leyes que rigen las reacciones del organismo frente a las fuerzas de la naturaleza" (D'Ardois, 1980: 36).

El estudio experimental de la enfermedad favoreció el desarrollo de doctrinas explicativas como la de Hipócrates, titulada *De los días críticos y de las crisis*, y los principios de la patología humoral, la cual consideraba que todas las cosas en el universo estaban formadas por la combinación de cuatro elementos fundamentales e inmutables: aire, tierra, fuego y agua, movilizadas por fuerzas opuestas como el odio y el amor. En el cuerpo humano esos elementos se identifican con los cuatro humores orgánicos: sangre, bilis, pituita o flema y atrabilis o bilis negra, a los cuales se les contraponen las calidades: seco, húmedo, frío y caliente. La bilis tiene correspondencia con lo caliente y seco, la sangre con lo caliente y húmedo, la bilis negra con lo frío y seco y la flema con lo frío y húmedo. Las diferentes combinaciones y predominio de los elementos en el organismo dan lugar a la enfermedad mientras que el equilibrio entre

ellos da lugar a la salud (D'Ardois, 1980:36-37).

La concepción hipocrática fue sustituida por la tradición organicista y la concepción teológica del universo cuya tesis principal establecía que todas las cosas del mundo natural ocupan un lugar en el universo. Por ejemplo, la tierra ocupaba el centro del universo y el hombre el centro de la tierra. Galeno sostuvo que todo en la naturaleza tiene un fin y esté una causa entre los cuales existe una relación perfecta, sabia y exacta que no podía más que demostrar la existencia y omnipotencia de Dios (D'Ardois, 1980:41).

Las representaciones y explicaciones del mundo físico-natural dadas por la concepción teológica encajaban perfectamente con los dogmas religiosos, lo cual favoreció su aceptación por la Iglesia y su pervivencia por cientos de años. En relación a la concepción hipocrática, la concepción teleológica significó un retroceso del pensamiento médico europeo en el cual permanecería hasta el advenimiento del mecanicismo motivado por la revolución científica europea del siglo XVII.¹

Varios historiadores de la ciencia y de la medicina consideran que el triunfo de la tradición mecanicista sobre la tradición organicista y la hermética² propició el desarrollo de la ciencia. Como paradigma explicativo, el mecanicismo, representó al mundo a partir de conceptos como el de ley natural y el de la regularidad o inmutabilidad de la naturaleza. La idea de que los fenómenos físico-naturales presentan una regularidad que puede ser conocida y determinada mediante el uso de un lenguaje preciso, claro y directo, es decir, el lenguaje de las matemáticas, abrió la posibilidad a las explicaciones precisas y al descubrimiento de las leyes que rigen las regularidades observadas (Trabulse, 1983: 10).

¹ En el campo de la astronomía Copérnico demostró con su teoría heliocéntrica que la tierra, por consiguiente el hombre, no es el centro del universo. En la mecánica los experimentos el vacío y la trayectoria del proyectil así como sobre la aceleración y la gravedad, éstos últimos de Galileo, contribuyeron a la sustitución del paradigma organicista.

² En la tradición hermética o mágica la concepción del universo refleja una interacción o combinación del pensamiento místico y científico. El cosmos es una obra de arte llena de misterios y secretos escritos por Dios en un lenguaje matemático y místico. Es posible descubrir tales secretos a través del conocimiento de los enlaces ocultos, las tramas invisibles y las relaciones numéricas y matemáticas que explican la armonía del cosmos (citado por Trabulse, 1983: 23).

A la concepción mecanicista del mundo le acompañaron nuevas herramientas epistémicas y metodológicas sustentadas en la observación de los hechos y la experimentación que derivaron en el método experimental basado en el razonamiento deductivo. Tal escenario resultó favorable para el desarrollo de la física, de la anatomía y de la patología cuyos conocimientos propiciaron, a su vez, el desarrollo científico de la medicina, al establecer los antecedentes para transitar de la concepción mágica-religiosa y metafísica, con sus explicaciones dogmáticas y especulativas de la enfermedad a una concepción y explicación biológica de la misma.

En el ámbito de la anatomía otros acontecimientos fueron importantes para la transición mencionada, me refiero al interés por la naturaleza y la concepción del hombre como parte de la misma, ocurrido durante el renacimiento, y manifestado en los estudios que Leonardo da Vinci hizo sobre la estructura y el movimiento del cuerpo humano, a partir de los cuales Andrés Vesalio (1514-1564) describiría su anatomía. En *De Humanis Corporis Fabrica*, Vesalio mostró que el hombre es parte de la naturaleza y como tal el cuerpo humano y su funcionamiento deben ser abordados al igual que todo fenómeno físico regido por leyes cognoscibles mediante la observación y la experimentación (Aréchiga, 2000: 207).

A raíz de estos trabajos surgieron corrientes de pensamiento médico que describen las funciones del cuerpo humano desde la mecánica, la física y la química. Ejemplo de ello es la Iatroquímica que interpreta los procesos ocurridos al interior del organismo en términos de reacciones químicas. Sin embargo, las causas de la enfermedad aún se explicaban a partir de una combinación de interpretaciones científico-experimentales y metafísicas, producto de la cosmovisión mágica-religiosa que aún imperaba en el siglo XVII. Así, aunque los procesos ocurridos en el organismo fueran fenómenos químicos éstos eran causados “por unos espíritus especiales que actuaban como fermentos” (D’Ardois; 1980: 94). Fue hasta el siglo XVIII, con el triunfo de la razón y el advenimiento de la filosofía positivista en el siglo XIX, cuando la medicina encuentra el contexto favorable para eliminar la concepción metafísica de las explicaciones dadas a la enfermedad.

El siglo XIX inicia para la medicina con dos exigencias: convertirse en ciencia natural y explicar teóricamente la enfermedad apoyándose en las ciencias naturales y en la investigación experimental. En la filosofía positiva la medicina encontraría el fundamento epistémico y metodológico para conseguirlo, pues estableció una serie de principios universales que todo conocimiento científico debía cumplir 1) tener como punto de partida la observación sensorial de los hechos; 2) los datos sensoriales así obtenidos de los hechos tienen que traducirse a datos numéricos; 3) todo saber científico tiene el objetivo de establecer las relaciones de causa-efecto existentes entre los fenómenos observados; y 4) establecer leyes generales de la naturaleza (Laín, 1974: prólogo, pág. XVII y XVIII).

La medicina adoptó estos principios y adoptó como objeto de estudio únicamente a los hechos perceptibles por los sentidos y analizables por métodos científicos y exactos. En el estudio de la enfermedad, ésta se entendió como la manifestación de síntomas físicos que, a su vez, representaban signos de alguna alteración en las funciones del organismo, alteraciones susceptibles de describirse y medirse con los métodos experimentales de la ciencia. Bajo esta concepción el diagnóstico de la enfermedad consistía en la búsqueda de síntomas físicos y signos orgánicos y su interpretación funcional, con esta información se obtuvieron relaciones de causas-efectos a partir de las cuales se pretendía establecer las leyes que regían la enfermedad, evitando así, teorizaciones estériles y la especulación en el estudio y explicación de la enfermedad.

Durante los siglos XVIII y XIX el desarrollo en la anatomía, la fisiología y la etiología enriquecieron el conocimiento que se tenía sobre la estructura y el funcionamiento del cuerpo humano, con ello, fue posible profundizar en el conocimiento de la enfermedad al determinar el lugar del organismo donde ésta se localiza.

Giovanni Battista Morgagni, un médico italiano, publicó en 1761 su *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* (Sobre las localizaciones y las causas de las enfermedades, investigadas desde el punto de vista anatómico) que describía la

enfermedad a partir de los síntomas clínicos que se observaban en el enfermo y su relación con las descripciones de los signos anatómicos encontrados durante su autopsia. Con lo cual Morgagni impulsó el uso de la anatomía humana para el estudio clínico de la enfermedad, lo que se llamó anatomoclínica (Martínez, 2000: 101; López, 1985: 47).

El inicio del siglo XIX estuvo marcado por el desarrollo de la anatomoclínica, tradición médica que concibe la enfermedad como el conjunto de síntomas y demás datos clínicos manifestados por el paciente. En esta tradición los síntomas físicos – observaciones clínicas hechas en el paciente– están relacionados con una lesión o alteración de la función de un órgano. Las lesiones anatómicas, subordinadas por Morgagni a los síntomas clínicos, representan el dato objetivo para diagnosticar y explicar la enfermedad, convirtiéndose en el fundamento de la ciencia y la práctica médica moderna.

Otro avance significativo en el conocimiento de la enfermedad fue el descubrimiento, realizado en la segunda década del siglo XIX por René Théophile y Hyacinthe Laennec, de que las alteraciones fisiológicas, que indicaban la existencia de una enfermedad, producían ciertos sonidos que el médico podía escuchar al auscultar al paciente. El hallazgo de que las alteraciones fisiológicas podían ser reconocidas por los sonidos que emitían propició la invención del estetoscopio que condujo al desarrollo del método de exploración física (auscultación médica). Laennec profundizó en el conocimiento de los signos físicos y con ayuda de la anatomía consiguió asociarlos con alguna alteración orgánica particular, generando una serie de signos físicos, observables y medibles, por medio de los cuales el médico diagnosticaba eficientemente la enfermedad (Martínez, 2000: 107).

A partir de estos signos o síntomas externos las enfermedades fueron clasificadas en géneros y especies usando métodos similares a los empleados en las clasificaciones botánicas. Por ejemplo, la fiebre se consideró como un signo externo para clasificar, a todas las enfermedades que lo presentaran, bajo el género de fiebre, cuyas especies se diferenciaban y clasificaban mediante otros síntomas que se le agregaban a la fiebre. De

esta forma se elaboraron listas y tablas que contenían las enfermedades clasificadas –de acuerdo a síntomas y signos– con las que el médico no tenía más que saber ubicar, en tales tablas, los síntomas que presentaba el paciente para diagnosticar la enfermedad ubicando primero su género y luego la especie (Martínez, 2003:20).

Los nuevos conocimientos generados por la anatopatología y la fisiopatología revolucionaron la concepción de la enfermedad explicándola como un trastorno estructural y dinámico del cuerpo, primero le asociaron un sustrato biológico localizado en el interior del individuo, aunque sin ubicarlo con precisión, lo que permitió observarla y expresarla mediante síntomas (signos físicos) ya sea lesiones o disfunción del organismo o alteraciones fisicoquímicas y explicarla objetivamente.

A poco más de un siglo de que Morgagni publicara su gran obra sobre las localizaciones y las causas de las enfermedades, Xavier Bichat, en su *Anatomie generale* (1807), planteó que los órganos se componían de distintos tejidos, señalando a éste como sede de la enfermedad. Posteriormente con el desarrollo del microscopio fue posible analizar la textura de un tejido y con el desarrollo de la teoría celular, por Schleiden y Schwann, Rudolf Virchow, se afirmó que los tejidos están compuestos por células, trasladándose a éstas las alteraciones fisicoquímicas asociadas con la enfermedad. Lo que, afirma López Piñero, condujo al estudio experimental de las enfermedades desde un punto de vista dinámico, pues ahora las funciones orgánicas fueron concebidas como procesos energéticos y materiales cuyas alteraciones se podían explicar por las teorías físicas y químicas y analizar con sus técnicas (López, 1985: 11). Con el impulso de la biología molecular y la biotecnología esas alteraciones serían ubicadas al nivel de las biomoléculas (proteínas, ADN).

Fue hasta la segunda mitad del siglo XIX, con el desarrollo de la fisiopatología alemana, que la visión romántica y especulativa de la enfermedad se sustituyó completamente, explicándola como el resultado de alteraciones fisicoquímicas ocurridas al interior del organismo. Sin embargo, la implementación de un verdadero y riguroso método experimental para el estudio de la enfermedad provino de la fisiopatología francesa, particularmente de los trabajos realizados por Claude Bernard, quien

consideró que para conocer científicamente la enfermedad no bastaba con observaciones precisas de los hechos, era necesario, además, explicarla mediante un análisis experimental, por lo tanto, la medicina tenía que ser una ciencia experimental.

Claude Bernard, convirtió a la fisiología en la base de la interpretación de los síntomas de la enfermedad, vinculando de esta forma el estudio de la fisiología y la patología humana. En sus *Lecciones de patología experimental* argumentó que a partir de ambas era posible explicar las enfermedades mediante el descubrimiento de las leyes que regían los fenómenos vitales. El método básico para la explicación de la enfermedad era la patología experimental. “Por medios artificiales, resulta posible, no sólo provocar en los animales síntomas morbosos, sino series de síntomas, o sea enfermedades con todo el conjunto de sus consecuencias”. (Claude Bernard, citado por López, 1985: 97-98, 100).

En torno a las causas o etiología de la enfermedad, durante el siglo XVII y XVIII dominó la visión racionalista y empirista de la relación causa-efecto, en especial la visión de Hume, que reducían la causa a una mera sucesión de fenómenos. Por medio de la simple observación se podía relacionar la aparición de trastornos patológicos con ciertos sucesos como la ingestión de un veneno, el contacto con otro enfermo, la constitución biológica de cada individuo, sus antecedentes familiares e incluso las condiciones sociales de existencia. Posteriormente, en la segunda mitad del siglo XIX, el desarrollo de la teoría microbiana condujo a la explicación científica de las relaciones observadas.

Louis Pasteur, a partir de sus investigaciones sobre las alteraciones del vino, de la sangre y de la cerveza ocasionadas por la presencia de microorganismos, al igual que de sus estudios sobre la enfermedad del cólera en los pollos y del virus de la rabia, demostró que los microorganismos que invaden el cuerpo humano son los que desencadenan las enfermedades humanas. Los hallazgos realizados por Pasteur constituyeron un nuevo paradigma en el ámbito de la etiología y abrieron el campo para nuevas y fecundas investigaciones. Sin embargo, correspondería a Robert Koch, hasta a finales del siglo XIX, adaptar a la patología humana las ideas de Pasteur, al relacionar a

un microorganismo determinado como el agente causante de una enfermedad terminada (Trabulse; 2006: 54-56).

En el largo camino recorrido por la medicina en su constitución como ciencia experimental, la concepción de enfermedad pasó por un proceso de desmitologización, de secularización y de racionalización. La patología experimental y la aplicación del conocimiento de la física y de la química al estudio del cuerpo humano y de la enfermedad excluyeron de este concepto “todo lo que no era ni podría ser verdadera ciencia” (Claude Bernard, citado por Laín, 1974: 378). De esta forma son eliminadas de la explicación y concepto de enfermedad metáforas que la entendían como “sensibilidad orgánica, algunas creaciones imaginarias como fluido nervioso y ciertos términos ininteligibles como fuerza o principio vital” (Magendie F, citado por Martínez Cortés; 2000:105). El resultado fue la concepción biológica-lesional de la enfermedad, fundamento de la práctica médica contemporánea cuyas tesis centrales son:

- 1) La enfermedad es una alteración estructural y funcional de los órganos, tejidos, células o moléculas que componen al cuerpo humano.
- 2) La enfermedad se presenta cuando factores externos de origen biológico, como microorganismos, bacterias y gérmenes, invaden el cuerpo humano alterando sus funciones. Únicamente estos factores biológicos son causa de la enfermedad, es por tanto, un modelo monocausal.
- 3) La enfermedad se diagnostica por la presencia de síntomas y signos propios de la alteración.

La biomedicina como tradición

Los elementos hasta aquí presentados sobre el proceso de constitución de la medicina en una ciencia empírica nos permiten considerarla y analizarla como una tradición que se formó como parte de un proceso histórico más amplio de consolidación, expansión y predominio epistémico, político y cultural de la ciencia. Es necesario aclarar que al considerar a la biomedicina como una tradición no quiere decir que ésta sea

homogénea, concuerdo en este punto con Gordon (1988) cuando afirma que si algo ha demostrado la investigación sobre la biomedicina es pluralidad.

Aunado a lo anterior, considerar a la medicina como una tradición representa un recurso heurístico para comprender que su actual hegemonía y predominio, sobre otras tradiciones médicas existentes, no son una propiedad natural que deriva de su carácter científico sino el resultado de dicho proceso de conformación histórico y social en el cual la ciencia adquirió poder que fue transferido a la biomedicina.

Como tradición biomédica la concepción de la enfermedad se estructuró sobre la concepción científica y naturalista del mundo que, como se mencionó en los apartados anteriores, asume a la concepción moderna de la racionalidad como la única forma válida de la cual adoptó los presupuestos ontológicos, epistémicos, teórico-metodológicos y axiológicos para concebir, abordar, conocer y explicar el funcionamiento del cuerpo humano y los procesos de salud-enfermedad.

El conocimiento, así obtenido es objetivo, verdadero, abstracto e independiente del contexto histórico y social. Se trata de una concepción particular sobre la enfermedad y el cuerpo humano que la biomedicina ha presentado como la única concepción posible atribuyéndole un carácter universal.

Pérez-Tamayo (1988a: 235-236) define la enfermedad como la

...incapacidad para realizar una o más funciones biológicas con eficiencia normal, acompañada de alteraciones perceptibles físicamente por medio de los sentidos educados del médico o sus extensiones tecnológicas, independiente del testimonio del enfermo, con especificidad definida por cambios anatómicos y/o funcionales, así como su etiología, sin juicios de valor y sin relación con el tiempo y el espacio en que ocurre. Es el objetivo del diagnóstico y el tratamiento y la información sobre ella crece gracias a la investigación médica.

Una lectura atenta del párrafo anterior hace evidente que es una expresión de la

concepción moderna de la racionalidad científica. Por ejemplo en los siguientes puntos:

- 1) funciones biológicas, cambios anatómicos y/o funcionales
- 2) alteraciones perceptibles físicamente
- 3) independiente del testimonio del enfermo
- 4) sin juicios de valor y sin relación con el tiempo y el espacio en que ocurre.

El primero de ellos refleja el procedimiento cartesiano de la tradición biomédica al dividir al ser humano en sus diferentes dimensiones: orgánico, biológico o material, psicológico, social, cultural, para dedicarse únicamente al estudio del cuerpo orgánico, el cual a su vez es fragmentado en los diferentes órganos que lo componen y cada uno es estudiado como una unidad aislada de las demás, como objetos naturales en sí mismos y autónomos. Se trata también de un enfoque individualista pues se centra en el individuo como portador de la enfermedad

La estructura y funciones del cuerpo humano se describen y estudian con los esquemas biológicos, anatómicos y fisiológicos, también la enfermedad es descrita en estos términos como un objeto o fenómeno biológico independiente del sujeto social que presenta los síntomas. Al respecto Kirmayer (1988: 60) afirma que los médicos piden a los pacientes que adopten la misma concepción biomédica que ellos hacia sus cuerpos, es decir que los pacientes traten a su cuerpo como un objeto ante el cual pueden asumir un distanciamiento entre lo biológico, lo emocional y cultural.

Bajo esta perspectiva la enfermedad se concibe únicamente como un fenómeno biológico que sigue una historia lineal cuya naturaleza real puede ser captada por la anatomía y fisiología. El funcionamiento biológico del cuerpo humano se considera universal pues la cultura, la moral y los valores en general no afectan las funciones biológicas anatómicas y fisiológicas del cuerpo, es por ello considerada como un factor externo a la biología quien se asume como universal (Gordon, 1988:27, 28).

El segundo aspecto refleja que la enfermedad se expresa en alteraciones observables por medio de la exploración –auscultación– física y su medición con las herramientas tecnológicas adecuadas, por ejemplo, la temperatura corporal y la presión

sanguínea. Éstos son los signos físicos de indican la existencia de una disfunción biológica, son los datos relevantes y objetivos –observables y cuantificables– para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Mientras que los síntomas son las experiencias y vivencias que el paciente tiene sobre los signos de la enfermedad, son las dolencias del paciente.

Los dos puntos anteriores sintetizan en una serie de dualismos que a su vez reflejan el carácter empírico y experimental de la biomedicina. Uno de ellos es la separación entre cuerpo/mente, biológico/emocional, objetivo/subjetivo, signo/síntoma, enfermedad/padecer, conocimiento teórico y técnico/conocimiento empírico y práctico, racionalidad teórica/racionalidad práctica. El primer elemento de cada dicotomía representa el aspecto biológico, objetivo, científico de la enfermedad mientras que el segundo elemento representa las dimensiones metafísicas –cuando se afirma por ejemplo que en lugar del cuerpo es el espíritu el lugar donde se localiza la enfermedad– subjetiva, emocional, moral e incluso religiosa de la enfermedad.

Reflejan también el fundamento de la autoridad del médico, de su discurso y procedimientos y concepción sobre la enfermedad y sobre el cuidado y conocimiento del cuerpo humano, el cual se exige que el paciente relegue el cuidado y conocimiento de su cuerpo al cuidado médico. Es decir, la autoridad de la razón se traduce en la autoridad del médico, y el conocimiento y manipulación del cuerpo y la enfermedad se convierte en el dominio legitimado por la racionalidad científica (Kirmayer, 1988).

El tercer punto está relacionado con lo anterior. La enfermedad se diagnostica independiente del testimonio del enfermo. Basta con el examen físico que el médico realiza del cuerpo del paciente para diagnosticar la enfermedad y prescribir el tratamiento sin la necesidad de que el paciente dé su testimonio sobre los síntomas que manifiesta. Al respecto Kirmayer (1988:61) afirma que la enfermedad y su verdadera naturaleza queda revelada por la exploración física del médico y con la ayuda de los instrumentos técnicos.

En cuando al último punto, sin juicios de valor y sin relación con el tiempo y el espacio en que ocurre. El funcionamiento biológico del cuerpo humano se considera

universal pues la cultura, la moral y los valores en general no afectan las funciones biológicas anatómicas y fisiológicas del cuerpo, es por ello considerada como un factor externo a la biología quien se asume como universal (Gordon, 1988:27, 28). Es por ello que sus signos síntomas y, el diagnóstico, el tratamiento e incluso en la relación médico-paciente, son asumidos como categorías universales, abstractas e independientes de toda determinación histórico-cultural y axiológica.

Bajo la concepción biológica no son relevantes la influencia del contexto cultural, simbólico, social y económico como factores causantes de la enfermedad, mucho menos las formas en que los grupos étnicos viven y experimentan la salud y la enfermedad, las representaciones y expectativas que generan, en torno a ella, a partir de sus vivencias, al igual que sobre el tratamiento y los recursos destinados para su atención y para preservar la salud. Estos aspectos de carácter subjetivo son considerados obstáculos para el conocimiento objetivo de la enfermedad.

La relevancia de los aspectos arriba señalados es innegable ante la presencia, en los grupos étnicos pertenecientes a culturas distintas, de enfermedades que no figuran en los cuadros clínicos de la tradición biomédica y que pese a ello son reconocidas por ciertos grupos étnicos como enfermedades. Lo cual evidencia que, más que un estado biológico, la enfermedad es un proceso biocultural, en el que, estar enfermo adquiere significados distintos de difícil comprensión si se les ubica fuera de las relaciones bioculturales y sociohistóricas. Este es el caso del susto, el empacho, el aire, la envidia, entre muchas otras, enfermedades llamadas de filiación cultural.

En este sentido la concepción biomédica de la enfermedad es abstracta pues se refiere al hombre en su generalidad. Por otra parte, una vez establecidas las causas y síntomas de la enfermedad éstos no varían en el tiempo ni el espacio, por consiguiente el diagnóstico y el tratamiento son los mismos para todo contexto, es decir, tienen carácter universal.

Hoy en día es incontrovertible que los factores políticos y económicos, como la distribución del ingreso y otros recursos materiales, establecen las condiciones de salud y enfermedad, así como las acciones y recursos culturales y simbólicos destinados a

restablecer y conservar la salud (Menéndez, 1978: 16-17). Sin embargo, la concepción de racionalidad adoptada por la tradición biomédica, con el interés de mantener la neutralidad valorativa propia de la ciencia, ha procedido casi prejuiciosamente al enmascarar o minimizar la importancia de las condiciones bioculturales e histórico sociales, o bien, los ha presentado como obstáculos epistemológicos y metodológicos al conocimiento científico de la enfermedad.

Un análisis histórico de la salud y la enfermedad muestra que ninguna aparece como entidades neutrales y abstractas, fuera de toda relación social económica o política. Más aún, la salud en el capitalismo ha sido un proceso de lucha política (Menéndez, 1978:13).

Históricamente las condiciones de salud y la enfermedad han estado estrechamente relacionadas con el desarrollo de la producción de la vida material en el proceso del trabajo. El desarrollo del capitalismo con su industrialización y tecnificación, división del trabajo, enajenación y condiciones laborales y de vida deplorables, ha tenido un papel fundamental en determinar las condiciones de salud-enfermedad. Estos aspectos incidieron para que la situación de la salud-enfermedad de los trabajadores y de la multitud de grupos étnicos, aislados y marginados del proceso de producción, se convierta en una lucha política por lograr que la atención a la salud-enfermedad constituya un derecho inalienable. A través de las luchas políticas libradas por los trabajadores en los países capitalistas desarrollados, como Inglaterra, Alemania, Francia y Estado Unidos, se obtuvieron conquistas laborales que daban paso a la salud pública, en la cual el estado adquiere en calidad de garante e intermediario entre capitalistas y trabajadores. Se modifica así el sistema de atención a la salud con la creación de políticas de salud pública.

Con lo cual avaló la exclusión epistémica, pero también social, política, jurídica de todo el conocimiento y prácticas que no se ajustan a tales normas, por ejemplo los de la tradición médica indígena. Tales normas se convirtieron además en fundamento de la legitimidad del conocimiento médico.

En el siguiente apartado expondré las diferentes manifestaciones que adopta la

racionalidad occidental moderna en la tradición biomédica y cómo contribuye a su hegemonía colocándola en supremacía epistémica ante otras formas de representar y conocer el proceso salud-enfermedad.

Racionalidad científica como criterio ideológico de exclusión

Científico, racional y objetivo se convirtieron en criterios de exclusión epistémica y de legitimación. Pérez-Tamayo (1991: 17) afirma que los sistemas médicos se distinguen entre sí, de manera irreconciliable, por su objetividad, credibilidad, eficacia y racionalidad. El autor argumenta que un sistema de pensamiento, saberes y creencias médicos es efectivo, eficaz y creíble en la medida en que cumpla con los postulados y normatividad de la racionalidad científica occidental moderna, clasificándolos en sistemas médicos científico y no científicos. En la primera categoría se encuentra la tradición biomédica mientras que la tradición médica indígena la clasifica como no científica.

Desde esta perspectiva la biomedicina se distingue por ser la única que:

- a) Reconoce los alcances y límites de su conocimiento científico-tecnológico y por tanto, su impotencia ante muchos problemas de salud-enfermedad que afectan a los individuos.
- b) Se ha modificado con el tiempo, progresado y enriquecido con los descubrimientos científicos.
- c) Posee conocimientos sobre el funcionamiento de los fenómenos que observa y elabora explicaciones verificables de ellos (Pérez, 1991: 19-20).

Los sistemas médicos no científicos tendrían, de acuerdo con Pérez-Tamayo, las siguientes características:

- 1) No poseen la capacidad o cualidad de reconocer conscientemente sus alcances y dominio sobre la naturaleza ni sobre el hombre pues “la ignorancia no forma parte de su bagaje. Hay remedios para todos los problemas, hay medicinas para todos las

enfermedades, hay rezos y encantamientos para todas las molestias” (Pérez, 1991: 20)

2) Son estáticas en el tiempo, surgieron completas, establecidas y terminadas.

3) “No explican nada porque no tienen nada que explicar” y si lo hace se trata de siempre de explicaciones *ad hoc* (Pérez, 1991: 20).

Es evidente que se trata de la concepción predominante de la racionalidad, para la cual, como se ha mencionado, sólo el conocimiento y experiencias de la ciencia están acorde con la realidad, y por consiguiente son los únicos verdaderos y racionales. Usa de manera prejuiciosa la supremacía epistémica de la ciencia y los criterios de evaluación provenientes de la cultura occidental moderna para descalificar las prácticas y saberes médicos de la cultura indígena.

Un acercamiento a los estudios etnográficos e historiográficos de la antropología médica, que describen la práctica médica indígena y varias declaraciones emitidas por los propios médicos indígenas refutan esta visión negativa de la biomedicina hacia la tradición médica indígena. Por citar un ejemplo en la Declaración Tzotzil sobre salud (Documento San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, 1974) se constata que los médicos indígenas están conscientes de los beneficios pero sobre todo de las limitaciones de su tradición médica, saben qué enfermedades pueden curar con sus conocimientos, prácticas y recursos terapéuticos y en cuáles resulta insuficiente requiriendo la atención de la biomedicina.

Respecto al segundo punto, los trabajos realizados por Aguirre Beltrán, Anzures y Bolaños entre otros, dejan en claro que desde su origen en tiempo coloniales, la tradición médica indígena, es producto de un proceso dinámico de sincretismo cultural en el que se dieron procesos de interpretación, reinterpretación y resignificación de los elementos de tres tradiciones culturales la occidental, la negra y la indígena.

La tradición médica indígena no es, como sostiene Pérez-Tamayo, una tradición estática en el tiempo ni homogénea, así lo demuestran varios trabajos etnográficos cuyo objetivo es dar cuenta de los cambios ocurridos en la tradición médica indígena por su contacto con la tradición biomédica, así como por cambios globales a nivel económico,

político, social y cultural. Este dinamismo se refleja los cambios ocurridos en sus recursos terapéuticos y en la forma de usarlos para diagnosticar y curar la enfermedad, así como en las acciones destinadas a prevenirlas. Tal dinamismo constituye además una muestra de la disposición y apertura por parte de los médicos tradicionales a conocer e incorporar los conocimientos y prácticas de médicos tradicionales de otras regiones del país e incluso de médicos pertenecientes a la tradición biomédica, con la finalidad de buscar formas de acción conjunta entre ambas tradiciones médicas para atender los problemas de salud.

En relación al último punto mencionado por Pérez-Tamayo sobre que los sistemas médicos no científicos (refiriéndose así a la tradición médica indígena) no explican nada, porque no tienen nada que explicar, podemos decir que las explicaciones y representaciones dadas a la enfermedad responden a la concepción del mundo de las etnias indígenas. Al planteamiento que hace Pérez-Tamayo se aplican las críticas que Peter Winch hace a Evans-Pritchard sobre la comprensión de culturas primitivas usando criterios de evaluación provenientes de otra tradición cultural.

Pérez-Tamayo no logra vislumbrar que los sistemas médicos que está comparando pertenecen a tradiciones culturales distintas. Un sistema médico está inmerso dentro de la tradición cultural a la que pertenecen los grupos étnicos que la sustentan y tienen un dinamismo propio según su contexto histórico-cultural. No podemos, por tanto, desvincular las prácticas, saberes, representaciones y demás conocimientos médicos de la tradición cultural de la que forma parte. Para el autor, medicina y cultura se presentan como entidades separadas.

En una ponencia titulada “Medicina y cultura”, dictada por el Dr. Pérez-Tamayo con motivo de su ingreso a la Academia Mexicana, afirma que “la medicina no se incluye en el concepto moderno de cultura nacional” (Pérez, 1988b: 19). El autor asume a la medicina como el ámbito donde se ha adoptado *el espíritu de la ciencia*, el cual no ha sido incorporado en todos los niveles de nuestro pensamiento y actitudes, permitiendo un verdadero cambio cultural. Prueba de ello es el predominio de la concepción mágica-religiosa del mundo en las culturas indígenas.

De acuerdo con Pérez-Tamayo incorporar el espíritu de la ciencia implica: 1) reconocer que no somos el centro del universo y que somos parte de la naturaleza, 2) no apelar a la autoridad y buscar las respuestas a los problemas dentro de un marco racional, en el seno de la naturaleza, y de acuerdo con una escala de valores universales eliminado todo dogma y revelación, 3) asumir que cada ser humano es responsable de su propia vida y destino (Pérez, 1988b: 27-29). En otras palabras adoptar en nuestra cultura el espíritu de la ciencia es sustituir la concepción mágico-religiosa del mundo por el dominio de la razón.

Sin embargo, Pérez-Tamayo se refiere a una concepción particular de medicina, la medicina científica, la cual forma parte de la cultura occidental moderna donde la razón instrumental ha dominado la concepción y explicación del mundo.

Estudios realizados desde la antropología médica han demostrado que ciertos elementos culturales obstaculizan la aceptación de la biomedicina por las etnias indígenas, la cual no es un elemento de su cultura pues no está acorde con su concepción mágica-religiosa del mundo. Por otra parte estudios de caso, realizados también por la antropología médica, analizan y describen detalladamente la práctica médica indígena como parte constitutiva de la cultura indígena. Cultura y medicina forman parte de una totalidad dinámica que constituye su cosmovisión del mundo y que articula y da significado a las diversas formas en las que los grupos indígenas generan conocimiento y lo estructuran en su medicina indígena.

A los rasgos internos de la tradición biomédica, arriba mencionados, es necesario agregar dos características que se tornaron importantes con el desarrollo del capitalismo: el pragmatismo y el mercantilismo. Hoy día el valor económico asociado a la práctica médica es el aspecto que determina toda actividad de salud. La creciente necesidad del capitalismo de generar condiciones de salud en los trabajadores que garanticen la continuidad del sistema productivo, ha aumentado la demanda y el consumo de los servicios de atención médica. Ante esta situación se ha desarrollado toda una industria de la salud tendiente a cubrir las necesidades objetivas en el ámbito, como el aumento de la esperanza de vida.

Simultáneamente ha surgido la industria farmacéutica y de equipo tecnológico para la salud cuyo impacto sobre las economías nacionales es cada vez más considerable. Al desarrollarse la biomedicina su dependencia tecnológica ha sido cada vez más fuerte, a tal grado que la eficacia de esta práctica médica está asociada, en gran parte, a la incorporación tecnológica en el diagnóstico y en el tratamiento de la enfermedad. El impacto de esto fue tal que afirma Laín Entralgo (1974: 380) al término de la primera guerra mundial la medicina se caracteriza por su extrema tecnificación instrumental y la peculiar actitud del médico frente a ella.

Recapitulando, la tradición biomédica se caracteriza por tener una concepción biológica e individualista del proceso salud-enfermedad, la cual es a su vez una concepción reduccionista y fragmentaria del mismo, asume neutralidad ideológica, no considera los aspectos histórico-culturales como determinantes del proceso salud-enfermedad, separa medicina y cultura; presenta una marcada vocación mercantilista de la práctica médica; la eficacia en las técnicas de diagnóstico (rayos X, ultrasonidos, análisis químicos, etc.), de prevención (vacunas) y de terapia (cirugías y medicamentos de patentes); relación asimétrica entre el médico y el paciente. Se considera que el paciente ignora las causas de su enfermedad o que el conocimiento que tiene sobre el proceso salud-enfermedad es equivocado. En relación a los procesos epistémicos predomina la epistemología tradicional la cual afirma que a) los sujetos epistémicos son los individuos, b) el conocimiento es definido como creencia verdadera y justificada, c) el cumplimiento de normas garantizan la correcta producción del conocimiento, fuera de todo condicionamiento social, cultural e histórico.

Falta analizar un rasgo fundamental de la tradición biomédica y que resulta de las relaciones que establece con los sistemas médicos con los que coexiste, me refiero a su hegemonía.

Hegemonía del paradigma biomédico

Uno de los autores que ha abordado los sistemas médicos en sus relaciones de

hegemonía y que ha influido en los estudios de la medicina indígena es Eduardo Menéndez (1981, 1983). Basado en las relaciones de dominación/subordinación que los sistemas médicos establecen entre sí, reconoce el sistema médico hegemónico y el sistema médico alternativo.³ El primero está conformado por la biomedicina o medicina alópata mientras que el segundo contempla todas las prácticas, saberes y actitudes médicas que tienen en común el haberse desarrollado y organizado históricamente al margen de la biomedicina.

Con ese criterio el autor agrupa prácticas médicas distintas en su origen histórico-cultural, desarrollo, recursos y organización alcanzados, así como en sus relaciones con las instituciones del estado. Forman parte del sistema alternativo la medicina indígena, la acupuntura, la homeopatía, la herbolaria china entre otras.

En relación a la agrupación que Menéndez hace de las prácticas médicas alternativas podemos decir que las medicinas que coloca en el sistema alternativo tienen condiciones sociales, legales e institucionales muy distintas. A exceptuar por la medicina indígena, las demás prácticas médicas tienen un grado de especialización e institucionalización e incluso reconocimiento académico. Por mencionar un ejemplo, en la homeopatía los médicos reciben una formación universitaria reconocida oficialmente y el ejercicio de su práctica médica está regulado (Rojas, 1970: 175-191).

La razón por la cual Menéndez las agrupa en un mismo sistema médico es que algunas derivan de la medicina científica y por la influencia cada vez mayor que reciben de ésta. Pero la razón fundamental es que constituyen prácticas estigmatizadas y subordinadas ideológica e institucionalmente por la medicina científica (Menéndez, 1992:103).

Menéndez analiza los sistemas médicos no como sistemas aislados e inconexos entre sí y con la totalidad de las estructuras económica-política e ideológica, sino en el marco de sus interrelaciones conformadas históricamente como relaciones de poder, dominación, exclusión y hegemonía. A partir de este enfoque relacional Menéndez

³ Menéndez además de los dos sistemas médicos mencionados reconoce un tercero, el sistema de autoatención médica.

sostiene que: 1) el desarrollo del sistema médico y su institucionalización como hegemónico está fuertemente ligado al desarrollo del capitalismo, 2) se desarrolla y expande en función de las demandas de la clase trabajadora, y 3) el desarrollo, expansión e institucionalización del sistema médico científico se ha traducido en la exclusión ideológica y jurídica de los otros sistemas médicos.

“el proceso capitalista conduce a la emergencia de varios modelos de atención médica. En dicho proceso el modelo médico hegemónico, intenta la exclusión jurídica de los otros modelos alternativos, lo cual en la práctica se resuelve por la apropiación y transformación de los mismos, que cada vez en mayor medida constituyen derivados conflictivos y/o complementarios del modelo médico hegemónico”
(Menéndez, 1992: 98).

Sin embargo, incluir en una misma categoría a prácticas médicas tan distintas que se desarrollan y perviven en diferentes condiciones sociales, económicas, institucionales y legales, dificulta el análisis de la problemática de la tradición médica indígena. En primer lugar porque enmascara las especificidades étnicas e históricas fundamentales para conformar la problemática de la tradición médica indígena como parte de la problemática general de la defensa de la cultura y derechos indígenas. En segundo lugar porque dificulta la comprensión de la relación de dominación, exclusión, marginación y confrontación que mantiene con la biomedicina. Finalmente porque se torna difícil, ante la incomprensión del problema, vislumbrar mecanismos adecuados que conlleven al desarrollo y protección de la medicina indígena.

Por otra parte su modelo médico alternativo lo lleva a afirmar conclusiones aplicables a las otras prácticas médicas, pero no a la tradición médica indígena. Sostiene, por ejemplo, que las situaciones de confrontación y conflicto se resuelven en la mayoría de los casos mediante su complementariedad y no en la emergencia de procesos contradictorios entre ambos sistemas médicos. La exclusión se resuelve “en la práctica social por la apropiación y transformación de los mismos, que cada vez en

mayor medida constituyen derivados de conflictivos y/o complementarios del modelo médico hegemónico” (Menéndez, 1992:98).

Según Menéndez la tradición médica indígena tiene como características estructurales: el ser una práctica social con una concepción holista del hombre, en donde cuerpo y mente están relacionados y determinan conjuntamente el proceso salud-enfermedad. Considera que esta práctica médica es sincrónica y su eficacia se reduce a los efectos psicosociales que produce en el enfermo.

En cuanto a sus relaciones externas la tradición medicina indígena presenta las siguientes características: 1) se localiza en el medio rural donde es usada por determinados sectores sociales, en particular el campesino y las clases bajas urbanas, aunque en éstas últimas, en menor grado; 2) tiene una fuerte relación con el analfabetismo de la población y su atraso en términos de “conocimiento” médico; 3) mantiene una posición en términos de resistencia a las concepciones dominantes, en el plano de las ideologías de la cotidianeidad en el ámbito de la enfermedad; 4) carece de legitimidad del estado, situándola en una condición de marginación y exclusión teórica y jurídicamente (Menéndez, 1981: 323).

Enunciados estos aspectos considero pertinente, dadas las dificultades que para el estudio de la medicina indígena hemos encontrado en los modelos médicos elaborados por Menéndez, abordar esta práctica médica y la biomedicina como sistemas de conocimiento que forman parte, cada uno, de una tradición cultural. Como se mencionó anteriormente, el sistema biomédico pertenece a la tradición cultural científica occidental moderna, mientras que el sistema médico indígena pertenece a una tradición cultural que tiene sus raíces en la cultura mesoamericana prehispánica. Ambas tradiciones han establecido entre sí relaciones de dominación y exclusión que ha derivado en relaciones de hegemonía cultural, en las cuales el ámbito médico ha sido fundamental.

En el siguiente capítulo abordaremos a los elementos que caracterizan a la tradición médica indígena a detalle y cómo se han dado históricamente las relaciones entre la tradición médica científica y la tradición médica indígena. Antes es pertinente

ilustrar el proceso por el cual la tradición biomédica se constituyó en la tradición médica hegemónica.

Debemos entender la hegemonía como un proceso histórico y dinámico de incorporación y apropiación cultural, de reproducción, reinterpretación y resignificación de significados, creencias, valores y prácticas de la tradición cultural dominante. Recordando la afirmación de Williams (1980), la tradición cultural, en su aspecto hegemónico, tiene el poder de seleccionar valores, significados y prácticas y de afirmarlos como los valores, prácticas y significados representativos. De esta forma incide en la producción de las identidades colectivas y nacionales. En la práctica la selección y afirmación de los elementos culturales realizada por la tradición, permite mantener y reproducir una estructura social y económica determinada, la del grupo dominante. No es difícil analizar cómo el poder de selección de la tradición cultural científica occidental moderna ha operado históricamente en la dirección de los valores, prácticas y significados de la cultura científica en detrimento de los valores, etc., de las etnias indígenas y en particular de la práctica médica.

La hegemonía del sistema biomédico se manifiesta en los siguientes aspectos:

- 1) A nivel epistémico establece los principios teórico-metodológicos y normativos, del enfoque biomédico, mecanicista, evolucionista y positivista, como paradigma que determina la forma de concebir, abordar, problematizar y generar conocimiento sobre el proceso salud-enfermedad.
- 2) Forma parte de una estructura social, política, económica, ideológica y científica que la fundamenta, promueve y desarrolla. Obtiene su legitimidad jurídica y académica en las instituciones del estado, o avaladas por él, que han asumido la concepción occidental moderna de la racionalidad y como ideología el cientificismo. Bajo la creencia de la supremacía epistémica de la ciencia apelan a una mayor eficacia de la biomedicina para resolver los problemas en torno a la salud-enfermedad justificando, con ello, la exclusión institucional e ideológica de la tradición médica indígena. Eficacia que como veremos más adelante es

cuestionada.

3) Dada su supremacía epistémica se asume y presenta como la única forma correcta de diagnosticar, explicar, atender y solucionar los problemas de la enfermedad y procurar la salud.

4) En este proceso reinterpreta algunos saberes médicos indígenas como el uso de las plantas medicinales, dándoles una nueva función y significado, apropiándose de estos saberes y subordinándolos a la biomedicina mientras que otros conocimientos médicos indígenas son eliminados o marginados.

Menéndez señala, además, como elementos de la hegemonía del sistema médico científico los siguientes:

5) Cumple con funciones de control social que se manifiestan a través de a) la formalización, reglamentación y legitimación por las instituciones del estado de su profesionalización, b) su práctica asociada con el desarrollo educativo de la población, c) se identifica con los estratos dominantes, d) estandariza la concepción de la salud-enfermedad en sentido medicalizador, apropiándose de la enfermedad como una mercancía, e) se expande sobre nuevas áreas problemáticas a las que medicaliza, f) la apropiación de la enfermedad se legitima en la institucionalización y profesionalización de la práctica médica (Menéndez, 1981: 322; 1978: 12).

Varios factores propiciaron que la tradición biomédica se constituyera como la tradición hegemónica. Un hecho fundamental fue que la medicina asumiera el paradigma de la ciencia positiva, lo que le confirió el poder, prestigio y superioridad epistémica que la racionalidad científica había adquirido, durante el siglo XVIII. Los médicos, al igual que los científicos, adquirieron autoridad, prestigio y poder para intervenir de manera decisiva en el desarrollo de la nación (Trabulse, 2006: 11). Estos hechos derivaron en que se apoyara su desarrollo y poco a poco la tradición médica indígena, expresión de un pasado mágico-religioso que había que superar, fueron desarrollándose y organizándose al margen de la biomedicina.

Por otra parte la constitución del sistema médico como hegemónico está asociada con la construcción de un aparato hegemónico, es decir, de instituciones que se encargan de difundir y reproducir la ideología, valores y orden de la cultura dominante, en este caso de la cultura occidental moderna basada en la razón, la ciencia y la tecnología. El aparato hegemónico garantiza y legitima que la medicina científica moderna tenga y preserve el dominio exclusivo sobre el proceso de salud-enfermedad, y el monopolio de determinar el conocimiento generado en este ámbito. Este aparato hegemónico empezó a construirse durante la época de la colonia y con el transcurrir del tiempo fue incrementando su sofisticación y complejidad. Las instituciones que históricamente han estado encargadas de implantar la hegemonía (que implica el ámbito cultural, económico, político, ideológico y social) de la cultura dominante fueron, en primer lugar, las instituciones religiosas mediante las acciones evangelizadoras, posteriormente fue el Tribunal del Protomedicado y finalmente la Universidad. Cabe mencionar que la edificación de hospitales, como el lugar donde se realizaba la práctica médica permitida u oficial, empezó desde muy temprano en la colonia.

Entender el proceso de hegemonización del sistema médico científico nos lleva a analizar el proceso de institucionalización. Es decir el proceso de la unificación, control y reglamentación de la práctica y formación médica.

Proceso de institucionalización de la tradición biomédica

Un paso importante en este proceso fue la exigencia del título universitario para que el médico fuera reconocido legalmente y ejerciera su profesión. El desarrollo del capitalismo fue creando las condiciones estructurales que permitieron que la práctica biomédica se convirtiera en una profesión. El médico profesional pasó de ejercer su profesión libre e independiente a ser un profesional asalariado perteneciente a una institución. La práctica médica se colectiviza, emergiendo nuevos sectores sociales y profesiones con el desarrollo de la especialización y enseñanza médicas.

Al exigir el título, la práctica y enseñanza médica así como su organización se

homogenizó en los distintos países⁴, permitiendo mayor control de la enseñanza y ejercicio de la biomedicina. Para tal efecto se crearon diferentes mecanismos de regulación, además de la profesionalización, se instituyeron asociaciones médicas encargadas de normar y vigilar y normar el ejercicio profesional, además de lo anterior, las asociaciones constituyeron un vehículo para difundir los avances científicos que serían incorporados al quehacer médico.⁵ De esta forma la profesionalización constituyó una forma de garantizar, en la práctica de los médicos formados, la reproducción de las características estructurales del sistema médico y la concepción biológica, empirista, pragmática y mercantil de la enfermedad. (Menéndez, 1978: 38).

Tales principios también son reafirmados y reproducidos en la investigación médica. Los médicos asumen objetividad que creen incuestionable, niegan la incidencia de factores ideológicos, políticos y sociales en la concepción de la enfermedad y en su investigación. Sin embargo, Menéndez (1978) sostiene que la institucionalización y proceso de hegemonización del sistema médico responde a las necesidades del desarrollo y hegemonización del capitalismo. Durante el siglo XVIII la ciencia recibió un impulso fuerte de la burguesía pues veía en ella la base del desarrollo industrial. Estos estímulos permitieron la expansión de las investigaciones y grupos de trabajo que conformaron nuevas instituciones de investigación que incidieron en el desarrollo de la medicina.

La práctica médica se instituye en los hospitales, lugar donde se concentra la atención médica, además, es el lugar donde los estudiantes en medicina concluyen su formación y donde se realiza la investigación biomédica. Los hospitales en su desarrollo y organización han reproducido la estructura de la sociedad: organización piramidal, autoritaria, el paciente toma una actitud pasiva y total dependencia de la atención médica (Laín, 1974: 375). Los consultorios privados eran el lugar de atención de cierta

⁴ En la segunda mitad del siglo XIX; en Gran Bretaña, Francia, Alemania, Prusia, Austria se realizan movimientos, incitando la reforma de la práctica médica, que terminan con el establecimiento de la titulación única universitaria (Laín, 1974: 371).

⁵ Algunas de las asociaciones médicas que se establecen a nivel internacional son: la British Medical Association (1836), American Medical Association (1847), Association générale de Médecins de France (1858), Deutsche Aertzevereinbund (1873).

población mientras que los hospitales estaban destinados a la atención a la salud de la población trabajadora. Durante mucho tiempo los hospitales reproducían las estructuras de las condiciones laborales: represión, restricción, discriminación, burocratización, despersonalización (Menéndez, 1978: 33)

Por otra parte la creciente concientización y exigencia de los trabajadores del cumplimiento y garantía de su derecho a la salud, propiciaron que, poco a poco, la salud se convirtiera en una demanda básica en los movimientos y luchas obreras no sólo en los países capitalistas desarrollados sino también en los dependientes (Menéndez, 1978: 29). El estado tomaría bajo su vigilancia y como mediador entre las demandas de los trabajadores y los intereses de la clase dominante, otorgando y regulando ciertas demandas como el derecho a la atención médica.

Por lo tanto la hegemonía en el sistema médico rebasa el ámbito de la salud contribuyendo a la reproducción de los valores, ideología y racionalidad del sistema capitalista, en el cual todo conocimiento que no sea científico racional es ignorado o eliminado, así las medicinas alternativas se van excluyendo y desarrollando al margen de ella y sin reconocimiento epistémico, político y jurídico. A pesar de la pretendida neutralidad ideológica y valorativa con la que la tradición biomédica asume el proceso de salud-enfermedad y su práctica médica, la exclusión de las otras medicinas se realiza en términos ideológicos. Menéndez (1978:13) al respecto afirma que “ninguna práctica social estructurada necesariamente en la cotidianidad puede fundar una autonomía excluyente, más que en términos ideológicos”.

Hoy día la hegemonía de la tradición biomédica se mantiene y se presenta ideológicamente en los siguientes aspectos: 1) hegemonía epistémica y conceptual, en la causalidad y tratamientos de la enfermedad sigue dominando el empleo recurrente de ideas y conceptos propios de la medicina científica occidental moderna, 2) se hace referencia a la eficiencia curativa de la biomedicina, elemento que también ha sido usado para fomentar su desarrollo en detrimento de la tradición médica indígena, 3) el uso y fomento en la práctica biomédica así como de los medicamentos de patente, 4) control sanitario de las autoridades sobre los curanderos; en especial la práctica de las

parteras indígenas (Campos, 2002: 164-165).

Crisis y críticas a la tradición biomédica

Es un hecho reconocido mundialmente que la tradición biomédica ha entrado en crisis, lo que no es un hecho tan reconocido es que dicha crisis deriva a su vez de la crisis general de la concepción occidental moderna de racionalidad, de donde la primera tomó sus fundamentos. Recordemos que a partir del siglo XIX la tradición biomédica se convirtió en expresión del pensamiento científico racional. Recordemos también que a partir del siglo XX algunas concepciones filosóficas y desde cierta postura de la teoría social contemporánea se elaboraron planteamientos críticos a la concepción occidental moderna de racionalidad, los cuales se abordaron en el capítulo I.

Para fines de este apartado basta mencionar que la crisis de la concepción moderna de la racionalidad científica puede entenderse como resultado de presentarla y asumirla como una estructura natural, necesaria, apriorística, abstracta y neutral. Dicha crisis se evidencia en su incapacidad para dar cuenta de la diversidad de procesos epistémicos, social y culturalmente determinados, involucrados en la producción intersubjetiva del conocimiento.

Al respecto Rafael Farfán reflexionando sobre la interrelación de los posibles significados del paradigma en Kuhn, afirma que el paradigma pretende tener una función mucho más amplia, puesto que asume una diversa gama de caracterizaciones e interpretaciones históricamente determinadas de la modernidad sociocultural. De esta forma la crisis de la concepción dominante de racionalidad expresa el “agotamiento no sólo de un modelo de conocimiento, sino también de las formas de vida, de valores y visiones a las que el modelo se encuentra estrechamente unido” (Farfán, 2000: 11). La crisis trastoca así, el ámbito científico, académico, institucional, político, social y cultural.

De acuerdo con Thomas Kuhn un paradigma de investigación científica entra en crisis cuando no puede solucionar las anomalías o problemas, se van acumulando estas

“tensiones esenciales” en sus fundamentos reduciendo su capacidad explicativa de la realidad y por tanto su capacidad de solucionar problemas. La superación de la crisis implica el surgimiento de un paradigma rival, fuertemente competitivo, el cual puede adoptarse como nuevo paradigma, produciendo de esta forma lo planteado por T. Kuhn (1962): una “revolución científica”, sobre los modelos o esquemas limitados que han sido insuficientes en los resultados o productos esperados o inadecuados en las expectativas para abordar y afrontar nuevos territorios del conocimiento e inteligibilidad de la problemática de la objetividad científica, y cuyas posibilidades de viabilidad dependen de las condiciones socioculturales y capacidades de proponer nuevas maneras de resolver problemas específicos en el contexto del devenir de su historicidad.

La crisis de la tradición biomédica evidencia su incapacidad para resolver los problemas de salud-enfermedad, derivado del agotamiento e insuficiencia de sus planteamientos teóricos, metodológicos y epistémicos, así como de su estructura institucional y su práctica. En el primer aspecto tenemos que las teorías, modelos explicativos y sus concepciones de la enfermedad y la salud han sido rebasados por la realidad, pues no dan cuenta de la complejidad del fenómeno salud-enfermedad ni de las dimensiones psicológicas y socio-culturales, limitando su capacidad para hacer un diagnóstico y una tratamiento integral que permitan aliviar la enfermedad. En el segundo aspecto la ineficiencia se refleja en la poca científicidad de muchos procedimientos médicos, falta de controles de calidad en la práctica médica, falta de financiamiento, elevado costo de la medicina, y en una atención médica inoportuna e ineficiente. En conjunto estos aspectos limitan las posibilidades de la biomedicina para solucionar los problemas de salud.

En el sentido señalado por Kuhn, la solución a la crisis de la tradición biomédica predominante, implica la emergencia de un nuevo paradigma cuyos fundamentos residan en una nueva concepción de racionalidad. Un nuevo paradigma ampliado o enriquecido con las aportaciones, que sobre la enfermedad y sobre el ser humano, ambos vistos desde un enfoque integral, han realizado disciplinas como la antropología,

la sociología, la historia etc., e incluso la propia biomedicina. Veamos primero los elementos que evidencian la crisis de la tradición biomédica y su concepción de la enfermedad.

La tradición biomédica en crisis

Como se mencionó en los primeros apartados de este capítulo, la tradición biomédica tenía como uno de sus objetivos explicar científicamente la enfermedad a partir del conocimiento, que sobre la estructura y función del cuerpo humano generaba la anatomía, la química, la física, la estadística, la biofísica, la ingeniería y la biotecnología. Todo este cúmulo de información permitiría establecer el diagnóstico y tratamiento adecuado para curar la enfermedad y resolver los problemas de salud del individuo. Muy alejado de estos objetivos, la tradición biomédica no ha podido resolver algunos de los problemas fundamentales de salud en nuestro país. México ha iniciado el siglo XXI con un sistema biomédico de salud marcado por su incapacidad para ofrecer protección en salud a más de la mitad de su población.

Uno de los principales cuestionamientos que desde la medicina se hace a la tradición biomédica es su reduccionismo biológico, el cual se encuentra en la centro de la crisis y que podemos describir de manera general como una práctica médica deshumanizada que carece de una visión humanista y multidimensional de la salud, de la enfermedad y del ser humano.

Al interior de la biomedicina la crisis de esta tradición se percibe como el resultado de factores internos y externos. En *La medicina está enferma*, Ortiz Quesada (1991) explica que la ineficiencia y otros aspectos que caracterizan en la actualidad a la práctica médica derivan de factores internos, problemas estructurales en su práctica interna y su enseñanza, y de factores externos, como el consumismo que ha convertido el campo de la salud en una industria médica farmacéutica. Este médico cirujano reconoce que es la racionalidad científica la que ha colocado a la biomedicina al servicio de las leyes del mercado alejándola del cumplimiento de los deberes

deontológico, que como veremos un poco más adelante Martínez Cortés (1983) analiza detenidamente y los plantea como deberes que acercan a la medicina al humanismo.

Para Ortiz Quesada la crisis de la biomedicina tiene explicación en los siguientes factores:

1) El crecimiento exponencial del conocimiento médico que, por una parte, expone a la medicina a sucesivas rupturas epistemológicas colocándola en una permanente renovación científica. Por otra parte la constante especialización y sub-especialización segmenta cada vez más al hombre como objeto de estudio, mermando la capacidad de la medicina para dar explicaciones y tratamientos integrativos u holistas de la enfermedad.

2) El encarecimiento de los servicios médicos. Los altos costos se derivan, entre otros factores, de la falta de financiamiento de los servicios de salud pública por parte del gobierno federal. Lo anterior se ha traducido en que muchas familias cubran con sus ingresos un alto porcentaje de los gasto en salud. La OMS (2000) en su informe sobre *La salud en el mundo*, reveló que desde 1994 en México un alto porcentaje del financiamiento a la salud está basado en el gasto privado que proviene principalmente del gasto de los hogares. Para muchas familias el autofinanciamiento de los servicios de salud y sus altos costos (hospitalizaciones, medicinas) se traduce en un empobrecimiento real, reduciendo su capacidad para cubrir sus necesidades básicas (Frenk, 2007; Knaul, 2007)

A esto se suma la alta tecnificación del diagnóstico. La práctica médica se ha hecho dependiente de la tecnología y reclama en mayor proporción tecnología cada vez más sofisticada y cara (rayos X, tomografía computarizada, ultrasonidos en cuarta dimensión, resonancia magnética nuclear, ondas de ultra choque) que si bien han permitido avanzar en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, han propiciado el encarecimiento de los servicios de atención médica (Ortiz, 1991:11).

Por otra parte en algunos casos el uso de tecnología médica sofisticada, pueden ayudar a aliviar la enfermedad o reducir algunos de sus síntomas pero no la curan, únicamente la controlan, como los riñones artificiales, los marcapasos, estas son

llamadas terapias intermedias. A este respecto Ortiz Quezada menciona el caso de la poliomielitis enfermedad que, antes de su erradicación, requería de varias tecnologías intermedias para curarla, como pulmones artificiales, cirugías ortopédicas, brazaletes, prótesis y otros instrumentos ortopédicos, ingeniosos y efectivos pero muy caros (Ortiz, 1991:12).

Los altos costos de los medicamentos es otro factor del encarecimiento de la atención médica. Actualmente este ámbito de la terapia médica es dominado por la industria farmacéutica, una de las industrias económicamente más importantes en el mundo. La industria farmacéutica controla todo el proceso de elaboración de medicamentos, desde las largas y complejas investigaciones (oscilan entre 7 y 10 años) para la invención de medicamentos eficientes, pero muy costosos haciéndolo casi inaccesible en algunos casos para los enfermos, y más si estos acuden a la atención médica privada.

3) Un factor importante de la crisis de la práctica médica es la falta de certidumbre. Ortiz Quesada explica que no hay criterios uniformes y establecidos que permitan al médico decidir con certeza respecto al mejor tratamiento a seguir para curar la enfermedad, por lo que en varias ocasiones las decisiones médicas son tomadas en base a prenociones sin fundamento científico o bien, motivadas por intereses económicos.(Ortiz, 1991:16-17).

4) Recurrir a cirugías de manera innecesaria. Ilustraremos este punto con el caso de las cesáreas. En 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció que no existe justificación, en ningún país, para que más del 15 por ciento de los nacimientos sean por cesárea. Pese a ello en nuestro país recurrir a este procedimiento quirúrgico es una práctica que ha aumentado considerablemente en los últimos años. En 1980 del total de partos atendidos en los hospitales generales, el 30 por ciento eran por cesárea y el 42 por ciento en las unidades de alta especialidad. Más de una década después estas cifras han alcanzado el 39% de los partos en el 2010.

De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía en 1996, 46.8 por ciento de los partos atendidos era por cesárea. Reportes del Instituto Mexicano

del Seguro Social (IMSS) indican que en el 2005 el 43.5 por ciento de los embarazos concluyó con una cesárea, cifra que se mantuvo en 2006, y para el 2007 era del 32.5 por ciento. Sin embargo en los hospitales privados a partir del 2006 los partos atendidos por cesárea llegaron al 80 a 85% de los casos (Cruz, 2006).

Varios médicos dedicados a analizar esta situación, afirman que el interés económico es el principal factor del incremento de cesáreas. Se trata de una operación que puede programarse y toma alrededor de dos horas realizarla mientras que un parto normal requiere de 12 a 36 horas. En algunos casos los médicos manipulan la información para inducir a la cesárea. Se ha hecho rutinario los monitores fetales durante la labor de parto, en los cuales la paciente es costada y el peso del bebé comprime las venas de su espalda que llevan sangre oxigenada éste último, el doctor detecta sufrimiento fetal y en consecuencia se ordena la cirugía.

Si bien recurrir a la cirugía en casos necesarios ha reducido significativamente la mortalidad materno-infantil durante el parto, realizarla cuando no es necesaria es contraproducente pues los riesgos de mortalidad asociados con este procedimiento quirúrgico es siete a diez veces mayores que en el parto normal. De acuerdo con el IMSS entre las principales causas de mortalidad materna en México se encuentran las hemorragias obstétricas asociadas principalmente a las cesáreas (Cruz, 2009: 39).

Otros riesgos a los que exponen son daños a varios órganos, infecciones posteriores a la operación, mayor frecuencia de depresión posparto, problemas para futuros embarazos porque se acumulan cicatrices en el útero y es posible la pérdida de terminaciones nerviosas. Para los recién nacidos los principales riesgos están asociados con problemas respiratorios. Durante el embarazo, los pulmones de los niños están llenos de líquido amniótico, las contracciones durante el trabajo de parto expulsan ese líquido de los pulmones para que en el alumbramiento estén vacíos y se puedan expandir para respirar. Al no haber esa labor el líquido se extrae mediante sondas (Norandi, 2009).

5) La enseñanza que reciben los médicos durante su formación reproduce la concepción reduccionista y mecanicista de la enfermedad y de la salud. Ambas son

consideradas como fenómenos meramente biológicos por lo que bastará, para la solución de los problemas en esta área, con el conocimiento o comprensión de la estructura y funcionamiento del cuerpo orgánico y de los procesos patológicos que lo afectan. Esta concepción reducida y mecanicista de la enfermedad así como del ser humano se ve reflejada y reproducida en la formación médica que reciben estos profesionales.

6) Medicación inadecuada, en muchos casos prescriben medicamentos peligrosos o en combinación inadecuadas con otros y además innecesariamente caros. Por otra parte el uso indiscriminado de los antibióticos han hecho que un medicamento eficiente para el tratamiento de muchas enfermedades infecciosas haya perdido su eficiencia generando daños a la salud como reacciones adversas y resistencia bacterianas.

Martínez Cortés en *Enfermedad y Padecer* explica el agotamiento de la tradición biomédica y su concepción de la enfermedad como resultado del incumplimiento de sus deberes deontológicos que, a juzgar por el autor, consisten en proporcionar ayuda médica de la mejor calidad y en forma general al hombre con problemas de salud. Tal incumplimiento es generado por limitaciones teóricas y prácticas que caracterizan a la concepción biológica de la enfermedad. Por ejemplo, la acción médica está enfocada a la enfermedad y no a la persona enferma o sana, la enfermedad es el objeto de estudio del médico y el ser humano que la presenta, sólo el lugar donde debe buscar tal objeto. Lo anterior deriva a su vez de la concepción de salud y enfermedad reducidos a fenómenos biológicos. La consulta médica es el momento en el cual el médico pone en práctica sus destrezas clínicas como el interrogatorio y la exploración física dirigidas a conocer la patología. Durante la consulta el interés del médico se centra en diagnosticar la enfermedad y no en proporcionar al paciente la mejor alternativa para restaurar su salud (1983: 107-111).

Como solución a la crisis del paradigma biomédico se plantea un nuevo paradigma que permita superar el reduccionismo biológico, se sustenta por tanto en las ciencias de la salud entendida como una visión integradora del conocimiento de la salud

y la enfermedad generado fragmentariamente, es una concepción multidimensional y humanista de la salud y la enfermedad.

Ortiz Quesada (1991:77) plantea la necesidad de conformar un nuevo paradigma basado en una visión filosófica integral y humanista del hombre y la mujer, un paradigma en el que predomine una visión integradora del conocimiento. Sin embargo pone mucho énfasis en que la solución se plantee dentro de los marcos de la concepción moderna de racionalidad científica. Si bien menciona que una de las causas de la crisis de la tradición biomédica ha sido su incorporación a la lógica del mercado, ocasionado el encarecimiento de los servicios médicos y los medicamentos, debido a que el médico ha perdido el control sobre su disciplina. No logra vislumbrar que un elemento importante de la crisis proviene de la concepción moderna de racionalidad que sustenta a la tradición biomédica y que corresponde en el fondo con la racionalidad instrumental de la economía del sistema capitalista.

Para Ortiz Quesada la incorporación de la razón al análisis de la naturaleza es tal vez la aportación más importante de la medicina científico-tecnológica, lo que permitió abordar y explicar la enfermedad desde una lógica objetiva prescindiendo de todo elemento mágico-religioso y sobrenatural para entender a este fenómeno biológico. Este contenido racional de la medicina, basado en la observación, experimentación y reflexión, es un avance trascendental en el pensamiento de la humanidad al cual no se debe renunciar (1991: 36).

En este contexto el nuevo paradigma holista y humanista se traduce en el perfeccionamiento de la práctica médica la cual tiene que enriquecerse con la incorporación, a la tradición biomédica, de los conocimientos generados sobre el proceso salud-enfermedad por la antropología médica, la psiquiatría, la sociología e incluso la filosofía, dentro de la concepción occidental moderna de racionalidad, la cual como hemos visto es excluyente de la diversidad de prácticas y conocimientos médicos indígenas.

Recurrir a la medicina indígena y promover su uso es, para este médico cirujano, una forma de promover y mantener las condiciones de pobreza entre la población.

Implica además retroceder el pensamiento en torno a la enfermedad a los tiempos de las cavernas, pues a la tradición médica indígena carece de bases científicas y de sistematización en sus conocimientos sobre la salud y la enfermedad, siendo su práctica médica producto de un empirismo desordenado. El reto, en torno a estas prácticas que parecen irracionales, consiste en encontrar el método para que la ciencia médica descubra su racionalidad (Ortiz, 1991: 30-32).

Ubicados en esta postura prejuiciosa y cientificista es fácil advertir que las posibles soluciones a la crisis de la tradición biomédica no contempla, para autores como Ortiz Quezada, una ruptura radical con los fundamentos epistémicos, teórico-metodológicos y axiológicos con la antigua tradición. Empezando por una nueva concepción de racionalidad que sea inclusiva de otras prácticas y saberes médicos como una forma necesaria para resolver los problemas de salud de una mayor cantidad de población, garantizando el acceso a todos los mexicanos a los servicios de salud, incluidas las etnias indígenas que en este ámbito ha quedado históricamente marginadas.

Concepción multidimensional del proceso salud-enfermedad

En una perspectiva distinta y apegada más a una visión humanista y multidimensional del proceso salud-enfermedad, Martínez Cortés (1983) plantea como respuesta al reduccionismo biológico de la tradición biomédica, un nuevo paradigma sustentado en la medicina del hombre visto en su totalidad. Es decir basada en una concepción holista de la enfermedad, de la salud, de la práctica médica y del hombre mismo, considerado ahora como un ser histórico, como una totalidad conformada por varias dimensiones: la biológica, la psicológica, la simbólica, la social y la cultural.

Se trata de un paradigma basado en una concepción multidimensional del proceso salud-enfermedad, en el cual las distintas dimensiones arriba señaladas, se encuentran en mutua dependencia, y cuya consideración es necesaria para conocer la enfermedad, diagnosticarla y darle el tratamiento adecuado. El paradigma, afirma

Martínez Cortés, busca ser una herramienta que permita al médico conocer y manejar la enfermedad como un fenómeno que le acontece a un ser humano concreto ubicado histórica, social y culturalmente. De esta manera no es posible separar al paciente de la enfermedad que lo aqueja, ni que el interés y la acción de los médicos se centre, en torno al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad (Martínez, 1983: 8-10). El paradigma propuesto es el biopsíquico y sociocultural cuyas premisas son las siguientes:

1) El paciente es una entidad biopsíquica. Es decir, una entidad a la que concurre y de donde parten diversos elementos sociales y culturales. La cultura —explica el autor— la sociedad y la clase social se expresan o individualizan en los pacientes convirtiéndose en experiencias, expresiones y situaciones personales (Martínez, 1983: 11).

2) La enfermedad tiene dos dimensiones: una biológica y una psíquica. La enfermedad implica una lesión biológica que ocurre en cualquier nivel del organismo, pero además, una lesión psíquica, entendida como el conjunto de representaciones, experiencias y vivencias sociales y culturales generadas por el paciente en torno a los signos fisiológicos de su enfermedad.

Martínez Cortés recurre a la teoría freudiana para argumentar que la enfermedad implica, además de una lesión biológica, una lesión psíquica. Freud en sus estudios sobre la histeria, una enfermedad que antes de él había sido abordada desde una perspectiva fisiológica, demostró la relación existente entre los signos propios de una enfermedad y una alteración psíquica, además, demostró que los traumas psíquicos producen alteraciones orgánicas y fisiológicas alternado el estado de salud de un sujeto.

Esta relación bidireccional entre lo orgánico-fisiológico y la psique permitió explicar la histeria como una enfermedad con síntomas y signos determinados causados por una lesión psíquica producida por un trauma. El trauma es un estado psíquico en que la coherencia lógica no enlaza ya todas las impresiones y reminiscencias, bastando un recuerdo para que se exterioricen todos sus efectos mediante alteraciones somáticas, motivo por el cual el Yo no sabe nada ni puede oponerse a nada, no conoce su estado patológico ni las causas que lo originan (Freud, Citado por Martínez Cortés, 1983: 11-

14). Freud explica así el hecho de que el histérico ignore por qué tiene lo que tiene, tanto los traumas psíquicos como los síntomas orgánicos de la enfermedad. Para conocer la lesión (el trauma) es necesario investigar la historia y las circunstancias personales del paciente. Las lesiones psíquicas pueden ser producidas por alteraciones que vivió el sujeto en el ámbito personal, familiar, social y cultural. La enfermedad resulta pues de la interrelación entre lo biológico, lo psíquico, social y cultural.

3) Partiendo de la tesis anterior, es decir, que el ámbito de las lesiones que causan la enfermedad no abarca sólo las alteraciones biológicas sino que incluye además alteraciones en el ámbito personal, familiar, social y cultural, el nuevo paradigma parte del conocimiento de la enfermedad entendida ésta en tres dimensiones a) como lesión del organismo, b) como molestias y anormalidades que vive un sujeto concreto y c) como fenómeno sociocultural. Por tal razón Martínez Cortes (1983: 31, 36) afirma que el diagnóstico y el tratamiento e incluso la prevención de la enfermedad debe fundamentarse en el conocimiento derivado de la comprensión de las interrelaciones de la dimensión psicológica, social y cultural del ser humano.

4) La enfermedad, entendida como el cuadro clínico determinado por síntomas y signos universales, cuyo significado es invariable en el tiempo y en el espacio, da paso al padecer médico. El padecer médico entendido como el conjunto de repercusiones psíquicas, sociales y culturales de la enfermedad, demuestra que los síntomas y signos propios de la enfermedad no son universales ni tienen un significado único. Éstos son moldeados, representados, interpretados, significados, contruidos y expresados tal y como son vividos y experimentados por una persona concreta según sus peculiaridades biológicas, históricas, psíquicas y socioculturales. Así, la edad, el sexo, las características culturales y psíquicas del sujeto, su ocupación y clase social, determinan las formas de percibir, vivir, experimentar y responder a la enfermedad, dando un significado distinto a los síntomas y signos propios de la enfermedad (como la cronicidad, las restricciones físicas que produce, las deformaciones corporales, contagio, heredabilidad, repercusiones sociales o culturales) (Martínez, 1983: 38).

El padecer médico da cuenta así de la pluralidad de formas de vivir y

experimentar la enfermedad, pues –sostiene Martínez Cortés– se presenta en una diversidad de formas como ansiedad, angustia o depresión y se expresa de maneras directas como miedo al dolor, a la impotencia, a la mutilación, a la soledad al abandono, a la muerte o como temor a no poder cumplir con determinadas obligaciones sociales (Martínez, 1983: 42).

5) La práctica médica que deriva de este paradigma no abstrae al ser humano para centrarse en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. El ser humano es considerado ahora como *paciente*, como elemento fundamental para comprender la enfermedad, diagnosticarla y establecer el tratamiento adecuado. Considerando las múltiples dimensiones de la enfermedad, la medicina y su práctica deja de ser puro conocimiento biológico (anatómico, fisiológico, químico, molecular) para convertirse en una disciplina que requiere conocimiento de la sociología, la psicología, antropológica, filosofía e historia. (Martínez, 1983: 71)

6) Si bien, el diagnóstico se realiza mediante la entrevista clínica, el objetivo de la consulta médica es buscar la información que permita comprender el padecer médico, no mediante un interrogatorio basado en preguntas dirigidas, sino mediante una entrevista que da libertad de expresión al paciente. La consulta se basa ahora en una relación médico-paciente distinta, esta es una relación interpersonal a través de la cual el médico busca conocer y comprender el o los problemas de salud como vivencias, experiencias de una persona concreta (Martínez, 1983: 79).

Multicausalidad de la enfermedad

Thomas Mckeown (1976) desde otra perspectiva, cuestiona la noción de salud y enfermedad sostenida por la biomedicina, evidencia que son deficientes para resolver los problemas de salud, pues no refleja las múltiples determinantes del estado de salud y por tanto las múltiples causas que desencadenan la enfermedad.

Un aspecto que caracteriza a la concepción moderna de racionalidad de la tradición biomédica es la confianza excesiva depositada en el conocimiento derivado de

la investigación básica en biología, química, física y la tecnología, en el mejoramiento de la atención médica a la salud, en la prevención de la enfermedad y en las soluciones a los problemas de salud que enfrentan las sociedades. En otras palabras creen que el mejoramiento en la salud deriva de la comprensión de la estructura y funcionamiento del cuerpo y los procesos de la enfermedad que lo afectan, sobreestimando la incidencia de otros elementos (Martínez, 1983: 146-148).

Mckeown (1976:66) en *El papel de la medicina* demostró que desde finales del siglo XVIII la salud en países como Inglaterra y Gales presentaron una mejoría que no estaba relacionada con una mayor intervención médica o con la implementación de la vacunación. A través de un estudio histórico demográfico sobre las tasas de mortalidad en Inglaterra y Gales, demuestra que las muertes asociadas a enfermedades infecciosas habían empezado a disminuir muchos antes de la implementación de vacunas.

En estos casos el mejoramiento de la nutrición, debido entre otras cosas a la mayor cantidad de alimento disponible a raíz de la revolución agrícola, así como medidas higiénicas, fueron los factores predominantes para reducir las muertes asociadas con enfermedades contagiosas transmitidas por agua y alimentos, mientras que las medidas de vacunación tuvieron un efecto mínimo en la disminución de las tasas de mortalidad registradas antes de 1935. En el caso de la tuberculosis el descenso en las tasas de mortalidad asociada a ella ocurrió antes de la introducción de su tratamiento con estreptomycin introducida en 1947. En el caso de la neumonía, tres curtas partes de la reducción en la tasa de mortalidad ocurrió antes de la introducción de su tratamiento con sulfonamidas. La mortalidad de la tos ferina y el sarampión descendieron a niveles muy bajos antes de la implementación de la vacunación (1976: 87-93).

La nutrición y la implementación de medidas higiénicas contribuyeron a disminuir significativamente las muertes asociadas con ciertas enfermedades infecciosas y no infecciosas, disminuyendo la aparición de enfermedades como la tuberculosis, la neumonía y la bronquitis.

René Dubos en *El espejismo de la salud* argumenta, con varios ejemplos

históricos que la infección del cuerpo humano por un microorganismo no conduce necesaria e inevitablemente a la enfermedad, como lo demostraron los experimentos de Pasteur y Koch: los cobayos inyectados con el bacilo de la tuberculosis en condiciones apropiadas, contraían la enfermedad: los perros inoculados con el virus de la rabia, en cantidades suficientes, presentaban parálisis. Sin restar mérito a los trabajos de Pasteur y Koch, cuyos experimentos permitieron descubrir de manera eficaz los agentes infecciosos y estudiar algunas de sus propiedades, Dubos (1975: 119) considera que la visión microbiana de la causalidad representó el descuido y el atraso en el reconocimiento de muchos otros factores causantes de la enfermedad.

Afirma que, la mayoría de los seres humanos, aún aquellos que se consideran sanos, tienen en sus tejidos bacterias como el bacilo de la tuberculosis, estreptococos, estafilococos y virus como el de la poliomielitis, el sarampión, que potencialmente son capaces de producir enfermedades y sin embargo ésta comúnmente no se presenta (1975: 86-87). Este hecho es explicado por Dubos, como el resultado de un equilibrio ecológico entre el microorganismo y el cuerpo del ser humano infectado, que permite al primero asegurar su propia supervivencia aprovechándose lo más posible del segundo sin causarle afecciones apreciable. En este equilibrio hay una relación adaptativa entre ambos, se desarrolla adecuadamente mientras persisten las condiciones en las cuales se realizó la adaptación que para el huésped corresponde al estado de normalidad fisiológica. La ruptura de este equilibrio da lugar al estado patológico en el cual hay una reproducción ilimitada del microorganismo. Tal ruptura ocurre cuando cambian las condiciones en las que se logró el equilibrio, que pueden ser cambios en el estado de tiempo, la alimentación, los hábitos de trabajo, la situación económica y las tensiones emocionales. Concluye que la infección de un microorganismo es necesaria pero no una condición suficiente para producir la enfermedad (Dubos, 1975: 86-87, 105-106). Ésta es el resultado de una compleja interacción entre factores biológicos como factores hereditarios, el estado nutricional, el medio ecológico, social y cultural, y factores psicológicos.

Crítica de la antropología médica al paradigma biomédico de la enfermedad

Arthur Kleiman sostiene que “no hay medicina que sea independiente de su contexto histórico” (1995:23). Dicha afirmación evidencia un cambio paradigmático en la antropología médica: el paradigma biomédico es tomado como objeto de estudio. Lo cual significa abordarlo y problematizarlo como otro sistema médico más, cuya racionalidad, conceptos, fundamentos teóricos, sus procesos epistémicos, principios prácticos, su nosología de enfermedades y sus discursos son objeto de la interpretación antropológica.

En este contexto desde los años ochenta y noventa del siglo XX la antropología médica ha volcado una mirada crítica a la tradición biomédica hegemónica, la cual plantea que éste último, no puede ser la referencia teórica, epistémica y conceptual para conocer, comprender, problematizar y resolver los problemas de salud, que como hemos mencionado están determinados histórica, cultural, social, económica y políticamente. La biomedicina y la concepción de racionalidad que la fundamenta se presentan ahora como productos históricos de la vida social y la imaginación cultural, como una forma particular de representar, explicar y generar conocimiento del proceso salud-enfermedad. Se cuestiona así, la pretendida superioridad epistémica del paradigma biomédico, en la que el paradigma de racionalidad la había colocado, estableciendo una relación simétrica respecto a los otros sistemas médicos con los que coexiste.

Sin embargo y si bien esto apela a un relativismo epistémico, no debemos olvidar que la representación biomédica de la enfermedad se ha constituido como la visión hegemónica. Hegemonía que, como afirma Martínez Hernández (2008: 42) no puede, ni debe, entenderse fuera de la lógica del conocimiento científico ni de la economía y política del capitalismo.

La cultura como elemento constitutivo de la enfermedad

La crítica de la antropología médica gira en torno a cuatro aspectos: 1) la visión fragmentada de la enfermedad y del conocimiento del ser humano. Ante la primera

perspectiva la antropología médica ha priorizado un enfoque holista, poniendo énfasis en la biografía del paciente, las relaciones sociales, las representaciones culturales y los procesos de la economía política. 2) la idea de universalidad de la enfermedad. En este punto ha propuesto una concepción particularista basada en la imbricación de lo biológico y lo cultural. 3) La supuesta neutralidad de las nosologías biomédicas. Las categorías biomédicas son producto de la vida social, como tales son susceptibles de crítica constructiva. 4) Unicausalidad de la enfermedad. Defiende una visión multicausal de la enfermedad, recuperando la dimensión social, cultural, política y económica de la enfermedad (Martínez, 2008:67)

1) Determinismo Biológico. Visión fragmentada de la enfermedad y del conocimiento del ser humano. El determinismo biológico presupone que la dimensión biológica del ser humano es independiente de todo factor histórico social cultural. Niega así que los elementos culturales y psicológicos incidan sobre lo biológico, relegando su participación en la génesis de la enfermedad, a meros epifenómenos.

La crítica de la antropología médica al reduccionismo biológico del paradigma biomédico se ha presentado en su forma más estructurada como determinismo cultural, y sostiene que los procesos de morbilidad y mortalidad no pueden comprenderse sin tener en cuenta el papel de la cultura y las relaciones sociales. El argumento del determinismo cultural contra el determinismo biológico gira en torno a dos puntos: 1) que la conducta humana no puede explicarse solamente a partir de la constitución biológica (genética, anatómica, fisiológica) del organismo y 2) que lo cultural y lo social afectan la dimensión biológica de la enfermedad.

Respecto al primer punto Marvin Harris afirma que las conductas de los seres humanos son tan variadas y complejas que resulta difícil explicarlas apelando sólo a la base genética. “La especie humana debe a la evolución cultural su grado de variación conductual...que no se da en ninguna otra especie” (1979: 145). Entre los seres humanos, afirma Marvin Harris, la cultura no es una especie de curiosidad periférica. La cultura moldea la conducta humana a través de sus normas de conducta, hábitos, relaciones sociales y materiales de existencia. En las sociedades más simples muchas de

las conductas humanas son respuestas aprendidas culturalmente, bajo ciertas condiciones materiales de existencia, y no producto de los genes, como por ejemplo el canibalismo y la poliginia (Marvin, 1979: 141).

Martínez Hernández señala al menos tres formas en que la sociedad y la cultura afectan las condiciones biológicas de la enfermedad. La primera es que la enfermedad se construye socialmente, pues el incumplimiento de normas culturales, o de las expectativas generadas culturalmente, afecta la dimensión biológica presentándose la enfermedad. En segundo lugar el entorno sociocultural interviene o incide en las prácticas, hábitos y comportamientos asociados a las causas de la enfermedad. En tercer lugar los factores sociales y culturales son potenciales productores de estreñimientos que afectan la salud de la población, como la pobreza, condiciones sociales y culturales que derivan en desnutrición, hacinamiento, diabetes etc. (2008: 68)

Un ejemplo clásico en la antropología médica, que ejemplifica cómo los factores sociales y culturales producen alteraciones biológicas que derivan en la enfermedad es la muerte causada por vudú o sortilegio. En algunas culturas primitivas la transgresión de un tabú está sancionada culturalmente. La tradición cultural genera ciertas expectativas en torno a la transgresión del tabú generando una fuerte convicción de que la transgresión conduce inminente a la muerte del transgresor. Esta especie de muerte anunciada genera cambios en las relaciones sociales que el grupo mantiene con el infractor, afectando también la conducta de éste último. El infractor es aislado del grupo, su presencia física es considerada como peligro para el grupo, pues es visto ahora como parte del mundo de los espíritus y de los muertos. Estos comportamientos culturales y sociales provocan en el sujeto infractor, prematuramente condenado, pánico, ansiedad, insomnio, pérdida de su capacidad para alimentarse, generando alteraciones biológicas que conducen finalmente a su muerte (Martínez, 2008: 69-70).

Otro estudio analizado por Martínez Hernández (2008), en esta tesitura, es el realizado por Bloom y Monterross sobre un caso en el que 70 personas fueron catalogadas equivocadamente como hipertensas. La sugestión y el etiquetamiento, así como la autopercepción que saberse como hipertensas desencadenó, en ellas, mayor

degradación en sus niveles de salud y presentaron síntomas depresivos.

Respecto a la noción unicausal de la enfermedad la antropología médica sostiene una noción multicausal de la misma. Apoyado en el conocimiento que en torno a la enfermedad han desarrollado disciplinas como las ciencias de la salud, la medicina social y epidemiología social, en las que se ubican los trabajos realizados por René Dubos y Mckeown, que demuestran que la infección del cuerpo humano por un microorganismo (bacteria o virus) no es suficiente para causar la enfermedad, intervienen, además, otros factores como la nutrición, la higiene, etc.

En suma la cultura deja de ser un epifenómeno de los fenómenos biológicos, deja de equipararse con las creencias, la ignorancia, usos y costumbres que se oponen al conocimiento científico de la enfermedad, se concibe ahora como un elemento constitutivo de la conducta humana y de los estados de salud y enfermedad. Las dimensiones sociales y culturales de la salud y la enfermedad conllevan a una visión holista de ellas, dentro de la cual, la biografía del paciente, las relaciones sociales, las representaciones culturales y los procesos de la economía política son fundamentales en la comprensión (su origen, desarrollo, evolución y pronóstico de la enfermedad) y solución de los problemas de salud-enfermedad.

A lo largo de este capítulo he abordado el desarrollo de la medicina y su constitución en una ciencia, destacando las modificaciones que, en ese proceso, tuvieron lugar en la concepción de la enfermedad. En esta tesitura es posible reconocer en la historiografía biomédica aquí esbozada, tres momentos en la concepción de enfermedad:

- 1) metafísica y especulativa
- 2) biológica y empírica –aunque aún no experimental–
- 3) biológica, empírica y experimental
- 4) holista, humanista

Cabe destacar de este proceso histórico los aspectos más relevantes que reflejan un cambio en la forma de considerar, estudiar y tratar la enfermedad. En cuanto a las causas que la originan las fuerzas sobrenaturales, el espíritu, lo no comprobable dio

paso a causas materiales, físicas –biológicas– observables, describibles y explicables empíricamente y mediante leyes universales, aceptando como causa sólo factor biológico.

A raíz de los cuestionamientos realizados, principalmente desde la antropológica médica y desde la propia medicina, a la concepción biológica y unicausal de la enfermedad, se argumenta que la naturaleza biológica del ser humano no es independiente de la cultural, la dimensión cultural adquiere centralidad en la significación y experiencias que intervienen en los procesos de construcción social, mediación y producción biológica y psicobiológica de la enfermedad, la antropología médica ha insistido en estudiar la enfermedad desde una perspectiva multidimensional. Es decir como un fenómeno que tiene una dimensión biológica y psicológica (*disease*), una dimensión social (*sickness*) y una dimensión cultural (*illnes*). La dimensión cultural simbólica y social del proceso salud-enfermedad, ha sido abordado por esta disciplina desde orientaciones interpretativas, hermenéuticas, semióticas y narrativas.

Pese a ello, en la tradición biomédica sigue dominando una visión eminentemente biológica de la enfermedad definida a través de una serie de signos y síntomas. Martínez Hernández (2008: 77) señala que no es posible definir la enfermedad ni la salud únicamente asociándoles signos y síntomas inmutables, sin tener en cuenta que existe una interdependencia entre lo que se considera como normalidad biológica y la normatividad social. En este sentido, Georges Canguilhem (1978) en *Lo normal y lo patológico* afirmó que el estado patológico y el estado normal, no pueden establecerse universalmente, pues estas condiciones dependen de normas definidas social y culturalmente. Claro ejemplo de ello –de pretender definir universalmente la enfermedad y de la salud– son las enfermedades o síndromes de filiación cultural. En estos casos se sigue apelando a la racionalidad científica para justificar la supremacía epistémica de la ciencia y legitimar la interpretación biomédica de la enfermedad, del cuerpo humano y de los métodos y terapias.

Baste con mencionar como caso para ilustrar lo anterior, las explicaciones antropológicas, que autores como Rubel elaboran sobre la enfermedad del susto. Si bien

Rubel reconoce las dimensiones culturales del susto y lo aborda como un padecer, más que como una enfermedad, explica este padecer en función de alteraciones fisiológicas causadas por un estado de estrés social. Bajo esta interpretación factores sociales como una fuerte impresión, un disgusto, una pelea, o un encuentro desafortunado con seres sobrenaturales– provocan una serie de efectos fisiológicos –cansancio, falta de apetito, falta de sueño, diarreas, vómitos– que conforman la sintomatología del susto.

En el discurso biomédico y en sus explicaciones sobre la enfermedad predomina el enfoque reduccionista, no se acepta la posibilidad de otra interpretación y explicación sobre la enfermedad del susto, la cual es explicada entre distintos grupos étnicos indígenas como el resultado de la pérdida del alma ocasionada por fuerte impresión, un disgusto, una pelea, o por encuentro desafortunado con seres sobrenaturales. Restaurar la salud implica necesariamente recuperar el alma perdida.

Por otra parte con los esquemas predominantes los síntomas y signos dados al susto no permite a los médicos diagnosticar “el padecer” es decir al susto –caracterizada entre la población por la pérdida del alma causada por diversas causas sobrenaturales y sociales, diagnosticando solamente la enfermedad–“alteraciones fisiológicas –cansancio, depresión, insomnio etc., provocadas por una situación de estrés social”. En otras palabras la biomedicina únicamente puede diagnosticar y tratar enfermedades, más no el padecer –incluyendo las enfermedades de filiación cultural- pues éstas no se expresan en términos de signos físicos observables y medibles experimentalmente, o no implican necesariamente una alteración biológica.

Las limitaciones en el diagnóstico y el tratamiento no son reconocidos por la biomedicina como limitaciones en sus presupuestos teóricos, metodológicos y ontológicos, sino en lo que Gordon (1988) ha llamado las motivaciones ocultas de los pacientes quienes no aceptan la interpretación, explicación y solución que los médicos dan a su enfermedad. De esta manera no es que el médico se haya equivocado y fallado en restaurar la salud del paciente, más bien son los pacientes quienes se resisten a reconocer la verdad y autoridad del discurso biomédico. Lo cual deja ver que la tradición biomédica sigue siendo una tradición centrada en la importancia de la

evidencia empírica, la cual preserva su papel relevante en las decisiones sobre el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad. Tan es así que en los últimos años ha surgido la medicina basada en evidencias.

Concebir la enfermedad no como el predominio de una alteración biológica sino como una construcción social hecha a partir de la interpretación y vivencias que los sujetos hacen de los signos biológicos, es un avance significativo dentro de la tradición biomédica, que puede derivar en la implementación y el reconocimiento de otros procedimientos metodológicos hermenéuticos como recurso heurístico que pueden dar luz sobre la relación entre lo psicológico-biológico-social, como tres dimensiones que determinan el proceso de salud-enfermedad.

Por otra parte el padecer representa una forma de superar las dicotomías y atomismos cartesianos entre objetivo, subjetivo, enfermedades reales, enfermedades no reales, cuerpo/mente, enfermedad, paciente y de la centralidad de la enfermedad sobre cualquier otro aspecto, incluyendo los sujetos que la padecen. El padecer nos habla de una epistemología distinta. A partir de la crisis y de las críticas realizadas a la tradición biomédica surge una nueva concepción de la enfermedad que implica una nueva postura teórica, epistémica y metodológica.

Teóricamente, pues emergieron nuevas explicaciones de las relaciones observadas entre los distintos factores –biológicos, psicológicos, sociales, culturales– que inciden para originar la enfermedad. Es decir, apelar únicamente a la presencia en el cuerpo humano de microorganismos resultó insuficiente para dar cuenta, satisfactoriamente, de los cambios fisiológicos, psicológicos y conductuales mostrados en un padecimiento.

Epistémicamente, pues implicó abrir el ámbito de lo que se considera como conocimiento relevante para la construcción de la enfermedad y su comprensión, por ejemplo las vivencias y experiencias –determinadas cultural, social e históricamente– como ámbitos que pueden generar conocimiento legítimo de la enfermedad.

Metodológicamente, pues fue necesario recurrir a otras estrategias y técnicas para conocer la enfermedad a partir de la consideración de que la fuente de información

eran las experiencias y vivencias de los pacientes, lo cual dio pie a métodos comprensivos para elaborar el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, en los cuales el paciente recupera importancia y un papel protagónico así como autoridad (conocimiento y representación de la enfermedad).

Muchos de los cambios ocurridos dentro de la tradición biomédica a raíz de su crisis reflejan un acercamiento, no reconocido ampliamente por la práctica biomédica, a la tradición médica indígena en la que, como veremos en el siguiente capítulo, predomina un humanismo y en la que además de reconocer, diagnosticar y curar la enfermedad también curan el padecer.

Veremos que una de las marcadas diferencias entre ambas tradiciones sigue siendo la concepción de racionalidad en la que ambas se sustentan y la separación en la biomedicina, entre racionalidad teórica y racionalidad práctica mientras que en la tradición médica indígena dicha separación no ocurre.

CAPÍTULO III



TRADICIÓN MÉDICA DE LAS ETNIAS INDÍGENAS DE MÉXICO

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este capítulo es analizar y explicar la conformación de lo que hoy conocemos como tradición médica indígena, como el resultado de un proceso histórico de relaciones interculturales desarrolladas en diferentes facetas, algunas en el plano de la conflictividad ideológico-política, otras en la contrahegemonía y resistencia a la implantación homogeneizante del modelo cultural etnocéntrico. En este proceso el Estado-nación mexicano ha tenido un papel crucial al institucionalizar el paradigma de racionalidad científica colocando en hegemonía epistémica, política, jurídica y social al conocimiento científico sobre el conocimiento tradicional. Lo anterior ha configurado lógicamente e históricamente a la tradición médica indígena, obstaculizando la legitimización y legalización de las prácticas, saberes y conocimientos médicos indígenas.

En los siguientes apartados se analiza cómo la primacía de la concepción occidental moderna de racionalidad ha configurado la problemática de la tradición médica indígena en por lo menos tres dimensiones: 1) como objeto de estudio, generando obstáculos epistemológicos, 2) en las relaciones de hegemonía con la tradición biomédica y 3) en su reconocimiento y validación como conocimiento genuino.

Acotación metodológica

México posee una gran diversidad biológica¹ asociada a una gran diversidad lingüística

¹ De acuerdo con datos publicados por la CONABIO, México junto con Brasil, Colombia, China e Indonesia poseen la mayor cantidad y diversidad de animales y plantas representando conjuntamente entre el 65 y 70% de la diversidad mundial. Por su riqueza florística México ocupa el 5º lugar a nivel mundial,

y cultural². Las etnias indígenas de nuestro país, desde tiempos milenarios, han establecido relaciones con su entorno geográfico, ecológico y cultural desarrollando y sistematizando un vasto cúmulo de representaciones, conocimientos, creencias y formas de apropiación y transformación de la naturaleza, de sus recursos y de sus ecosistemas. Como parte de estas relaciones, entre sí y con la naturaleza, han generado además conocimientos, creencias y prácticas sobre la enfermedad, sobre sus causas, su diagnóstico y las formas de tratarla. Todo este cúmulo forma parte de su tradición cultural, en la cual, las relaciones y procesos cognitivos mencionados son revestidos de simbolismo dotándolos de sentido e inteligibilidad en los diversos ámbitos de acción, a partir de los cuales han desarrollado una variedad de sistemas médicos para enfrentar sus problemas de salud-enfermedad.

Esta variedad de sistemas médicos indígenas, como se mencionará más adelante a lo largo del presente capítulo, poseen una concepción del mundo común así como rasgos culturales e históricos que las remite a un origen común, llamado matriz mesoamericana, que hacen posible su estudio como una tradición médica desarrollada y mantenida por las etnias indígenas en nuestro país. Por esta razón empleo el término tradición médica indígena en lugar de los que se usan recurrentemente en la literatura sobre este tema, es decir, en lugar del término “medicina tradicional”, “medicina complementaria”, “medicina alternativa”, “medicina folk” o “medicina popular”, para referirse a los sistemas médicos indígenas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a la medicina tradicional como un conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales. De acuerdo con esta organización los

con un total 23, 424 especies de plantas con flores, calculadas en el 2004, de las cuales cerca del 40% son endémicas y aproximadamente el 17% (4,000 especies) posee propiedades medicinales (Llorente-Bousquets y Ocegueda, S; 2008: 291-292).

² De acuerdo con el Censo de población y vivienda del 2010, 15.7 millones de personas se consideraban indígenas, de los cuales sólo 6.6 millones de habitantes hablan alguna lengua indígena. Además Cfr. Eckart Boege, *El patrimonio biocultural de los pueblos indígenas de México: hacia la conservación in situ de la biodiversidad y agrodiversidad en los territorios indígenas*, INHA-CDI, México, 2008.

términos "medicina complementaria", "medicina alternativa" y "medicina tradicional" se usan indistintamente en algunos países y hacen referencia a un amplio conjunto de prácticas de atención a la salud que no forman parte de la propia tradición del país y que no están integradas en el sistema sanitario principal.

En México la Secretaría de Salud se refiere a la medicina tradicional de los grupos indígenas como un

...conjunto de sistemas de atención a la salud que tiene sus raíces en profundos conocimientos sobre la salud y la enfermedad que los diferentes pueblos indígenas y rurales de nuestro país han acumulado a través de su historia, fundamentados en una interpretación del mundo (cosmovisión), de la salud y de la enfermedad de origen prehispánico, que ha incorporado elementos provenientes de otras medicinas, como la medicina antigua española, la medicina africana y en menor medida por la interacción de la propia medicina occidental (www.generosaludreproductiva.salud.gob.mx).

Hasta el momento no se ha logrado unificar un concepto que englobe todos los elementos que conforman lo que denominamos como medicina tradicional. De acuerdo con la Organización Panamericana de Salud (OPS) (1999), en México al igual que en otros países de América Latina y el Caribe existen entre los grupos indígenas varios conceptos de medicina tradicional, resultado de la diversidad de formas culturales y las adecuaciones de sus recursos terapéuticos de acuerdo a sus contextos culturales, ambientales y geográficos.

Dicha diversidad dificulta la tarea de construir un concepto de medicina tradicional lo suficientemente amplio para comprender la pluralidad de manifestaciones que han adoptado los sistemas médicos de las más de 57 etnias indígenas en nuestro país, pero que a la vez no resulte analíticamente inerte y permita aprehender y comprender la compleja realidad en la que subsisten estos sistemas médicos como entidades concretas, con sus conflictos y problemáticas, aportando nuevos conocimientos y reflexiones de los cuales surjan propuestas de solución viables, que no enmudezcan ante los conflictos y problemáticas concretas de las distintas manifestaciones de la medicina tradicional indígena.

Umberto Cerroni (1997) considera que el riesgo de la definición no radica en su naturaleza aseverativa y apodíctica, sino en la falta de fundamentación analítica que casi siempre la definición presenta en las disciplinas sociales. El autor plantea que la definición generaliza con abstracciones de las variantes tipológicas y se configura como definición metahistórica, válida para todas las constelaciones históricas y por eso mismo para ninguna específicamente. Por lo cual, la definición en las disciplinas sociales e históricas se presenta con frecuencia como una personalización arbitraria de relaciones complejas. La peligrosidad de estas definiciones radica, insiste el autor, en la génesis de una indebida eternización apologética del presente o en una indebida deformación teleológica del pasado, concebido sólo en función del presente que debe nacer. “Dogmatismo y teleologismo son los ingredientes constitutivos de la peligrosidad de semejantes definiciones” (Cerroni, 1997: 14).

Para evitar esos riesgos Umberto Cerroni insiste en considerar las advertencias de Denis Diderot y de Juan Jacobo Rousseau. Del primero la afirmación de que “la definición de una ciencia consiste propiamente en la exposición detallada de los objetos de los cuales esta ciencia se ocupa”... “la así llamada definición de toda ciencia representa mejor al término que al inicio del libro que de ella trata” (Cerroni, 1997: 14).

Al respecto Cerroni afirma que si la definición es el tratamiento del mismo objeto, quiere decir que toda definición lograda (que debe ser necesariamente su punto de llegada y no su inicio) es sólo un paradigma compendiado, una esquematización que no puede sustituir al objeto y no puede por tanto llegar a ser regla constitutiva de las investigaciones ni de las disciplinas. Lo cual significa que las reglas formales del razonamiento son necesarias pero no suficientes para definir el objeto. La valiosa advertencia de J.J. Rousseau es la siguiente: “es necesario antes que nada observar las diferencias para descubrir las propiedades” de los objetos sociales e históricos. El comentario: esas diferencias son principalmente diferencias sociales (especificidades) de los acontecimientos históricos (Cerroni, 1997:15).

Teniendo en cuenta lo anterior la presente investigación no tiene el objetivo de elaborar un concepto de medicina tradicional. Se pretende, en un intento de delimitar el objeto de estudio, construir una caracterización que –como afirma D. Diderot– no

pretende ni puede sustituir al propio objeto de estudio. Para ello, parto del reconocimiento de elementos comunes presentes en los sistemas médicos tradicionales de las etnias indígenas de México, que a raíz de muchos años de investigación en esta temática, se han identificado permitiéndome ubicar la diversidad de sistemas médicos indígenas como expresiones de la tradición cultural indígena distinta a la tradición biomédica hegemónica.

Tradición médica indígena. Elemento constitutivo de la cultura indígena

Lo que hoy conocemos como tradición médica indígena es el resultado del sincretismo entre las prácticas médicas provenientes de tres culturas basadas en concepciones del mundo distintas: la indígena prehispánica, la española y la negra (Anzures y Bolaños, 1983: 106; Aguirre Beltrán, 1987: 255-277). La diversidad de estudios realizados desde la antropología médica, la sociología médica, entre otras disciplinas, en torno a los sistemas de salud en general y en particular sobre la medicina tradicional indígena, permiten afirmar que las nociones de salud, enfermedad, los procedimientos terapéuticos y diagnóstico, creencias y demás representaciones construidas en torno al proceso salud-enfermedad, y que conforman su sistema médico, están ligados indisolublemente a la tradición cultural de los grupos indígenas que la practican (Campos Thomas, 2000: 87).

Como ya he mencionado me referiré a la medicina tradicional como una tradición médica indígena, es decir, como un elemento constitutivo de la cultura de las etnias indígenas fundamentada en una concepción particular del mundo, con presupuestos ontológicos, epistémicos, metodológicos y criterios de racionalidad propios y distintos a los de la tradición biomédica. El carácter constitutivo de la tradición médica indígena puede comprenderse mejor mediante la noción de cosmovisión, la cual se abordará a continuación.

La cosmovisión en las etnias indígenas de México

De acuerdo con López Austin (1980:20) la cosmovisión es “el conjunto articulado de sistemas ideológicos relacionados entre sí en forma relativamente congruente, con el que un individuo o grupo social, en un momento histórico, pretende aprehender el universo”. En este sentido, la ideología y por consiguiente la cosmovisión hacen posible las interacciones sociales y su conocimiento. Antes de continuar con la explicación del concepto de cosmovisión es pertinente abordar algunos elementos sobre un término difícil y polémico: la ideología.

Existen diferentes acepciones dadas al concepto de ideología cada una con distintas consecuencias sociales y políticas¹ generando toda una polémica en la cual *La Ideología Alemana* (1845) de K. Marx es uno de los textos clave. En este texto Marx presenta una concepción restringida de la ideología, entendida como falsa conciencia, como ideas deformadoras de la realidad social que impiden el conocimiento de las causas de los fenómenos sociales, los cuales adquieren ante los individuos la apariencia de causas extra sociales, extra naturales, anulando sus posibilidades de incidencia en la realidad como sujetos activos.

Sánchez Vázquez (1993) afirma que la ideología es el conjunto de ideas, creencias, juicios de valor, representaciones, etc., que los hombres y mujeres concretos formulan acerca del mundo y de la sociedad de la que forman parte, y que responden a intereses, a aspiraciones o ideales de su condición de clase social en un contexto determinado. La ideología incide, guía y justifica toda acción humana en una dirección práctica determinada, siendo inherentes a ella: 1) un contenido teórico, 2) un origen social y 3) una función práctica (1993: 145).

López Austin al plantear la cosmovisión en términos de un conjunto de ideologías se refiere a ellas en un sentido amplio, como un conjunto sistematizado de representaciones, ideas, conceptos (desde los más simples hasta los muy elaborados),

¹ Al respecto puede consultarse las obras de Adolfo Sánchez Vázquez (1993) critica el manejo que se hace de la ideología desde el marxismo estructuralista, principalmente por Althusser), Germán Gómez Pérez (1985) y Emilio de Ípola (1982).

creencias y valores, condicionadas socialmente de manera consciente o inconsciente y que se encuentran articuladas entre sí por una congruencia interna (1980:16-17).

Planteada así la ideología adquiere un valor epistémico en tanto que no privilegia el carácter opaco de una falsa conciencia sino que devela tal enmascaramiento, permitiendo con ello el acceso al conocimiento de las causas históricas de los hechos sociales y además, mediante las interacciones que los sujetos establecen con la naturaleza y entre sí, permite el conocimiento, aprehensión y estructuración del mundo histórico-cultural como un todo ordenado y coherente –cumplen con la regla de no contradicción según las reglas formales del pensamiento–. En otras palabras la ideología hace posible la acción. Se trata de una relación dialéctica pues al mismo tiempo que la ideología es una condición de posibilidad de la acción social, también la regula, asimismo regula la conducta de los sujetos, quienes en su proceder actualizan las representaciones y demás elementos ideológicos, de esta manera las legitiman y contribuyen a su institucionalización (López, 1980:16-17).

Cada ámbito de acción y representación tiene un sistema ideológico que los guía y estructura. Existe así un sistema ideológico para la religión, otro sobre el cuerpo humano, la moral, lo estético, lo filosófico, etc., cada uno con su dinámica y ritmo de transformación. Cada sujeto de un grupo social posee sus sistemas ideológicos que se traslapan, modifican, y actualizan en los procesos de comunicación e interacción conformando así los sistemas ideológicos del grupo social (López, 1980:18).

En la cosmovisión se integran y organizan todos los sistemas ideológicos del grupo social dándoles lógica y coherencia internas. Al englobar todos los sistemas ideológicos la cosmovisión constituye un macrosistema conceptual, con el cual los sujetos aprehenden, conocen, valoran y significan el mundo, dentro de los diversos ámbitos de acción en los que participa, como sujeto perteneciente a un grupo social (López, 1980: 58). Como resultado se tiene una imagen estructurada del mundo en concordancia con la cual los sujetos guían sus acciones. En este sentido, como macrosistema conceptual, la cosmovisión es lo que Dilthey define como el espíritu objetivo, entendido como

...las formas diversas en las que la comunidad que existe en los individuos se ha objetivado en el mundo sensible. En este espíritu objetivo el pasado es para nosotros presente permanente. Su ámbito alcanza desde el estilo de la vida, desde las formas del trato hasta las conexiones de fines que la sociedad ha establecido, las costumbres, el derecho, el estado, la religión, el arte, las ciencias y la filosofía... del espíritu objetivo recibe nuestro propio yo su alimento desde su niñez. Representa también el medio en el que se lleva a cabo la comprensión de otras personas y de sus manifestaciones de vida” (Dilthey, 1944:232).

La postura de López-Austin sobre la cosmovisión como un macrosistema conceptual y la similitud encontrada entre ésta y el espíritu objetivos de Dilthey, me permite afirmar que la cosmovisión constituye una totalidad epistémica, a través de la cual se objetiva en un mundo sensible y significativo la diversidad de representaciones de la realidad formuladas por los individuos en un proceso dialéctico de significación, comprensión, resignificación y recompreensión de esa realidad construida, a la vez que constituye el contexto o el marco conceptual dentro del cual las manifestaciones de vida son comprensibles. De esta manera la cosmovisión es un producto histórico-cultural y dinámico que surge, se modifica y actualiza en las relaciones sociales y en las diversas manifestaciones de vida que los grupos indígenas establecen entre sí y con la totalidad de la organización social. En palabras de López-Austin:

...el contenido de la cosmovisión integra un acervo para cuya estructuración no es necesaria una mente individual de comprensión totalizadora. Cada miembro del grupo social posee un caudal personal en constante transformación que se traslapa con el de sus compañeros, se corrige y modifica en las interacciones, en los procesos de comunicación y actuación” (López, 1980: 21).

Más adelante se aborda la cuestión de cómo la cosmovisión articula los distintos sistemas ideológicos formando una *totalidad* que articula el pensamiento con la acción,

la teoría con la práctica.

La cosmovisión, elemento estructurador de la tradición médica indígena

La tradición médica indígena es un sistema de conocimiento inmerso en la cosmovisión del mundo de las etnias indígenas que la han desarrollado milenariamente y que continúan con su práctica, conservación y desarrollo. La cosmovisión entendida como una totalidad epistémica integradora que hace comprensibles y significativos los procesos de construcción del conocimiento médico, como parte del conocimiento general de la naturaleza. La cosmovisión del mundo adquiere mayor relevancia para la comprensión de los conocimientos y prácticas médicas tradicionales. Las concepciones, creencias y representaciones relativas al cuerpo humano, a la enfermedad, a la salud, al mundo natural y sobrenatural, forman parte de sistemas ideológicos que son integrados por la cosmovisión en un sistema estructurado y sistematizado de conocimientos y prácticas sobre el proceso salud-enfermedad, sus causas y las estrategias terapéuticas. Dentro de este sistema el ser humano, la naturaleza y lo sobrenatural no existen como entidades separadas, sino como una continuidad, una totalidad que integra los acontecimientos humanos con los cósmicos, la realidad con el símbolo, la naturaleza con la religión, dándoles sentido y significado (Aguirre, 1987: 77).

La cosmovisión se modifica al cambiar los diferentes sistemas ideológicos que la conforman, como resultado de las relaciones que los sujetos concretos establecen con la naturaleza y su sistema económico social. Es de esperar que la cosmovisión en los diferentes grupos indígenas se haya modificado en diferentes grados y ritmos en la medida en que se transformaran esas relaciones y en consecuencia también sus sistemas médicos. Aunado a ello, los distintos grupos indígenas no han vivido con la misma duración e intensidad los efectos de los procesos de homogeneización cultural y modernización surgidos de las políticas integracionistas del estado nacional.

Pese a que varios factores han modificado, en grados distintos, las cosmovisiones de las etnias indígenas, existen entre ellas rasgos comunes que permiten abordar sus medicinas de manera conjunta como una *tradición cultural médica*. Al igual

que la tradición biomédica², la tradición médica indígena ha pasado por varias etapas de desarrollo modificándose con el devenir mismo de la cultura indígena que la sustenta y en su interacción con otras tradiciones culturales.

La cosmovisión del mundo es una estructura con una dinámica compleja. Está formada por distintos elementos algunos de ellos generados dentro de la dinámica de cada grupo indígena, que difieren entre sí por su capacidad de cambio. Algunos elementos de la cosmovisión son muy vulnerables al cambio, otros son de naturaleza efímera, otros más son resistentes, aunque no inmunes. Los elementos de la cosmovisión resistentes al cambio forman un núcleo unificador, también llamado por López Austin (1993: 13) núcleo duro. Se trata de elementos muy antiguos que ligan la cosmovisión de los grupos indígenas actuales con la tradición cultural mesoamericana que existió en tiempos prehispánicos (Galinier, 2001: 455). Dentro de los elementos que conforman este núcleo unificador López Austin reconoce: el mito de la creación humana, la estructura del universo y la conformación de la persona.

En cuanto a la estructura del universo, el principio básico presente en varios sistemas ideológicos es el de dualidad o polaridad. Se trata de un principio que estructura el cosmos y todo lo que en él existe, desde la naturaleza, el hombre, el cuerpo humano, las enfermedades, los alimentos, los medicamentos, hasta las cosas pertenecientes al ámbito sobrenatural. Cada uno de estos elementos tiene una naturaleza o calidad diferentes y opuestas, de ahí la importancia de mantener relaciones equilibradas entre ellos.

Bajo este principio el cosmos es estructurado en dos polaridades, la madre y el padre (asociados respectivamente con otra pareja dual, la tierra y el cielo) y todo lo demás es ordenado bajo la polaridad frío-caliente, permitiendo así su clasificación, comprensión y la adecuación de la conducta de los sujetos para no perturbar el orden del cosmos (López, 1971: 22; 1980: 308).

² De acuerdo con Aguirre Beltrán, para que la medicina científica occidental llegara a una concepción de enfermedad y a una práctica médica racionales, separadas de toda concepción sobrenatural-mística, basada en una concepción dual del mundo que separa lo material de lo espiritual y lo racional de lo emotivo, fue necesario “recorrer todo un camino lleno de obstáculos que le hicieron, a menudo, descarriarse, y no pocas veces retroceder o detenerse durante largos siglos” (Aguirre, 1987: 18-19).

A diferencia de la cosmovisión dualista cartesiana de la tradición biomédica, la dualidad o polaridad presente en la cosmovisión mesoamericana no implica excluir o negar la existencia del otro elemento de la dualidad. Por ejemplo, como ocurre en las dualidades cartesianas establecida entre lo material/inmaterial; naturaleza/sobrenatural; cuerpo/mente, enfermedad/ padecer. En estos casos estructurar de manera dual lo que existe en el universo y en el mundo material, tiene la función de demarcar el ámbito de lo ontológicamente y epistémicamente relevante, en la búsqueda de conocimiento y en la elaboración de una representación correcta del mundo. De esta manera el sujeto racional tiene que reconocer y estudiar la naturaleza/ el cuerpo/ la enfermedad, en lugar de sus contrapartes espíritu/mente/padecer.

En la tradición médica indígena la dualidad tiene la función de reconocer los elementos que existen en el universo, reconociendo que pueden ser de naturaleza distinta, para entender, a partir de ello, cómo la relación que guardan entre sí contribuye al equilibrio y orden del universo así como de las cosas que en él existen, y saber cómo preservarlo. La dualidad reconocida en la tradición médica indígena, no implica, por lo tanto, un pensamiento fragmentado, sino un continuo entre elementos –de cualidades diferentes– relacionados de manera equilibrada.

Para mantener el orden del cosmos, la cosmovisión como producto cultural que emerge de las ideologías colectivas, contiene normas de conducta establecidas y transmitidas dentro de la tradición cultural. El cumplimiento de estas normas es un requisito para actuar en concordancia y coherencia con la una imagen ordenada del mundo y mantener el equilibrio, individual y colectivo, del cual depende el buen acontecer de las cosas.

Como veremos a continuación, la vida, la integridad del cuerpo humano, la salud individual y colectiva dependen del equilibrio y armonía en lo social, personal, emotivo, biológico, natural y sobrenatural. Para mantenerlo es necesario el cumplimiento de normas de conducta relacionadas con 1) procurar el equilibrio, 2) la moderación y 3) acatar sus obligaciones dentro de la comunidad (López, 1980: 446). En lo social, las normas, expresión de la cosmovisión y tradición cultural, aseguran el buen comportamiento social, dictan que se tenga un trabajo honrado, se cumplan las reglas

políticas y sociales; en el ámbito religioso y sobrenatural establecen el respeto a las deidades ancestrales y católicas, es decir que se cumpla con las ofrendas, los rezos y festividades. La enfermedad se presenta como la pérdida del equilibrio ocasionada por la transgresión o incumplimiento de las normas.

Caracterización de la tradición médica indígena a partir de ciertos elementos interculturales

Regresemos ahora, a abordar los elementos culturales que nos permiten hablar de una tradición cultural médica.

Tradición cultural mesoamericana. Se trata de conocimientos pertenecientes a una tradición (o complejo religioso) mesoamericana de origen prehispánico conformada a través de los siglos mediante un proceso de sistematización e interpretación de las experiencias y conocimientos obtenidos a través de la observación y experimentación – ensayo y error– así como de la resignificación de los conocimientos y experiencias provenientes de la tradición médica occidental introducida por los españoles.

Cosmovisión del mundo. La cosmovisión del mundo o marco conceptual, como hemos mencionado, dota a las etnias indígenas de criterios de razonamiento, axiológicos, conceptos (como el de frío-calor que veremos a continuación) y otros elementos a partir de los cuales estructuran, clasifican u ordenan, conocen, representan y simbolizan el mundo, incluyendo la salud y la enfermedad. Esta concepción del mundo tiene su propio razonamiento basado en una lógica no demostrativa ni concluyente sino una laxa, heurística orientada a la resolución de sus problemas de salud.

Concepto frío-calor. Es un concepto de origen prehispánico, el cual atribuye a todas las cosas del mundo natural (aires, animales, alimentos, plantas y medicamentos derivados de ellas e inclusive al hombre) propiedades frías o calientes a partir de las cuales las ordena y clasifica. Este concepto es fundamental en la concepción de la salud y la enfermedad, para explicar sus causas, determinar los tratamientos adecuados para su

cura y para su clasificación. La salud resulta de un estado de equilibrio que puede ser alterado por la ingesta no balanceada de alimentos fríos o calientes o por la exposición de aires fríos o calientes, provocando en ambos casos la enfermedad. La cual, dependiendo de sus causas, puede ser caliente o fría, y su tratamiento adecuado deberá ser a base de elementos de calidad opuesta a la calidad de la enfermedad.

Conceptos de salud y enfermedad. Ambos giran en torno a la noción de equilibrio. La salud es entendida como un estado de equilibrio en el que se encuentra el ser humano derivado de las propiedades frías-calientes que conforman al organismo. Sin embargo la salud no depende solamente de mantener este equilibrio orgánico o biológico, sino que, es necesario, además, que el ser humano se encuentre en equilibrio con la naturaleza, con los seres sobrenaturales que en ella habitan, con su entorno social, así como psicológica y emocionalmente. La enfermedad resulta de la pérdida del equilibrio y puede ocurrir: a) a nivel del organismo, ocasionada por la ingesta de alimentos de calidades predominantemente frías o caliente; b) en sus relaciones sociales causada por diferencias o enemistades con parientes o vecinos causadas por envidias, por no respetar las costumbres o descuidar los deberes asignados socialmente, lo cual puede alterar el equilibrio emocional del individuo o que sea víctima de brujería; c) en sus relaciones con la naturaleza por hacer un uso incorrecto de sus recursos sin pedir permiso a las deidades correspondientes traspasando sus dominios o el cumplimiento de las obligaciones religiosas.

Concepción holista del ser humano, la salud, la enfermedad y la práctica médica. Del punto anterior se desprende que la salud y la enfermedad no se reducen a un estado físico o funcional del organismo, sino que involucra componentes sociales, espirituales y cosmológicos. La salud y la enfermedad resulta de la interacción entre lo biológico, lo psicológico y lo social e implica una noción holista del ser humano, es decir, no es reducido a una sola dimensión: la biológica, sino que reconoce, como dimensiones inherentes al ser humano, además de la dimensión biológica, una psicológica, otra social y cosmológica. Entendidas así la salud y la enfermedad y al ser humano, la

finalidad del proceso terapéutico, por muy diverso que sea, es restablecer el estado de salud mediante la restauración holista del equilibrio.

Reconocen más de una causa de la enfermedad éstas pueden ser elementos naturales y/o sobrenaturales. Entre las causas naturales de la enfermedad se encuentran: desarreglos orgánicos derivados de trastornos gástricos, dolor de cabeza y muelas, ingestión desequilibrada de alimentos fríos y calientes, o exposición a ciertos fenómenos naturales. Los astros también pueden causar la enfermedad. La luna, por ejemplo, tiene influencia sobre el hombre propiciando el desarrollo de ciertas enfermedades y desarreglos orgánicos.

Entre los sobrenaturales se encuentran: a) la acción de los dioses, los cuales castigan a los seres humanos por el incumplimiento de sus obligaciones religiosas mandándoles la enfermedad; b) la acción de los hombres, brujos o hechiceros, y otras personas que tienen influencia nociva sobre la salud del individuo, causando enfermedades como el mal de ojo; c) la pérdida del alma u otras esencias o fuerzas vitales. Una causa importante de enfermedad entre las etnias indígenas es que esencias o fuerzas vitales abandonen el cuerpo alterando el bienestar general del hombre causando la enfermedad. La forma más común es que el alma abandone el cuerpo o que sea secuestrada por espíritus, ocasionados por la vivencia de experiencias desagradables (caídas o accidentes, encuentros con animales peligrosos, presenciar fenómenos naturales como fuertes lluvias, rayos, etc.) que provocan en la persona un susto o sobresalto. La ofensa de los espíritus, asociados al medio natural y que residen en ríos, montañas, bosques, animales etc., ocasionada por encuentros inesperados e inconvenientes que los sujetos tienen con ellos, lleva a que los espíritus retengan su alma. En los niños menores de cuatro años existe una tendencia natural del alma a abandonar el cuerpo.

Hay una coincidencia entre las creencias del enfermo y sus convicciones sobre las causas de la enfermedad, ambas son compartidas con el médico indígena, de ello deriva en gran parte su eficacia mostrada para restablecer la salud.

Recursos medicinales. Cada grupo indígena posee un patrimonio de plantas, animales y minerales, amuletos etc., que usa, mediante distintos procedimientos, como recursos medicinales. En todos los grupos indígenas el conocimiento de estos recursos forma parte del proceso endoculturativo o de socialización del individuo. Al niño indígena le van enseñando el nombre de las plantas, animales, minerales, tierras, cómo son, donde se localizan, cual es su función y cómo se administran y preparan (Anzures y Bolaños, 1983:107). A este conocimiento práctico va aparejado una creencia o actitud religiosa, una predisposición psicológica y una actitud mágica.

Formas de aprendizaje del conocimiento médico. Aunque existen varias formas de adquirir el conocimiento médico la que predomina es que un médico tradicional experimentado (curandero, partera, huesero, etc.) transmita oralmente su conocimiento a un aprendiz. La enseñanza tiene lugar en el seno de la familia y es la mujer la principal transmisora del conocimiento. Es la abuela o la mamá la que transmite el conocimiento a sus nietos o hijos. El conocimiento puede ser adquirido también por autoaprendizaje, por revelación divina (durante el sueño), o de manera innata al nacer.

La terapéutica se divide en naturales y psicorreligiosas. Entre las primeras se encuentran los tratamientos a base de productos naturales como hierbas y plantas medicinales que se suministran en forma de té, polvos y ungüentos. También recurren a masajes o sobadas y a otros productos farmacéuticos. Las enfermedades que no resultan de la acción de los dioses u otro elemento sobrenatural se curan usando este tipo de tratamiento. Para tratar las enfermedades de origen sobrenatural se usa una terapéutica psicorreligiosa, es decir, limpias, mandas, el uso de amuletos, ofrendas, rezos, algún tipo de ceremonias y ritos y otros procesos que implican reincorporar el alma del enfermo. En este tipo de terapéutica se usan flores y en menor proporción hierbas y u otras plantas medicinales.

Es una práctica organizada en distintas especialidades médicas. Cada terapeuta tiene distintos conocimientos y habilidades que le permiten atender determinadas

enfermedades. Cuentan con curanderos, hueseros, parteras, chamanes, hierberos.

El ejercicio de médico tradicional es una actividad no remunerada y no lucrativa. Se le considera como un servicio a la comunidad. Por ello, la mayoría de los médicos indígenas no se dedican a ella como su principal actividad ni fuente de recursos económicos. Cuando la práctica de la medicina tradicional es su principal actividad esta es remunerada en pago o en especie, en este caso tampoco se considera como fuente de lucro.

Relación médico-paciente. Se trata de una relación basada en la confianza y la fe que el enfermo deposita en el médico tradicional, pero también en la confianza, seguridad y tranquilidad que el médico puede darle al paciente. Es importante mantener una relación sólida pues ella constituye una parte del éxito del proceso terapéutico.

Legitimidad social. En todas las culturas indígenas el médico tradicional es respetado y reconocido socialmente. Respeto y reconocimiento que derivan de la eficacia que muestran para curar a los enfermos, devolviéndoles su equilibrio o armonía, validando de esta forma el conocimiento médico que tienen los terapeutas tradicionales.

Si bien, se trata de un sistema de conocimientos que no puede comprenderse fuera de su cosmovisión, es también producto de la observación, experimentación, abstracción y objetivación del mundo natural, elementos que permitieron acumular, sistematizar y transmitir sus conocimientos médicos como parte del conocimiento general de la naturaleza, construyendo, por ejemplo, elaboradas clasificaciones botánicas y taxonómica.

Varios estudios y registros arqueológicos permiten constatar la minuciosa observación y experiencia que fueron requeridas para clasificar a detalle y precisión las plantas, animales y minerales usados en su terapéutica médica indígena. En las plantas fue necesario reconocer y clasificar las que eran útiles para curar enfermedades asociándoles propiedades curativas, de aquellas que sólo eran comestibles e incluso venenosas (Ortiz de Montellano, 1984: 115). Lo cual, además de observación, experimentación y sistematización, requería la posesión de los conceptos y categorías

de semejanza, analogía y desemejanza.

Ortiz de Montellano en estudios realizados sobre los conocimientos de la naturaleza entre los mexicas y los nahuas, además de evidenciar el gran conocimiento que estos grupos prehispánicos tenían sobre las plantas y los animales, demuestra que las clasificaciones taxonómicas que ellos elaboraron, tenían gran correspondencia con aquellas realizadas por la ciencia en cuestión (biología o zoología) (1984, 123).

Muchos de los conocimientos contenidos en estas clasificaciones estaban reflejados en las prácticas médicas, lo cual constituye una forma de corroborar que las representaciones, conceptos y explicaciones del proceso salud-enfermedad, dadas por la tradición médica indígena reflejan la realidad y ofrecen soluciones eficaces a varias enfermedades. La cosmovisión del mundo constituye lo que León Olive (1999a y 1999b) ha denominado como marco conceptual, el cual les provee de todos los elementos epistémicos que les permiten conocer, organizar, sistematizar, estructurar y producir conocimiento, representaciones y explicaciones del mundo, legítimas y válidas. En este caso particular sobre el proceso salud-enfermedad, ofreciendo soluciones eficaces a varios de los problemas de salud-enfermedad que enfrentan las etnias indígenas.

Cabe aclarar que al referirnos a la medicina tradicional como *una tradición médica* no la concebimos como una tradición homogénea en su interior. Al contrario, la diversidad cultural contenida en las más de 57 etnias indígenas que habitan nuestro país, se manifiesta en las formas en que los distintos grupos étnicos conforman y practican su sistema médico. Esta diversidad ha sido documentada en múltiples trabajos, algunos considerados clásicos, sobre la medicina tradicional que practican distintas etnias indígenas que habitan en varias regiones del país. Destacan los trabajos realizados por Holland William (1963), Guiteras Holmes (1965), Horacio Fábrega (1973), Villa Rojas (1978), Arthur Rubel (1995), Anzures y Bolaños (1983). Otros más son los realizados Genis (1986), Álvarez Heydenreich (1987), María Eugenia Módena (1990), Casillas Romo (1990), Freyermuth Encino (1993), Paola Sesia (1992), Antonella Fagetti (2004), Gallardo Ruiz (2005), Page Liego (2005) y recopilaciones enciclopédicas sobre la medicina tradicional en México, como la coordinada por Zolla (2009) y Mellado

Campos (1994).

Estas investigaciones, en su mayoría realizadas con un enfoque etnográfico-histórico-descriptivo, aportan información valiosa sobre el sistema médico tradicional, tal como es practicado por distintos grupos indígenas. En algunos de ellos se describen, de manera muy detallada, los recursos terapéuticos, la práctica médica, la organización y especialización de los médicos tradicionales y su estructura teórico-conceptual.

A partir de esa información se constata que la tradición médica indígena varía entre los grupos étnicos que la practican, mantienen y desarrollan en los recursos terapéuticos, en el diagnóstico, en las explicaciones y clasificaciones de la enfermedad, así como en la manera de determinar el tratamiento adecuado y de realizarlo (Gallardo, 2005; Fagetti, 2004). Difieren también en la etiología asociada y la nosología o formas de nombrar la enfermedad, incluso dentro de una misma zona étnica indígena existen variantes dialécticas (Casillas Romo, 1990). En la jerarquía establecida entre los terapeutas, en algunas comunidades indígenas el médico tradicional importante es el curandero, en otras la partera o el huesero.

Otro aspecto de divergencia es el grado de sistematización de su conocimiento médico y en el grado de homogeneidad de sus criterios para determinar las entidades nosológicas y clasificar las enfermedades, pueden reconocer una enfermedad por síntomas o manifestaciones distintos (Fagetti, 2004), esto ocurre incluso dentro de los médicos pertenecientes a un mismo grupo étnico (Freyermuth, 1993). La enfermedad del susto ejemplifica esta situación (Rubel, 1995).

Ahondando un poco en los recursos terapéuticos con los que disponen para enfrentar los problemas de salud-enfermedad, cabe mencionar que las plantas medicinales constituyen terapéutica, económica y simbólicamente el recurso más importante de esta tradición médica, a las que se suman otros recursos naturales como el agua, los minerales y los animales, así como los cerros u otros lugares de la naturaleza dotados de simbolismo y propiedades espirituales o sobrenaturales. Estos recursos son usados solos o en combinación en las limpias, las sobadas, los rezos y las ceremonias a través de los cuales los terapeutas buscan aliviar el padecer. En conjunto los componentes mencionados hacen de esta medicina una práctica diversa y heterogénea

en la disponibilidad, uso y manejo de los recursos terapéuticos.

Por ejemplo, tan sólo en las especies de plantas México ocupa el cuarto lugar en diversidad florística, con 31,000 especies de plantas de las cuales se estima que el 17% de la flora total del territorio mexicano (entre 4,000-6,000 especies de plantas) tienen algún efecto medicinal, es decir, una de cada siete especies tiene alguna propiedad curativa (Maldonado, 2004; Llorente-Bousquets, 2008: 291-292; Monroy, 2000). Tan sólo en el atlas de la Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana se tienen registradas alrededor de 1000 especies con por lo menos un uso medicinal, para algunas especies, el atlas reporta entre 2 a 75 referencias de uso. En el caso de las plantas medicinales éstas pueden usarse para preparar infusiones que se dan a beber al enfermo o bien se le administra untada en cataplasmas y en una variedad de enfermedades (Zolla, 2009).

A esta divergencia contribuye la diversidad de nichos ecológicos y geográficos en los que habitan las etnias indígenas, exponiéndolas a diferentes ecosistemas que constriñen los recursos naturales, como flora y fauna, con los que pueden disponer como recursos terapéuticos, así como las formas de acceder a ellos y de aprovecharlos. Esto explica que gran parte de la diversidad de plantas y animales son el resultado del proceso dinámico de adaptación de los grupos étnicos a sus diferentes territorios y ecosistemas.

Toledo (1998) ha denominado a dicho proceso como coevolución, la cual es evidente sobre todo en países megadiversos cuya riqueza, variabilidad y endemismos biológicos coincide territorialmente con las poblaciones multiétnicas. Por ejemplo, en México la diversidad biológica nacional está concentrada en los estados de Oaxaca, Chiapas, Veracruz, Guerrero y Michoacán que son a su vez los estados con mayor porcentaje de población indígena y variabilidad étnica y lingüística. México tiene 62 grupos étnicos y 11 familias lingüísticas (INALI, 2008). Perú tiene 14 familias lingüísticas y 72 etnias y el 97,8 por ciento de su población es indígena (Mapa Etnolingüístico Oficial del Perú. Ministerio de Agricultura/Instituto Indigenista Peruano, 1994).

Aunado a esto, las características socioeconómicas, demográficas,

infraestructura etc., de la región o población o comunidad, constituyen otros factores importantes que determinan las enfermedades que pueden padecer de manera frecuente los grupos indígenas, así como los recursos económicos, materiales e institucionales con los que puede contar para solucionar sus problemas de salud. En conjunto estas fuentes de diversidad hacen que las etnias indígenas practiquen su tradición médica, de acuerdo a las características y diferencias inherentes a su propia cultura y hábitat, que como mencionamos abarca desde sociales, culturales, lingüísticas, geográficas y ecológicas.

Virtud heurística de los elementos interculturales arriba señalados

Son varias las razones que nos llevaron a abordar los distintos sistemas médicos tradicionales como parte de una tradición cultural médica. En primera instancia porque nos brinda una perspectiva de análisis distinta sobre la problemática que enfrentan estos sistemas médicos como tradición cultural.

En segundo lugar, permite comprender y explicar su situación como resultado de su desarrollo histórico en condiciones no favorables, enmarcadas por relaciones conflictivas y desiguales que, a lo largo de 500 años, ha mantenido con la tradición cultural occidental moderna; analizando cómo en estas relaciones entre tradiciones médicas distintas –e incluso inconmensurables– se conjuga lo político, lo social y lo epistémico.

Finalmente, porque como tradición cultural médica se presenta como expresión de una civilización o proyecto civilizatorio alternativo –en el sentido afirmado por Bonfil Batalla [1990]–; es decir, como una tradición cultural médica basada en otra racionalidad, que sustenta formas propias y distintas –e incluso opuestas a las sustentadas por la racionalidad científica occidental moderna– de generar conocimiento, de apropiación y aprovechamiento de los recursos naturales, de concebir el desarrollo y el bienestar de la población, del hombre y sus relaciones entre sí y con la naturaleza, del proceso de salud-enfermedad, de organización social y política.

Centrarnos en estos elementos nos lleva a dejar fuera del análisis, los elementos

o expresiones particulares de cada práctica médica indígena, lo cual puede reducir las posibilidades de comprensión de las formas concretas en que los grupos indígenas pueden responder a sus problemas de salud-enfermedad y los obstáculos que enfrentan localmente. Se pueden perder de vista las formas en que las prácticas médicas particulares enfrentan y perciben los problemas que los aquejan como tradición cultural.

Por otra parte, no se puede dar cuenta de cómo los cambios ocurridos en las comunidades indígenas se manifiestan en la cultura, en general, y en particular cómo son asimilados o incorporados a la tradición médica indígena. Asimismo los cambios derivados de las dinámicas sociales con otros grupos, las migraciones, las relaciones de poder y otros factores que incidan en la conformación de distintos y nuevos procesos culturales en las comunidades indígenas; o de la flexibilidad que pueden tener los distintos elementos culturales de la medicina indígena para responder a los cambios, presiones u obstáculos que presentan el conjunto de su tradición cultural.

Estudiando esta problemática Freyermuth (1993: 69) afirma que como resultado de los cambios culturales en el ámbito de la salud en varias comunidades indígenas de Chiapas, la práctica médica tradicional es rechazada. Pese a ello, en la concepción que tienen de la enfermedad –sus causas y tratamientos– sigue vigente la cosmovisión indígena. Algunas comunidades ya no recurren a la medicina tradicional, pero siguen explicando la enfermedad atribuyéndole causas propias de su cosmovisión del mundo, configurando las enfermedades de filiación cultural. Pueden modificar en cierto grado su práctica médica, sus conceptos, nociones, creencias y formas de organización y práctica ante dilemas éticos y morales que conlleva a la resolución de problemas inmediatos (Gallardo, 2005).

Otro aspecto que también escapa al análisis de las prácticas médicas indígenas bajo la categoría de tradición médica, son las problemáticas, que como manifestaciones particulares enfrentan derivadas de los distintos patrones y niveles de aculturación y desarrollo económico, que determinan por ejemplo, el acceso a los servicios de salud pública, propiciando con ello interacciones interculturales entre miembros de ambas tradiciones médicas, la biomédica y la indígena, que pueden afectar la forma de concebir y representar la salud-enfermedad y resolver sus problemas.

La interacción con las instituciones de salud públicas biomédicas han generado cambios en algunos sistemas médicos indígenas. Por mencionar un caso, los médicos tradicionales nahuas de Hueyapan Morelos, han incorporado a su práctica varios elementos de la biomedicina, utilizando sobre todo los medicamentos de patente como las inyecciones de antibióticos o de oxitocina –éstas últimas principalmente las parteras cuando quieren inducir un parto o detener una hemorragia posterior al parto– y otros medicamentos de venta sin receta como analgésicos etc. (Álvarez, 1987: 231-232).

Las interacciones que los médicos indígenas tradicionales han tenido con la tradición biomédica han sido mediadas y promovidas por las Instituciones de Salud estatales, como en el estado de Morelos, mediante cursos de capacitación sobre primeros auxilios y como parte de los programas o brigadas de salud, a raíz de los cuales se busca que los médicos indígenas conozcan ciertos principios de la biomedicina, cuyos grados de aceptación y resignificación habría que analizar.

A pesar de que comparten una concepción sobre la enfermedad, sus causas, su etiología y su diagnóstico, es muy diversa la forma de diagnosticarla así como los elementos terapéuticos usados y la forma de tratarla. Por ejemplo, algunas enfermedades de síndrome de filiación cultural como el susto, el empacho, la caída de la mollera. En el fondo todas se perciben como la pérdida del equilibrio en el organismo que se manifiesta en pérdida de energía y consecuente incapacidad de realizar sus actividades cotidianas. Sin embargo, son muy diversas las formas en las que los individuos y médicos tradicionales de un mismo grupo indígena explican la pérdida de la energía.

Sin embargo, al dar prioridad a los rasgos comunes presentes en las prácticas médicas indígenas, no restamos importancia a las expresiones particulares que esta tradición médica toma en cada grupo indígena y que es matizada por sus condiciones históricas-culturales-materiales particulares. Las cuales pueden determinar, y de hecho lo hacen, algunos aspectos de la problemática específica en que se encuentra la medicina indígena como expresión de la problemática del grupo indígena que la práctica. Así como las relaciones particulares y conflictos entre la medicina tradicional y la medicina alópata o ente la primera y las instituciones gubernamentales o privadas

que representan a la segunda.

Es pues necesario tener en cuenta y estudiar estas expresiones particulares, problemáticas y conflictos de la tradición médica indígena de un determinado grupo indígena, cuya importancia heurística consiste en vislumbrar las formas adecuadas en las que deben tomarse en cuenta estas manifestaciones culturales de su medicina tradicional en los planes y programas de salud y cómo debe incluirse la medicina tradicional en los planes de salud a nivel nacional, cuya integración debe ser adaptada a cada región étnica indígena.

Hasta aquí la acotación metodológica, a continuación analizaré cómo la concepción moderna de racionalidad ha configurado la problemática actual de la tradición médica indígena.

Segunda parte

La tradición médica indígena bajo la concepción moderna de la racionalidad científica

Algunos aspectos de su problemática

En el primer capítulo se abordó el debate suscitado a partir de la segunda mitad del siglo XX sobre la concepción moderna de racionalidad, del cual y gracias al intenso trabajo crítico y creativo de la filosofía de la ciencia, delineamos elementos para conformar una nueva concepción de racionalidad fundada en una metodología prudencial que permita la comprensión y evaluación de la diversidad de prácticas, creencias y conocimientos, como por ejemplo los contenidos en la tradición médica indígena.

Sin embargo, los estudios culturales realizados desde ciertas disciplinas de las ciencias sociales y de las humanidades, no se vieron favorecidos por la intensa y enriquecedora reflexión sobre la concepción moderna de racionalidad así como la imagen de la empresa científica y continuaron sus investigaciones bajo el canon universal del rigor epistémico de la concepción de ciencia.

En este contexto los estudios historiográficos, etnográficos, antropológicos, e incluso médicos, realizados durante el siglo XX sobre la cultura de la medicina tradicional reflejan los criterios epistemológicos de la concepción clásica de la racionalidad científica. En la literatura revisada, por mencionar algunos estudios, predominan los criterios de racionalidad epistémica universalistas.³ Son estudios que si bien no son paradigmáticos, sí son indicativos de la forma en la que esta concepción occidental moderna de racionalidad ha hegemonizado las visiones sobre la cultura de la medicina indígena.

³ Cfr. Juan Samaja, *Epistemología de la salud*. Lugar Ediciones, Buenos Aires, Argentina, 2004; Cfr. Carlos Zolla, *et al.*, “Medicina tradicional y enfermedad”, en Roberto Campos (comp.), *op. cit.*, pp. 71-104.

El problema de demostrar la racionalidad de las prácticas de la medicina indígena fue una preocupación que guió las investigaciones en esta materia durante los años de 1970, con el constante peligro de imponer la concepción moderna de la racionalidad científica. Carlos Viesca (1992) reflexionando sobre lo que fueron 20 años de investigación en torno a la medicina indígena afirma lo siguiente:

A raíz de los planteamientos de rigor epistemológico que vienen preocupando a los científicos en los últimos años, y agregados los conceptos formativos de la etnociencia y algunos criterios estructuralistas asociados frecuentemente a ella, se fue haciendo sentir la necesidad de estudiar las estructuras clasificatorias de otras poblaciones y otras culturas. El común denominador para hacer posible la existencia de criterios racionales de clasificación en culturas no occidentales ha sido la estructura de la mente humana clasificadora, estructuradora, destacada por Lévi-Strauss en su *Pensamiento salvaje*...se insistió demasiado en la existencia de criterios prefigurativos de ciertos aspectos científicos...debemos reconocer que los primeros años pecamos de cientificismo y nos costó tiempo llegar a ubicarnos de modo que pudiéramos comprender la correspondencia entre clasificación y cosmovisión, en lugar de forzar contenidos ajenos a la cultura estudiada (Viesca, 1992: 129-130).

El problema en demostrar que los conocimientos, prácticas y creencias médicos indígenas son racionales es el que Peter Winch ha señalado en su crítica a la antropología científica representada, entre otros por Evans-Pritchard, es la extrapolación de una concepción particular de racionalidad, propia de la cultura occidental, a toda manifestación cultural de sociedades distintas a las occidentales.

Siguiendo en la línea trazada por el argumento, que Carlos Viesca retoma de Lévi-Strauss, encontramos elementos para afirmar que los conocimientos, prácticas y creencias de la tradición médica indígena son tan racionales como el conocimiento generado por las prácticas científicas de la biomedicina.

Claude Lévi-Strauss en *El Pensamiento salvaje* (1975: 30-31) afirma que todas

las culturas por muy antiguas que sean, poseen una lógica que organiza, da sentido, funcionalidad y coherencia a su existencia, constituyendo un sistema de pensamiento con la misma capacidad que otras culturas para ordenar racionalmente el mundo y sus prácticas asociadas. De esta forma, el antropólogo francés, refutó la supuesta ineptitud, atribuida de manera errónea, de las etnias indígenas para el pensamiento abstracto, al comprobar que la riqueza en palabras abstractas, no es patrimonio exclusivo de las lenguas “civilizadas” pues

...para transformar una hierba silvestre en planta cultivada, una bestia salvaje en animal doméstico, hacer parecer en la una o en la otra propiedades alimenticias... no nos quepa la menor duda de que se requirió una actitud mental verdaderamente científica, una curiosidad asidua y perpetuamente despierta su gusto del conocimiento” (Lévi-Strauss, 1975:11 y 32).

El problema fundamental ha sido que la antropología y la teoría social han impuesto a la tradición médica de las etnias indígenas una concepción de racionalidad ajena a su cosmovisión. Sin preguntarse hasta donde es correcto extrapolar los criterios de verificación y legitimación científica, es decir, la aplicación de criterios epistemológicos, basados en la lógica demostrativa, para juzgar la legitimidad y veracidad de sistemas de clasificación y pensamiento formulados a partir de otra concepción del mundo, con otros criterios de evaluación y clasificación. Lo cual ha llevado a que muchas de las enfermedades reconocidas por la tradición médica indígena sean consideradas como “exóticas”, por no tener un referente empírico desde la postura científica y desde sus marcos racionales de conceptualización (Viesca, 1992: 132). A esta postura Winch llama error categorial.

Todo lo anterior ha dificultado la comprensión de esta práctica médica y de su problemática, en consecuencia, la comprensión y explicación de su condición de desigualdad y subordinación ante otros sistemas culturales de atención a la salud, pues cuando se ha tomado como objeto de estudio ha sido bajo esta concepción de racionalidad, impidiendo generar conocimientos encaminados a la búsqueda de las

condiciones propicias y adecuadas para su persistencia, protección y desarrollo en el marco de sus identidades étnicas. A continuación abordaré esta situación que llamo primer aspecto de la problemática.

Primer aspecto de la problemática. Estudios sobre medicina tradicional de las etnias indígenas en México.

La forma en la que se ha estudiado la tradición médica indígena no ha estado desligada de la conformación de las disciplinas sociales como ciencias positivas. La demarcación establecida entre la ciencia naturalista y positivista tuvo consecuencias epistemológicas, sociales y políticas fundamentales en el ámbito de la cultura. Como objeto de estudio, la cultura se abordó con los esquemas ahistóricos, abstractos y fragmentados con la única intención de descubrir su estructura lógica para deducir o inferir las leyes que los rigen y determinar su función social.

En este contexto e inspirados por la metáfora estructura-superestructura, la cultura de las etnias indígenas en México se aborda principalmente por la antropología científicista, desde los enfoques reduccionistas del evolucionismo, el relativismo cultural y el estructural funcionalismo así como de las políticas integracionistas del indigenismo. Díaz-Polanco (1983) da un excelente panorama de estos enfoques.

En la teoría evolucionista, a partir de la noción central de progreso, se construyen esquemas que intentan comprender la historia de la humanidad como un paulatino y triunfante camino de ascenso desde las etapas más primitivas hasta las más avanzadas, pasando por etapas sucesivas denominadas: salvajismo, barbarie y civilización. Este constituye un modelo unilineal de evolución social con el que se pretende, por una parte, decir que todas las culturas evolucionarán hacia la forma más avanzada: la sociedad capitalista, justificando así el camino de todas las sociedades no capitalistas hacia capitalistas y por otra parte la expansión del capitalismo en términos (neo) colonialistas (Díaz-Polanco, 1983: 82-99). Los principales representantes del evolucionismo fueron Lewis Morgan y Edward Burnett Taylor.

En oposición a esta concepción del progreso cultural surge la teoría anti-evolucionista, también llamada relativismo cultural o culturalismo norteamericano. Se trata de una corriente de pensamiento antropológico desarrollada por Franz Boas y Clark Wissler, quienes rechazan la noción de progreso y niega la concepción del desarrollo de la cultura como signo de mejoramiento. Su carácter relativista consiste en que niega la existencia de criterios aceptables y adecuados para establecer el mayor o menor desarrollo de una sociedad respecto a otra. Estos teóricos aceptan que existen culturas diferentes entre sí, pero no es posible establecer relaciones de superioridad e inferioridad entre ellas. De esta forma promovían el respeto a las culturas autóctonas permitiéndoles un desarrollo propio, bajo el supuesto de que tal respeto, y la aculturación o intercambio cultural, conduciría a los indígenas al abandono de sus sistemas culturales para adoptar el sistema cultural capitalista, sus paradigmas explicativos, interpretativos y axiológicos. Esta noción de aculturación más que respeto por las culturas autóctonas expresa y fomenta un exacerbado etnocentrismo (Díaz-Polanco, 1983: 95-96).

La teoría funcionalista fue desarrollada principalmente por Augusto Comte, Harbert Spencer, Emile Durkheim y Malinowski. Bajo este enfoque la cultura es considerada como un todo funcional e integrado, semejante a un organismo y como tal no se puede entender por partes, sino en su conjunto. Desde el funcionalismo se realizan estudios sincrónicos de sociedades primitivas o precapitalistas con el fin de proporcionar elementos teórico-prácticos para su transformación e integración al capitalismo, máximo estadio de la cultura. Lo que se busca es estudiar el funcionamiento de las sociedades y comprender que funciones corresponden a cada elemento del sistema, dentro del todo. Se olvidan de las reconstrucciones históricas de lo pasado concentrándose sólo en la naturaleza funcional de las sociedades actuales, a fin de planificar su integración al sistema capitalista. Por lo que el funcionalismo constituye la formulación teórico-práctica para realizar los postulados expansionistas del evolucionismo (Díaz-Polanco, 1983: 93; Cobos González, 1987: 61-62).

Bajo los tres enfoques mencionados el interés por estudiar a las comunidades indígenas y entender sus elementos culturales, identitarios y organizacionales ha estado

determinado por la necesidad de resolver el problema fundamental de la época: lograr el progreso eliminando la heterogeneidad racial, cultural, lingüística y económica, mediante la integración de los grupos indígenas al estado nacional (primero y en la actualidad al estado capitalista donde se pretende proletarizar a los indígenas), eliminando su cultura e identidad étnica y sustituyéndola por la cultura del mexicano.

En este contexto se impulsan estudios sobre la tradición médica indígena con el propósito de conocer su práctica y distinguir los aspectos simbólicos, espirituales, mágico-religioso, así como el uso de las plantas medicinales, determinando los factores simbólicos-culturales que obstaculizaban la introducción de los programas de salud provenientes de la tradición biomédica hegemónica.⁴

Son trabajos en los cuales las etnias indígenas y su cultura se analizan fuera de las relaciones inter-interétnicas e inter-tradicionales que históricamente se han caracterizado por ser asimétricas y conflictivas. Lejos de considerar la cultura como una totalidad dinámica en la que coexisten varias tradiciones culturales, que guardan entre sí relaciones de jerarquía y hegemonía, la cultura se aborda fuera de la totalidad y de la complejidad de relaciones en las que está inmersa omitiendo así el ámbito histórico, político, ideológico y hegemónico. Este es el contexto teórico y metodológico en el que la tradición médica indígena se toma como objeto de estudio considerándola como un sistema cerrado y fijo, como si los grupos indígenas del pasado y los actuales fueran grupos aislados sin contacto con otros grupos y con el sistema social en su conjunto como si la práctica médica y los grupos indígenas fueran ahistóricos.⁵

De acuerdo con Carlos Zolla (2005: 63), es posible comprender la medicina tradicional si abordamos cinco de sus componentes esenciales: 1) el recurso humano; 2)

⁴ Cfr. José Alfredo Genis, “¿Qué es la antropología médica?”, *Revista Argonautas*, 1986; Gonzalo Aguirre Beltrán, *Obra antropológica. La antropología médica. Sus desarrollos teóricos en México*. Vol. XIII. FCE, México, 1994; Martínez Cortés, (coord.), *Historia general de la medicina en México*. UNAM, México, 1984.

⁵ Cfr. al respecto INEGI, “La población indígena en México”, México, 2004.; CONAPO, “La población en México en el nuevo siglo, 2001. Capítulo 4. Marginación, severidad de la pobreza y rezago sociodemográfico.; OMS, Estrategia de la OMS sobre Medicina tradicional 2002-2005.; David Márquez Ayala, Los Pueblos indígenas de América Latina. CEPAL. en *La Jornada* 25 Junio, 2007. Cabe mencionar que las variables y los indicadores estadísticos demográficos y de la salud expresan el enfoque del individualismo metodológico, pues toma en cuenta a los individuos aislados, y no como personas como su proyecto de vida en su colectividad étnica. Lo cual propicia una visión estructural-funcionalista, institucionalizada por el sistema capitalista dominante, en la cual ya no hay historia, todo es eterno.

los procedimientos y métodos de diagnóstico y curación; 3) las causas de demanda de atención; 4) los recursos terapéuticos materiales y simbólicos; y 5) las relaciones del modelo médico tradicional con los otros modelos al interior del sistema real de salud.

Indudablemente los aspectos arriba enunciados por Zolla proporcionan información valiosa que lleva a comprender que la medicina tradicional es una estructura compleja donde se interrelacionan aspectos simbólicos-mágicos y religiosos, así como las formas en las que se realizan tales prácticas médicas, se define y diagnostica la salud y la enfermedad. Sin embargo, es necesario, además, concebir a la medicina indígena como una totalidad estructurada cuya problemática actual no puede ser comprendida si no se analizan, además de los elementos señalados por Zolla, las relaciones interétnicas con el estado-nación por una parte, y las relaciones con la tradición biomédica por otra parte, relaciones que se han configurado históricamente como relaciones de hegemonía cultural.

En suma, comprender la problemática histórica, política y epistémica que en la actualidad atraviesa la tradición médica de las etnias indígenas en México, significa no sólo comprender su estructura interna, sino también y de manera fundamental, caracterizar y explicar su condición de desigualdad y subordinación ante otros sistemas culturales de atención a la salud, como la tradición biomédica, y generar conocimientos encaminados a la búsqueda de condiciones y propuestas que permitan el reconocimiento, desarrollo y protección de esta práctica médica indígena. Debemos entender que la condición de desigualdad y subordinación implica varios ámbitos el político, cultural, hegemónico y epistémico.

En los siguientes apartados se abordarán las principales tendencias que han predominado en el estudio de la tradición médica indígena las cuales analizo en cuatro etapas, apoyándome en las periodizaciones demarcadas por Carlos Viesca (1992) y Anzures y Bolaños (1988). El primer periodo es el de la historiografía positivista, abarca de principios del siglo XX hasta 1930, ha sido delimitado por el predominio – durante estos años– del enfoque positivista, empirista y evolucionista en el estudio de la tradición médica indígena cuyo interés principal era equiparar esta tradición con la tradición biomédica.

El segundo periodo comprende los años posteriores a 1930 y constituye el periodo del indigenismo caracterizado por el predominio del enfoque integracionista y del relativismo cultural sobre los elementos culturales de las etnias indígenas incluyendo sus prácticas, sus conocimientos y creencias médicas. El tercer periodo abarca a partir de la década de 1965 a 1975 predomina el enfoque narrativo-descriptivo destinado a identificar las raíces prehispánicas; y a partir de 1975 y hasta 1980 han predominado los enfoques de caracterización de la medicina indígena y los estudios etnobotánicos. Desde 1980 la tradición médica indígena ha sido estudiada a partir de un enfoque integrador, holista, abarcando aspectos sociales de la salud-enfermedad y considerándola como un recurso para la salud.

El último periodo es el de la validación experimental de las prácticas y recursos herbolarios para el reconocimiento y legitimación epistémica de la tradición médica indígena. A continuación abordaré el periodo de la historiografía positivista mientras que el segundo y tercer periodo serán abordados en el apartado sobre la antropología médica y el estudio de la tradición médica indígena, asimismo el último periodo será abordado en el cuarto capítulo.

Historiografía positivista de la tradición médica indígena

El positivismo como corriente filosófica y como ideología ha tenido un papel decisivo en el estudio y configuración de la problemática que enfrenta la tradición médica de las etnias indígenas en nuestro país. Como ideología el positivismo aparece conjugado con el cientificismo, el evolucionismo, el utilitarismo y el realismo científico (Laín, 1974: 3).

El cientificismo es una corriente ideológica que se fundamenta en la creencia – que además promueve– de que la ciencia es la forma más genuina de obtener conocimiento verdadero del mundo. A través del cientificismo, el positivismo contribuye a que los científicos desempeñen el papel de ingenieros sociales asumiendo la dirección del desarrollo de la sociedad.

El evolucionismo, es un concepto tomado de la biología que señala que los seres

vivos sufren transformación al pasar el tiempo en respuesta a los cambios medioambientales y la lucha por la existencia. Trasladado a las ciencias sociales, el evolucionismo es una corriente de pensamiento que sostiene una concepción de la sociedad como un organismo dinámico y en permanente transformación. Sin embargo, la transformación es vista como el recorrido lineal y en una dirección que va de una etapa inferior a una superior de desarrollo social.

Como corriente filosófica, el positivismo estableció el paradigma a seguir para estudiar el mundo histórico social y obtener conocimiento científico acerca de él. Paradigma que determinó los principios a los que toda disciplina científica debía apearse y las normas que todo conocimiento debe cumplir para ser científico y de relevancia política y social. Este fue el caso de la antropología y la historia, disciplinas dedicadas a estudiar varios aspectos de la cultura. Más adelante abordaremos cómo la antropología ha estudiado y problematizado a la tradición médica indígena desde los postulados del positivismo. En ese apartado analizaremos la historiografía que sobre esta tradición médica se ha hecho desde principios positivistas.

Durante la primera mitad del siglo XX predominó, en México, la concepción del tiempo histórico elaborada por Augusto Comte, quien veía la historia y el progreso social como el tránsito lineal y pacífico de la sociedad⁶ por tres estadios de evolución: el teológico, el metafísico y el científico.

Bajo esta concepción de la historia y del progreso social, los historiadores analizan el desarrollo de la sociedad mexicana tratando de identificando, en esa historia las tres etapas del desarrollo. La primera de ellas, el estado teológico, lo identifican con el periodo de la colonia (dominada por el clero y la milicia) mientras que la segunda o estado metafísico lo identifican con la época de las grandes luchas entre liberales y conservadores. Finalmente el estado positivo lo identifican con el orden establecido a partir del triunfo del partido positivista y el establecimiento de las ideas de Gabino

⁶ A raíz de la revolución mexicana la historiografía en nuestro país, presenta cambios importantes, rompe con los postulados positivistas, redefine su carácter científico y replantea la particularidad de su objeto de estudio así como la posibilidad de establecer leyes generales. Álvaro Matute Aguirre, *Pensamiento historiográfico mexicano del siglo XX. La desintegración del positivismo 1911-1935*. FEC, México, 1999, pp.17-21.

Barreda (Somolinos, 1957: 103).

La misma concepción positivista y evolutiva de la historia y su metodología empirista se ven reflejados en los estudios sobre la tradición médica indígena realizados desde la antropología y la historia en el último cuarto del siglo XIX y a principios del siglo XX. Los trabajos de esta índole más representativos son los realizados por Francisco del Paso y Troncoso (1883), Francisco de Asís Flores y Troncoso (1886-1888), Fernando Ocaranza (1934) e Ignacio Chávez (1947). Todos ellos constituyen estudios en los que la medicina prehispánica se aborda dentro del progreso lineal de la humanidad, en la cual representa una etapa del desarrollo general de la medicina en México, que no puede más que culminar con la medicina positiva o científica.

En esta línea del pensamiento la medicina prehispánica es una concepción del mundo dominada por la superstición y especulación, propias de la magia y la religión, que dará paso, mediante una sucesión de hechos, hacia la medicina sustentada en la razón, en el conocimiento científico y tecnológico. En este contexto y apegados a los principios del método positivo, reconstruyen la historiografía de la tradición médica indígena buscando sólo su estructura y los rasgos que permitieran considerar su conocimiento como científico.

Guiados por este interés, los investigadores mencionados hacen reconstrucciones históricas en las cuales los logros de la medicina indígena (prehispánica e hispánica) son destacados como prefiguraciones o “chispazos” de un pensamiento científico; como antecedentes de una serie de hechos y procedimientos que podían ser incorporados a la medicina o pensamiento científico en general (Viesca, 1992: 115). A lo largo de este apartado veremos cómo la aplicación acrítica y dogmática de los principios teórico-metodológicos del positivismo, con su noción de conocimiento, ciencia e historia ha generado una distorsión e incompreensión de la realidad histórica y cultural de la medicina indígena.

La *Historia de la medicina en México* de Francisco Flores, es considerada la expresión más clara de historiografía positivista. Francisco Flores aprendió de Porfirio Parra, quien fuera discípulo de Gabino Barreda, la filosofía positiva y a estudiar la realidad mexicana dentro del esquema comtiano de la ley de los tres estadios. Siguiendo

este esquema y otros principios del método positivo, Flores pretendía elaborar una reconstrucción histórica exacta, científica y natural de la medicina. Entendiendo por natural, aquella reconstrucción histórica que reflejara los tres estados de evolución por los que han pasado los conocimientos médicos (Flores, [1886], 1992: 42).

En México como en todas partes del mundo, afirma Flores, la medicina, en su primera etapa fue teológica, caracterizada por la intervención de divinidades, oblacones, rogativas, fábulas, superstición y otras prácticas pseudo-religiosas. Flores identifica esta etapa con la medicina indígena prehispánica. La segunda etapa de la evolución, el estado metafísico, lo identifica con los tres siglos de dominación española y los primeros de la independencia, periodo en el cual la civilización, las enseñanzas y costumbres aztecas fueron sustituidas por las españolas. La medicina en este periodo estaba dominada por el metafisicismo y la lógica escolástica. El último estadio en la evolución del pensamiento humano, es decir, la epata correspondiente al pensamiento positivo, queda conformado por la constitución de la medicina en ciencia (Flores, [1886], 1992: 84). Hecho históricamente marcado por la creación del establecimiento de ciencias médicas, lo cual, como se mencionó, representa la institucionalización de los principios positivistas en la enseñanza y práctica médica.

La Historia de Flores ha sido objeto de muchas críticas. Germán Somolinos considera que Flores distorsionó la realidad mexicana para ajustarla al esquema comtiano. En su clasificación los estadios no guardan entre sí ninguno de los nexos inalterables de toda sociedad (religión, propiedad, familia y el lenguaje) que permita la progresión de un estadio a otro (Somolinos, 1957: 103). Por otra parte, Álvaro Matute considera que Francisco Flores ha logrado, en su *Historia de la medicina en México*, lo que otros no habían podido hacer, combinar el empirismo de los datos, que constituyen la obra, con la comprensión general del devenir de la humanidad. “Los que se ocuparon más de la comprensión general del devenir fueron fieles a las principales ideas positivistas, como la evolución de la humanidad...quienes atendieron más a los hechos, perdieron de vista el aspecto interpretativo y, por lo tanto, se alejaron del auténtico positivismo, para quedar a penas en el empirismo” (Matute, 1999: 21).

Es precisamente el enfoque positivista que guía el trabajo de Flores, la razón por

la cual Somolinos lo considera ‘peligrosísimo’ como elemento de trabajo. Flores intentó reconstruir el desarrollo del conocimiento médico prehispánico a partir del análisis e interpretación de documentos y materiales disponibles así como de la lengua indígena para deducir, del conocimiento de estas voces, el caudal de ideas que podían contener. Sin embargo, la escasez de documentos directos propició que –ante el afán de ilustrar las leyes generales que determinan el desarrollo de cualquier nación– el escrutinio de los documentos y materiales disponibles al igual que la objetividad y la rigurosidad científica se mezclaran con hipótesis ingeniosas y la obtención –muy a la ligera– de deducciones y juicios peligrosos y poco sostenibles. De tal manera que la reconstrucción histórica sobre el desarrollo de la medicina indígena, formulada por Flores, resulta difícil de reconocer y probar en el pasado mexicano (Ruiz, 1992).

Por otra parte el enfoque positivista lleva a Flores, en su intento por eliminar toda especulación metafísica, a privilegiar la objetividad, el razonamiento y la ciencia. Aguirre Beltrán (1990: 75) sostiene que Flores descarta, por intrascendentes, todo elemento de la medicina indígena prehispánica que no se apegaran a los principios de la medicina científica.

No obstante, *La Historia de la medicina* de Flores fue tomada como referencia metodología y como fuente indiscutible de datos, por varios autores interesados en escribir trabajos sobre historia de la medicina. Este es el caso de Fernando Ocaranza y de Ignacio Chávez, cuyas reconstrucciones históricas de la medicina indígena prehispánica presentan los siguientes aspectos:

1) son reconstrucciones, como ya se ha apuntado, realizadas desde principios positivistas que destacan en sus narraciones sólo los pasos dados hacia la obtención del conocimiento científico

2) imponen los esquemas, categorías y conceptos propios de la medicina occidental moderna para evaluar el sistema médico prehispánico, que responden a otros esquemas conceptuales y elementos epistemológicos y axiológicos

3) analizan el conocimiento en torno a la enfermedad y sus clasificaciones desde los principios de la tradición médica galenohipocrática, atribuyendo a las enfermedades de los nahuas un significado distinto al que éstas tenían dentro de la cosmovisión

náhuatl del mundo.

Desarrollaremos a continuación estas características. Se ha mencionado que la historiografía positivista se preocupa por reconstruir el desarrollo progresivo de la medicina hasta su constitución en una ciencia. En este contexto se interesan en la medicina indígena en la medida en que pueden destacar los pasos dados por los grupos indígenas prehispánicos hacia la obtención de conocimiento basado en hechos positivos, en la observación y experimentación, entresacando de la información existente todo lo científico y racional.

Los trabajos de Fernando Ocaranza y de Ignacio Chávez sobre la historiografía de la cultura médica, destacan y describen los conocimientos que tenían los antiguos mexicanos sobre la estructura y función del cuerpo humano, de las enfermedades y las plantas medicinales para curarlas, asimismo buscan sus analogías con el conocimiento médico científico correspondiente. Elaboran listados de nombres con los que se referían a cada parte del cuerpo y de algunas de sus funciones, sin establecer alguna correlación entre la concepción del cuerpo, sus partes, sus funciones y la cosmovisión náhuatl del mundo.

Otro aspecto de interés es destacar el método seguido: observación, experimentación y establecimiento de relaciones de casualidad. Así como los recursos que les permitió desarrollar un conocimiento, que en algunos ámbitos, como el de la botánica, era tan amplio al igual que preciso. El conocimiento alcanzado por la medicina indígena prehispánica es interpretado como atisbos hacia un conocimiento más estructurado y sistematizado, como prefiguraciones de un pensamiento científico racional.

Aguirre Beltrán (1990: 36) afirma que los historiadores de la medicina indígena han puesto demasiado énfasis en aquéllos elementos racionales de la práctica médica de nuestros antepasados, refiriéndose como elemento racional únicamente al uso de las plantas medicinales. Bernardino de Sahagún, se había ocupado detalladamente de ellas, al tratar las enfermedades del cuerpo humano y de las medicinas contra ellas, describiendo sólo los remedios para curarlas. Francisco Hernández también elabora una

descripción de yerbas medicinales y otros autores describen plantas y minerales.

El trabajo realizado por Bernardino de Sahagún y Francisco Hernández, son reconstrucciones históricas que se enfocan exclusivamente a aquella parte del conocimiento de la medicina indígena que puede ser comprobado fácilmente bajo los estándares de científicidad y explicados bajo los esquemas occidentales del mundo. Es decir, analizan el conocimiento sobre el uso de las plantas medicinales desde una cosmovisión que divide al mundo en dos campos, el de lo natural y racional, y el ámbito de lo sobrenatural y espiritual. Bajo esta concepción dicotómica del mundo los elementos racionales son separados errónea y arbitrariamente de los elementos emotivos derivados de la cosmovisión mágica-religiosa, a la que clasifican de superstición.

Llegamos así al segundo punto de análisis, el cual se puede resumir de la siguiente forma: se estudia, analiza y evalúa los conocimientos y prácticas del sistema médico náhuatl, desde los esquemas conceptuales de la tradición biomédica. Historiadores de la medicina, que han tomado como objeto de análisis la gran obra de Flores, han evidenciado esta problemática.

Francisco Flores en sus estudios etimológicos y semánticos identifica los términos nahuas referentes al cuerpo, la enfermedad y los medicamentos, colocándolos en un esquema que reproduce los lineamientos de la medicina científica que se estaba constituyendo en el siglo XIX. El problema, señala Viesca Treviño (1992), rebasa la semántica para convertirse en un problema taxonómico y de validación de los procesos epistémicos pues las clasificaciones nahuas serán válidas en la medida en que se asemejen o prefiguren en las realizadas desde la ciencia positiva.

Lejos de comprender el conocimiento que sobre la enfermedad, sus causas, nosología y sus clasificaciones tenían los nahuas, Flores realiza sus propias interpretaciones y clasificaciones extrapolando, a la medicina náhuatl, los principios galeno-hipocráticos, así como los criterios, conceptos y categorías de la medicina occidental del siglo XIX. A juzgar por Carlos Viesca, el proceder de Flores implica negar, por principio, los conceptos propios de los nahuas, así como los significados que atribuían a la enfermedad, al cuerpo, a la cura, las clasificaciones, su nosología y

taxonomía. Flores –prosigue Carlos Viesca– poco hace por aprehender el sentido que una palabra tiene en el idioma náhuatl, de asociarlos y diferenciarlos con otros términos relacionados con ella.

De acuerdo con Bernardino de Sahagún, Flores ordena las enfermedades de manera similar a como éstas aparecen en los libros médicos medievales y renacentistas, es decir, de acuerdo con el sitio del cuerpo que se considera afectado y procediendo en dirección de la cabeza hacia los pies. La clasificación elaborada deja fuera aquellas enfermedades que no se ajustan a los esquemas de clasificación de la medicina occidental, como las llamadas enfermedades generalizadas (fiebre), y coloca en otra clasificación a enfermedades que para los nahuas ocupan un lugar distinto. Las clasificaciones realizadas por Flores no corresponden a la concepción náhuatl del mundo, pues para clasificarlas interpretó las enfermedades con los criterios y esquemas de la medicina occidental, cambiando con ello su significado.

Carlos Viesca (1992) señala que Flores coloca la locura, el delirio, la melancolía, la imbecilidad como enfermedades del sistema nervioso, en particular del cerebro anterior. En la lengua nahua estas enfermedades tienen el radical *yollotl*, que significa corazón, entendido como el centro y fuente de la vida, es el lugar en el que los nahuas ubican el pensamiento y por consiguiente la locura. Estas enfermedades, continúa Viesca, dentro del sistema nahual pertenecen a los padecimientos del corazón y no, como estableció Flores, a los padecimientos del cerebro. Con este ejemplo además de señalar algunos de los errores en las interpretaciones y clasificaciones de Flores, hace evidente que el significado de una enfermedad no es independiente de la concepción del mundo de las personas que reconocen dicha enfermedad.

La misma tendencia encontramos en los trabajos realizados por el historiador mexicano Francisco Del Paso y Troncoso (1883), quien analiza el conocimiento que sobre botánica tenían los antiguos nahuas. De nuevo, el sistema de conocimiento indígena, en este caso sobre botánica, es evaluado desde los principios y esquemas positivistas que, como se mencionó anteriormente, establece los criterios que todo conocimiento científico sobre el mundo natural debe cumplir estos son: la precisión, la objetividad, la sencillez y la claridad.

El conocimiento botánico de los nahuas era tan vasto y perfecto que les permitió asignar a las plantas nombres precisos y clasificarlas de manera natural, por lo que Del Paso y Troncoso los consideraba como evidencia de un pensamiento pro-científico. Los jardines botánicos favorecieron el desarrollo de éste conocimiento, al ser el lugar donde los nahuas podían coleccionar las plantas propiciando así la observación de las afinidades entre especies distintas, su comparación y agrupación a partir de sus propiedades comunes ([1883]:35-39).

Para determinar la validez de la clasificación y nomenclatura nahuas, Del Paso y Troncoso (1883: 154) determinó que cumplieran con el principio que, desde su concepción científica y positivista de la botánica, debe tener una *buena* nomenclatura y clasificación, a saber: que cada término usado debe dar una idea clara y exacta de las cosas a que dicho término está dedicado, especificando cuando menos una de sus propiedades que le son características

Con tal objetivo Del Paso y Troncoso examinó los términos usados en la nomenclatura y aquellos a través de los cuales los nahuas expresaban nuevas ideas, relaciones u objetos, además evaluó la adecuación de los nombres por los nahuas asignaban a las plantas. Al finalizar concluyó que tanto la nomenclatura como la clasificación cumplen adecuadamente con el principio de científicidad establecido. Los nahuas tenían términos especiales para referirse a cada parte de la planta, nombraban a las plantas y otros seres de la naturaleza refiriéndose a una o más propiedades esenciales generando una clasificación natural. De modo que los nombres expresaban y describían las propiedades de la planta que se habían confirmado con la experiencia, por ejemplo uso, lugar donde crece, y otras características morfológicas: forma de las hojas, raíz etc. En los jardines botánicos los nahuas también investigaban sobre las propiedades atribuidas a las plantas, experimentaban sobre ellas confirmado o descartando datos anteriores. Con todos estos elementos generaron términos tan adecuados y exactos que muchos de ellos se han adaptado o traducido a equivalentes científicos.

Cabe mencionar que tal principio de científicidad no lo cumple la clasificación de Linneo, considerada expresión de la exactitud con la que se puede conocer,

sistematizar y clasificar los objetos del mundo natural con la aplicación del método científico. En su clasificación Linneo asigna nombres a las plantas que no tienen ninguna relación con los objetos a que estaban destinados, llevando en muchos casos el nombre de la persona que los descubrió o caracterizó.

A pesar de la ventaja que la nomenclatura connotativa de los indígenas tenía sobre la nomenclatura binaria de Linneo, la primera no reunía, a juicio de Del Paso y Troncoso (1883: 157, 166), la sencillez ni precisión que la segunda presentaba. Siendo la repetición de nombres en plantas diferentes, el defecto más grave que este historiador mexicano, imputó a la nomenclatura elaborada por los nahuas.

Lo que Del Paso y Troncoso señala como el defecto más grave en la nomenclatura náhuatl, constituye nada menos que la evidencia de que los indígenas usaban otros criterios para nombrar y clasificar la diversidad de especies de plantas y animales. Por ejemplo, un criterio importante para los nahuas era las propiedades y/o usos terapéuticos que tenían las plantas. Con este criterio, que podemos llamar criterio de propiedad terapéutica, los indígenas asignaron a 37 plantas distintas el nombre de medicamento blanco (*iztac-patli*), a 21 plantas les asignaron el nombre de medicina de mujeres (*cihua-patli*) (Del Paso y Troncoso, 1883:166).

A diferencia de los criterios que parecen predominar en las nomenclaturas y clasificaciones científicas, los criterios empleados por los nahuas estaban ligados a ciertos aspectos de sus actividades y necesidades primarias como, por ejemplo, resolver los problemas asociados a la enfermedad. Por otra parte Ortiz de Montellano (1984), en sus trabajos sobre el conocimiento de la naturaleza entre los mexicas y nahuas, concluye que las clasificaciones botánicas y zoológicas, realizadas por estos pueblos, reflejan su cosmovisión del mundo.

Del Paso y Troncoso más que comprender las diferentes formas en las que podemos nombrar y clasificar las cosas de la naturaleza, comprendiendo la relación que hay entre éstas y las formas de interaccionar con el mundo, cultural e históricamente determinadas, las reduce a nomenclaturas y clasificaciones proto-científicas.

En tanto el método seguido, Del Paso y Troncoso sostiene que fue la observación y experiencia lo que permitió a los nahuas “bosquejar una clasificación botánica y

establecer los cimientos de una nomenclatura” (Del Paso y Troncoso, 1883:172). El autor atribuye los defectos, la imperfección y los vicios de la nomenclatura a la carencia de conocimientos profundos sobre la estructura y funcionamiento de los órganos de las plantas, conocimientos que permitieron el desarrollo de la taxonomía actual.

En general, los estudios realizados sobre la tradición médica indígena desde el positivismo, no la conciben como una expresión de la cultura ni de la cosmovisión indígenas, lo cual dificulta la comprensión de las diversas formas de conocer la naturaleza, nombrar y clasificar los distintos objetos que hay en ella, y la relación que tales procesos tiene con su cosmovisión del mundo.

Las explicaciones dadas de los procesos epistémicos implicados en el conocimiento de la naturaleza (en la que se insertan los conocimientos y representaciones sobre la salud y la enfermedad, sobre el hombre así como sobre su estructura anatómica y fisiológica) han procedido de la concepción occidental del mundo, que como hemos señalado se fundamenta en la separación del ámbito de lo racional y natural, del ámbito de lo sobrenatural, religioso y emotivo. Dicha concepción dicotómica del mundo ha catalogado a la mayoría de los conocimientos de los antiguos nahuas como supersticiones derivadas de la concepción sobrenatural que estos grupos tienen sobre varios fenómenos naturales.

La postura anterior ha impedido entender cómo, y hasta qué punto, la cosmovisión del mundo estructura y determina esos procesos epistémicos. Superar esta dificultad implica entender, como señalaba Peter Winch (1994), que la consideración de lo que es racional o de lo que es irracional depende de las formas particulares de vida, del sentido y el contexto cultural en que se realizan las prácticas o creencias. Cada cultura posee criterios para determinar lo que se considera racional o irracional. De esta forma, el significado que la concepción científica occidental del mundo, da al término “sobrenatural” como el ámbito de lo irracional, no implica que también lo sea dentro de la cosmovisión náhuatl del mundo.

En este contexto, al referir la concepción de la enfermedad y sus causas a una concepción sobrenatural habría que señalar el significado que adquiere dicho término. Para los antiguos nahuas la enfermedad era atribuida a castigos divinos cuyo

tratamiento también involucra la invocación de los dioses, la realización de rituales, el uso de objetos físicos con significado simbólico y religioso. Hechos que la convierte, desde la perspectiva positivista en una concepción sobrenatural de la enfermedad así como de sus causas y tratamiento, y por consiguiente como irracional. En donde el término sobrenatural, se refiere a que sobrepasan las capacidades del entendimiento humano y de toda demostración racional (Cfr. Ocaranza, 1934:35).

Durkheim en *Las formas elementales de la vida religiosa* señala que asociar el significado del término “sobrenatural” con lo que escapa a las capacidades del entendimiento humano y que no se puede demostrar racionalmente, es propio de la cultura occidental moderna. Por otra parte, para afirmar que ciertos hechos son sobrenaturales es necesario tener la idea de la existencia de “un orden natural de las cosas, es decir, que los fenómenos del universo están ligados entre ellos según relaciones necesarias, llamadas leyes”. Esta idea de orden natural y de lo sobrenatural como lo que escapa a este orden lógicamente establecido y lo que se puede conocer racionalmente, son “una conquista de las ciencias positivas” (1980: 32).

Sin embargo, para tener idea de que existe un orden de la naturaleza no es necesario una cultura científica, afirma Durkheim citando a Jevons. Las antiguas culturas advirtieron entre los hechos un orden constante de sucesión, un curso ordinario en el que se presentan las cosas (la salida periódica de la luna, la presencia de la lluvia en épocas esperadas, la salida del sol) que percibieron como un orden *natural*. El curso ordinario de las cosas es a menudo alterado, el sol puede ser bruscamente eclipsado, la luna tardar en aparecer o la lluvia no presentarse en los periodos esperados. Hecho que asociaron a causas extraordinarias (Durkheim, 1980: 33).

En la “Introducción” a *Las formas elementales de la vida religiosa*, Durkheim afirma que en las sociedades primitivas el orden observado en la naturaleza no se percibía como inmutable e inflexible, se entendía, como la obra de voluntades contingentes, siendo natural que esas voluntades modificaran el orden arbitrariamente. En tales sociedades, lo sobrenatural tiene una connotación distinta: son las causas o acontecimientos que alteran el curso ordinario y natural de las cosas, por tanto lo sobrenatural son causas extraordinarias, extranaturales –que escapan a lo ordinario–

sobre las cuales es posible incidir para restablecer el curso ordinario.

Así, lo que en la concepción occidental moderna de la racionalidad científica, se concibe como sobrenatural y por tanto irracional, son sucesos que acontecen y se explica dentro del curso natural de los fenómenos dentro de la cosmovisión náhuatl. Lo que desde la concepción occidental de racionalidad son representaciones sobrenaturales e irracionales en torno a la enfermedad son, desde la concepción del mundo náhuatl, formas racionales de actuar, de representar y conocer, que buscan recuperar el equilibrio, la armonía y el orden perdido. El mismo Ocaranza afirma al respecto que “las enfermedades según su parecer...eran dictadas por dioses, con el fin de castigar culpas propias o colectivas...ofrendas, danzas, cantos rituales se celebran...con el fin de calmar las iras sagradas y conseguir *el regreso a la situación normal...*” (1934:35).

Flores, Ocaranza y Chávez más que comprender la medicina indígena prehispánica, señalan hasta dónde llegaron en su conocimiento sobre las enfermedades y que tanto se acercaban a las conocidas por la medicina científica. Además señalan sus límites y equivocaciones, pues confundieron el síntoma con la enfermedad lo que les impidió reunir diferentes síntomas en un procedimiento organizarlos y darles nombre (Ocaranza, 1934:38).

Coincido con Viesca Treviño (1992: 116-117) cuando afirma que las narraciones historiográficas elaboradas por Flores, Ocaranza y Chávez, omiten o relegan a superchería y falsas creencias, el conocimiento y teorías propias, que sobre la enfermedad tenía la tradición médica prehispánica, pues sólo eliminando esos rasgos se podría otorgarle el título de medicina precortesana o popular.

Aunado a lo anterior, la tradición médica indígena como manifestación histórica e identitaria de los grupos étnicos indígenas no existía, eran vistas como supervivencia de un pasado indígena considerado como rasgo de retraso en el proceso de civilización.

El predominio de la postura positivista deja fuera de toda posibilidad de conocimiento y comprensión una amplia gama de experiencia y acciones humanas así como sus manifestaciones culturales, pues se desecha como válido todo conocimiento que no fuera adquirido mediante los pasos rigurosos del método científico, contraponiendo lo científico a lo tradicional, lo racional con lo metafísico.

Con estas limitantes epistemológicas los estudios posteriores interesados por la medicina tradicional prehispánica, hispánica y moderna, no rebasarían la clasificación o descripción de las enfermedades conocidas y la narración de las creencias sobre la enfermedad y su diagnóstico y elementos terapéuticos, con mínimos intentos de analizar los hechos y mucho menos de intentar una sistematización de este conocimiento, con la intención de obtener una visión integrada histórico-culturalmente de estas prácticas que permitieran formular algunas hipótesis explicativas de su condición de subordinación y plantear soluciones viables.

La antropología médica y el estudio de la tradición médica indígena

A lo largo del siglo XIX y durante la primera mitad del siglo XX los estudios antropológicos realizados sobre medicina indígena y en general sobre la cultura de las etnias indígenas, estaban impregnados de vicios y prejuicios cientificistas y racionalistas, que conducían a denominar como exóticos, primitivos, folklórico e irracionales a todo sistema médico que no perteneciera a la sociedad dominante. Aunado a estos prejuicios, el enfoque que ha predominado en los estudios realizados desde la antropología es el relativismo cultural.

Durante mucho tiempo los estudios que la antropología médica realizó sobre la enfermedad giraban en torno a la demarcación epistemológica entre ciencia y creencia no justificada. Demarcación en la que el sujeto de conocimiento representa lo científico y racional mientras que el objeto de conocimiento representa el mundo de la cultura, reducido a un sistema de creencias. No concebía a la *cultura como elemento constitutivo*, la participación de los elementos culturales en la génesis de la enfermedad era considerada mero epifenómeno.

Por mucho tiempo la antropología médica tenía como objeto de estudio exclusivo a la medicina tradicional. No es el objetivo de este apartado analizar el desarrollo de la antropología médica en nuestro país, sino analizar cómo esta disciplina científica ha estudiado y problematizado a la tradición médica indígena.

Respecto a las concepciones que han predominado en la antropología médica en

el estudio de la enfermedad, Martínez Hernández (2008) reconoce la existencia de tres paradigmas: el clásico, el pragmático y el crítico, que expresan las formas en las que se han articulado o desarticulado la demarcación epistémica entre ciencia y creencia.

Siguiendo con Martínez Hernández, los fundamentos epistémicos del paradigma clásico de la antropología médica son 1) la separación entre naturaleza y cultura que ubica la enfermedad como ámbito de la naturaleza y por tanto no figura como un tópico en los informes y discusiones teóricas de la antropología dedicada al estudio de la cultura de las etnias indígenas. En algunos casos la salud y la enfermedad se estudian como otros elementos más de la cultura, como parte de sistemas omniabarcadores de la cosmovisión indígena, como la magia, la religión o la brujería y como tal la medicina indígena era irracional, derivado de la propensión de la mente primitiva a lo místico, lo incierto y el error. En otras palabras los sistemas terapéuticos son relegados a meras creencias relacionadas con la magia y la religión.

El paradigma pragmático se centra en la aplicación del conocimiento antropológico a los problemas de salud. Este paradigma radicaliza la demarcación epistémica entre ciencia y medicina llevándola a una dicotomía entre medicina y cultura. Bajo este paradigma la cultura de las etnias indígenas es estudiada dentro de los marcos teórico-metodológicos de la medicina científica occidental moderna. El último paradigma, el enfoque crítico de la antropología médica, se caracteriza por la desaparición de la demarcación entre ciencia y creencia, medicina y cultura, para enfocarse en la búsqueda de las creencias y la cultura en el ámbito de la biomedicina (Martínez, 2008: 13-44).

Existe en la actualidad una inmensa literatura sobre medicina indígena escrita desde la antropología médica, aquí me centraré sólo en Manuel Gamio y en Aguirre Beltrán, ambos médicos y antropólogos. En primer lugar porque sus trabajos son muy citados en el ámbito de la medicina tradicional y porque podemos considerarlos como representativos del enfoque antropológico y de su relación con el positivismo. Por otra parte los dos autores abordan la medicina tradicional, no como un estudio reducido a la historiografía y/o descripción de las plantas medicinales, sino como parte del problema de la cultura indígena en general. Finalmente porque su obra antropológica está ligada

con el desarrollo de las políticas del indigenismo mexicano.

Indigenismo y tradición médica indígena

Rodolfo Stavenhagen ha calificado al indigenismo como “las políticas diseñadas por el gobierno en los años cuarenta para promover la integración nacional de las comunidades indígenas, además de la imposición de los cambios sociales y culturales necesarios para su asimilación al interior del modelo nacional” (Chacón Rojas; 2005:135).

Las políticas plasmadas en el pensamiento indigenista estaban enfocadas a la construcción de un estado monocultural. Dichas políticas se fueron transformando de acuerdo a los requerimientos del desarrollo capitalista en México pero también a partir de las demandas y emergencia de las organizaciones y movimientos indígenas. Es posible distinguir tres periodos del indigenismo en México.

En un principio la política social emanada de la revolución estuvo orientada a resolver el problema fundamental de la época: la unificación nacional. Con tal objetivo, las políticas perseguían la homogenización de la población mediante la alfabetización, la unificación lingüística (castellanización forzosa) y la fusión de razas y culturas. La educación se convirtió en un elemento central de homogenización cultural pero también un medio de emancipación y movilidad social, a través de la cual, se modificaría la herencia de la Colonia. La política indigenista defendió así el principio de enseñanza única, gratuita y obligatoria.⁷

En esta etapa, y a lo largo de todo el indigenismo, la participación de los antropólogos fue central en la elaboración y justificación ideológica así como en la aplicación de las políticas integracionistas del estado. Aquí podemos ubicar la obra de

⁷ José Vasconcelos como secretario de Educación Pública creó, en 1921, una “cruzada civilizatoria” con el objetivo de lograr la incorporación del indígena a la nación, mediante el sistema escolar y la difusión de la lengua española, que sería llevada a los más apartados del país. En el cumplimiento de este objetivo creó las Casas de Pueblo y las Misiones Culturales, las cuales además tenían el objetivo de contribuir a la promoción, moral e intelectual del indígena. El objetivo era poner la cultura al alcance de todos, pero también dar a todos la misma cultura. En la práctica este proyecto de escolarización y castellanización tuvo que enfrentarse a la resistencia y rechazo de los indígenas, lo que llevó a modificar la política educativa (Oehmichen, 2003: 57 y 62).

Manuel Gamio.

En un segundo momento (de 1934 a 1976) la política indigenista, además de la socialización a través de la educación escolarizada, estaba dirigida a incorporar a los indígenas al modelo económico desarrollista. En esta etapa el indigenismo se institucionaliza en el Instituto Nacional Indigenista (INI) creado en 1949 bajo la dirección de Alfonso Caso⁸.

Posteriormente en un tercer momento del indigenismo, a raíz de la crítica antropológica como la organización y emergencia de los movimientos indígenas, las políticas sociales de integración se detuvieron o fueron transformadas para plantearse el problema de su participación (indigenismo de participación). En los años ochenta se plantea en el discurso indigenista (aunque sólo en lo formal) el respeto de la diversidad cultural y el apoyo del desarrollo autónomo y autogestivo de los pueblos indígenas, los cual llevó en 1989 a la reforma del artículo 4º constitucional y a otorgarles el dominio sobre la propiedad de sus tierras. Hasta 1994 la acción indigenista se orientó a capacitar (socializar) a los indígenas con la finalidad de adecuarla a los requerimientos del mercado ante la apertura comercial (Oehmichen, 2003:57-58).

Manuel Gamio. Antropología, indigenismo y tradición médica indígena

Manuel Gamio es considerado el iniciador del indigenismo. Su pensamiento estuvo influenciado fuertemente por la corriente del culturalismo norteamericano o relativismo cultural desarrollado principalmente por Franz Boas, así como por la corriente del liberalismo prevaleciente en su época.

En su libro *Forjando Patria*, Gamio deja ver que el problema fundamental del México postrevolucionario era la heterogeneidad racial, cultural, lingüística y económica. Problema que, según el autor, se solucionaba mediante la integración de los indígenas a la identidad y cultura nacional, para ello era necesario, a su vez, obtener

⁸ El decreto de creación del INI se promovió en Diciembre de 1948 pero la fundación del instituto fue posible hasta 1949, año en que se expide la ley creadora del INI. Tal decreto constituye el reconocimiento en la legislación nacional de la diversidad étnica-indígena (Jardón, 2004:129).

conocimiento de la cultura indígena a través de la investigación científica de sus prácticas, costumbres y creencias en torno a la salud, religión, educación, etcétera. Nace así, la antropología estrechamente vinculada con el indigenismo.

La antropología abrió el camino para describir y conocer científicamente la naturaleza abstracta y física de los hombres y de sus pueblos. A partir de este conocimiento científico se pretendía por un lado, eliminar la visión prejuiciosa que ha dominado la historia de la cultura indígena, y por otro lado, a partir del conocimiento de cómo piensan las etnias indígenas, de cuáles son sus aspiraciones, sus prácticas, costumbres y creencias, conocer las causas y los motivos de la resistencia natural mostrada por la población indígena al cambio cultural. Todo lo anterior con el objetivo de establecer las condiciones necesarias para la incorporación de los indígenas a la cultura nacional (Gamio, 1992: 15, 25).

El relativismo cultural de Gamio, se hace manifiesto cuando niega la existencia de criterios de evaluación para decir que una cultura es inferior o superior a otra pues, para este antropólogo mexicano “el indio tiene iguales aptitudes para el progreso que el blanco; no es ni superior ni inferior a él” (Gamio, 1992: 24). No obstante, su postura científicista y racionalista se impone al sostener que la cultura indígena está atrasada en relación a la civilización contemporánea, es decir, la cultura fundada en el desarrollo de la ciencia occidental moderna. Para Gamio, la cultura científica moderna conduce a mejores resultados prácticos y contribuye de manera más eficaz a producir bienestar material e intelectual.

Si bien, Gamio niega la existencia de criterios para evaluar a dos o más culturas en términos de inferioridad o superioridad, en la práctica termina comparando y evaluando la cultura indígena con los estándares de la cultura occidental moderna. De acuerdo con Gamio (1992: 192) la cultura indígena podría salir del atraso en el que se encontraba, siempre y cuando se seleccionaran aquellos elementos de su cultura que, desde la cultura occidental moderna, eran considerados útiles y benéficos, es decir, “positivos” para el desarrollo indígena. Esos elementos –manifestaciones– culturales debían ser conservados y estimulados, mientras que aquellos considerados perjudiciales tendrían que ser extirpados, corregidos o substituidos.

Lo que Gamio proponía era una selección y depuración de ciertos elementos de la tradición cultural indígena realizada a partir de los criterios de la tradición cultural científica moderna. Según el ámbito de la cultura del que se tratara, se imponían los criterios de elección de la última tradición sobre la primera, o se abría la posibilidad de realizar una selección de los elementos culturales conjugando criterios de ambas tradiciones. Por ejemplo, en cuanto al mejoramiento material de la población se podría proceder siguiendo o no, el estándar de evaluación científico mientras que en relación a los asuntos de salud o a la conservación y mejoramiento de la vida humana, debía imponerse el criterio científico sobre el tradicional. “Sin embargo –continúa Gamio– sugerimos que nunca se imponga por medios drásticos la aplicación del tratamiento científico al individuo cuando sólo pelagra su salud, pero siempre que se trate de enfermedades que por contagio puedan transformarse en epidemias peligrosas a la salud pública...debe procederse radicalmente” (Gamio, 1992: 194).

Razón por la cual, en aquellos lugares en donde la atención a la salud estuviera a cargo de los médicos tradicionales era necesario capacitarlos, inculcándoles los conocimientos y métodos científicos para que pudieran atender la enfermedad de los individuos con mayor eficiencia y competencia. La introducción de estos conocimientos científicos –sostiene Gamio– no tiene que ser drástica, es necesario que se conserven todas o algunas de sus ideas y criterios tradicionales, no porque sean valiosas, sino porque constituyen una parte fundamental para la práctica, pues son “ideas” (Gamio no se refiere a ellas como conocimiento)⁹ que al estar fuertemente arraigadas a la tradición y tener un carácter religioso las dota un gran poder de sugestión (Gamio, 1992: 200). Tras una continua capacitación los médicos indígenas podrían por sí solos realizar y adoptar las prácticas médicas científicas.

En otras palabras Gamio se refiere a que en cuestiones de salud, los criterios que deben imperar para curar la enfermedad son los de la tradición biomédica, mientras que la tradición médica indígena se considera perjudicial y por tanto hay que erradicarla

⁹ El prejuicio de Gamio hacia la medicina indígena se evidencia cuando se refiere a ella como pseudo-medicina y usa el término curandero –de manera despectiva– para referirse a los médicos indígenas, y trata como ideas, más no como conocimiento a los saberes médicos de los indígenas.

paulatinamente. Gamio sostenía que la medicina indígena tenía que ser sustituida progresivamente por la medicina científica, pues sólo de esa forma sería posible controlar las enfermedades que aquejan a los indígenas y la mortalidad asociada a ellas.¹⁰

La postura de este antropólogo mexicano refleja una concepción de la historia como una serie de sucesos que ocurren de manera paulatina siguiendo una dirección, es decir, la historia como evolución lineal de la sociedad. Bajo la cual, la cultura indígena tendría que evolucionar hacia la cultura científica, considerada el estado superior y deseable para todas las culturas. En este sentido las propuestas de Gamio se encaminaron a propiciar la incorporación y desaparición de la cultura indígena más que a su conservación pues sus planteamientos y postura en torno a la medicina indígena, y en general a la cultura indígena, influyeron en las políticas que implementó el Estado a través del Instituto Nacional Indigenista (INI) como parte de su plan de unificación nacional.

El INI, aplicó muchas de las ideas desarrolladas por Gamio e implementó programas de desarrollo en las regiones habitadas por las etnias indígenas, que Aguirre Beltrán llamara regiones de refugio. Desde 1951, el INI optó por llevar a las comunidades indígenas la medicina científica bajo el enfoque del relativismo cultural, es decir, respetando las prácticas y creencias populares indígenas. Buscaba así, sustituir las deficiencias de la práctica médica indígena sin sustituirla.

Estado y las políticas indigenistas en México. El Instituto Nacional Indigenista

El enfoque fundamental del INI era el paternalismo, pues tomó bajo su tutela a los grupos indígenas impidiendo su participación en la conducción de sus asuntos y en el desarrollo de sus capacidades autogestivas. La tarea principal del INI era formular y

¹⁰ No sólo en el ámbito de la salud tenían que imponerse los conocimientos y criterios científicos, sino también en torno a los conocimientos agrícolas, pues sólo el conocimiento y criterios científicos puede evitar fracasos agrícolas, excluyendo los criterios convencionales cuyas ideas son generalmente erróneas. Se impone también el criterio científico para sustituir objetos de la vida material cuyo uso produce resultados deficientes o perjudiciales (Gamio, 1992: 196-197).

desarrollar políticas y programas destinados al control del desarrollo cultural indígena así como su acceso a los servicios de salud y educación (Chacón, 2005:135).

Con tales objetivos, la primera tarea del INI consistió en generar datos, recabar y sistematizar información sobre las localidades indígenas y determinar las regiones con mayor concentración de población indígena en el país, para establecer en ellas oficinas, a nivel regional, encargadas de aplicar los programas de desarrollo social establecidos por dicha institución.

En esta etapa el INI se mantuvo dentro del enfoque del relativismo cultural, reconociendo el valor de las culturas indígenas, pero sin abandonar su objetivo principal: integrarlas a la nación mexicana mediante un proceso de *aculturación* planificada por el gobierno federal, en el cual se sustituirían los elementos culturales de las comunidades indígenas considerados negativos por los elementos “positivos” de la cultura occidental moderna (Oehmichen, 2003: 67).

En suma, se trataba de incorporar al indígena al modelo de desarrollo económico nacional capitalista. Cabe mencionar que los beneficios de esta política de desarrollo económico y modernización del país no llegaron a los grupos indígenas, más bien propiciaron la explotación y control político de las comunidades indígenas, pues, las políticas condujeron al despojo de sus tierras, entre otros fines, para la construcción de carreteras y otras obras de infraestructura, en beneficio del desarrollo nacional, en el cual no estaban contempladas las etnias indígenas.

Para el indigenismo el problema indígena era reducido a un problema de intercambio cultural, no representaba un problema de relaciones interétnicas de dominación y explotación histórica a la que estaban sometidos los indígenas por los mestizos y su cultura. Sería el antropólogo Gonzalo Aguirre Beltrán quien vería las relaciones interétnicas, no como un problema de intercambio cultural sino, como un problema de dominación.

Uno de esos elementos culturales negativos, que debían sustituirse, eran las relaciones de casta. Los planteamientos teóricos y conceptuales que desarrolló Aguirre Beltrán jugaron un papel importante en esta etapa del indigenismo, en el diseño de políticas tendientes a modificar las antiguas relaciones de dominación, las relaciones de

castas, mediante su transición a relaciones de clases sociales, y con ello, modificar las relaciones de dominación y explotación a las que eran sujetos los indígenas, mejorando sus condiciones de vida, pues tendrían acceso a oportunidades económicas, educativas y culturales (Oehmichen, 2003: 69-70).

Aguirre Beltrán y las relaciones interétnicas

Aguirre Beltrán, alumno de Gamio y posteriormente de Melville Herskovits, es otro de los antropólogos que, en el contexto del indigenismo, aplicó el enfoque del relativismo cultural al estudio de la cultura indígena y en particular al estudio de su medicina.

La obra antropológica de Aguirre Beltrán representa un giro en la forma de abordar la problemática de la cultura indígena, ésta es concebida en sus relaciones de dominación con la cultura dominante. Gran parte de su obra la dedicó a comprender la naturaleza de las relaciones interétnicas como relaciones de dominación y el proceso de cambio cultural.¹¹ En este sentido abandona los planteamientos funcionalistas que consideraba a los grupos indígenas como grupos aislados sin ninguna relación con los demás grupos sociales ni con el estado, y su cultura como estática en el tiempo. Su obra contribuyó a la formación de un marco teórico conceptual que fundamentó el discurso y las políticas de acción indigenista hasta 1976. Pese a estas contribuciones, su perspectiva de proyecto nacional y las políticas elaboradas para su consecución, no abandonaron la tendencia integracionista que había caracterizado la política del estado desde antes del INI (Pérez Ruiz, 2003: 123-125).

En el ámbito de la medicina indígena Aguirre Beltrán no abandona el enfoque integracionista, pues consideraba que esta práctica médica era útil en cuanto a su herbolaria medicinal, pero transitoria ya que sus elementos mágicos y místicos sucumbirían ante el embate de los adelantos de la ciencia y la medicina alópata. Al igual que Gamio, Aguirre Beltrán consideraba que la medicina indígena tendría que ser sustituida paulatinamente por la medicina científica. El tránsito ocurriría mediante la

¹¹ En esta tesitura desarrolla su *Formas de gobierno indígena, El proceso de aculturación y el cambio sociocultural y las Regiones de refugio*.

llamada medicina intercultural.

El problema que plantea Aguirre Beltrán en los programas de salud en situaciones interculturales, es fundamentalmente el de cómo lograr que las etnias indígenas acepten las normas y conductas establecidas dentro del paradigma de la medicina científica. Era menester conocer la cultura indígena, las normas que rigen su conducta y las ideas en torno al proceso salud-enfermedad, para incidir en ellas y modificar las actitudes, comportamientos y creencias que impedían la aceptación y subsiguiente sustitución de la medicina indígena (Aguirre, 1994: 43).

Así, parte del éxito del programa de salud se encontraba en recabar toda la información necesaria que permitiera descubrir las motivaciones que hicieran posible la aceptación por el indígena, de la atención médica científica, primero en sus hogares y luego en el hospital.

Por otra parte para lograr niveles de salud acordes con los progresos de la medicina científica era necesario eliminar los aspectos negativos de la cultura indígena, es decir, cambiar sus costumbres indígenas, borrar los hábitos dañinos, crear nuevas costumbres sanitarias, formar hábitos de salud y reacondicionar patrones de conducta insalubres (Aguirre, 1994: 43).

Una norma básica para que el programa tuviera éxito era descender la medicina científica al nivel de la cultura indígena, con lo cual Aguirre Beltrán no se refiere a equiparar epistémicamente ambos sistemas culturales y sus respectivas tradiciones o sistemas médicos sino, considerarlas como dos sistemas con sus recursos propios para producir conocimiento válido del mundo y del proceso salud-enfermedad.

En realidad, con dicha norma, Aguirre Beltrán se refiere a tener en cuenta otro de los postulados que Gamio ya había anunciado. Es decir la necesidad de respetar las creencias y prácticas mágico-religiosas en el momento de introducir las ideas y patrones de acción racionales con “el fin de ayudar al indígena a reinterpretar los nuevos elementos en el viejo molde de sus patrones tradicionales” (Aguirre, 1994: 48).

Por otra parte el programa tendría éxito en la medida en que lograra un cambio más radical y profundo en la forma de vida indígena. Los programas de salud tenían que formar parte de programas de desarrollo integral de la comunidad, pues un programa de

salud no se reduce, para Aguirre Beltrán, a generar bienestar físico y mental del individuo, sino implica además bienestar social. En este sentido “los programas de salud tienen que ir acompañados con programas de mejoría económica, de desarrollo agrícola, de organización y control sociales, de educación básica, de gobierno” (Aguirre, 1994: 52).

En suma se buscaba un cambio cultural que abarcara todos los aspectos de la vida indígena: social, alimenticia, salud, económica, cultural y simbólica. Se buscaba modernizar la cultura indígena integrándola a la cultura y estructura de la vida nacional capitalista basada en el predominio de la racionalidad científica moderna.

En esta organización social los indígenas y su cultura no pueden más que ser subordinados al sistema dominante. Este ha sido el caso de la cultura de la salud, el programa intercultural traslada el sistema médico científico con toda su estructura y jerarquía a las comunidades indígenas, donde ellas pasan a estar subordinados y vigilados por los médicos alópatas. Los médicos indígenas son reclutados por el personal profesional correcta y científicamente preparados para adiestrarlos. Estos médicos “capacitados”, fungen como promotores de salud cuyo papel será introducir a las comunidades indígenas las prácticas y conocimientos médicos científicos y realizar ciertas funciones en los hospitales. Sin embargo no son reconocidos como portadores legítimos de un saber médico genuino.

Desde que se planeó el programa de salud intercultural estuvo a cargo del INI, predominando la visión de la medicina científica y por lo tanto unilateral, pues era el médico alópata quien dirigía la interrelación entre ambas medicinas, es decir, ajustar las creencias, valores, intereses y preferencias de los individuos que proviene de grupos culturales distintos. Se considera al conocimiento médico científico epistémicamente superior al conocimiento médico indígena. Sólo se trataba de buscar la manera de introducir los conocimientos científicos en la cultura indígena y que ellos aceptaran inconscientemente o conscientemente tal superioridad epistémica.

Por otra parte en el programa los indígenas son tratados como si fueran niños a los que se tiene que enseñar la manera adecuada y correcta de atender la enfermedad y procurar la salud. Si bien, no se rechaza tajantemente el sistema de pensamiento médico

indígena por considerarlos incorrectos, son conservados como un gesto que permite ganar la confianza del indígena mientras el doctor los persuade para que sus explicaciones sean aceptadas como las correctas, introduciendo así conceptos racionales (Aguirre, 1994: 48).

Aguirre Beltrán aborda la medicina indígena desde el prejuicio racionalista pues la considera como no racional mientras que la medicina científica como correcta y racional. Ésta última se apega siempre en su formación, diagnóstico y tratamiento a los principios de la experiencia racional. Así, la medicina científica es empírica, comprobable y racional mientras que la medicina tradicional, basada en principios mágico religiosos, es asociada con lo místico, emotivo y no racional.

En la cultura occidental, desde lejanos tiempos de los griegos, la medicina caminó por senderos de la experiencia racional y perfeccionó un sistema de conocimientos y prácticas que condujo, paso a paso, al grado de adelanto que hoy presenta la medicina científica. Otras culturas [indígenas, precortesanas] tomaron rumbos distintos y dieron a la experiencia mística una importancia tal que la medicina que privó entre ellos, estuvo basada en lo emotivo, más que en lo racional (Aguirre, 1994: 148).

El punto importante de la concepción de la medicina indígena de Aguirre Beltrán, es justamente la noción de racionalidad. Al igual que otros antropólogos cae en un error categorial al identificar lo científico como lo único racional, y lo que está acorde con la realidad y por tanto es lo correcto. En este sentido, las explicaciones dadas por la medicina indígena sobre las causas asociadas son consideradas erróneas, pero respecto al cuerpo de conocimientos empíricos de la medicina indígena, son lógicamente consistentes, verificables, comprensibles (Aguirre, 1994: 152).

Tanto Aguirre Beltrán como Manuel Gamio aplicaron el conocimiento obtenido del estudio antropológico, desde un enfoque culturalista de la cultura de la salud-enfermedad de las etnias indígenas, para resolver algunos problemas en torno a la aceptación de las prácticas del sistema biomédico hegemónico. Con este fin,

investigaron los aspectos subjetivos del proceso, como las ideas en relación a la salud y a la enfermedad, sus hábitos etc., haciendo a un lado los aspectos materiales y objetivos. Este conflicto cultural se reduce por tanto a un problema de hábitos, de comunicación de creencias entre las culturas.

Crítica antropológica

Desde una postura crítica de la antropología, Bonfil Batalla, ha cuestionado este modo de proceder de la antropología aplicada que, desde un enfoque culturalista, han asumido y aplicado la concepción occidental moderna de racionalidad al estudio de la cultura de la medicina indígena.

El culturalismo norteamericano es una perspectiva subjetivista que no aborda la medicina como parte integral del sistema social. Pone énfasis en los factores subjetivos del proceso salud-enfermedad relegando a segundo plano la realidad material y objetiva. El problema salud-enfermedad –afirma Bonfil– y otros aspectos relacionados con él, como la nutrición, hábitos alimenticios, son enfocados casi siempre en función de actitudes, ideas y valores (Bonfil, 1995: 8-9). La importancia otorgada a las ideas o creencias que los indígenas tenían de la enfermedad y la salud, se pensaba que eran sus hábitos los que originaban el rechazo y por tanto el fracaso de los programas de salud.

Planteado así el problema cultural, la solución fundamental, que han aplicado Gamio y Aguirre Beltrán, consistía en convencer a las etnias indígenas de que desecharán sus creencias y hábitos tradicionales, adoptando las establecidas por la medicina científica, y que no forman parte de su mundo conceptual.

Así las cosas, no era sorprendente –afirma Bonfil Batalla– que los antropólogos llegaran a la conclusión de que el fracaso del programa era ocasionado por problemas de comunicación en la relación médico-paciente: falta de tacto, diplomacia, la negativa del personal a brindar atención médica a niños enfermos. La irracionalidad de este planteamiento, llevaba a sostener que el funcionamiento del programa de salud dependía, por tanto, de los mecanismos de comunicación (Bonfil, 1995:11). La tarea era entonces, resolver todo problema de comunicación que entorpeciera el desarrollo del

programa.

Más que reconocer la existencia de dos sistemas médicos en conflicto, que pertenecen a tradiciones culturales distintas y que establecen entre sí relaciones de dominación y conflicto, el problema se concibe como un problema de comunicación cultural. Se pretendía cambiar los hábitos, las actitudes, los valores e ideas sin que tales cambios impliquen un cambio en la estructura social disociando las ideas de las condiciones de vida materiales. Caen así en un psicologismo pues intentan explicar los fenómenos sociales en términos de los hechos y teorías acerca del carácter del individuo.

Además de ser subjetivista y psicologista, el enfoque de la antropología aplicada es conservador y ahistórico, pues considera necesario que ciertos cambios en las ideas, conductas, hábitos, valores sean acompañados de cambios en las condiciones de vida material. Pero se trata de cambios pequeños que no modifican la estructura de la sociedad, además de ser cambios lentos y parciales (Bonfil, 1995: 13).

Para Bonfil Batalla, la función de la antropología aplicada no ha sido otra que la de buscar la mejor forma de persuadir a los miembros de un grupo cultural a adoptar las creencias, hábitos, valores que la cultura hegemónica dictaba eran los correctos (Bonfil, 1995: 20).

CAPÍTULO IV



**ANÁLISIS HISTÓRICO DE LAS RELACIONES DE HEGEMONÍA
ENTRE LA TRADICIÓN MÉDICA OCCIDENTAL Y LA TRADICIÓN
MÉDICA INDÍGENA.
SEGUNDO ASPECTO DE LA PROBLEMÁTICA**

INTRODUCCIÓN

Entender la situación de la tradición médica indígena nos lleva a problematizarla en sus relaciones con la tradición médica occidental, cuyo desarrollo derivaría en la tradición biomédica. El análisis histórico de dichas relaciones nos permite una mejor comprensión del proceso de hegemonización de la tradición médica occidental y de los conflictos derivados del establecimiento de las relaciones de hegemonía-subordinación. Iniciamos nuestro análisis en el siglo XVI, momento en que las dos tradiciones culturales entran en contacto y porque en este siglo se establecen algunos de los criterios epistémicos y políticos que configuran la situación de la tradición médica indígena y siguen vigentes, en lo esencial, hasta nuestros días.

En el presente capítulo analizaré cómo han sido históricamente las relaciones entre la tradición médica indígena y la tradición médica occidental centrándome en dos aspectos: 1) cómo estas relaciones se manifestaron teórica-conceptualmente y 2) cómo se configuraron en relaciones asimétricas y de hegemonía cultural, llevando a la exclusión, persecución y desacreditación de la tradición médica indígena.

Relaciones entre tradiciones

Anteriormente he mencionado que la hegemonía de una tradición médica debe entenderse como el resultado de un proceso histórico y dinámico de incorporación cultural. Es decir, como un proceso de incorporación y resignificación de ciertos

elementos seleccionados de la tradición cultural dominada.

Para la tradición médica indígena lo anterior se tradujo en la selección de ciertos elementos culturales, principalmente elementos terapéuticos sobre el conocimiento de las plantas medicinales, únicamente este conocimiento fue comprobado de acuerdo con los criterios de racionalidad de la tradición médica dominante. A la par de este proceso de validación, el conocimiento seleccionado fue interpretado bajo los esquemas conceptuales –de la tradición médica galeno-hipocrática– y de esta manera desligados de la cosmovisión del mundo indígena, e incorporados a la tradición médica occidental con un significado distinto. Veremos cómo el proceso de incorporación, reinterpretación y resignificación implicó negar y desvirtuar una concepción religiosa no cristiana del mundo sustituyéndola, a través de un proceso de aculturación, por una concepción cristiana del mundo.

El proceso de hegemonización implica además un proceso de institucionalización. Es decir, el establecimiento de instituciones encargadas de asegurar la producción y reproducción de los valores y elementos culturales seleccionados y de mantener el orden social que sobre ellos se ha establecido. En nuestro país la institucionalización de la tradición médica científica occidental moderna abarca varios aspectos: 1) el establecimiento de los hospitales como el lugar que concentra la atención a la salud mediante la medicina oficial; 2) la enseñanza y profesionalización, mediante las Universidades; 3) la cientifización y tecnificación de la práctica y diagnóstico médicos y de la producción de medicamentos.

La institucionalización inicia muy temprano en la época colonial, continúa en la etapa independiente y posrevolucionaria, para consolidarse en el siglo XX. Como resultado, de este proceso, el paradigma biomédico hegemónico detenta hoy día el monopolio legal de la práctica, la enseñanza, la investigación y distribución del conocimiento en torno a la salud-enfermedad. Las instituciones creadas establecen y promueven la tradición biomédica como la única válida para abordar teórica y metodológicamente el proceso salud-enfermedad, mediante el concepto biomédico de salud y enfermedad, de sus causas, su diagnóstico y su terapéutica, así como para llevar cabo la práctica médica y restablecer la salud usando ciertos recursos. Para la tradición

médica indígena este proceso se ha traducido, a lo largo de cinco siglos, en exclusión, subordinación y marginación.

Iniciamos, a continuación, con el análisis de las relaciones entre las dos tradiciones médicas en la época de la colonia.

Relación inter-tradicional en la época colonial

En tiempos prehispánicos existían varias tradiciones médicas indígenas la más desarrollada en conocimiento y organización, era la medicina náhuatl.¹ Los nahuas desarrollaron un profundo y amplio sistema de conocimiento médico a partir de la observación de la naturaleza y de la experiencia acumulada en las interacciones con su medio ambiente, pero también de la experiencia médica que habían acumulado de todos los pueblos que conquistaron. En cuanto a su organización contaba con varios médicos agrupados según las patologías y terapéuticas existentes (Anzures y Bolaños, 1983:33-51). Además del conocimiento médico los nahuas desarrollaron un vasto conocimiento sobre botánica, zoología y anatomía, campos en los que elaboraron nomenclaturas y clasificaciones tan precisas como las desarrolladas por los europeos.

Tras la llegada de los españoles y de la implantación del régimen colonial, la organización social, económica, política y cultural de los indígenas sufrió grandes modificaciones. La tradición médica indígena predominantemente náhuatl se vio confrontada con la tradición médica occidental introducida por los españoles. Las relaciones establecidas entre ambas tradiciones atravesaron por varias facetas de las cuales Anzures y Bolaños (1983:56) señala las siguientes: 1) un periodo de interés y curiosidad de los españoles por conocer y estudiar la práctica médica indígena, el cual deriva en el reconocimiento de su eficacia terapéutica y en la inclusión de los médicos indígenas en los hospitales coloniales; 2) un periodo caracterizado por la actitud despreciativa, hostil y prejuiciosa hacia sus elementos mágico-religiosos, etiquetados

¹ Al interior mismo de los sistemas medicinales prehispánicos existían distintos conflictos: a) derivado de la causalidad atribuida a la enfermedad y su terapéutica. Llamados conflictos gnoseológicos, religiosos y culturales; b) derivado del reconocimiento y rivalidad entre los médicos verdaderos y los falsos.

como hechicería y perseguidos por la Santa Inquisición. A estas dos facetas señaladas por Anzures y Bolaños, podemos añadir: 3) una etapa de reapropiación y resignificación conceptual de algunos elementos terapéuticos indígenas.

A continuación abordaré las tres etapas señaladas enfatizando los factores que, propiciaron las condiciones que llevaron a la hegemonía de la tradición médica occidental con la subsecuente subordinación de la tradición médica indígena.

Interés y curiosidad hacia la medicina indígena

Al inicio de la colonia la medicina indígena era la predominante. Negros, mulatos y españoles recurrían a los médicos indígenas o usaban sus elementos terapéuticos como plantas medicinales y otros recursos animales y minerales para resolver sus problemas de salud. Aguirre Beltrán (1987: 115) atribuye tal predominio a dos razones: 1) eran elementos terapéuticos baratos y de fácil obtención y 2) gozaban de un prestigio místico. Además, durante la conquista la medicina indígena había adquirido prestigio a raíz de la eficacia probada por los propios soldados españoles, incluyendo a Cortés, al ser curados de heridas de guerra por los médicos indígenas mediante el uso de plantas y otros minerales.

Son muy conocidos los pasajes que Cortés escribió, en sus Crónicas, al rey, en los cuales señala que la Nueva España no necesita médicos europeos pues los médicos nativos eran muy eficientes y sus conocimientos para tratar la enfermedad con medicamentos a base de plantas, así como sus conocimientos sobre cirugía eran superiores, e incluso para ciertas enfermedades, eran mejores a los que poseían los médicos españoles. Con estos antecedentes y ante la escasez de médicos españoles o ante su mala reputación, los españoles recurrieron durante los primeros años de la conquista a los médicos indígenas para aliviar sus enfermedades, difundiendo entre ellos, tanto en España como en la colonia, esta práctica médica.

La eficacia y el conocimiento que los médicos indígenas demostraron tener sobre las propiedades medicinales de las plantas, sobre la forma de preparar y suministrar los medicamentos y de las enfermedades que con ellos podían curar, despertó el interés y

curiosidad de los españoles por estudiar y conocer a fondo esta práctica médica; buscando siempre la forma de aprovechar este conocimiento e incorporarlo a su práctica médica occidental. Se dedicaron así a investigar, recopilar y sistematizar toda la información existente en torno a la medicina indígena, la cual plasmaron en suntuosos trabajos y crónicas.

Anzures y Bolaños (1983) nos ofrece una cronología comentada de los trabajos que en este tono se realizaron durante el siglo XVI. Entre los más importantes podemos citar el *Códice de la Cruz-Badiano*, escrito en náhuatl por el médico indígena Martín de la Cruz, a petición de Fray Bernardino de Sahagún, y traducido al latín por Juan Badiano. Cabe destacar también *Los Primeros Memoriales* y *El Códice Florentino* realizado por Sahagún, así como los trabajos de Francisco Hernández. En general dichos trabajos describen detalladamente el uso de las plantas medicinales, su ubicación, las enfermedades que con ellas curaban y que eran comunes entre los nahuas, con la finalidad de buscar la forma de aprovechar el conocimiento y recursos terapéuticos indígenas e incorporarlos a su práctica médica occidental. Razón por la cual la información obtenida era interpretada y organizada desde los estándares de la tradición médica occidental.

Hablan así de las enfermedades entre los nahuas pero conceptualizadas desde los esquemas galénico-hipocráticos. Por ejemplo Arias de Benavides (1567) habla del morbo gálico; Francisco Bravo (1570) habla del tarbadillo, la pleuresía, de los días críticos y de la raíz de zarzaparrilla; Francisco Hernández, habla en general de las virtudes de las plantas, de los minerales y de los animales, así como de las costumbres de los habitantes de la Nueva España (Anzures y Bolaños, 1983:57-58; Aguirre Beltrán, 1987: 121).

Bernardino de Sahagún en los *Primeros Memoriales* (1550-1551), escritos en náhuatl, recaba el conocimiento que los ancianos nahuas tenían sobre las enfermedades y sobre las partes del cuerpo. Con esta información Sahagún elabora un listado que contenía las partes externas e internas del cuerpo humanos conocidas por los nahuas así como el nombre de las enfermedades, seguido de una descripción breve de los tratamientos usados, raras veces anotaba una explicación de su naturaleza. Las

enfermedades y los remedios contra ellas también son tratados por Sahagún en el *Códice Matritense* (1561-1565), y en el *Códice Florentino* aparecen ordenadas de manera similar a los libros europeos, es decir iniciando con las enfermedades de la cabeza y finalizando con las enfermedades de los pies.

A juzgar por Carlos Viesca (2002:169), en estos textos Bernardino de Sahagún pone mayor interés en los tratamientos o recursos curativos que en caracterizar o explicar las causas de la enfermedad.

Pese a las limitaciones y objeciones que podemos hacer, y que se han hecho, a estos trabajos, constituyen un testimonio de la eficacia de la medicina indígena y de su superioridad respecto a la medicina europea introducida por los españoles. Al respecto Motolinía, en su *Historia de los indios*, escribe que “los médicos indígenas saben aplicar muchas yerbas y medicinas...muchas enfermedades viejas y graves que han padecido españoles largos días sin hallar remedio alguno, estos indios las han sanado”, y sobre la cirugía sostenía, en sus *Memoriales*, que los cirujanos indígenas “estaban bien preparados para curar a los heridos por acciones de guerra” (citado por Trubulse, 1984: 43.44).

La situación anterior propició que la medicina indígena se practicara, en cierta medida, dentro de los marcos legales e institucionales. Algunos médicos indígenas fueron apoyados y reconocidos por la corona española quien les otorgó un permiso expedido por el Protomedicato que los facultaba para ejercer públicamente en las instituciones hospitalarias coloniales atendiendo a españoles e indígenas. El Protomedicato fue la primera institución establecida en la Nueva España encargada de normar la práctica médica mediante la expedición de permisos y títulos médicos. Algunos médicos indígenas fueron preparados para examinar a otros médicos indígenas que deseaban reglamentar su práctica (Viesca, 2000:58-60).

Sin embargo, únicamente era reconocido, aceptado e incluso divulgado como válidos los conocimientos, prácticas y recursos terapéuticos de la tradición médica indígena, que ante los españoles se presentaban desligados de todo vínculo con la religión indígena y con su cosmovisión del mundo. Estas prácticas, recursos y conocimientos eran concebidos –afirma Viesca Treviño– como un saber técnico que los

españoles podían ajustar a cualquier sistema médico y aplicar independiente del contexto histórico cultural (1990: 139, 141).

Este saber técnico era el conocimiento sobre el uso de las plantas medicinales, que los españoles ajustaron a sus esquemas teóricos y a su cosmovisión cristiana del mundo, sobre la cual se sustentaba el nuevo orden social. Fue este conocimiento el que permitió a los médicos indígenas seguir practicando de manera abierta y pública su tradición médica demostrando con ello su eficacia y sobrevivir durante 60 años después de terminada la conquista.² Sin embargo, con el tiempo el reconocimiento otorgado por la corona española se convirtió en un mecanismo de control de la práctica médica indígena pues sólo aquellos que tenían el permiso podían ejercer como tales en los hospitales de la Nueva España, en los cuales su participación se reducía al uso del conocimiento técnico, es decir, al uso de las plantas medicinales.

Hostilidad, persecución, negación y desprecio

El estudio del pasado indígena evidenció el significado religioso de todas sus manifestaciones culturales: “el baile era ritual, la guerra era sagrada, el sacrificio humano era alimento divino, la comida, una mezcla equilibrada de elementos fríos y calientes que restituyen el equilibrio humano y cósmico” (Anzures y Bolaños, 1988:237).

En torno a la medicina las expediciones realizadas por Francisco Hernández, en 1570, evidenciaron que los principios que regían la concepción indígena de la salud, la enfermedad, sus explicaciones y las formas de curarla, distaban en mucho de los principios de la tradición médica galénica (Viesca, 2000: 68). El pensamiento médico indígena se fundamentaba en su cosmovisión religiosa no cristiana del mundo dentro de la cual las enfermedades eran enviadas por los dioses, Tezcatlipoca, Tláloc, Xipe Totec entre otros, como castigo por el incumplimiento de alguna prescripción religiosa. La

² El texto de Jorge Cerón Carvajal publicado en 1580 deja ver la vigencia que la medicina indígena durante el México Novohispano. Véase Anzures y Bolaños (1988), “La medicina tradicional” en Carlos García Mora.

influencia de los astros y la acción de hechiceros eran también elementos causantes de la enfermedad (Anzures y Bolaños, 1983:18).

Estos fundamentos mágico-religiosos fueron el origen y la justificación de la actitud hostil, el descrédito, la persecución, la prohibición y el enjuiciamiento ante la Santa Inquisición a la que fue sometida la medicina indígena durante el siglo XVII y buena parte del siglo XVIII. A pesar de que la tradición médica de los españoles estaba en buena medida impregnada de superstición y magia, pues no habían abandonado las tradiciones herméticas, alquimistas y astrológicas y se apegaba a una concepción cristiana del mundo (Trabulse, 1984:73).

Lo que se negaba, descalificaba y castigaba no era el saber médico indígena por sí mismo, sino los elementos mágicos y religiosos involucrados en los procesos terapéuticos de los grupos indígenas, considerados aspectos a erradicar. Empezaron prohibiendo el uso de plantas alucinógenas como el peyote, los hongos alucinógenos, el toloache, el picietl, el ololihqui, por considerarlos formas de comunicación con sus dioses (Anzures y Bolaños, 1983:70).

La actitud prejuiciosa hacia los elementos mágico-religiosos predominó también en los estudios que sobre de la medicina indígena se realizaron en el siglo XVII. En ellos el contenido mágico y las creencias relacionadas con sus antiguos dioses se asociaron con un trasfondo diabólico, pagano y supersticioso. En los textos de Bernardino de Sahagún se puede apreciar que muchas de las prácticas médicas eran rechazadas por los españoles por considerarlas pecados graves que era necesario corregir y prohibir. Para prohibirlas era necesario conocerlas en todas sus formas e identificarlas en todas sus manifestaciones, razón por la cual Bernardino de Sahagún y otros autores se dedican a estudiar y describir estas prácticas idolátricas (los ritos, las supersticiones, los agüeros y ceremonias idolátricas). El ejemplo más claro de estos estudios es el *Tratado de las supersticiones y costumbres gentílicas que oy viven entre los indios desta Nueva España*, escrito por Ruiz de Alarcón en 1629.

A juzgar por Anzures y Bolaños (1988:238; 1983: 69-70) el desprecio y oposición hacia la medicina indígena deriva de su incompreensión por los españoles, pues asociaban a sus dioses con el demonio, además, consideraban que creer en los

sueños era un acto diabólico y confundían a los curanderos con brujos o hechiceros. Sin reconocer que los indígenas tenían elementos para distinguir entre un médico bueno y uno malo.

Al respecto León Portilla sostiene que “...el pensamiento cosmológico náhuatl había llegado a distinguir claramente entre lo que era explicación verdadera –sobre bases firmes– y lo que no rebasaba aún el estado de la mera credulidad” (2006:84). Los médicos buenos, los sabios -eran aquellos que tenían un saber sobre las cosas y sus remedios (hierbas, árboles, raíces etc.) basado en la experiencia y la consecución de un método, pues antes de usar sus medicamentos los examinaba y probaba de manera experimental sus efectos curativos. El buen médico indígena era un sabio que conoce experimentalmente las cosas: era un *tlaximatini*, era quien aliviaba la enfermedad mediante masajes, acomodando los huesos, purgando, sangrando, cortando, cosiendo las heridas de sus pacientes. El falso médico, se burla de la gente, provocaba indigestión y empeoraba las enfermedades, conocía hierbas maléficas, adivinaba con cordeles, en suma basaba su conocimiento en la magia y hechicería. (León Portilla, 2006: 85, 86).

La tradición médica indígena es evaluada y juzgada desde un prejuicio cientificista-racionalista que coloca a la tradición médica europea en superioridad epistémica sobre la tradición médica indígena. Los españoles consideraban que muchas de las prácticas médicas indígenas eran producto de la ignorancia en la que se encontraban estos pueblos; ignorancia asociada a la falta de una visión científica de la medicina y del mundo, por lo cual desconocían las causas de la enfermedad así como la virtud real de las sustancias terapéuticas y técnicas curativas poco desarrolladas.

Reapropiación y resignificación conceptual del conocimiento médico y elementos terapéuticos

La gran mayoría del conocimiento que los españoles disponían de la medicina indígena provenía de los propios indígenas hablantes sólo de náhuatl. Al momento de traducir la información recaba del náhuatl al castellano surgían varios problemas pues muchos términos en náhuatl no tenían un significado en castellano, más aún muchas

enfermedades que existían entre los nahuas no tenían correspondencia con la medicina española del siglo XVI, como las enfermedades genéricas catalogadas como fiebres acuáticas.

Carlos Viesca (2002: 170) ilustra esta problemática con las enfermedades que los nahuas agrupan como enfermedades asociadas con *alláhuac*. En las traducciones realizadas por los españoles, el término *alláhuac* se interpretó como flema mientras que para la tradición médica hipocrática se refería a una mucosidad, sin quedar claro que para los médicos indígenas el término *alláhuac* tuviera el mismo significado que el término flema tenía para los europeos. Los cambios del significado de los términos nahuas ocurridos en su traducción al castellano distorsionaron la concepción de las enfermedades que había entre los nahuas.

Por otra parte, a raíz de que los españoles se percatan del trasfondo mágico-religioso de los conocimientos médicos indígenas pusieron en duda su validez. Recurrieron a sus métodos científicos para corroborar la eficacia de los medicamentos indígenas a base de plantas, minerales y animales, antes de incorporarlos a su práctica médica. Francisco Hernández probaba los medicamentos comprobando su eficacia farmacológica y las enfermedades para las que eran efectivos (Aguirre, 1987:122).

Su acción no se limitó a corroborar el conocimiento médico indígena, además lo reinterpretaron, organizaron, clasificaron y resignificaron de acuerdo con los principios del paradigma médico galénico, despojándolos de toda significación atribuida por la cultura indígena. Este procedimiento fue aplicado a todo el conocimiento que los españoles habían adoptado de la Nueva España. Todos los descubrimientos e innovaciones serían ajustados a los esquemas y principios ordenadores de los paradigmas europeos dominantes (Viesca, 2000: 71). Se impone así, la concepción europea del mundo y sus paradigmas a la concepción del mundo indígena.

Control y reglamentación de la práctica médica indígena

Como mencionamos páginas atrás, muy temprano en la colonia se establecieron instituciones encargadas de controlar y reglamentar la práctica médica indígena. A poco

tiempo de haber terminado la conquista se estableció el Protomedicado, conformado por médicos españoles mandados por la corona para expedir permisos a los médicos indígenas y dar títulos a los médicos españoles o criollos que querían reglamentar su práctica en la Nueva España.

Todos aquellos médicos indígenas que querían tener el permiso tenían que demostrar, mediante un examen ante el Protomedicado, su conocimiento sobre las plantas medicinales y su habilidad para curar las enfermedades con éstos elementos terapéuticos naturales y, lo más importante, sin recurrir a elementos mágico-religiosos. De esta forma el Protomedicado junto con la acción de la Santa Inquisición mantienen al margen de la práctica médica oficial a estos elementos mágico-religiosos.

Con el Protomedicado quedan establecidos los criterios y normas que todo médico (indígena o no) de la Nueva España tenía que cumplir para ser reconocido como tal. De esta forma se delimita la práctica médica oficial, excluyendo la no oficial, asimismo quedan determinados los criterios epistémicos que permitía reconocer entre un conocimiento válido y racional en torno a la enfermedad, de las supersticiones, idolatrías y charlatanerías. Los criterios eran los siguientes: 1) ser un saber o conocimiento técnico, 2) eliminar en el ejercicio público de la medicina todo elemento terapéutico que pudiera asociarse con prácticas supersticiosas.

Los criterios arriba mencionados permitían, además, distinguir entre un médico bueno y uno malo. Los primeros eran aquellos que tenían conocimiento de las plantas medicinales, sus propiedades, usos curativos, su ubicación, modo de preparar y administrar el medicamento, conocimiento que habían obtenido mediante la observación y la experiencia, y como tal era para los españoles un conocimiento racional, mientras que el médico malo o charlatán era el que recurría a prácticas supersticiosas y a otras prácticas mágicas-religiosas.

Los criterios usados para distinguir entre un médico bueno y uno malo, tuvieron consecuencias políticas fundamentales pues sólo los médicos “buenos”, aquellos dispuestos a eliminar u ocultar sus elementos religiosos y místicos, eran reconocidos e incorporados al modelo institucional de atención a la salud, donde se practicaba la medicina oficial, mientras que aquellos que basaban su terapéutica en la intervención de

esos elementos, serán catalogados como hechiceros, brujos, perseguidos y enjuiciados ante la Santa Inquisición.

La acción normativa del Protomedicado no se limitó al ámbito de la práctica médica indígena. En 1628 al convertirse en Real Tribunal del Protomedicado, se encargaría, junto con la Real y Pontificia Universidad de México, de reglamentar y controlar la formación de médicos y boticarios. Para la práctica médica el Tribunal establece como requisito fundamental el título profesional que avalaba la formación universitaria del médico. En torno a la enseñanza establece normas encaminadas a garantizar la formación de los médicos dentro del paradigma médico dominante y la reproducción del mismo, al establecer el conocimiento que se difundiría y enseñaría a los estudiantes como la fisiología, la anatomía. En la Real y Pontificia Universidad se impartían las cátedras de Prima, Vísperas, Anatomía y Cirugía, Método Medendi y matemáticas. Queda eliminada de esta formación médica todo conocimiento y práctica de la tradición médica indígena (Jardón, 2004: 155).

Las boticas

La implementación de los hospitales y de las universidades en la Nueva España contribuyó a establecer las relaciones asimétricas y de hegemonía entre ambas tradiciones médicas. La exclusión y marginación de la tradición médica indígena se acentuó más con el surgimiento de las boticas como el lugar oficial autorizado por el Protomedicado para la elaboración y distribución de los medicamentos a base de plantas medicinales.

A finales del siglo XVI y principios del XVII se establecieron en la Nueva España las boticas, hecho que significó un cambio en la organización de la práctica médica. Por un lado estaba el médico quien tenía la tarea de diagnosticar la enfermedad y por otro lado se encontraba el boticario a quien correspondía elaborar las medicinas y surtir las recetas expedidas por el médico. Con la implementación de las boticas se separa la práctica médica en dos ámbitos bien delimitados: el diagnóstico de la enfermedad y la preparación de medicamentos o la terapéutica. Los médicos no podían

realizar la tarea de los boticarios y viceversa (Avendaño, 1990: 297, 307).

Las boticas representan otra forma de exclusión de los médicos indígenas y sus conocimientos tradicionales pues, en la nueva organización de la práctica médica como en la organización y funcionamiento de las boticas, éstos no tienen participación o se reducía a proveer las plantas medicinales. Ya no se recurría a los médicos indígenas, su conocimiento fue sustituido por libros que describían muchas de las prácticas médicas indígenas, junto con las prescripciones hipocráticas y las plantas medicinales como elementos terapéuticos conformando una tradición médica (Avendaño, 1990: 259, 302).

Desde su establecimiento las boticas quedan designadas como el lugar donde se preparaban y vendían los medicamentos permitidos y los boticarios quedan establecidos legalmente como los únicos que pueden preparar medicamentos y vender plantas medicinales.

El funcionamiento de las boticas y la preparación de los boticarios estaban bajo control del Protomedicado. Esta institución vigilaba que los medicamentos se prepararan adecuadamente a partir de las fórmulas tomadas de los libros de farmacia traídos de España, asimismo vigilaba que se vendieran sólo los medicamentos permitidos y conforme a las normas establecidas, además vigilaba que los boticarios tuvieran el permiso que los acreditaba como tales.

No cualquiera podía ser boticario ni mucho menos abrir una botica, para ello, el interesado debía cumplir ciertos requisitos: saber latín, tener experiencia como oficial de botica, tener 25 años de edad, presentar su fe de bautismo, e información de hallarse en los derechos de ciudadano de ser de buena vida y costumbres, certificado de haber practicado cuatro años de farmacia con un profesor aprobado. Se pedía también a los boticarios, médicos, cirujanos y parteras un examen de limpieza de sangre asegurando que el ejercicio de la medicina estuviera en manos de los españoles (Quezada, 1990: 309, 310, 313).

Esos criterios dan forma a la normatividad que poco a poco fue generando las condiciones políticas y legales para que la tradición médica científica occidental –que después se convertiría en la tradición biomédica– se instituyera como la tradición médica oficial y como tal era reconocida, apoyada y difundida por las instituciones

establecidas en la Nueva España, es decir, por los hospitales, la universidad y las boticas.

Los hospitales se implementaron a imagen de los nosocomios europeos, se establecen como el lugar donde se ejerce la práctica médica oficial. La universidad es la institución encargada de la formación de los médicos y de la producción, reproducción y difusión del conocimiento médico oficial. Las boticas es la institución oficial donde se preparan los medicamentos. La acción conjunta de estas tres instituciones establece el lugar y determinan las condiciones para el ejercicio y la enseñanza de la medicina oficial, colocando al margen de ella a los médicos indígenas y su tradición cultural.

La medicina indígena al no cumplir con los principios teóricos-metodológicos, epistemológicos ni axiológicos establecidos por la tradición médica dominante, ni con la normatividad establecida por el Protomedicado, se configura como la medicina no oficial, no reconocida ni avalada institucionalmente. Los médicos indígenas serían desconocidos y desacreditados como médicos y su práctica quedaría como ilegal, al margen del proceso de salud-enfermedad-terapéutica y relegada a desarrollarse en una situación y condiciones de desigualdad y asimetría, pues incluso para vender hierbas secas o frescas era necesario tener una licencia expedida por el Protomedicado, que generalmente se otorgaba a los boticarios. El Protomedicado no sólo normaba quién podía vender las plantas medicinales sino también reguló el tipo de plantas que estaba permitido vender, aquellas plantas figuradas en un catálogo realizado por el protomédico y en lugares determinados.

De esta forma se institucionalizan los obstáculos para el reconocimiento y desarrollo de la tradición médica indígena, la cual no se contempla en los planes y programas de enseñanza en las instituciones oficiales educativas y no se incluye como elemento importante en la práctica médica en las instituciones de atención a la salud.

A través de estos mecanismos se establecen las condiciones que poco a poco constituyen a la tradición médica científica occidental como el paradigma hegemónico, detentando el poder y el monopolio del cuidado a la salud y atención a la enfermedad así como de la elaboración de medicamentos. Hegemonía y poder que a juicio de Xavier Lozoya (1982) derivan de una cuestión ideológica y política en la lucha por establecer,

mantener y reproducir la hegemonía de una cultura sobre la otra, en este caso de la cultura española sobre la indígena, más que tratarse de una cuestión de ineficacia de la medicina indígena para resolver las necesidades de atención médica de la población durante la colonia. En otras palabras los intereses políticos, económicos se encuentran en el centro de la dominación y subordinación de la medicina indígena y de toda su cultura y de la consolidación hegemónica y la supremacía de la tradición médica científica occidental.

La relación en el siglo de las luces

La situación de desigualdad y desarrollo asimétrico entre ambas tradiciones médicas se acentúa durante el siglo XVIII. En este siglo la tradición cultural indígena era considerada como reminiscencia del pasado que era necesario superar mediante su incorporación a la cultura nacional, basada en la razón y la ciencia. La tradición indígena era lo opuesto a la ciencia y a la razón.

Durante este siglo en México se impulsa el desarrollo de la medicina científica como parte del desarrollo, difusión e institucionalización de la ciencia en general. A través de la explicación científica de las causas de la enfermedad, se busca la forma de eliminar las reminiscencias de la tradición médica indígena y sus interpretaciones mágicas o astrológicas que remiten la causalidad a razones no observables ni comprobables empíricamente. En este sentido se difunde el conocimiento de la anatomía, la patología y la fisiología, además, se crean nuevas instituciones médicas y académicas para difundir y aprovechar las nuevas tendencias de la medicina científica y experimental (anfiteatros, la adquisición de aparatos e instrumentos quirúrgicos modernos) y fomentar entre los estudiantes de medicina la participación académica (Trabulse, 1984: 78).

Después de la independencia la medicina toma un impulso vigoroso en su constitución como disciplina científica. El Real Tribunal del Protomedicado es sustituido (1822-1831) y sus actividades son realizadas por otras instituciones médicas establecidas con el objetivo de promover, en la nación independiente, los adelantos de

la ahora ya consolidada tradición biomédica: la patología, la clínica y la anatopatología.

En 1832 se instituye la Academia de Medicina y la Academia Médico-Quirúrgica, y un año después se construye el Establecimiento de Ciencias Médicas, marcando con esto el inicio de una nueva etapa en la institucionalización de la investigación y enseñanza de la biomedicina. Entre las labores que realizaba el Establecimiento de Ciencias Médicas estaba examinar a médicos extranjeros y revalidar su título para que ejercieran en el país dentro de la normatividad exigida, pero su objetivo primordial era actualizar la enseñanza y ejercicio de la biomedicina.

Con ese fin se difunde e imparte la terapéutica química, la clínica y patología moderna, la obstetricia, la anatomía topográfica, la histología, higiene, microbiología y se promueve la fisiología experimental (Trabulse, 1984: 188). Otra de las instituciones establecidas fue el Consejo Superior de Salubridad, instituido en 1841, tenía a su cargo el control de las actividades profesionales de todos los que ejercían la medicina, del funcionamiento de los establecimientos médicos, el uso de los medicamentos, la vigilancia de los recursos terapéuticos y de sus usos (Jardón, 2004: 158).

En la segunda mitad del siglo XIX se crean sociedades médicas que publican revistas científicas promoviendo los adelantos científicos y médicos así como congresos y reuniones que derivaron en la unificación del plan de estudio de medicina a nivel nacional (Trabulse, 1984: 188).

Ya en el siglo XX se crean otras instituciones sanitarias como la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto Nacional de Cardiología y el Instituto de la Nutrición (Campos, 2002: 164), encargadas de asegurar el funcionamiento del paradigma médico hegemónico, así como de la producción y reproducción de sus principios teórico-metodológicos, epistemológicos y además axiológicos, en la investigación, enseñanza y práctica biomédica.

En suma, desde los siglos XVI hasta el siglo XX la hegemonía de la tradición biomédica occidental se deja ver en la forma en la que se impone la cultura de atención a la enfermedad propia de los europeos a la Nueva España y que se manifiesta en: 1) la forma de atender la enfermedad centrada en los hospitales construidos a semejanza de los hospitales europeos; 2) la organización de la práctica médica que separa a los

médicos encargados del diagnóstico de la enfermedad y a los boticarios encargados de la preparación de los medicamentos y de surtir las recetas; 3) la consulta es remunerada; 4) predomina la concepción hipocrático-galénica de la enfermedad; 5) la enseñanza de la medicina se institucionaliza en las universidades; 6) queda fuera de esta enseñanza y difusión la tradición medicina indígena.

La relación a nivel conceptual

Analicemos ahora la relación que a nivel conceptual se da entre ambas tradiciones médicas. Durante los primeros años de la conquista la medicina indígena y sus conocimientos se encontraban en condiciones de igualdad, en tanto reconocimiento y desarrollo teórico-conceptual de la enfermedad, ante la incipiente medicina occidental. La falta de médicos españoles que establecieran y desarrollaran la medicina occidental en la Nueva España hacía que ambas tradiciones no fueran tan diferentes entre sí.

Anzures y Bolaños (1983:27 y 60) señala que las tradiciones médicas eran similares en el uso de sustancias naturales y en la influencia que ambas tradiciones le asignaban a los astros sobre la vida y salud del hombre. Si bien en la medicina náhuatl el proceso de salud-enfermedad estaba inmerso en su cosmovisión religiosa generando representaciones y explicaciones que caen en el ámbito de lo sobrenatural, muchas enfermedades y sus tratamiento eran concebidas dentro de un marco de elementos puramente naturales que implicaban el conocimiento y cultivo de plantas, el conocimiento de animales y minerales con fines curativos, el conocimiento de las distintas partes del cuerpo humano.

El conocimiento que desarrollaron los nahuas sobre la enfermedad no se redujo a asociar su origen con la intervención de algunos de sus dioses, era menester saber los cambios físicos o modificaciones al interior del cuerpo que provocaba la acción divina. La observación minuciosa de las circunstancias en las que se genera la enfermedad y de su evolución favoreció la formación de un sólido conocimiento cuya sistematización y precisión hace que varios autores los consideren como una teoría sobre la explicación de las causas de la enfermedad.

Viesca Treviño (1990:134; 1986:3) ha realizado un excelente análisis de las tradiciones médicas durante la colonia, sugiriendo la existencia de paralelismos en algunos principios básicos entre ambas tradiciones a través de los cuales posiblemente se establecieron puentes de comunicación inter-tradicional generando el sincretismo que caracteriza a la medicina tradicional indígena en nuestros días. Dentro de su teoría sobre la enfermedad, el concepto de la polaridad frío-calor tiene un lugar importante. Bajo esta concepción la salud era el resultado de un equilibrio de los componentes fríos y calientes del hombre, la enfermedad era el resultado de las alteraciones que sufría el hombre. Este concepto tenía cierta similitud con la teoría galénica-hipocrática de los humores.

Estos hechos señalan que sus racionalidades y ciertos elementos de su cosmovisión del mundo de ambas tradiciones no eran completamente opuestos. En ambas medicinas por ejemplo en el siglo XVI imperaba la idea de la acción desfavorable de seres superiores. Además en ambas tradiciones médicas sus teorías explicativas y sus conceptos de salud derivaban de una noción de equilibrio de los elementos que componían el cuerpo humano.

Por otra parte las dos tradiciones médicas clasificaban las cosas de la naturaleza (dentro de las que incluían los alimentos, las enfermedades y sus tratamientos) tomando como criterio las propiedades físicas detectadas en los objetos, por ejemplo, la tradición médica indígena usaba como criterio de clasificación el grado de frío o calor, mientras que los europeos tomaban el grado de humedad y sequedad que presentaban los objetos. Estos criterios de clasificación de la naturaleza permitieron que sobresalieran las coincidencias al plantear o reconocer ciertas enfermedades y tratamientos que permitieron el sincretismo entre ambas tradiciones médicas.

El sincretismo se manifiesta a nivel teórico-conceptual como en el curativo. El *Códice de la Cruz-Badiano*, libro escrito por médicos indígenas, que a pesar de presentar los elementos de la medicina indígena desligados de sus significados mágico-religiosos mostrando sólo sus propiedades curativas, permite analizar aún rasgos propios de la tradición médica indígena. En el texto se aprecia que los médicos indígenas incorporan a su práctica varios elementos teórico-conceptuales de la

enfermedad procedentes de la tradición médica occidental. Aguirre Beltrán (1987) y Carlos Viesca (1990) a partir del análisis de *El Códice Badiano* señalaron la existencia de ciertas influencias de la tradición médica occidental sobre la tradición médica indígena en los siguientes aspectos:

- 1) En la conceptualización de las enfermedades nahuas. Véase el caso de la locura descrito por Viesca Treviño (1990:150)
- 2) Se refieren a enfermedades que entre los nahuas eran extrañas (como la alopecia) y a las cuales designan con términos propios de la terminología hipocrática- galénica, como hemorroides y condiloma.
- 3) A nivel terapéutico combinan varios elementos de la teoría hipocrático-galénica, bajo la cual se conceptualizan y nombran los padecimientos, con el uso de plantas medicinales para su tratamiento. En el texto se nombran ciertas plantas medicinales para tratar las hemorroides y aliviar síntomas como la bilis, la cólera, pálida y la purulencia (flemas), todos conceptos galénicos-hipocráticos.

Lo anterior evidencia que los autores del *Códice Badiano*, conocían algunos textos sobre medicina europea, en especial los de Plinio, y de que a raíz de ese conocimiento los médicos indígenas modificaron su sistema médico (Viesca, 1990:148-149). Lo que puede explicar las coincidencias encontradas entre ambos textos, sin embargo Viesca Treviño reconoce que no es posible determinar hasta donde tales coincidencias reflejan un traslado directo de los elementos terapéuticos señalados en la obra de Plinio o hasta donde son meros paralelismos. Estas semejanzas generaron un marco o un ámbito de comparación equitativo (en la que los criterios no eran tan distintos) permitiendo que la medicina indígena fuera evaluada teniendo un marco teórico conceptual similar y por tanto probada, reconocida y aceptada su eficacia terapéutica, en los primeros años de la colonia, por parte de los españoles.

Partiendo de una concepción clasificatoria del mundo natural basada en las propiedades físicas de los objetos, Viesca (1990:150-151) afirma que sería difícil llegar a conclusiones distintas en relación al tipo de enfermedades, sus tratamientos y por tanto a un juicio distinto sobre la eficacia de la medicina indígena. Sin embargo, señala

acertadamente el autor, a pesar de estas coincidencias hay una diferencia crucial: para la teoría humoral las propiedades frío-calor, húmedo-seco representan un carácter meramente físico, mientras que para los nahuas representan una serie de significados y simbolismos que les daban sentido dentro de su cosmovisión del mundo. Esta diferencia fundamental derivó en la ulterior persecución, discriminación a la que fue sometida la tradición médica indígena.

Aguirre Beltrán en su obra *Medicina y magia* ilustra muy bien esta situación, en ella comenta que a tan sólo cincuenta años de la conquista los españoles establecieron instrumentos como la Santa Inquisición con el objetivo de impedir la influencia de la cultura indígena sobre la occidental. Fue un proceso de contra-aculturación el cual se tornó más violento en el siglo XVII a raíz de las investigaciones que los españoles realizaron sobre la cultura indígena y en particular sobre su tradición médica. Durante 1614-1630:

...la cultura indígena produjo cambios de alcance y cuantía en la cultura conquistadora pero, a su vez, y en mayor monto y cantidad, sufrió la coerción y el imperio de la economía y la religión coloniales y adsorbió un número tan considerable de elementos, rasgos y complejos culturales ajenos, que estuvo en peligro de extinguirse como cultura diferente (Aguirre, 1987: 272).

En este capítulo mencionamos que cuando las dos tradiciones médicas entran en contacto procedían de cosmovisiones diferentes, pues a pesar de ello sus racionalidades no eran tan distintas. Ambas clasificaban las cosas de la naturaleza a partir de las propiedades físicas que los objetos presentaban (frío-calor o húmedo-seco), sus teorías explicativas y sus conceptos de salud giraban en torno a la noción de equilibrio –entre los elementos que componían el cuerpo humano–, aunado a lo anterior, la terapéutica tenía como objetivo restaurar el equilibrio. Las similitudes de fondo entre ambos marcos conceptuales sobresalen al intentar reconocer ciertas enfermedades y sus tratamientos permitiendo el sincretismo entre esas tradiciones médicas a nivel teórico-conceptual y terapéutico.

Sin embargo, existía entre ellas una diferencia sustancial: la tradición cultural indígena atribuía a las propiedades frío-calor y húmedo-seco un carácter simbólico, dotándolas de sentido religioso –no cristiano– dentro de su cosmovisión del mundo. Esta diferencia crucial, aunada a otros factores que veremos más adelante, propició que el sincretismo se tradujera en un proceso de más de 500 años de resistencia y de esfuerzo por preservar sus costumbres y la dignidad de sus culturas milenarias en un entorno social no favorable.

El interés por conocer lo que había en el territorio recién conquistado, llevó a los españoles a realizar misiones evangelizadoras y expediciones que les permitieron conocer y recopilar, de los propios indígenas, toda la información posible sobre sus manifestaciones culturales, es decir, sus enfermedades y plantas para tratarlas, cómo y cuándo usarlas, etc. Los españoles interpretaron desde su propia concepción del mundo la información que los evangelizadores españoles recopilaron, atribuyendo a los elementos de la tradición médica indígena un significado distinto al que tenían en tiempos prehispánicos. De esa información se seleccionaron aquel conocimiento técnico que, como afirma Viesca, encajaba en sus esquemas y concepción del mundo.

Con estos elementos médicos culturales se conformó una tradición médica distinta presentada como la tradición médica dominante en la etapa colonial, en la cual, en un inicio se podían distinguir elementos indígenas, el posterior desarrollo e implantación de la ciencia y la cosmovisión del mundo que con ella se construye, terminaron no sólo por eliminar de la tradición médica los elementos culturales indígenas, sino que los relegaron a existir al margen de los parámetros oficiales emitidos por las instituciones coloniales como los hospitales, la universidad y las boticas.

Las normas establecidas por estas instituciones obstaculizaron el desarrollo de la tradición médica indígena como parte del desarrollo de una cultura autónoma, en donde los grupos indígenas toman las decisiones sobre el uso, la producción y reproducción de sus elementos culturales como recursos para mantener la salud (Bonfil, 1991). Podemos afirmar que condicionaron el desarrollo de la tradición médica indígena en su práctica, en su formación y en su terapéutica.

En la práctica, pues es en los hospitales, el ámbito público, donde se practica la medicina oficial; en la formación, pues se reconoce a las universidades como el centro de enseñanza y formación de los médicos, pero también de la producción y difusión del conocimiento médico para diagnosticar y tratar la enfermedad. Finalmente en su terapéutica pues queda establecida como tratamiento oficial los medicamentos elaborados en las boticas por personal calificado para ello, por el Protomedicado, y con los procedimientos establecidos en los libros de medicina traídos de Europa.

La acción normativa que representan las tres instituciones deriva en la organización, regulación y configuración de la práctica médica oficial y a la par de su contraparte, la práctica médica no oficial. Asimismo establecen los criterios que los médicos deben cumplir, por ejemplo que su conocimiento esté basado en la observación y experimentación y su diagnóstico y terapéutica no debe incluir elementos mágico-religioso-supersticiosos.

En otras palabras, se establece la distinción epistémica entre médico y curandero, el primero es el que atiende en los hospitales y por lo tanto el que tiene el apoyo y reconocimiento legal para ejercer su profesión, recibe su formación en las universidades, recurre al conocimiento científico en sus explicaciones y tratamiento de las enfermedades, mientras que el curandero es el que ejerce su práctica en el ámbito de lo privado, en su casa o en otros lugares independientes del hospital, su formación es no oficial en tanto no se lleva a cabo en la universidad y en su diagnóstico y terapéutica están presentes elementos propios de su concepción del mundo donde se mezclan elementos religiosos y sobrenaturales. Cabe mencionar que los nahuas, antes de la conquista, empleaban el vocablo *ticitl*, que significa en castellano médico, para referirse a las personas que curaban las enfermedades, más no empleaban el término de curandero.

Por otra parte la práctica médica queda bien acotada entre las funciones del médico y las del boticario, el primero es el único que diagnostica y plantea un tratamiento, mientras que el segundo es el que elabora y suministra los medicamentos, lo cual favorece la especialización del médico, al separarse el conocimiento de las causas de la enfermedad y el diagnóstico como ámbitos de su competencia dejando la

terapéutica –y posteriormente también el diagnóstico– al desarrollo de la ciencia y la tecnología que derivarían en la industria farmacéutica de hoy en día.

Las relaciones que establecieron la tradición médica náhuatl y la tradición médica europea, introducida por los españoles, transitaron por varias etapas; la primera de sincretismo, favorecido por las similitudes conceptuales, lo que parece indicar que sus racionalidades no eran tan diferentes y que de hecho las tradiciones médicas se encontraban en una condición de simetría epistémica y legal. En esta condición de simetría predomina una política de reconocimiento epistémico e institucional hacia la tradición médica indígena concedido, como ya hemos mencionado, por la eficacia mostrada de sus conocimientos médicos y del uso de las plantas medicinales. Por otra parte, tenían un reconocimiento social que poco a poco quedó limitado al conocimiento técnico de la tradición médica indígena.

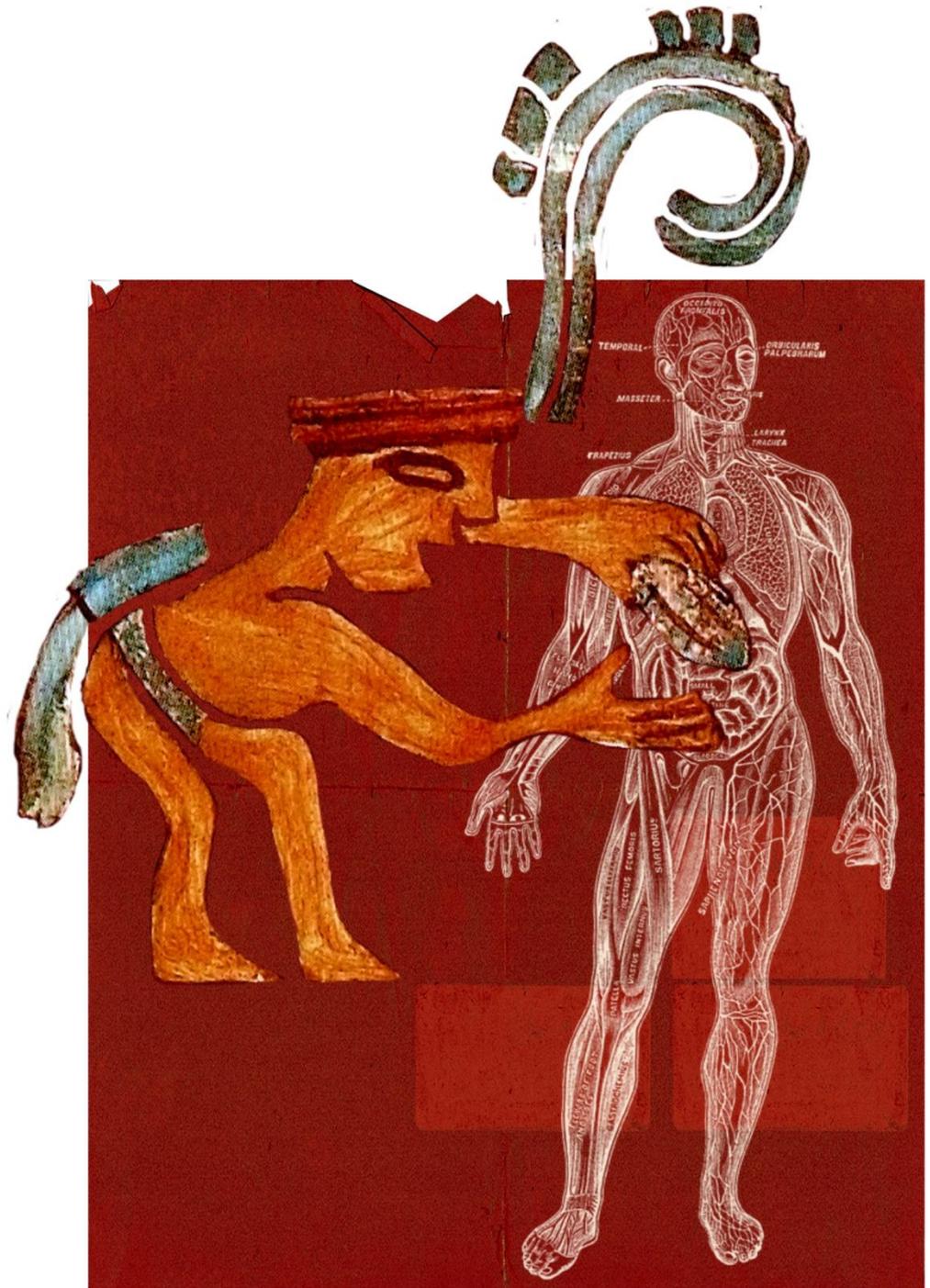
Queda latente la pregunta ¿cómo se tornan en relaciones asimétricas: política, institucional, legal y epistémicamente? Podemos reconocer varios factores que propiciaron que tales relaciones se tornaran asimétricas en los ámbitos arriba señalados. El primero de ellos es un factor político. Tras la llegada de los españoles, ellos impusieron su cultura e instituciones sustentadas en una cosmovisión y organización cristiana del mundo sobre la cosmovisión e instituciones religiosas, pero no cristianas, propias de cultura indígena mesoamericana.

El dominio y sumisión que en un principio se mantuvo por el poder y represión armada sobre la cultura indígena mesoamericana, se mantendría e incluso justificaría más adelante, con el proceso histórico que inició en Europa pero que se extendió por todo el mundo, marcado por el desarrollo y consolidación de la ciencia y su concepción del mundo. Bajo esta nueva concepción la ciencia es el progreso, la máxima expresión de la razón humana que sólo puede llevar a la libertad mientras que la tradición es quedarse en el pasado. Este contexto, suscitado por el triunfo de la razón, sería aprovechado y apoyado por las instituciones que el estado fue estableciendo para construir un orden distinto. Las decisiones en torno a cómo usar, reproducir y difundir los elementos culturales de las etnias indígenas, poco a poco fueron realizadas por las instituciones hospitalarias, la universidad y las boticas, usando y abusando de la ciencia

política e ideológicamente.

Uno de los aspectos necesarios para avanzar en la solución al problema de la tradición médica indígena es entender que los procesos epistémicos implican concepciones del mundo que suponen elementos ontológicos, axiológicos, normativos que tienen su justificación en criterios distintos a la racionalidad científica, y posibilitan la producción de conocimiento.

CAPÍTULO V



RECONOCIMIENTO, LEGITIMACIÓN Y VALIDACIÓN EPISTÉMICA. TERCER ASPECTO DE LA PROBLEMÁTICA

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente capítulo es abordar la problemática que enfrentan los diferentes elementos culturales –por ejemplo los recursos terapéuticos materiales y simbólicos hasta los propios terapeutas indígenas– que forman parte de la medicina indígena, en cuanto a su reconocimiento y validación epistémica como una tradición médica legítima. Se describe cuál ha sido el reconocimiento que el Estado y las instituciones académicas y del sector salud pertinentes les han otorgado a partir de criterios de validación epistémica propios de la tradición cultural científica, a saber, el concepto de eficacia. A partir del análisis de Olivé (2000) y Waldram (2000) se discute la pertinencia de la eficacia como criterio de validez epistémica. Al finalizar se plantea la necesidad de contar con mecanismos de reconocimiento y con criterios de validación sustentados en un pluralismo epistémico como la base para entablar relaciones interculturales entre la tradición biomédica –a la que pertenece la biomedicina o también llamada medicina científica– y la tradición médica indígena –referida en este apartado como medicina tradicional– que representan también a concepciones del mundo distintas.

La problemática del reconocimiento

Hoy día las etnias indígenas de México presentan grandes rezagos en la satisfacción de necesidades básicas como la educación, alimentación, salud y pobreza ámbitos en los que ocupan los índices de bienestar¹ más bajos (Jardón, 2004). En México y otros países

¹ Según datos de la CEPAL el promedio nacional de pobreza en el país entre 1980-2001 ha fluctuado entre el 30 al 43 por ciento de la población. El promedio es medido como el porcentaje de personas que carecen de recursos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas o que están en situación de indigencia o pobreza extrema, y que no tienen dinero suficiente para adquirir por lo menos la canasta básica de

de América Latina y del Caribe la medicina indígena tradicional es reconocida como una alternativa para preservar la salud (Vázquez, 1986). La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su *Informe de la secretaría sobre la medicina tradicional* (2003) establece que la medicina indígena tradicional es capaz de proveer prácticas y conocimientos médicos necesarios para preservar la salud de amplios sectores de la población para quienes la biomedicina no representa una opción real para resolver los problemas de salud que esos grupos sociales enfrentan.

Este reconocimiento obedeció en gran parte a la coyuntura social enmarcada por la crisis que atraviesa el sistema de salud en México, desde las últimas dos décadas del siglo pasado, resultado de la insuficiencia de los servicios médicos básicos así como a la ineficacia de los programas de salud implementados que no están elaborados ni son aplicados con una sensibilidad intercultural.

Tal situación despertó el interés de médicos, antropólogos, así como de otros científicos sociales, para explorar las posibilidades de combinar e integrar la medicina indígena con la medicina científica (biomedicina) con la finalidad de obtener una medicina integral que pudiera dar una solución a los problemas de salud en la atención primaria. Con este propósito iniciaron la búsqueda de alternativas para el tratamiento y prevención de enfermedades mediante la utilización de los recursos de la tradición médica indígena y su adecuación al nivel de desarrollo médico y tecnológico (Lozoya, 1979: 631).

Sin embargo, el reconocimiento e interés mostrado por las instituciones estatales e internacionales en torno a la medicina indígena no se tradujo en generar las condiciones académicas, institucionales, normativas, jurídicas, políticas y culturales que permitan el desarrollo de esta práctica y conocimientos médicos, preservando sus rasgos de identidad y reconociendo su validez y legitimidad como elemento constitutivo de la cultura indígena. En otras palabras no se crearon las condiciones que permitiera establecer relaciones inter-tradicionales entre la medicina científica y la medicina indígena en un marco de equidad y pluralismo epistémico como la base para establecer

alimentos. Cfr. COPLAMAR: *Macroeconomía de las necesidades esenciales en México*. Siglo XXI, México, 2003. Además ver *La población indígena en México*. INEGI, 2004.

relaciones interculturales de mutuo respeto y aceptación para promover una acción conjunta –praxis compartida– dirigida a brindar una atención a la salud de manera integral, de calidad y con pertinencia cultural.

Esta situación se explica, por una parte, porque el interés mostrado hacia la medicina indígena tradicional ha sido un artífacto derivado de las circunstancias de la crisis económica-política e institucional y formó parte de una estrategia política que permitió al estado ceder su responsabilidad como garante de los servicios de salud, a los individuos, disminuyendo así los recursos destinados al sistema de salud pública a la par que difundía un discurso sobre la interculturalidad en el ámbito de la salud.

Por otra parte, el reconocimiento ha sido principalmente hacia el conocimiento y uso de las plantas medicinales, recurso terapéutico que en la actualidad representa un valor económico considerable y que para la biomedicina formaba parte de la historia de la ciencia. Asimismo se trata del conocimiento indígena cuya validez puede comprobarse de acuerdo con los criterios de la concepción moderna de racionalidad y su criterio de correspondencia empírica con la realidad. Es decir, el conocimiento indígena sobre los efectos terapéuticos de las plantas es susceptible de evaluación a través de los métodos de comprobación empírica. Lo cual propició que la ciencia, la tecnología y la industria farmacéutica volcaran su atención, de manera inusitada, hacia estos conocimientos y recursos naturales convirtiéndolos en su área de investigación para encontrar el principio activo y generar nuevos medicamentos.

A raíz de la situación anterior el conocimiento de las plantas medicinales, socialmente generado por las etnias indígenas, lo mismo que sus recursos naturales, se han incorporado a la lógica del capital sin que las etnias indígenas reciban algún beneficio o reconocimiento, eliminando además toda significación histórico-cultural y mientras que otra ha sido la situación de toda la gama de conocimientos tradicionales que no pueden ser validados bajo los criterios epistémicos cientificistas.

Hasta el momento, las estrategias planteadas y puestas en marcha para la combinación e integración han promovido las relaciones de hegemonía de una tradición médica sobre la otra (de la biomedicina sobre la medicina indígena). En la cual, la tradición hegemónica ha seleccionado de la tradición médica indígena ciertos elementos

terapéuticos, en este caso el conocimiento asociado a las plantas medicinales e incluso el mismo recuso natural. A los elementos materiales seleccionados les han atribuido un significado distinto al que éstos tienen en sus tradiciones culturales originarias.

En la tradición médica indígena las plantas además de ser un recurso para aliviar la enfermedad y recuperar el equilibrio perdido, representan un elemento de la naturaleza con la que mantienen una relación simbólica de la cual dependen, en ciertos casos, las propiedades terapéuticas atribuidas a las plantas medicinales.

Durante el proceso de verificación empírica al que ha sido sometido el conocimiento sobre las plantas medicinales, se eliminó todo rastro sobrenatural y religioso de sus propiedades terapéuticas, trasladando dicha propiedad a elementos químicos, que gracias a los adelantos científicos y tecnológicos han sido posible ubicar y aislar de la planta en forma de “sustancia activa”, permitiendo además, conocer la forma en que actúa sobre un órgano particular del enfermo produciendo los efectos terapéuticos esperados y los posibles efectos secundarios.

Es así como las propiedades curativas de la planta, que dentro de la tradición médica indígena no pueden entenderse sin recurrir a una concepción sobrenatural tanto de la naturaleza como de la enfermedad y a una concepción holista del cuerpo humano como de su proceso curativo, son reducidas a una fórmula química que representa la estructura de la sustancia activa, que es la que actúa sobre el organismo causando ciertos efectos. Este es el proceso de cambio de significado de ciertos elementos culturales de la medicina indígena, que se lleva a cabo cuando la tradición médica hegemónica los selecciona e incorpora a sus esquemas teóricos y a su práctica como la fórmula química de un principio activo cuyos mecanismos de acción conoce.

El caso de las plantas medicinales es sólo un ejemplo de cómo se ha manejado el reconocimiento de la medicina indígena por la biomedicina, el cual se ha traducido en un proceso de selección, resignificación, apropiación e incorporación de ciertos elementos terapéuticos. Bajo esta concepción del reconocimiento, lo que en el discurso se planteó como la integración de ambas para configurar una tradición médica que permitiera una atención integral a la salud, en la práctica se tradujo en subordinación de la primera a la segunda. Lo anterior fue más evidente cuando se crearon los hospitales

mixtos en varios estados de nuestro país.

El Instituto Nacional Indigenista (INI) promovió y coordinó el trabajo conjunto entre médicos tradicionales y médicos alópatas en estados con alta concentración de población indígena como Oaxaca, Chiapas, Puebla y Chihuahua. En 1990 se construyó en Cuetzalan del Progreso, en la Sierra Norte de Puebla, el primer hospital mixto donde la atención médica la brindaban conjuntamente médicos tradicionales y médicos alópatas. Posteriormente el modelo de hospital mixto se extendió a Nayarit, Oaxaca y Yucatán. Los resultados obtenidos con el funcionamiento del hospital estuvieron muy alejados de los objetivos que llevaron a su institución.

El hospital mixto reproducía lo que a nivel social vivían los indígenas con su cultura: los médicos indígenas tradicionales no eran reconocidos por los médicos alópatas ni por las instituciones pertinentes, como portadores legítimos de un saber médico válido, al contrario, eran, y siguen siendo, capacitados con el conocimiento biomédico necesario para reconocerlos, no como médicos, sino como auxiliares de salud. Más que su integración se obtuvo su incorporación, pues integración implica establecer condiciones de igualdad epistémica, institucional, jurídica, legislativa que permitan un cambio en las relaciones asimétricas y de hegemonía que en la actualidad existen entre estas tradiciones médicas, mientras que la incorporación es sólo una inclusión, un simple anexo sin generar una modificación de las relaciones inter-tradicionales.

Por otra parte el reconocimiento tiene que ser un reconocimiento recíproco que conceda autoridad a la tradición médica indígena, en cuanto reconocerle validez epistémica y legitimidad, sin que esta autoridad se traduzca en autoritarismo y supremacía epistémica de una tradición sobre la otra. El proceso de reconocimiento recíproco no está exento de tensiones ni del riesgo de que culmine en la supremacía epistémica de la racionalidad científica y de su conocimiento. Al respecto Hans-Georg Gadamer considera que:

La historicidad interna de todas las relaciones vitales entre los hombres consiste en que constantemente se está luchando por el

reconocimiento recíproco. Este puede adoptar muy diversos grados de tensión, hasta llegar incluso al completo dominio de un yo por el otro yo. Pero incluso las formas más extensas de dominio y servidumbre son una auténtica relación dialéctica...Es una pura ilusión ver en el otro un instrumento completamente dominable y manejable. Incluso en el siervo hay una voluntad de poder que se vuelve contra el señor, como acertadamente ha expresado Nietzsche. Sin embargo, esta dialéctica de la reciprocidad que domina toda relación entre el yo y el tú permanece necesariamente oculta para la conciencia del individuo...En particular esto es válido para la dialéctica de la asistencia social, que penetra todas las relaciones interhumanas como una forma reflexiva del impulso hacia el dominio. La pretensión del comprender al otro anticipándose cumple la función de mantener en realidad a distancia la pretensión del otro (Gadamer, 2001a: 436).

La falta de un reconocimiento mutuo entre tradiciones distintas ha contribuido a perpetuar el llamado problema indígena en su devenir conflictivo con el estado-nación mexicano, en el cual falta considerar su especificidad étnica en la teoría política de la pluriculturalidad en el debate de los derechos de las minorías (*Cfr.* Chacón, 2005).

Superar este escenario implica considerar a la medicina indígena como una tradición cultural epistémicamente igual, en su pretensión de saber, a la medicina científica –también llamada en este trabajo biomedicina– lo cual implica comprender que los procesos epistémicos así como los criterios de racionalidad, no se agotan en los esquemas establecidos por la tradición biomédica.

Asimismo implica estudiar la medicina indígena a partir de enfoques distintos a los que han predominado e impuesto su concepción científicista y racionalista, abordados en los capítulos III y IV, y que contribuyeron a colocar en autoridad y superioridad política, jurídica, normativa y epistémica al conocimiento científico y tecnológico sobre los conocimientos indígenas, basados en la costumbre y transmitidos de generación en generación por mecanismos propios de su tradición cultural, características que no los convierte en conocimientos y prácticas irracionales, erróneos

o ilegítimos.

Es pertinente, en este momento, atender un cuestionamiento que salta a la vista de las propias etnias indígenas y otros grupos no indígenas que han incorporado en sus prácticas y cuidados de atención a la salud, elementos de la tradición médica indígena: ¿Por qué la tradición médica indígena, sus terapeutas, sus conocimientos y prácticas, tienen que ser reconocidos por la tradición biomédica? ¿La tradición médica indígena no es reconocida por los grupos indígenas que la practican, mantienen y reproducen?

El problema del reconocimiento se torna relevante si distinguimos varias formas y niveles del mismo. Podemos distinguir al menos dos formas de reconocimiento, el intra-tradicional que es el reconocimiento que otorgan a la tradición cultural sus propios integrantes, y el reconocimiento inter-tradicional que es el reconocimiento que los miembros de una tradición cultural otorgan a otra tradición cultural distinta a la suya.

Los médicos tradicionales tienen el reconocimiento de su comunidad para practicar su medicina en el marco de su tradición, es decir, tienen un reconocimiento intra-tradicional. Sin embargo, no tienen el reconocimiento inter-tradicional, es decir, no son reconocidos por la tradición biomédica ¿Qué implicaciones puede tener que una tradición sea reconocida por otra, es decir, tener un reconocimiento intra-tradicional y carecer del reconocimiento inter-tradicional?

En una sociedad donde existen grupos culturales distintos que mantienen relaciones no equitativas, el reconocimiento mutuo es un principio sin el cual las relaciones interculturales no propiciarían las condiciones para el desarrollo de las distintas culturas. Como se ha mencionado arriba uno de los aspectos de la problemática de las etnias indígenas es que el Estado-nación mexicano en su conformación consideró la diversidad cultural como un obstáculo para la unificación y el desarrollo nacional, obstáculo que era necesario superar a través de la homogeneización cultural.

La diversidad cultural y el reconocimiento de las diferentes tradiciones culturales, más que un obstáculo tiene que ser una directriz del desarrollo social. En este sentido es necesario establecer las condiciones que garantizaran los derechos de las etnias indígenas a un desarrollo integral en el marco del respeto a sus manifestaciones

culturales. Es decir establecer el desarrollo cuya tendencia no sea la de homogeneizar sino la de reconocer las diferencias culturales y a partir del respeto de tales diferencias promover relaciones interculturales justas y equitativas que permitan el desarrollo integral.

Estas interrogantes nos llevan a analizar cuál es el reconocimiento que tienen los médicos tradicionales y su práctica médica, para entender cuál es el reconocimiento que reclaman y algunas implicaciones de tenerlo o no.

Tipos de reconocimiento

Ayora Diaz (2002: 67-107) analiza el tipo, los mecanismos, las estrategias y las formas de lucha por el reconocimiento que los médicos indígenas tienen y buscan. A partir del trabajo de Honneth (1995), Ayora Diaz distingue varios tipos de reconocimiento. Cada uno implica establecer relaciones determinadas entre las partes involucradas así como estrategias distintas para que, una vez obtenido, lo mantengan o determinen los mecanismos de lucha para conseguirlo. Los tipos de reconocimiento que distingue son el afectivo, el legal y el mutuo o solidario.

Reconocimiento afectivo. Es el reconocimiento que se da a través de, y en, las relaciones afectivas, como las que se establecen al interior de la familia. Estas relaciones permiten satisfacer las necesidades de afecto y cuidado que son importantes para construir y reafirmar la identidad de la persona como miembro de la familia.

Reconocimiento legal. Se basa en la posesión de derechos. En este tipo de reconocimiento las relaciones interpersonales están reguladas por leyes. Se trata de relaciones de intercambio en las que los individuos se presentan como propietarios de bienes y como tal son reconocidos como portadores de derechos legítimos de posesión.

Reconocimiento mutuo o solidario. Se fundamenta en relaciones recíprocas donde cada individuo se intuye así mismo en los otros individuos. Son relaciones de aprecio

recíproco marcadas por una racionalidad afectiva proporcionando relaciones de solidaridad. Para Honneth el aprecio recíproco “significa verse a la luz de valores que permiten que las habilidades y características del otro parezcan significativas para una praxis compartida” (Ayora, 2002: 64).

En este sentido el reconocimiento solidario trasciende las relaciones interpersonales manifestándose además en las relaciones entre grupos sociales, pero también entre las relaciones que los grupos sociales mantienen con el estado y sus instituciones. El reconocimiento solidario es la forma de reconocimiento que sería deseable que existiera entre la tradición médica indígena y la biomedicina, entre otras razones porque otorgar y recibir este tipo de reconocimiento conlleva ciertos criterios adecuadas a un contexto de relaciones interculturales.

Partiendo de la concepción de Honneth, el reconocimiento mutuo hace posible una práctica conjunta, para que esta práctica conjunta no resulte en la supremacía de una tradición sobre otra, es necesario asumir el principio de equidad epistémica, el principio de incompletitud o finitud de todo conocimiento y de las intervenciones en el mundo que ese conocimiento hace posible, así como el principios de apertura a otras tradiciones y a su comprensión. El reconocimiento mutuo implica que cada tradición acepte su finitud y condicionamientos históricos y culturales que limitan su conocimiento y su potencial para generar prácticas de intervención en el mundo.

Taylor en *La política del reconocimiento* (1995:293) señala que el reconocimiento es relevante debido a la conexión entre reconocimiento e identidad, es decir, reconocer es comprender quiénes somos y las características fundamentales que nos define como seres humanos. La tesis del autor es que la identidad está parcialmente moldeada por el reconocimiento o por su ausencia e incluso por el mal reconocimiento. En cada caso se afirma, niega, daña y distorsiona la identidad, respectivamente. La ausencia o el mal reconocimiento constituyen una forma de opresión, de subordinación de los sujetos a un falso, distorsionado y reducido modo de ser.

Con base en el planteamiento de Taylor, que las etnias indígenas o los curanderos no sean reconocidos por el Estado o por la tradición biomédica, o sean mal reconocidos, constituye una forma de opresión, daño y subordinación de los primeros a

los segundos.

Los curanderos, hueseros, parteras y demás terapeutas indígenas exigen al estado y a la tradición biomédica su reconocimiento recíproco o solidario. Es decir, exigen ser reconocidos a la luz de sus propios logros y habilidades como valiosos para la sociedad, ser reconocidos como una comunidad de sujetos étnicos que poseen una tradición médica genuina y legítima. Exigen además ser reconocidos como sujetos de derechos ante el estado, el cual tiene la obligación de proteger sus derechos (como el derecho a la salud) y garantizar la satisfacción de sus necesidades en el marco de su identidad étnica.

Tales exigencias están contenidas en las múltiples declaraciones derivadas de los encuentros y congresos nacionales y regionales o estatales sobre medicina tradicional realizados por las distintas organizaciones de médicos tradicionales en nuestro país. Tal es el caso de la Declaración de Oaxtepec (1980), el documento de Pátzcuaro (1990), de la Declaratoria de la Ciudad de México (1992), de la de Cherán (2002), Caltzontzin (2002) y Tepic (2010). En todas ellas se advierte que los médicos indígenas cuentan con el reconocimiento afectivo otorgado por sus comunidades, por los miembros que acuden a consulta y la gente perteneciente a su tradición, de acuerdo a la distinción establecida por Ayora Díaz.

...los médicos tradicionales tenemos el reconocimiento y apoyo de nuestras autoridades municipales y tradicionales así como el de nuestra comunidad para atender los problemas de enfermedad, alcanzando algunos de nosotros un reconocimiento a nivel nacional (Congreso nacional de médicos tradicionales indígenas, Documento de Pátzcuaro, Michoacán, 6 Dic, 1990)

El reconocimiento intra-tradicional se sustenta en las relaciones afectivas establecidas entre el médico tradicional y su paciente pero también en el arraigo del médico a su comunidad. Para gozar del reconocimiento de la comunidad es necesario que el médico tradicional que demuestre ser un portador legítimo de los conocimientos y prácticas curativas. Zohuamina, una curandera náhuatl, en una entrevista realizada, comenta que para ser reconocidas como curanderas tienen que demostrar que poseen conocimientos

ante la gente de tradición, conocidos como los abuelitos, son ellos los que detentan la autoridad para reconocer a la persona en cuestión como curandero.

El reconocimiento que los médicos indígenas tienen al interior de su comunidad se va construyendo con la práctica médica, en la medida en que este terapeuta ofrezca soluciones a los problemas de salud de la población su reconocimiento se mantendrá e incluso puede trascender el espacio de la comunidad y ser reconocido en la localidad, en el municipio, el estado y la región.

Por ejemplo el manejo de plantas como el zoapatle que entre los médicos tradicionales como las parteras únicamente es empleado por las más experimentadas lo que les da reconocimiento por parte de su comunidad. Además del uso de esa planta, el manejo de ciertas técnicas de diagnóstico y atención de embarazos y partos difíciles es otro elemento de que otorga prestigio y reconocimiento a las parteras. En algunas ocasiones el trabajo de parto resulta complicado pues el niño está mal acomodado –ya sea que adopte un postura sentada u otra que dificulte su paso por el canal de parto dificultando su expulsión. Es tales situaciones la partera experimentada recurre a los masajes terapéuticos o sobada para acomodar al niño y a otras maniobras para su explosión logrando que nazca bien, vitando así la cirugía.

El reconocimiento intra-tradicional es suficiente en el ámbito de la comunidad y en las relaciones al interior de la tradición médica indígena². Pero resulta insuficiente en el ámbito de las relaciones inter-tradicionales configuradas históricamente como relaciones de hegemonía (política, cultural y epistémica) conflictivas y asimétricas. Asimetría que los curanderos expresan de la siguiente forma:

...¿por qué los médicos tradicionales necesitamos hoy ser reconocidos? ¿No acaso hemos dicho que gozamos del reconocimiento de nuestras comunidades y nuestra gente? [] El conocimiento médico científico de las universidades y el sistema nacional de salud han venido a desprestigiar nuestras prácticas, lo

² En el tercer capítulo se aclaró que abordar la medicina indígena como una tradición médica no implica concebirla como una tradición homogénea en su interior, sino como expresión de la diversidad de formas en las que los distintos grupos étnicos conforman, practican y sistematizan sus representaciones, conocimientos y prácticas médicas.

que ha provocado que la planificación y el desarrollo se lleven a cabo en función de la medicina oficial, ignorando, desplazando o marginando a la medicina tradicional y a la medicina doméstica (Documento de Pátzcuaro, 1990, p. 25).

Veamos como ha sido el reconocimiento inter-tradicional desde el estado, mediado por la tradición biomédica. Podemos adelantar que hasta el momento el reconocimiento que el estado y las instituciones le han otorgado a la tradición médica indígena fundado en la verificación de la eficacia médica. Para determinar lo que es reconocido y por lo tanto lo que entra al ámbito de la legalidad y de la práctica institucionalizada de la medicina, lo que es difundido e incluso apoyado para su innovación.

Reconocimiento inter-tradicional

Reconocimiento estatal de los conocimientos médicos tradicionales

Históricamente la cuestión del reconocimiento se ha visto como el problema de incorporar a la tradición médica científica (o biomedicina) aquellos conocimientos médicos indígenas cuya veracidad y funcionalidad se corroboren con los métodos establecidos desde la concepción moderna de racionalidad. Así lo demuestran los estudios historiográficos de la tradición médica indígena realizados a principios del siglo XX cuyo objetivo era destacar los pasos dados hacia la obtención de conocimiento basado en hechos positivos, enfocados así únicamente a buscar su estructura y otros rasgos que permitan considerar su conocimiento como científico y racional (Matute, 1999: 17-21).

Guiados con este objetivo, de toda la información existente valoran sólo lo científico y racional, así los logros de la medicina prehispánica indígena (como sus clasificaciones botánicas y zoológicas) son destacados como prefiguraciones o “chispazos” de un pensamiento científico que en realidad nada tenían que ver con esta medicina (Viesca, 1992: 115). Se distorsiona la realidad histórica y cultural de la medicina de las etnias indígenas pues omiten de esta narración historiográfica cualquier

especulación o expresión de creencias y teorías acerca de la enfermedad propias de la tradición cultural indígena, relegándolas a supersticiones y falsas creencias.

Reconocimiento de las plantas medicinales

De todos los elementos bioculturales que conforman la tradición médica indígena el referente a las plantas medicinales ha atraído, desde la conquista, la atención de la tradición biomédica occidental, pues es justo el conocimiento tradicional cuyo funcionamiento y eficacia terapéutica puede ser corroborada mediante los métodos de comprobación y justificación científica. Desde finales del siglo XIX se han creado instituciones encargadas de este tipo de reconocimiento y a la sistematización de los recursos terapéuticos de la tradición médica indígena.

Para estos fines en 1888 se conformó el Instituto Médico Nacional enfocado a estudiar la flora medicinal mexicana para incorporarla a la terapéutica nacional. Aunque los trabajos y el esfuerzo no fructificaron, podemos tomarlo como un indicador de la noción que se tenía a finales del siglo XIX sobre la problemática de la tradición médica indígena y los mecanismos que se implementaron para su consecución.

En 1975 se construyó el Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales (IMEPLAN), desde la segunda mitad del siglo XX se han incrementado los estudios dedicados a comprobar científicamente las propiedades terapéuticas y eficacia de las plantas medicinales que los médicos tradicionales, desde tiempos prehispánicos, habían descubierto a partir de sus experiencias y en el contacto con la naturaleza. Así por medio del análisis químico de los componentes de las plantas se corroboraron las propiedades curativas asociadas a las plantas medicinales conocidas por los aztecas (Ortiz de Montellano, 1975).

Otros se han dedicado a aislar la sustancia activa de las plantas usadas para tratar enfermedades que se han convertido en un problema de salud pública en nuestro país como la diabetes, el cáncer y recientemente la obesidad. En este tono se encuentran los trabajos de Maximino Martínez (2005) y Waizel (1979). Algunos médicos dedicados a este arduo trabajo han tenido a bien reconocer que la medicina moderna no ha

aumentado en mucho los conocimientos y descubrimientos que los indígenas hicieron siglos atrás antes de la conquista.

Además las plantas medicinales son el elemento terapéutico que representa un valor económico considerable, motivo por el cual la ciencia y la industria farmacéutica han volcado su interés y destinado muchos recursos a la investigación de este patrimonio biocultural, para aislar el principio activo y generar nuevos medicamentos. En consecuencia el conocimiento de las plantas medicinales, socialmente generado por las etnias indígenas, lo mismo que sus recursos naturales (*Cfr.* Argueta, 1991: 13-46), se han incorporado a la lógica del capital eliminando de ellos toda significación histórico-cultural, y sin que las etnias indígenas reciban algún beneficio o reconocimiento.

La validación de las propiedades atribuidas a las plantas por los médicos indígena, se ha realizado tomando como criterio de evaluación le concepto de eficacia y mediante pruebas de toxicidad. El resultado de esta forma de proceder ha sido la incorporación de manera descontextualizada de las plantas medicinales cuyos usos han demostrado ser eficaces, mientras que aquellas plantas y formas de uso que resultaron perjudiciales para la salud se han implementado mecanismos para erradicarlas o prohibirlas.

En este contexto la Secretaría de Salud a finales de 1999 prohibió por decretó el uso de más de cincuentas plantas medicinales para la elaboración de tés o infusiones, que por sus cualidades, fueran consideradas tóxicas o su consumo representara un peligro para la salud. Tal decreto se realizó en el marco de la reforma del Sector Salud realizada en el periodo 1995-2000, y se adoptó como medida para proteger la salud de la población y garantizar que se les ofrezca productos seguros y efectivos, vigilando la condición y calidad, mediante pruebas de toxicidad y eficacia, de los productos elaborados a base de plantas medicinales.³

³ A continuación de mencionan las plantas que por las pruebas de toxicidad la Secretaría de Salud prohibió su uso. Acacia, Acónito, Cálamo, Castaño de Indias, Cañaño de Canadá, Apocino Árnica, Ajenjo común, Ajenjo mayor, *Artemisia cina*, Ajenjo marino, Artemisa Belladona, Agracejo, Nueza, Alcanfor, Colquico, Cicuta, Convalaria, Lirio de los Valles, Croton, Retama negra, Celidonia, Epazote, Matricaria, Amarganza, Botón de plata, Laureol, Mezereon, Torvisco, Estramonio, Higuera loca, Toloache, Haba tonga, Sarrapia, Cumerona, Evónimo, Evónimo europeo, Caracias, Tartago, Jalapa, Madreselva, Corteza de yohimbe, Poleo Americano, Hedeoma, Heliotropo, Verrucaria, Beleño negro, Hiperico, Anís estrella, Gloria de la

Reconocimiento de los terapeutas tradicionales

Otros de los elementos de la tradición médica indígena sometidos a reconocimiento han sido sus terapeutas: curanderos y parteras. El conocimiento de las parteras es adquirido mediante aprendizaje por familiaridad, cuentan con el respeto de la comunidad compartiendo con ella su cosmovisión del mundo. La función de las parteras a lo largo del embarazo y durante el parto es muy similar a la realizada por los médicos alópatas: identificación de signos y síntomas. En el caso de las parteras, como en el de los curanderos, el reconocimiento ha consistido en su capacitación mediante la enseñanza de aquellos conocimientos, que la institución médica considera los mínimos necesarios, que deben tener para brindar los servicios de atención médica. A las parteras se les capacita en atención higiénica del parto y detección oportuna de complicaciones (Jardón, 2004: 191).

A los curanderos se les capacita en materia de fomento a la salud, en primeros auxilios y en atención médica simplificada. En ambos casos el reconocimiento es al terapeuta (médico o partera) individual y no a grupos ni organizaciones médicas (Page Pliego, 2005:87), e implica la expedición de un título que los autoriza a prestar sus servicios como terapeutas. En el caso de las parteras es un oficio emitido anualmente, que en lugares como en Hidalgo lo emite el presidente municipal (Módena, 1990: 170-180).

Al igual que lo sucedido con el conocimiento de las plantas medicinales, el reconocimiento de las parteras ha consistido en integrar aquellos conocimientos y prácticas que resultan ser eficaces terapéuticamente; mientras que aquellos que, bajo los criterios de evaluación científica, son considerados ineficaces o perjudiciales para la salud no son contemplados como conocimiento legítimo y se busca erradicarlos e incluso prohibirlos, como el uso de ciertas plantas medicinales mencionadas

mañana, Sabina, Cinco negritos, Uña de gato, Alantana, Gobernadora, Lobelia, Mandrágora, Poleo, Narciso, Muérdago Americano, Haba de calabar, Nuez de eseré, Hierba carmín, Podófilo, Sarna de perro, Ricino, Sanguinaria del Canadá, Retama de escobas, Sasafrás, Senecio dorado, Hierba de Santiago, Dulcamara, Baill, Kombé, Estrofantó, Nuez vómica, Lepech, Consuelda, Nym, Tanaceto, Tuya, Árbol de la vida, Farfara, Eléboro blanco, Vincapervinaca, Vinca, Muérdago, Mistlatos, y Orovale. Durante el embarazo se prohibió el consumo de tés e infusiones elaborados con Gayuba, Caulófilo, Cimicífuga, raíz de culebra negra, Raíz de Canadá, Hierba dulce, Zoapatle, Perejil, Ruda, y Salvia.

anteriormente o el masaje terapéutico denominado “sobada”. En el próximo capítulo abordare a mayor detalle esta práctica terapéutica, baste aquí con mencionar que es un masaje que las parteras realizan a la futura madre para colocar al niño en la posición correcta para su alumbramiento. Para los médicos alópatas la sobada resulta muy riesgosa pues consideran que el movimiento del niño en el interior del útero puede ocasionar que el cordón umbilical se enrolle en su cuello, por ello los médicos alópatas persuaden a las parteras para que dejen de realizar la sobada.

Es importante mencionar al menos tres aspectos de las formas de reconocimiento empleadas hasta el momento:

- 1) No es un reconocimiento mutuo entre las dos tradiciones médicas, sino un reconocimiento de la tradición biomédica hacia ciertos elementos de la tradición médica indígena que son seleccionados, evaluados y resignificados de acuerdo con los criterios de validación epistémica de la biomedicina.
- 2) No se basa en los principios de equidad epistémica, finitud o incompletitud ni en el de apertura. No se basan en una comprensión de la tradición médica indígena (de sus conocimientos y prácticas) ni del proceso salud-enfermedad los cuales han sido aislados de todo su contexto cultural.
- 3) Hasta el momento el reconocimiento de los saberes médicos indígenas se ha enfocado únicamente a los saberes empíricos, considerados como saberes técnicos, que podemos decir tienen menos contenido simbólico como el de las plantas medicinales y el de las parteras.
- 4) Se ha traducido en formas de controlar y regular la práctica médica indígena, mediante la incorporación de los curanderos y parteras a la estructura del sistema hegemónico de salud. En estados como Chiapas el control sobre los médicos indígenas y sus prácticas existe formalmente en el “Capítulo IV de la Ley de Salud del Estado” (Page, 1995: 205).
- 5) No han modificado sustancialmente las relaciones asimétricas de dominio y hegemonía entre las tradiciones médicas. Tampoco ha modificado la actitud prejuiciosa que se tiene en general de la medicina indígena pues aún la conciben como reminiscencia de un pasado mágico-religioso, la asocian con

el atraso y pobreza de las étnicas indígenas, condiciones que es necesario superar.

Esta ha sido, al menos, la experiencia obtenida del funcionamiento de los hospitales mixtos, fundados por el Instituto Nacional Indigenista (INI) con el objetivo de promover el trabajo conjunto de médicos alópatas y médicos indígenas en la atención a la enfermedad en estados con alta concentración de población indígena como Oaxaca, Chiapas, Puebla, Chihuahua. En 1990 se construyó en Cuetzalan del Progreso en la Sierra Norte de Puebla el primer hospital mixto donde la atención médica la brindaban conjuntamente médicos tradicionales y médicos alópatas.

Tras su reconocimiento (más bien capacitación) los médicos indígenas son anexados al esquema jerárquico de la organización biomédica como auxiliares de salud. El hospital mixto reproduce, de esta forma, lo que a nivel social viven los indígenas con su cultura: los médicos tradicionales no son reconocidos por los médicos alópatas ni por las instituciones estatales y académicas pertinentes, *como portadores de conocimientos médicos válidos y legítimos*. No son reconocidos como iguales por lo médicos alópatas aunque en algunos casos la función que desempeñan y los conocimientos necesarios para realizarla puedan ser similares. Tal es el caso de las parteras cuya función a lo largo del embarazo y durante el parto es muy similar a la realizada por lo médicos alópatas: identificación de signos y síntomas (Módena, 1990: 170-180).

Por otra parte el reconocimiento no ha tocado otro de los temas fundamentales en la problemática de la medicina indígena: el de su legalización (*Cfr.* Campos, 2006), que permita cambiar la situación actual de estos terapeutas, la cual es definida por ellos mismos bajo los siguientes términos:

- 1) Falta de reconocimiento institucional. Siguen siendo perseguidos por el desconocimiento entre la población no indígena del trabajo del médico tradicional y sobre todo de los elementos que lo distingue de los brujos y charlatanes.
- 2) No cuentan con apoyo para la difusión de su práctica y conocimientos, ni para la creación y mantenimiento de jardines botánicos de plantas medicinales

- 3) Viven en un constante proceso de desautorización y descrédito por parte de los médicos alópatas. (Declaración Médicos tradicionales, 1991: 53-54)

La falta de reconocimiento o el mal reconocimiento tiene implicaciones epistémicas, sociales y políticas. Dentro de estas últimas cabe mencionar la planificación y desarrollo de las prácticas de atención a la salud en función exclusivamente de la medicina oficial excluyendo los conocimientos, prácticas y creencias de la medicina indígena.

Los criterios que ha tenido mayor influencia en el reconocimiento que desde la tradición biomédica se realiza sobre la medicina indígena son políticos y económicos por lo cual nos se ha modificado en esencia la situación de asimetría epistémica, política y social en la que se encuentran el conocimiento medico indígenas y sus practicantes. Un ejemplo de lo anterior es el proceso de reconocimiento que han pasado las parteras que veremos con más profundidad en el siguiente capítulo.

El tema del reconocimiento no es el único aspecto de la problemática de la medicina indígena que ha estado dominado por la imposición de los criterios de la concepción moderna de racionalidad científica. Lo mismo ha sucedido con el tema de su protección. Tabón Franco (2007) señala algunas de las consecuencias que en este ámbito ha tenido la imposición de las categorías de la racionalidad occidental moderna. La protección de los conocimientos tradicionales se ha planteado mediante la forma de propiedad intelectual. La cual es una categoría jurídica occidental que supone una lógica, normas y valores distintos a los sostenidos por las etnias indígenas, como la noción individual, la propiedad privada o la existencia de límites temporales de protección. Por tanto, esta categoría no da cuenta de los procesos concretos de construcción de conocimiento inmersos en las etnias indígenas y que contemplan una racionalidad opuesta a toda concepción individualista de propiedad, en la cual el conocimiento más que propiedad privada es colectiva.

En tanto que el reconocimiento de la medicina indígena siga sujeto a la concepción moderna de la racionalidad científica y sus procedimientos de validación, y enfocado a la incorporación del personal médico indígena al sistema hegemónico de

salud, todo intento de establecer relaciones interculturales no hará más que reproducir su condición de subordinación y la supremacía epistémica del conocimiento científico-tecnológico sobre los conocimientos médicos indígenas. Un genuino reconocimiento debe modificar el estatus epistémico, académico, jurídico y legal y debe fundarse sobre criterios surgidos de la comprensión *de la tradición médica indígena, de la comprensión de sus estatutos epistémicos* y no sobre la imposición de los criterios de la racionalidad científica.

A partir de las experiencias en el reconocimiento podemos decir que:

1. La concepción, objetivos y estrategias de reconocimiento por parte del estado hacia la tradición médica indígena no distan mucho de las estrategias de regulación a la que esta tradición médica fue sometida durante el periodo de la colonia. Periodo en el cual se establecieron las normas para controlar el uso de ciertas plantas medicinales y de ciertos procesos terapéuticos, así como los requisitos y condiciones para ejercer la práctica médica y los conocimientos permitidos. El resultado ha sido la institucionalización de varios obstáculos para el reconocimiento de los conocimientos y práctica médica indígena, en condiciones de equidad epistémica y respeto mutuo, derivando en su integración subordinada a la tradición biomédica hegemónica.
2. Las decisiones en torno a quién debe otorgar el reconocimiento, qué se debe reconocer, cómo y en que circunstancias hacerlo, no contemplan el conocimiento ni comprensión de la tradición médica indígena.
3. Es necesario una nueva perspectiva del reconocimiento así como de las estrategias empleadas para ello, que permitan la valoración de la tradición médica indígena sin subordinación, permitiendo el desarrollo de sus capacidades y habilidades cognitivas y terapéuticas sobre el conocimiento, clasificación y uso de plantas medicinales al igual que de sus otros recursos naturales.
4. Han predominado los criterios de validación científica que asume a la eficacia como el criterio más importante, en especial la concepción biomédica de la misma.

5. Bajo esta concepción de eficacia la evaluación de los conocimientos médicos indígenas, que implican una gama de elementos simbólicos como rezos, danzas, cantos y amuletos, ha consistido en demostrar que tales elementos tienen la propiedad o cumplen con el objetivo terapéutico indicado.

La eficacia como criterio de validación epistémica

Como se mencionó en la sección anterior, el reconocimiento de gran parte de los conocimientos médicos indígenas, particularmente el uso de plantas medicinales, ha estado sujeta a criterios de validación científica dominando el concepto de eficacia, en especial la concepción científica de la misma. Usar el concepto de eficacia como criterio para evaluar los conocimientos médicos indígenas ha consistido en demostrar que tales elementos tienen la propiedad o cumplen con el objetivo terapéutico.

Sin embargo existen varias consideraciones epistémicas y metodológicas, así como axiológicas que imposibilitan la determinación de la eficacia de manera independiente de los intereses, valores, experiencias y conocimientos de los grupos sociales (indígenas y no indígenas) involucrados.

En los apartados siguientes pretendo ejemplificar estas dificultades encontradas en la conceptualización de la eficacia y esbozar algunas reflexiones sobre la pertinencia e implicaciones de su uso como criterio de validación epistémica. Tomaré como punto de partida el análisis de Olivé (2000) sobre la evaluación de sistemas técnicos a partir de la eficiencia y eficacia. Posteriormente expondré la problemática que se plantea en la evaluación de la eficacia de la medicina indígena.

Evaluación de sistemas tecnológicos

El impacto que un sistema tecnológico tiene sobre la sociedad, la cultura y el medio ambiente se evalúa, desde una perspectiva interna al propio sistema tecnológico, a partir de los conceptos de eficiencia, eficacia, factibilidad y fiabilidad.

Olivé (2000), siguiendo a Miguel Ángel Quintanilla (2005), define la eficiencia

como la coincidencia entre los objetivos del sistema tecnológico y los resultados – deseados o no– que se obtienen con su aplicación. La eficacia se refiere al grado en que los objetivos propuestos están incluidos en los resultados obtenidos. Un sistema técnico será más eficaz que otro sí cumple con todos los objetivos propuestos y será más eficiente que otro sí, además de ser eficaz, su aplicación no conduce a resultados indeseados o tienen menos resultados indeseados. La eficiencia y la eficacia son criterios de evaluación cuya determinación está en función los objetivos del sistema y de los resultados obtenidos, por lo que la posibilidad de evaluar a un sistema tecnológico esta a su vez en función de la posibilidad de determinar objetivamente tres aspectos: los fines u objetivos de los agentes intencionales y la totalidad de resultados de la aplicación del sistema en un contexto determinado.

Siguiendo con Olivé, las metas del sistema pueden determinarse de manera objetiva, por ejemplo, revisando los documentos de quienes diseñaron el sistema, pero no los resultados derivados de su aplicación. El problema radica en que no es fácil determinar cuáles son los efectos producidos que deben considerarse como un resultado de la aplicación del sistema, pertinente para evaluar su eficiencia. Delimitar el universo de los resultados no depende únicamente de las metas, creencias y motivos de los sujetos que diseñaron y operan tal sistema; depende además de los criterios, conocimientos, conceptos e intereses de los sujetos que evalúan el sistema en cuestión.

Ante esta diversidad de elementos implicados es evidente que existe más de una forma válida en la que se puede establecer el o los criterios para determinar los efectos a considerarse como resultados de la aplicación del sistema y por consiguiente su eficiencia. Por otra parte determinar la eficiencia del sistema requiere de conocer la totalidad de sus resultados, lo cual implica además considerar el contexto social y cultural de su aplicación. Una forma de contender con este problema es establecer ciertos criterios que permitan, si bien no determinar la totalidad de los resultados, si elegir aquellos considerados como resultados pertinentes para evaluar la eficiencia. Pero la selección de tales criterios de elección depende también de los intereses y diferentes puntos de vista (Olivé, 2000: 103).

Dicho lo anterior es claro que la eficiencia de un sistema tecnológico se modifica

de acuerdo con quien la determina y de los recursos y elementos disponibles para determinar, si no la totalidad, al menos si, los resultados relevantes. Ante lo cual concluye que la eficiencia no es una propiedad intrínseca y absolutamente objetiva de los sistemas técnicos, ésta depende de criterios que no son independientes de los recursos, intereses, valores y conocimientos, etc., de los agentes que llevan a cabo la evaluación.

Si bien, el análisis de Olivé se centra en el concepto de eficiencia, podemos extrapolar las conclusiones anteriores al concepto de eficacia, en cuanto que también es definida en función de la coincidencia entre los objetivos propuestos y los resultados obtenidos. De nuevo es necesario conocer la totalidad de resultados para determinar la eficacia del sistema, por lo que ésta también es relativa a los criterios empleados para los resultados. Cabe señalar además que otro problema es el tiempo en el cual se pueden manifestar los resultados.

A pesar de las dificultades que surgen de tomar la eficiencia y la eficacia como criterios de evaluación, la eficiencia, al considerar no sólo el grado de coincidencia entre objetivos planteados y resultados obtenidos –eficacia– es decir elementos internos al sistema, sino que además considera que no se obtengan resultados no deseado es decir la evaluación de un sistema tecnológico implica además, elementos externos al sistema, como el elementos propios del contexto de aplicación, estos son elementos culturales, sociales e históricos. Mientras que la eficacia únicamente evalúa aspectos internos del sistema. La eficiencia representa un criterio de evaluación más completo que el de eficacia, pues además de tomar en cuenta que los resultados obtenidos sean los propuestos en los objetivos considera que la aplicación del sistema tecnológico en cuestión no tenga resultados inesperados. Sin embargo el criterio al que se ha recurrido es el eficacia más no el de eficiencia.

La problemática anterior es aplicable a los sistemas médicos en tanto que éstos también son sistemas técnicos.

Eficacia como criterio de evaluación de los sistemas médicos

En el ámbito de la salud los sistemas médicos son evaluados tomando como criterio la eficacia, entendida como el grado de realización dentro de los resultados obtenidos, de los objetivos propuestos.

Como ocurre en los sistemas tecnológicos, evaluar un sistema médico requiere delimitar los efectos que se esperan obtener tras la acción del sistema médico que se está evaluando, delimitación que depende de una serie de consideraciones epistémicas, metodológicas y axiológicas. La misma situación se presenta cuando se trata de demarcar los objetivos del sistema médico.

Podemos decir que el objetivo central de todo sistema médico es aliviar la enfermedad y restaurar la salud mediante la aplicación de sus recursos terapéuticos que abarcan desde los conocimientos, las técnicas de diagnóstico hasta los medicamentos empleados y otros recursos como las intervenciones quirúrgicas. El problema radica en que la enfermedad y la salud son conceptos cuyo significado puede diferir entre los distintos sistemas médicos, de hecho difieren entre la tradición biomédica y la tradición médica indígena. Los dos conceptos se analizaron en el capítulo dos y tres respectivamente, en los cuales se argumentó la estrecha relación entre la concepción de salud y enfermedad, así como la terapéutica, con la concepción del mundo que fundamenta a cada tradición médica.

En este sentido, evaluar la eficacia de un sistema o tradición médica depende de factores intrínsecos al sistema médico, es decir, de la delimitación de sus objetivos en función de las concepciones de salud y enfermedad, pero también depende de factores extrínsecos, es decir, depende de quién realiza la evaluación, con qué objetivo y bajo qué criterios. A continuación abordaré los determinantes intrínsecos de la evaluación.

Determinantes intrínsecos de la evaluación

La evaluación de la eficacia depende, además de lo ya mencionado, de otras consideraciones epistemológicas y metodológicas que hasta hace poco fueron consideradas en las reflexiones teóricas de la biomedicina.

Waldram (2000) señala algunas consideraciones epistémicas que son fundamentales en toda evaluación, a saber, las distinciones conceptuales entre enfermedad (disease) y padecer (illness); entre curar (curing) y sanar (healing). Respecto a las consideraciones metodológicas es necesario determinar el de la curación o de la sanación cuando se lleva a cabo la evaluación y de quién es el paciente objeto de curación o sanación (el individuo o la comunidad).

Distinción entre enfermedad (disease) y padecer (illness)

La distinción entre enfermedad y padecer fue el resultado de la crítica antropológica hacia la concepción reduccionista de la enfermedad sostenida por la tradición biomédica y que evidencia el agotamiento e insuficiencia de sus planteamientos teóricos, metodológicos y epistémicos, para dar cuenta de la diversidad de elementos involucrados en la producción del conocimiento y experiencias del proceso salud-enfermedad.

El padecer es un cambio epistemológico sobre la concepción de la enfermedad que también influyó en la evaluación o determinación de la racionalidad de los sistemas médicos. En cuanto al primer aspecto el conocimiento y representaciones de la enfermedad se basaban en una epistemología tradicional que considera como datos relevantes únicamente la información biológica obtenida durante el diagnóstico y los análisis clínicos. El padecer al poner énfasis en las dimensiones sociales y culturales de la construcción de la enfermedad y su comprensión, estableció las condiciones para una epistemología hermenéutica que considere como relevantes, además de los datos biológicos, las representaciones y experiencias de vida que el paciente tiene sobre la enfermedad.

Curar (curing) y sanar (healing)

Respecto a la distinción entre curar y sanar, la primera implica reparar el daño fisiológico, mientras que sanar implica restaurar el desequilibrio afectivo, espiritual e incluso social de la enfermedad. Lo anterior tiene relevancia si partimos del hecho de que a pesar del proceso de sensibilización que ocurrió al interior de la tradición

biomédica sobre la importancia de concebir la enfermedad como un padecer –y de las repercusiones epistémicas y evaluativas que ello puede tener–, en la práctica, su objetivo sigue siendo curar la enfermedad, es decir, aliviar sus síntomas y el dolor físico.

Por su parte los médicos indígenas además de procurar la curación también buscan la sanación de sus pacientes. La sanación es un proceso en el que los médicos indígenas –o curanderos– trabajan junto con el paciente varios aspectos emocionales y psicológicos que involucran la vida personal, familiar y social del paciente, tratándose de un proceso que puede tomar bastante tiempo para alcanzar su objetivo, que es la salud del ser humano.

El proceso de sanación es un proceso que involucra un sin número de etapas a través de las cuales pueden variar las determinaciones de la eficacia y los criterios empleados e incluso puede cambiar la definición misma de eficacia. En este sentido Waldram plantea una serie de problemáticas metodológicas relacionadas las siguientes interrogantes: ¿Cómo determinar el tiempo apropiado para medir el éxito o fracaso de una práctica curativa? ¿En qué momento se puede establecer que el paciente se ha librado de la enfermedad (que ha sido curado) o ha logrado un equilibrio social, biológico y la armonía (es decir, que ha sido sanado)? ¿Cómo determinar el momento preciso en el que la eficacia puede determinarse, es decir, puede ser evaluada?

Padecer y sanar en la tradición médica indígena

El objetivo de la tradición médica indígena tiene menos que ver con curar y más con sanar el padecer, tratando de restablecer el equilibrio biológico, social, emocional, psicológico y espiritual en el sujeto.

En la tradición médica indígena existe una estrecha relación entre los objetivos planteados con las prácticas terapéuticas y los recursos usados para cumplir el objetivo, relación derivada de la concepción que tienen de la enfermedad, del ser humano y de sus relaciones con su entorno biocultural y social. Por ejemplo los procesos terapéuticos de la tradición médica indígena involucran una variedad de elementos simbólicos como rituales, rezos, cantos y bailes, con lo cuales se busca sanar al paciente, sin que ello

afecte, en ciertos casos, los síntomas de la enfermedad.

En cuanto a los conceptos de enfermedad, los grupos indígenas construyen sus propias categorías para representar y construir sus conceptos sobre el fenómeno salud-enfermedad, categorías que no están intrínsecamente ni necesariamente relacionadas a los sentidos biomédicos y dualistas del proceso salud-enfermedad. Veamos un caso particular.

Para algunos curanderos el cáncer es un padecimiento causado por la acción de elementos míticos y sobrenaturales manifestados, por ejemplo, en un trueno. En una entrevista a una curandera perteneciente a la comunidad del Ajusco, en el Distrito Federal, se obtuvo la siguiente información en relación a cómo conciben y por consiguiente cómo establecen el procedimiento terapéutico adecuado para tratar el cáncer.

El cáncer es una enfermedad de la mente por lo que se tiene que pensar “yo creo que me va curar”. El cáncer lo vemos en el fuego de la persona. Un día llegó una persona con cáncer muy avanzado, yo lo vi por el fuego pero no le dije nada, yo sabía que se iba a morir, soló le hice una ofrenda, preparé a la persona para el desenlace, para la muerte. Para recibir el perdón, es necesario cambiar la forma de ser de la persona, su forma de pensar, de actuar, su carácter. Las emociones repercuten en la enfermedad y hay que ayudarlos a equilibrarlos. Durante el diagnóstico de la enfermedad veo la posibilidad que hay de equilibrar la energía del enfermo.

¿Cómo se puede evaluar estos procedimientos terapéuticos en términos de su eficacia? ¿Qué elementos intervienen y quienes la determinan? El curandero formulará sus juicios en torno a la eficacia del procedimiento terapéutico, lo mismo el paciente e incluso la comunidad. Cada uno de ellos realizará su propio juicio evaluativo poniendo en juego una serie de elementos, criterios y expectativas de los resultados esperados según su concepción de la enfermedad y de la sanación, además de sus experiencias ante el dolor y el sufrimiento de la enfermedad y de otros conocimientos, valores y

motivaciones.

Al preguntarnos por los criterios utilizados para la evaluación por cada uno de los involucrados –paciente, el médico o curandero, la comunidad, e incluso el médico alópata– veríamos que cada uno recurre a una forma distinta para determinar la eficacia, algunos recurrirían a criterios empíricos, otros sólo a aspectos simbólicos, pero también a la evidencia científica. Podemos llamar al primer caso eficacia empírica, al segundo eficacia simbólica y a la última eficacia científica.

En este escenario surgen otras interrogantes más ¿cómo determinar la eficacia del procedimiento médico adoptado cuando el paciente, el curandero, el médico alópata, e incluso la comunidad, formulan cada uno su evaluación a partir de las consideraciones arriba mencionadas? ¿Quién de ellos determina la eficacia?

Determinantes extrínsecas de la evaluación

La pregunta ¿quién determina la eficacia? tiene varias respuestas, unas ponen más énfasis en la concepción del médico –perspectiva objetivista– y otras en el paciente –perspectiva subjetivista–. Dentro de la primera la eficacia se determina de manera cuantitativa mediante datos que el médico recaba en la interrogación del paciente y que le indiquen un cambio positivo cuantificable en la condición del paciente.

La otra forma de considerar la eficacia es mediante cambios cualitativos (y positivos) en la condición del paciente, los cuales se determinan a partir de aseveraciones que el paciente emite. Estos cambios no son solamente físicos, sino que implican cambios en la forma de pensar, actuar, sentir que el paciente atribuye fundamentalmente a los aspectos simbólicos del tratamiento, y que no son visibles bajo los estándares de la biomedicina. Cuando la evaluación de la eficacia recae en el paciente, éste hace uso de sus percepciones e interpretaciones para determinar si un proceso de sanación funciona. En este caso será eficiente cuando el proceso de curación o sanación es consistente con sus expectativas desarrolladas en base al conocimiento personal.

Desde la perspectiva subjetiva del paciente hay muy poca variabilidad en la evaluación de la eficacia, es decir: “todo el mundo sana”. Parece que estamos ante un

dilema pues, si se adopta una postura subjetiva de la eficacia (es decir basada en las perspectivas de los pacientes y curanderos) todas las prácticas y curanderos son eficaces y exitosas; mientras que si adoptamos una postura externa, centrada ahora en la relación médico-paciente se tiene el riesgo de evaluar la eficacia a través de categorías propias de la biomedicina.

¿Cómo podemos replantear la concepción de eficacia como criterio de evaluación entre sistemas médicos, que permita superar las posturas implícitas en los planteamientos arriba señalados, es decir, que supere el subjetivismo y relativismo extremo? Posturas que nos llevan a afirmar –para ambas tradiciones médicas– que todos los terapeutas curan o bien, que ninguno lo hace. Algunos autores como Waldram (2000) plantean determinar la eficacia a través de tres estándares:

1) pruebas empíricas sustentadas materialmente y confirmadas por eventos explicables. La eficacia así determinada sería empírica o práctica.

2) pruebas científicas: confirmadas a través de la aplicación de métodos científicos. Este tipo de pruebas son características de la eficacia científica.

3) pruebas simbólicas: clase de eventos y objetos que dan significado a los episodios de la enfermedad y permiten a los sujetos contender con ella y manejarla. Se trata de la eficacia simbólica.

En conjunto estos tres estándares reflejan que la eficacia puede ser vista desde distintas perspectivas y que las pruebas para determinar y definirla cambian según los episodios de la enfermedad y dentro de distintas tradiciones.

La eficacia científica y empírica persistirá según cómo se crea que tales prácticas afectan la enfermedad, mientras que la eficacia simbólica radica en la forma en la que se piensa que tales prácticas afectan a todas las personas que participa en el episodio de la enfermedad.

Regresemos al caso de las curaciones espiritualistas. La eficacia de estos procesos terapéuticos radica en la capacidad del terapeuta para manipular una serie de símbolos que intervienen en la curación o sanación del paciente. Uno de los símbolos más importantes es el acto de identificar y nombrar la fuente del castigo o daño y de ubicar la enfermedad dentro del contexto apropiado (social, económico, cultural,

psicológico). Para el paciente, lo anterior, representa un paso importante para comprender lo que le acontece (y que no es producto del azar o casualidad) y poder “establecer el orden” o desequilibrio alterado (como identificar las causa del padecimiento, ubicándola en el contexto adecuado, dentro del cual la enfermedad adquiere sentido y le permite contender con ella mediante cierto proceso de sanación. Estos mecanismos simbólicos refuerzan la creencia en la práctica curativa y en el terapeuta (Waldram, 2000: 605).

Hay algunas investigaciones que demuestran la importancia de la dimensión simbólica en la determinación de la eficacia de un sistema médico, incluyendo el biomédico, manifestada en la fe que los pacientes depositan en una serie de símbolos (bata blanca, hospital, administración de fármacos etc.) que intervienen en la relación médico paciente, que cumplen la función de reforzar las expectativas de curación del enfermo.

Con los elementos hasta aquí señalados vemos como la eficacia, en tanto criterio de evaluación, es cambiante y dinámico, pues en su determinación intervienen múltiples aspectos. En este sentido la eficacia tiene que entenderse como el resultado de la negociación entre los involucrados en el proceso terapéutico. Es el producto de un entendimiento negociado, aunque no necesariamente compartido, entre los involucrados en el proceso salud-enfermedad, es decir entre los médicos, curanderos, pacientes y la comunidad involucrados en el episodio de curación o sanación.

Hay otro elemento señalado por Waldram a considerar en la evaluación de la eficacia, referente a quién tiene la autoridad epistémica y política para determinar la eficacia, sus criterios y objetivo. En el contexto de la hegemonía biomédica, es esa tradición la que detenta el monopolio para determinar los criterios y condiciones bajo los cuales se determina la eficacia. Aquí se plantea la autoridad de la tradición en términos distintos a los propuestos por Gadamer. Para este autor otorgar autoridad a la tradición no implica obedecerla ciega y acríticamente, implica un acto de conocimiento-reconocimiento y aceptación de los límites de los juicios propios de la tradición.

No reconocer esa autoridad y aceptar los estándares de eficacia propios de la tradición biomédica ha repercutido en el estudio de la eficacia de la tradición médica

indígena. Por una parte no se ha puesto la debida atención al hecho de que la tradición biomédica y la tradición médica indígena constituyen aproximaciones diferentes al proceso salud-enfermedad y de que al hablar de salud, enfermedad y cura se están refiriendo a cosas y procesos muy distintos. En consecuencia, las aproximaciones a la eficacia de la medicina indígena, realizadas a partir de las categorías biomédicas de sanar, curar, enfermedad y padecer asumidos como criterios neutrales, han tenido resultados epistémica y metodológicamente inadecuados.

Con los elementos hasta aquí mencionados podemos afirmar que evaluar la eficacia de una o más tradiciones médicas no puede consistir únicamente en determinar en qué grado el conocimiento junto con los elementos terapéuticos que conforman la tradición médica en cuestión, reducen o eliminan las manifestaciones biológicas de la enfermedad.

La eficacia tiene que contemplar además, una concepción no reduccionista de la enfermedad y en general del proceso salud-enfermedad, es decir, las evaluaciones tienen que contemplar las distintas dimensiones y concepciones de la enfermedad, así como los objetivos de la tradición médica, pues la eficacia variará si se tiene como objetivo curar o sanar la enfermedad o padecer, de lo cual también dependen los resultados que se espera tener y de que no se generen resultados no deseados. En este sentido es más pertinente recurrir a la eficiencia que a la eficacia como criterio de evaluación. En el ámbito de la salud, un criterio importante que debe ser considerado en las evaluaciones de un sistema médico es que éste además de cumplir con sus objetivos planteados –curar o sanar al paciente – es deseable que lo anterior ocurra sin generar los llamados efectos secundarios o los efectos no deseados.

Vemos cómo evaluar una o más tradiciones médicas usando como criterio el concepto de eficacia presenta importantes dificultades que no han sido consideradas cuando se ha evaluado la eficacia terapéutica de los conocimientos, de las prácticas y de los recursos empleados tanto materiales, por ejemplo las plantas medicinales, como simbólicos, por ejemplo los rezos, rituales, ofrendas, entre otros. Todo lo cual ha obstaculizado la comprensión de la racionalidad de las tradiciones médicas distintas a la biomedicina.

Criterios alternativos de validación epistémica

La cuestión a la que ahora nos enfrentamos es la siguiente: ¿Cómo generar mecanismos de validación epistémica que permitan un genuino reconocimiento y el establecimiento de relaciones inter-tradicionales (interculturales) en condiciones de simetría en el ámbito médico?

El reconocimiento genuino implica ganar espacios de poder y decisión, en varias dimensiones: político, jurídico y epistémico, permitiendo el tránsito de una cultura enajenada e impuesta, a una cultura propia (autónoma, apropiada) (Bonfil, 1991). Lo cual implica dotar a las etnias indígenas con los elementos adecuados para que puedan decidir sobre la producción, uso y reproducción de sus elementos culturales. La constelación de criterios requeridos por esta concepción de reconocimiento tiene que fundamentarse en una postura pluralista. A lo largo del capítulo se han dado argumentos en apoyo a esta tesis pluralista, la cual es pertinente abordar en este momento.

El pluralismo e inconmensurabilidad

La diversidad cultural ha puesto de manifiesto que existe una pluralidad de formas en las que los seres humanos históricos y concretos se relacionan entre sí y con la naturaleza, de ser y estar en el mundo y de percibirlo, por lo que plantea la necesidad de reconocer una pluralidad de racionalidades culturales inconmensurables (Olivé, 2004).

Kuhn plantea la noción de inconmensurabilidad⁴ para dar cuenta de cómo se da históricamente el cambio y desarrollo científico, sin embargo, sus implicaciones ontológicas⁵ trascienden el ámbito científico abarcando la totalidad del conocimiento y praxis humana. La tesis de la inconmensurabilidad con su relativismo epistémico nos permite afirmar la existencia de una pluralidad de mundos de hecho.

La idea central que hay detrás de la noción de inconmensurabilidad, es que no hay una forma única de conocer el mundo, ni de organizar conceptualmente lo

⁴ El concepto de inconmensurabilidad se abordó en el capítulo I, aquí lo abordaré en relación a sus implicaciones para la diversidad cultural.

⁵ Las implicaciones ontológicas son el problema del realismo, la noción de verdad y de racionalidad. Cfr: Ana Rosa Pérez Ransanz, *Kuhn y el cambio científico*, FEC, México, 2000.

percibido en la experiencia. Por lo que los conceptos, taxonomías y sistemas clasificatorios, de un paradigma o de la medicina indígena tradicional, dependen tanto de un contexto histórico cultural, incluso de los valores y la pertenencia a una tradición y cosmovisión del mundo, como de una perspectiva teórica.

La diversidad cultural implica el carácter inconmensurable de los sistemas culturales, dado que los grupos pertenecientes a una cultura pueden vivir en mundos diferentes de hecho, y pueden no compartir criterios epistémicos y de selección. La inconmensurabilidad impide la reducción de los diversos mundos en uno sólo. Estos aspectos evidentemente pueden interferir en la comunicación y en el proceso de un diálogo intercultural.

Cada grupo cultural tiene un conjunto de elementos cognitivos, epistémicos y normativos contenidos en su visión del mundo, llamados también marcos conceptuales, que les permiten estructurar y jerarquizar su realidad de forma determinada y afirmar o negar la existencia de ciertos hechos. Es decir, construyen y representan al mundo de distintas maneras de acuerdo con su marco conceptual por lo que puede haber tantas representaciones como marcos conceptuales (Olivé, 1999b:121). En consecuencia no existe una única representación o descripción completa y verdadera del mundo ni tampoco una única forma de comprender e interactuar con la realidad sociocultural a la cual deban converger los individuos pertenecientes a distintas tradiciones culturales.

Esta consideración permite afirmar que las representaciones y conocimiento realizados y generados por otros grupos culturales, en cuanto grupos epistémicos, sean etnias indígenas o una comunidad de científicos, tienen en principio, el mismo estatus epistémico y pretensión de verdad. Lo cual no significa que sean equivalentes, simplemente se les otorga la misma pretensión de conocimiento racional, verdadero y legítimo del mundo.

Dicho lo anterior, la representación que la ciencia hace de la realidad, y específicamente del proceso salud-enfermedad contenida en la tradición biomédica hegemónica, constituye sólo una posibilidad más no la única. No existen elementos que permitan comparar y establecer cuál de ellas es correcta, verdadera y legítima, pues cada una es el resultado de su desarrollo cultural, material, simbólico y axiológico.

Los marcos conceptuales pueden no tener elementos en común que permitan la traducción completa de uno en términos del otro por lo tanto pueden ser inconmensurables. De acuerdo con Olivé (1999b: 111) la inconmensurabilidad en los sistemas culturales se expresa en las creencias que se pueda tener sobre la realidad, en las normas metodológicas para investigar acerca del mundo, en los criterios para rechazar o aceptar creencias, en las normas y principios morales, y en las cosas que se aceptan como cosas existentes en el mundo. En los sistemas culturales la inconmensurabilidad se torna más compleja pues no se reduce a un problema de traducción semántica o lingüística, sino que implica, como lo afirma Olivé, aspectos epistémicos, normativos, valorativos, éticos y de identidad étnica contenida en una cosmovisión histórica.

La inconmensurabilidad que pueda existir en los aspectos valorativos, normativos y axiológicos se manifiesta en el ámbito político e ideológico como choques entre proyectos civilizatorios (Bonfil, 1990). Así, tradiciones culturales distintas e incluso opuestas a la tradición cultural hegemónica, pueden no compartir una cosmovisión del mundo, valores, una ideología, creencias y criterios que estén fuera de todo cuestionamiento y que permitan comparar y evaluar la legitimidad y adecuación de una práctica y conocimientos culturales.

Ante esta situación no es posible aceptar el criterio de racionalidad científica como el único estatuto epistémico de validación y justificación de la totalidad del conocimiento, saberes, creencias y acciones, así como para determinar lo que constituye una representación y conocimiento genuino, legítimo y verdadero de la realidad. Esta forma de proceder, como hemos visto, ha llevado a la exclusión y eliminación de una amplia gama de conocimientos tradicionales y experiencias humanas generados y transmitidos por mecanismos distintos a los cánones establecidos la concepción moderna de racionalidad.

Si bien, la diversidad cultural niega la existencia de un conjunto de criterios (metodológicos, epistémicos, morales, éticos) universales y absolutos, no lleva a abandonar la posibilidad de tomar acuerdos y generar consensos que permitan establecer relaciones interculturales y transculturales para solucionar el problema de la

diversidad cultural. Esta solución requiere la búsqueda de mecanismos y formas que permitan que los conocimientos tradicionales y la cultura de las etnias indígenas sean reconocidos con legitimidad, pertinencia, coherencia y trascendencia histórica.

Es aquí donde las críticas y reflexiones realizadas desde la propia filosofía de la ciencia, de la hermenéutica y la visión histórico-cultural del marxismo,⁶ tienen una función heurística importante en la comprensión y replanteamiento de la noción de racionalidad y en aclarar su relación inherente con la cultura.

Establecer un diálogo implica establecer un mínimo de acuerdos comunes entre las partes a dialogar. El carácter inconmensurable entre las tradiciones culturales así como las relaciones de dominación ideológica y política que se han dado históricamente entre ellas pueden obstaculizar e incluso impedir el establecimiento de un diálogo racional. En este sentido, el problema planteado por la diversidad cultural y la posibilidad de un diálogo racional implica necesariamente contemplar las relaciones conflictivas interétnicas e interculturales entre el estado-nación y las etnias indígenas. Así como la disposición y acciones políticas para reconocer y modificar sustancialmente la relación de menosprecio y negación que el estado-nacional mexicano ha tenido hacia la diversidad cultural. Se torna necesaria una visión política distinta que asuma a la diversidad cultural no como prácticas y conocimientos irracionales, sino como una manifestación histórico-cultural de racionalidad. Al respecto Clifford Geertz afirma que

necesitamos una nueva variedad de política, una política que no contemple la afirmación étnica, religiosa, lingüística o regional como un resto irracional, arcaico que ha de ser suprimido o trascendido, una locura menospreciada o una oscuridad ignorada, sino que, como cualquier otro problema social, lo vea como una realidad que ha de ser abordada (Geertz, 2002:248).

El pluralismo representa una postura filosófica alternativa que nos da elementos para conceder validez epistémica a una tradición cultural y establecer puntos en común para

⁶ Véase Capítulo II.

un acuerdo que permita una praxis compartida entre dos tradiciones caracterizadas por su inconmensurabilidad,

El pluralismo epistémico

El pluralismo es una postura filosófica que argumenta la existencia de más de una forma legítima de representar, conocer e interactuar con el mundo, dando origen a una pluralidad de mundos.

La propuesta pluralista constituye un punto intermedio entre dos posturas extremas el universalismo absoluto y el relativismo extremo. La primera postura acepta criterios de racionalidad universales y absolutos, en consecuencia una sola y completa representación de la realidad. El relativismo extremo reconoce que existe una pluralidad de racionalidades y representaciones del mundo pero niega, dada la inconmensurabilidad, la posibilidad de establecer acuerdos racionales.

El pluralismo admite el relativismo ontológico y epistémico pero no niega la posibilidad de establecer acuerdos racionales como la base de las relaciones interculturales. Al no aceptar ningún criterio universal el pluralismo permite dar cuenta de la diversidad cultural, pero no conduce a un relativismo extremo el cual imposibilita la crítica y evaluación moral y epistémica.

Al aceptar el relativismo epistémico el pluralismo rechaza la idea de que existe una única representación verdadera y completa de la realidad. Como se mencionó, toda representación o conceptualización del mundo se construye desde un marco conceptual, dado su carácter inconmensurable pueden no existir criterios comunes que permitan decir qué marco conceptual es el que describe al mundo adecuadamente (Olivé, 1999a: 179). Sin embargo, se trata de una inconmensurabilidad parcial por lo que no niega la posibilidad de comprensión y diálogo racional entre dos o más marcos conceptuales.

Los marcos conceptuales son construcciones sociales de los individuos pertenecientes a una comunidad epistémica y consisten en un conjunto de categorías y elementos epistémicos y normativos que permite a la comunidad epistémica formular representaciones del mundo y obtener conocimiento genuino sobre él (Olivé, 1999a, 37-

38). Como construcciones sociales, los marcos conceptuales se transforman como el resultado de las acciones e interacciones de los miembros de una comunidad epistémica entre sí y con otras comunidades epistémica o culturas.

El pluralismo reconoce que los marcos conceptuales son necesarios para construir una representación del mundo, pero no son suficientes para que exista el mundo real. “La realidad impone constreñimientos fuertes sobre los hechos que pueden ser posibles”, de tal manera que no cualquier representación es válida y correcta (Olivé, 1999b: 163). De esta forma el pluralismo evita un relativismo extremo al acotar el papel constructivo de los marcos conceptuales y al reconocer que existe una realidad que es independiente de nuestros marcos conceptuales. Es necesario esclarecer la noción de relativismo que acepta el pluralismo.

El relativismo que acepta el pluralismo no niega la objetividad. Si bien, uno de los principios básicos del pluralismo es el rechazo de todo concepto universalista y absolutista, el pluralismo no niega la posibilidad de acuerdos racionales. En este sentido Olivé (1999a: 43-44) distingue dos nociones de razón: 1) razón como capacidad presente en todo ser humano que le permite producir conocimiento del mundo y realizar acciones e interacciones comunicativas, y 2) razón como justificación de creencias. A esta distinción de razón corresponde también una distinción de racionalidad: 1) como ejercicio de la facultad de razonar y dialogar con base en razones, y 2) racionalidad como la adopción de creencias y acciones con base en buenas razones.

Esta consideración de la razón como capacidad presente en los seres humanos de dialogar mantiene la posibilidad de establecer interacciones comunicativas y acuerdos racionales entre individuos pertenecientes a tradiciones culturales distintas y con marcos conceptuales opuestos.

Los marcos conceptuales en tanto permiten obtener conocimiento del mundo e interactuar con él, deben tener principios y criterios de racionalidad, es decir, normas, que se aplican en el proceso de justificación de una creencia, elección o de alguna acción. Las normas permiten decir si en efecto las razones aludidas para justificar una creencia o acción son buenas razones. En este sentido los criterios de racionalidad, lejos de ser fijos y establecidos de manera a priori, se construyen en el contexto de

interacción dialógica y racional entre los sujetos. Así no hay criterios de racionalidad que trasciendan los marcos conceptuales. Las buenas razones para la justificación de la racionalidad de las creencias, saberes, decisiones y representaciones del mundo son relativas a cada marco conceptual (Olivé, 1999a: 47).

Podemos decir ahora que, es el saber objetivo, el que queda relativizado a las comunidades epistémicas y a sus recursos (creencias, valores, tecnología), es decir, se relativizan las razones que pretenden ser buenas razones para justificar y aceptar una creencia. En este sentido la objetividad se entiende en términos de aceptabilidad racional. Sin embargo, y esto es fundamental, que un conocimiento sea relativo a un marco conceptual no significa que no sea conocimiento genuino del mundo real.

...el mundo que los seres humanos construyen al poner en funcionamiento los recursos conceptuales mediante los que tienen conocimiento es, para ellos, el *mundo real*; y aunque ese mundo real puede incluir objetos que no son reales, no pueden dejar de incluir objetos, hechos y relaciones causales reales... las garantías que dan las razones objetivamente suficientes... son las mejores y las únicas garantías que esa comunidad tiene para considerar que está accediendo a la realidad. Pero esas razones pueden ser criticadas desde otro punto de vista, o desde el mismo esquema conceptual en otro momento [...] ese mundo al que las diferentes comunidades acceden por medio del conocimiento es el mundo real (Olivé, 1999b: 159)

La clave para entender esto –afirma Olivé– es que el hecho de que las comunidades epistémicas construyan los objetos mediante la práctica y los elementos de su marco conceptual, no implica que dejen de ser reales. “Una vez construidos los objetos pertenecen al mundo real” (1999b: 160).

El pluralismo parte de la tesis de que el conocimiento se construye socialmente en función de intereses de los seres humanos por lo que su justificación no puede ser en abstracto, como verificación empírica. Los criterios para la justificación racional del conocimiento socialmente construido son relativos a los recursos con los que cuenta una

comunidad, es decir, constreñidos a su marco conceptual (Olivé, 1999b: 169). Lo cual no anula la posibilidad de que los individuos con marcos conceptuales distintos puedan comprender sus criterios de racionalidad.

Este proceso de comprensión implica un diálogo hermenéutico que se desarrolla como una confrontación, discusión, deliberación, persuasión, exposición y argumentación de las buenas razones aducidas de los criterios de racionalidad, permitiendo establecer acuerdos mínimos sobre las bases y condiciones del diálogo. Es decir, llegar a un acuerdo sobre los criterios de evaluación, las normas epistemológicas y morales, y sobre los hechos que pueden identificar en común.

Por otra parte, la noción de verdad no queda relativizada a un marco conceptual. La postura pluralista no acepta la noción de verdad por correspondencia entre un lenguaje y la realidad conformada por hechos independientes de todo marco conceptual. La verdad se plantea en términos de aceptabilidad racional, de interacciones comunicativas y de adecuación con el mundo. Es decir hay un hecho que hace verdadera a una proposición que enuncia a tal hecho. Dado que cada marco conceptual tiene sus propios criterios de racionalidad, que un hecho sea verdadero y por lo tanto exista, no es independiente de las razones que puedan plantearse desde el marco conceptual. En este sentido el hecho puede ser reconocido por los sujetos que compartan un marco conceptual y tengan acceso a las razones aducidas. Así, los individuos estarán justificados para aceptar racionalmente como verdadero al enunciado (creencia) que habla sobre el hecho en cuestión (Olivé, 1999b: 165).

A diferencia de la objetividad, la verdad de una creencia o proposición no depende de un marco conceptual o de cada contexto, sino que se preserva interesquemáticamente, es decir de un marco conceptual a otro. Dos marcos conceptuales pueden tener suficientes recursos para formular la misma proposición, la cual no puede ser verdadera en un marco conceptual y falsa en el otro.⁷

Si bien, la definición de verdad no es relativa a un contexto, lo que sí depende

⁷ “..si el hecho descrito por «p» es también descrito por otra proposición «q» desde otro marco conceptual, en otro lenguaje, entonces «q» corresponde con el hecho q y, dentro del marco conceptual donde «q» puede formularse, se podrán aducir razones a favor de su aceptabilidad... a favor de que q es un hecho, es decir, que «q» también es verdadera.” (Olivé, 1999b:168)

del contexto son las pruebas y los criterios involucrados en probar o justificar la pretensión de verdad de una proposición. Se trata de una justificación ligada a los recursos materiales, epistémicos, conceptuales e interacciones sociales disponibles para los sujetos de acuerdo con el contexto histórico y cultural (Olivé, 1999b: 167).

Como hemos visto la postura pluralista rechaza la idea de una racionalidad absoluta pero no descarta posibilidad de establecer acuerdos racionales entre miembros de comunidades o tradiciones distintas. Dichos acuerdos deben entenderse como acuerdos parciales que permiten resolver problemas específicos, como el derecho de las etnias indígenas a ejercer su medicina tradicional.

En el contexto de la diversidad cultural más que establecer acuerdos totales es factible y deseable llegar a acuerdos parciales que permitan establecer una base mínima pero común sobre las creencias, intereses, fines, criterios normativos y de racionalidad que permitan, en el marco de relaciones genuinamente interculturales, promover la cooperación e impulse acciones y proyectos en común. Por otra parte estos acuerdos mínimos son posibles sin la necesidad de recurrir a criterios de racionalidad universales y sin la comprensión total entre sistemas culturales distintos. Constituyendo así, una solución factible a los problemas planteados por el carácter inconmensurable de las tradiciones culturales y las dificultades que de ello se desprenden para la realización de un diálogo racional y plural que permita construir nuevas relaciones interculturales.

Algunos de los principios adoptados son:

1) Todo conocimiento forma parte de una tradición que constituye a su vez, una forma particular de concebir el mundo o cosmovisión. De lo anterior se deriva que no existe una forma única de representar el proceso de salud-enfermedad, ni de construir conocimiento en torno a él, al igual que en las estrategias elaboradas para contender con los problemas de salud.

Al estar sustentadas en cosmovisiones distintas, las tradiciones médicas pueden tener elementos comunes o carecer de ellos lo que las hace tradiciones distintas e incluso opuestas. Tal es el caso de la tradición biomédica y de la tradición médica indígena. La tradición biomédica se sustenta en una concepción científica y secular del

mundo, con una forma particular concebir el conocimiento y los mecanismos para conocer el mundo (para conocerlo hay que reducir lo complejo a lo más simple). Esta idea particular de conocimiento conlleva cierta concepción de racional, de criterios de validación. Mientras que la tradición médica indígena se sustenta en una concepción holista, simbólica y religiosa del mundo. Promueve formas de conocimiento holista, basado en la continuidad entre naturaleza, hombre, lo sobrenatural, místico y simbólico. Los criterios de validación, basados en una lógica distinta que algunos autores han denominado lógica mitocéntrica (Brower, 2003).

Siguiendo a Kuhn, que dos tradiciones médicas sean inconmensurables no impide su comprensión. Lograr la inteligibilidad no se requiere de la traducción completa de una tradición en el lenguaje de la otra, tampoco se requiere de eliminar completamente los desacuerdos para llegar a un acuerdo. La cuestión es llegar a la base común que permita el consenso, es decir, elementos compartidos que pueden ser valores, intereses como solucionar un problema de salud concreto.

Es posible superar la inconmensurabilidad entre las tradiciones médicas (la indígena y la biomédica) a través de la búsqueda de nosologías, diagnóstico, tratamientos u otros elementos compatibles y que favorezcan una terapia mixta, así como aquellos que sean incompatibles y que sea puntos que limiten el grado de coordinación, cohesión, integración. Es decir estableciendo puntos de consenso muy amplios y de desacuerdos aceptables para ambas partes. Otra forma de establecer la base común es por consenso resultado del diálogo entre las tradiciones médicas.

2) Cada tradición médica tiene sus criterios de racionalidad, sustentados en su concepción del mundo o marcos conceptuales que les posibilita los elementos necesarios como conceptos, criterios de evaluación, valores para obtener conocimiento de la realidad, así como el desarrollo, evaluación, transformación, innovación del mismo.

3) Ninguna tradición médica tiene la representación absoluta, total o universal del proceso salud-enfermedad. En este sentido, retomando el principio de incompletitud propuesto por De Sousa Santos (2009), son tradiciones de conocimientos y representaciones incompletas, lo cual no implica que sean equivocadas o irracionales.

De acuerdo con De Sousa Santos (2009:115) el principio de incompletitud establece lo siguiente:

Todos los saberes son incompletos tienen límites internos y externos. Los primeros se hacen evidentes en las posibilidades y tipos de intervenciones en el mundo que hacen posibles. Los segundos resultan del reconocimiento de intervenciones alternativas que se hacen visibles por otras formas de conocimiento. La incompletitud promueve la interdependencia, posibilitando un diálogo y debate epistémico entre diferentes formas de conocimiento. En otras palabras, dada la incompletitud de los saberes, cada tradición tiene conocimientos que las otras no tienen y que permiten orientar una práctica dada⁸ en consecuencia interviniendo de cierto modo en el mundo que las otras tradiciones de conocimiento no lo permiten. Cada saber aporta así, elementos distintos al diálogo y debate epistémico.

El principio de incompletitud conlleva además un principio de equivalencia, pues en el diálogo y debate epistémico cada tradición de saberes o conocimientos participante tiene las mismas oportunidades para demostrar la variedad de intervenciones en el mundo que haga posibles demostrando así sus límites internos y externos, o bien la incompletitud y límites de los otros tradiciones de saberes.

El principio de incompletitud favorece el reconocimiento mutuo entre distintas tradiciones como portadoras legítimas de conocimientos y prácticas médicas genuinas y significativas para una praxis compartida en el ámbito de la salud. Praxis en la cual la ciencia ocupa un papel distinto al del ingeniero social, favoreciendo el intercambio de conocimientos, en el cual la ciencia puede contribuir al enriquecimiento, mejoramiento e innovación de los conocimientos y práctica médica indígena, sin que derive en subordinación, marginación, menosprecio y negación de una tradición a otra. Es decir, superando las consecuencias negativas que el predominio e imposición de la racionalidad científica ha tenido sobre la diversidad cultural en sus amplias manifestaciones.

¿Cómo plantear, entonces, la evaluación epistémica de la tradición médica

⁸ De Sousa Santos tiene una concepción pragmática del conocimiento, este es tal y por tanto tienen credibilidad epistémica en la medida en que se concreta en una práctica.

indígena? ¿Cómo evaluar tradiciones médicas distintas? Se ha analizado el concepto de eficacia y el de eficiencia como criterios de evaluación, estos criterios más que eliminarlos es necesario su replanteamiento. Además de estos criterios las evaluaciones de una tradición médica o entre tradiciones distintas tiene que plantearse en términos de: 1) la experiencia histórica. Esta experiencia histórica tiene su sustento epistémico en la tradición, la cual como se argumentó en el capítulo I, es fuente de conocimiento y de autoridad, así la experiencia está situada cultural y espacialmente; 2) el simbolismo de las prácticas, en ambas tradiciones médicas el simbolismo es un aspecto importante en la determinación de la eficacia. La dimensión simbólica de las prácticas médicas es aun estigmatizada, pues lo consideran como “engaños piadosos”, refiriéndose al efecto placebo derivado del papel simbólico atribuido a la ingesta de alimentos.

CAPÍTULO VI



EMBARAZO Y PARTO EN DOS TRADICIONES MÉDICAS

INTRODUCCIÓN

La constitución biológica del hombre y la mujer proyecta una aparente homogeneidad en la reproducción humana que es aminorada por la heterogeneidad socio-cultural en que este fenómeno es vivido, conocido y representado. Esa heterogeneidad también se expresa en las concepciones y prácticas que han desarrollado las distintas tradiciones médicas sobre el embarazo, el parto, la atención al recién nacido y a la madre. De acuerdo con Sesia (1992) e Icaza (1990) tales concepciones y prácticas tienen como fundamento las vivencias y experiencias sociales que son organizadas y sistematizadas por la cosmovisión del mundo de los grupos étnicos en cuestión.

La biomedicina y la medicina indígena son sistemas médicos arraigados en tradiciones culturales que, como se ha argumentado a lo largo de la presente investigación, difieren en el marco conceptual o cosmovisión, y por lo tanto en los principios ontológicos, axiológicos y criterios de evaluación y selección, que sustentan sus conocimientos, representaciones, explicaciones y prácticas sobre la salud, la enfermedad, el embarazo y el parto. De tal forma que las representaciones sobre el parto elaboradas desde el marco conceptual de la tradición médica indígena pueden ser diferentes e incluso inconmensurables, a las representaciones elaboradas desde otro marco conceptual, por ejemplo, el de la biomedicina. Para esta tradición médica, la sobada, un masaje terapéutico ampliamente utilizado en la tradición médica indígena o la creencia de no comer ciertos alimentos, que por su calidad fría o caliente, alteran el equilibrio corporal de la madre, son prácticas y creencias incomprensibles e incluso irracionales.

Analizar esos elementos de inconmensurabilidad cobra especial relevancia en

sociedades multiculturales, como la mexicana, en las que los distintos grupos culturales que las habitan mantienen entre sí relaciones conflictivas y de dominación cultural, que es necesario sustituir por relaciones interculturales simétricas basadas en el pluralismo epistemológico, político, jurídico, ético y cultural. Relaciones que generen vías de comunicación y comprensión inter-tradicional para vislumbrar puntos de encuentro y desencuentro, entre ambas tradiciones, a partir de los cuales se delinee una concepción de racionalidad plural e incluyente que promueva una acción conjunta, en la cual los elementos terapéuticos de la tradición médica indígena sean valorados como conocimiento genuino y legítimo, pero también que sean aprovechados e impulsados para su desarrollo dentro del marco de sus identidades étnicas.

He tomado como caso particular la atención al embarazo y al parto dentro de la tradición biomédica y la indígena, debido, en primer lugar, a que actualmente existe sobre estos tópicos un amplio trabajo de investigación antropológica, médica, histórica y etnográfica lo que favorece la realización de una investigación a profundidad. En segundo lugar porque la atención integral de la salud materno-infantil y el parto humanizado son dos de los objetivos del desarrollo del milenio presentados en la Declaración del Milenio (ONU, 2000)¹. Esta declaración generó el contexto para el resurgimiento, en el ámbito internacional, de las parteras tradicionales como actrices centrales en la reducción de la mortalidad materna-infantil, considerada hoy en día un problema de prioridad mundial.

En pleno siglo XXI para muchas mujeres en el mundo estar embarazadas y el nacimiento de sus hijos representa una condición que pone en riesgo su salud e incluso compromete su vida. Este no es un problema nuevo, desde finales del siglo pasado se sabe que en el mundo mueren anualmente poco más de medio millón de mujeres por

¹ La Declaración del Milenio contiene ocho objetivos: 1) erradicar la pobreza extrema y el hambre, 2) lograr la enseñanza primaria universal, 3) promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer, 4) reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años –para este objetivo se plantea como meta reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años–, 5) mejorar la salud materna y llegar a la meta de reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes. Para esta meta se plantean como indicadores la tasa de mortalidad materna y el porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado, 6) combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades, 7) garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y 8) fomentar una alianza mundial para el desarrollo (ONU, 2000 disponible en <http://www.un.org.millennium/declaration/ares552e.htm>)

complicaciones en el embarazo y el parto, aunado a ello, durante las primeras 24 horas de vida, mueren dos millones de recién nacidos. De acuerdo con la OMS el 99% de las defunciones materno-infantiles ocurren en los países en vías de desarrollo en grupos sociales que viven en zonas rurales en condiciones de pobreza y marginación (OMS, 1986; UNICEF, 2008)². En México la mortalidad materna se redujo a la mitad en los últimos 22 años, sin embargo, en entidades como Oaxaca, Guerrero y Chiapas las cifras de mortalidad materna se encuentran muy por arriba del porcentaje a nivel nacional (Tabla 1).

Tabla 1. Razón de mortalidad materna (RMM) nacional y de algunas entidades con menor índice de desarrollo humano				
RMM%	Nacional	Chiapas	Oaxaca	Guerrero
2002	63.9	89.5	90	97
2003	65.2	105	65.4	113.8
2004	62	97.8	87.7	97.2
2005	63	84.1	99.2	123.7
2006	60	85.1	77.8	125.5
2007	55.6	81.5	102	97.7
2008	55.8	96.8	98.7	96.5
2009	65.6	75	98.3	107.8
2010	51.1	73.2	88.7	85.5
2011	50.8	53.2	75.2	91.9

Elaboración propia. Fuente INEGI y Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. Nacimientos estimados por CONAPO, 2005. Plataforma de notificación inmediata de las defunciones maternas 2011.

La situación anterior propició que organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de Salud, el Fondo de la ONU para la Infancia (UNICEF), entre otras, reconozcan la importancia de las parteras como elemento central en las soluciones que los respectivos gobiernos de los países miembros

² Hoy en día es claro que la mortalidad materno-infantil es un problema en el que confluyen, además de causas biológicas, aspectos sociales, económicos, demográficos, políticos y culturales, lo que hace de la mortalidad, además de un problema de salud pública, un problema de injusticia social y de inequidad en el acceso a los sistemas de salud, e incluso una violación explícita al derecho inalienable a la salud de las mujeres. Por ello para Sesia (2009 y 2006), entre otros autores, la mortalidad materna-infantil es un indicador de desarrollo social.

planteen a dicha problemática. Sobre todo por la importancia de que las soluciones permitan una praxis conjunta entre ambas tradiciones médicas, pero también entre las parteras y las instancias de gobierno correspondientes. Para llegar a la praxis conjunta es necesario reconocer las diferencias e inconmensurabilidad existente entre las dos concepciones y prácticas médicas sobre el embarazo y el parto, y lo más importante que esas diferencias e inconmensurabilidad no impide establecer acuerdos para una práctica médica sustentada en la interculturalidad.

En la postura filosófica del pluralismo, abordado en el capítulo anterior, encontramos los fundamentos –ontológicos, epistémicos y axiológicos– para sostener que un fenómeno, por ejemplo, en el ámbito de la salud, es representado y experimentado o vivido de acuerdo a la concepción del mundo de la tradición médica que lo aborde, determinando con ello las representaciones, conocimientos y prácticas respecto a la atención durante el parto y el embarazo que se debe brindar a la madre y al recién nacido. A partir de estas concepciones y de las de salud, de enfermedad y del cuerpo humano, las tradiciones médicas elaboran sus objetivos en torno a la atención médica que deben brindar, los recursos terapéuticos que ponen en práctica para lograr la atención integral de la salud y del parto.

El presente capítulo tiene como objetivo analizar las concepciones, prácticas y recursos terapéuticos propios y ajenos que la biomedicina y la medicina indígena ponen en juego para enfrentar cualquier situación de riesgo que comprometa el curso del embarazo o del nacimiento y con ello la salud de la madre y del niño. Lo anterior permitirá analizar las diferentes formas y niveles de interculturalidad que tienen lugar en las prácticas cotidianas de la salud reproductiva, a partir del cual se pueda delinear los criterios de una relación intercultural simétrica y plural.

Concepción biomédica del embarazo y el parto

En capítulos anteriores he caracterizado a la biomedicina señalando el predominio de la dimensión biológica como uno de sus principales elementos. Al igual que la salud y la enfermedad, el embarazo y el parto son conceptualizados y atendidos como procesos

esencialmente biológicos en cuyo desarrollo pueden presentarse complicaciones que hacen necesaria la constante vigilancia e intervención médica, para detectar oportunamente cualquier situación de riesgo que comprometa el desarrollo del producto y el nacimiento del niño. Por lo que, detectar situaciones de riesgo es otra característica predominante de la atención biomédica del embarazo y el parto.

El enfoque de riesgo convirtió a estos eventos naturales, que incluso pueden finalizar en un nacimiento espontáneo, en eventos patológicos que requieren atención médica y hospitalaria, e incluso de intervención quirúrgica. Bajo estos enfoques el uso de medicamentos –reconocidos por la biomedicina– y de la tecnología,³ son elementos presentes en las prácticas rutinarias en la atención biomédica. Sin embargo, como se mencionará más adelante hay una relación significativa entre el uso indiscriminado de los medicamentos y de la tecnología con la presencia de complicaciones maternas e infantiles durante y posteriores al parto.

Las principales causas de muerte materno-infantil derivan de complicaciones obstétricas que de ser tratadas oportunamente tendrían otro desenlace, por ejemplo, hemorragias posteriores al parto, infecciones, trastornos relacionados a cambios en la presión arterial de la madre durante el embarazo y complicaciones para la expulsión del niño (parto obstruido).⁴

En este contexto resulta comprensible que el objetivo de la atención biomédica consista en detectar oportunamente cualquier situación de riesgo y que los parámetros de lo que es brindar una buena atención durante el embarazo y el parto sean: 1) lugar donde se brindó la atención médica –si se brindó en el hospital o no– y 2) persona que brindó la atención –doctores o enfermeras capacitadas para la detección y el manejo de las emergencias obstétricas. Sin embargo, es necesario comprender qué es una situación o factor de riesgo obstétrico para la biomedicina, pues de ello depende la práctica obstétrica es decir, la atención, los cuidados y el manejo que se harán antes, durante y

³ La tecnología médica se ha logrado niveles de desarrollo que hoy día existen sofisticados procedimientos de diagnósticos que hacen posible detectar, aún en etapas muy tempranas de la gestación, cualquier anomalía en el desarrollo del feto.

⁴ Los rezagos en cobertura y de acceso a los servicios de salud, así como la falta de infraestructura que acorten la distancia entre las mujeres embarazadas y el lugar de atención durante el embarazo y el parto favorecen que una emergencia obstétrica concluya en defunción.

después del parto.

Percepción y manejo del riesgo obstétrico

En el ámbito de la salud el riesgo se puede definir en términos de la probabilidad que tiene un individuo o grupo de sufrir un daño que pone en peligro su salud derivado de alguna afección o situación no deseada. Es decir, el riesgo se entiende como la probabilidad de obtener resultados no deseados tras haber recibido atención médica – por ejemplo tras la aplicación de un tratamiento médico–.

Como hemos mencionado la eficiencia de un sistema tecnológico, por tanto de un sistema médico en tanto que también es un sistema tecnológico, se determina en función de que tanto se ajustan los resultados obtenidos de la aplicación del sistema con los objetivos propuestos y, por tanto, de que no se generen resultados inesperados. Bajo este enfoque el riesgo puede ser entendido como la probabilidad de que el tratamiento médico –e incluso la atención médica– sea poco o nada eficiente.

Un factor de riesgo puede ser cualquier característica individual o colectiva asociada con la probabilidad de desencadenar un proceso patológico, o con la probabilidad de que un proceso biológico siga un curso desfavorable (Suárez, 1982: 483-484). Durante el embarazo son considerados factores de riesgo:

- La alta paridad. El número de hijos (más de 4) previos al último embarazo.
- El intervalo de tiempo, menor a dos años, entre el embarazo actual y el nacimiento del último hijo.
- La edad de la madre al momento del embarazo, por ejemplo, que tenga menos de 17 años o más de 35 años. En ambos casos el riesgo de presentar complicaciones durante el embarazo (presión alta, aborto) y el parto (hemorragia o hijos con defectos al nacimiento) son mayores, asimismo aumenta la probabilidad de un parto prematuro.
- Haber tenido otros partos con complicaciones.
- Si la madre presenta diabetes, tuberculosis, anemia, cardiopatías, nefropatías, hipertensión arterial u otra enfermedad grave.

Durante el parto o en el tiempo cercano a éste se consideran factores de riesgo:

- La estatura y tamaño de la cadera de la madre. Si la madre mide menos de 1.5 metros de altura o tiene caderas pequeñas (desproporción cefalopélvica dificultando la salida del niño).
- Posición del producto. Si en el momento del parto el niño no está en la posición cefálica, con la cabeza en dirección al canal de parto.
- Sufrimiento fetal, ruptura prematura de membranas, embarazo prolongado.
- Cesáreas previas.

Estos factores de riesgo hacen referencia a características biológicas (fisiológicas y anatómicas) y son considerados *a priori* factores de riesgo. Sin embargo, la edad, el número de hijos y el intervalo intergeneracional son, entre otros, aspectos de la reproducción humana moldeados culturalmente y establecidos, más que como un estado de peligro, como parámetros de la normalidad de las prácticas reproductivas entre culturas distintas a la occidental moderna.

Tal es el caso de las mujeres indígenas quienes inician su vida reproductiva a edad muy temprana, antes de los 17 años, y tienen altas tasas de fecundidad con intervalos intergeneracionales muy cortos, aunado a ello hay que decir que su estatura promedio es apenas de metro y medio (ENFES, 2003). Bajo el enfoque biomédico de riesgo, y dadas las características biológicas y de la cultura de la reproducción entre los grupos indígenas, un gran porcentaje de estas mujeres tendría una vida reproductiva riesgosa y patológica. Lejos de este diagnóstico, las mujeres indígenas presentan en la mayoría de los casos embarazos y partos sin complicaciones y tienen lugar en contextos predominantemente no hospitalarios, con nulo o escaso uso de fármacos y de técnicas sofisticadas, como se verá más adelante.

Otro tipo de factores de riesgo, además de los biológicos o intrínsecos, son los factores de riesgo extrínsecos que se derivan de procedimientos obstétricos realizados de manera inadecuada así como por el uso inapropiado e innecesario de medicamentos y de tecnología.

A continuación analizaré las prácticas y estrategias biomédicas implementadas

para detectar las situaciones de riesgo causadas por factores biológicos y posteriormente abordaré los factores extrínsecos de riesgo derivados de las prácticas biomédicas.

El control prenatal como una estrategia para prevenir situaciones de riesgo

A finales de la década de 1980 se implementó la atención prenatal y la capacitación de personal de salud como estrategias para detectar y manejar cualquier complicación durante el embarazo o el parto.

El control o atención prenatal consiste en exámenes médicos rutinarios en los cuales se revisa el desarrollo del feto mediante un ultrasonido para cerciorarse de que éste siga los parámetros normales, se registra el peso y el tamaño del vientre de la madre quien además es interrogada sobre su condición y se le realizan diversos análisis clínicos. El control prenatal tiene que realizarse periódicamente por lo cual es necesario que durante el embarazo las mujeres acudan a la clínica u hospital una vez al mes en los primeros seis meses del embarazo, una vez cada 2 o 3 semanas en los dos meses siguientes y luego una vez por semana hasta el momento del parto (OMS, 2003). Aunque en la práctica el número de consultas prenatales varía es importante que la primera revisión médica ocurra en los primeros tres meses de gestación pues entre más tardía se realice la consulta, y a menor número de ellas, mayor es la probabilidad de un embarazo riesgoso y de que se presenten complicaciones en el parto.

En este contexto los parámetros de lo que es una buena atención médica quedan determinados por el número de consultas recibidas durante todo el embarazo, el momento de la gestación en que se recibió la primera consulta, la persona que realizó la revisión y el lugar donde ésta se llevo a cabo. Durante el parto se toman como parámetros de una buena atención médica el lugar donde se tuvo el parto, la persona que lo atendió, el tipo de parto (cesárea o vaginal), el peso del recién nacido y que éste como la madre hayan recibido o no atención médica después del nacimiento (ENSAR, 2003; Muradás, 2007).

Las encuestas sobre Salud Reproductiva que a nivel nacional ha realizado la Secretaría de Salud proporcionan información sobre la eficacia del control prenatal

como estrategia para prevenir complicaciones durante el embarazo y el parto. Desde 1987 al 2003 el porcentaje de mujeres embarazadas que no recibieron atención prenatal se redujo paulatinamente de manera considerable (paso del 15.7% al 4%). La mayoría de las mujeres encuestadas acudieron a revisión prenatal durante los primeros cuatro meses de gestación. Sin embargo, hay una variación entre las mujeres no indígenas y que habitan en zonas urbanas en relación a las mujeres indígenas en poblaciones urbanas y rurales⁵ (Enadid, 1997; ENFES, 2003).

Los médicos son los que brindan en mayor porcentaje la atención prenatal. En el 2003 dicho porcentaje fue mayor en el área urbana en comparación con el área rural donde la partera aún tiene mayor presencia.⁶ Por ejemplo en Chiapas una de cada cuatro mujeres embarazadas acudió con la partera para que la revisara mientras que siete de cada diez acudieron con el personal médico. En Oaxaca poco más del 80% de las mujeres embarazadas fue atendida por el médico mientras que sólo el 6.6% fue atendida por la partera.⁷

En cuanto al lugar donde se realizó la consulta prenatal la mayoría ocurre en alguna institución del Sistema Nacional de Salud⁸ de las cuales, la que más consultas prenatales realiza es la Secretaría de Salud seguida por el IMSS y los servicios médicos privados.

El incremento en la atención hospitalaria mostrada a partir de la década de 1970 y hasta la fecha, ha dado como resultado que nacer en un hospital con intervención

⁵ De acuerdo con la encuesta nacional de salud reproductiva del 2003, la gran mayoría de las mujeres indígenas acude a revisión con el médico a partir de los primeros cuatros meses, el 23% acuden a partir del quinto y hasta el noveno mes (ENFES, 2003)

⁶ Los datos de la ENSAR (2003) arrojaron que en el ámbito rural el 84.9% de las mujeres encuestadas acudió con el médico mientras que el 8.7% con una partera. Por otra parte en el ámbito urbano el 96.7% de las mujeres acudió a un médico para los cuidados prenatales y sólo el 1.9% con una partera.

⁷ Cabe mencionar que el alto porcentaje de atención prenatal en los hospitales o centros de salud en los Estados de Oaxaca y Chiapas responde principalmente a las políticas de atención social que condicionan la ayuda recibida por los grupos indígenas y campesinos, a que acudan a los centros de salud para las revisiones periódicas por un personal calificado: el médico. Pese a ello, de ese alto porcentaje de mujeres embarazadas que acuden con el médico durante el embarazo, muchas prefieren ir con la partera para que ella atienda el nacimiento de su hijo.

⁸ El Sistema Nacional de Salud está constituido por las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX y otros) las cuales prestan servicios médicos a sus derechohabientes (trabajadores del sector formal de la economía y sus familias); la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud (SESA) así como el programa IMSS-Oportunidades, que prestan servicios a la población que no tiene seguridad social, y el sector privado, que presta servicios a la población con capacidad de pago.

médica sea una norma más que una excepción. Tan sólo en el 2003 el 87% de los partos registrados en ese año, fueron atendidos por un médico en alguna institución hospitalaria del país, para el 2010 dicha cifra alcanzó el 93.2%, mientras que los partos atendidos en la casa de la mujer embarazada o de la partera han ido disminuyendo.⁹ Pese a ello una alta proporción de mujeres indígenas experimenta el parto en su propia casa, mientras que el 95% de las mujeres no indígenas que habita en las zonas urbanas son atendidas en alguna institución de salud pública o privada.

El control prenatal se ha traducido en la práctica médica en incrementar la atención de embarazos y partos por personal calificado –médicos o enfermeras- en hospitales o clínicas de salud. No ha resultado ser una estrategia que incida directamente en la reducción de la mortalidad materno-infantil, y ha contribuido eficientemente a mejorar la atención biomédica pues en algunos lugares las mujeres acuden con el médico no porque estén convencidas o lo crean necesario sino porque es un requisito que tienen que cumplir para conservar los beneficios de algún programa de asistencia social del que forman parte. Por otra parte el control prenatal no contempla una adecuación cultural en la atención brindada, factor que puede incidir en que no sea considerado como una práctica de la buena atención. Más adelante abordaré otros aspectos de la racionalidad y eficiencia del control prenatal como una estrategia de prevenir riesgos.

Veremos a continuación los factores de riesgo asociados a factores extrínsecos como las prácticas rutinarias de la biomedicina.

Situaciones de riesgo derivados de la atención hospitalaria del parto

Como se ha mencionado el parto tiene lugar predominantemente en los hospitales, clínicas o centros de salud. Alguno de los procedimientos realizados de manera rutinaria en la atención biomédica del parto son el rasurado del vello púbico, la administración de

⁹ En el 2003 el 36.1% de los partos fue atendido en instituciones públicas, el 31.9% en la seguridad social y el 24.2% en instituciones privadas. La atención del parto en casa o en otro lugar fue de 3.1% para las mujeres afiliadas a servicios médicos, y subió a 8.9% para las afiliadas al seguro popular y hasta 10.4% para las no aseguradas.

solución de glucosa, de enema evacuante, la episiotomía, las inyecciones de oxitocina y la aplicación de anestesia epidural y perineal. Esta última se aplica para aliviar el dolor durante el parto y evitar que las alteraciones bioquímicas y fisiológicas que ocasiona en la madre y el feto, interfieran con la evolución normal del trabajo de parto.

La mayoría de estos procedimientos tienen riesgos para la salud de la madre y del recién nacido. Por ejemplo, rasurar el vello púbico incrementa el riesgo de infecciones al generarse pequeñas laceraciones. La administración de solución de glucosa por vía parenteral puede disminuir la tolerancia al dolor. La inducción química del parto puede ocasionar hiperestimulación con alteraciones fetales por anoxia, hemorragia intracraneal, espasmos uterinos con posible separación prematura de la placenta, laceraciones del canal del parto y ruptura uterina.

La episiotomía es una incisión que se realiza en la zona del perineo para ampliar el canal del parto facilitando la expulsión del niño con la finalidad de prevenir desgarros en la región pélvica de la madre y daños a la cabeza del niño. En sus inicios (siglo XVIII) este procedimiento era realizado sólo en partos extremadamente difíciles pero a partir de la segunda década del siglo XX, y en la actualidad, se usa de manera rutinaria a pesar de que estudios clínicos arrojan evidencian de que no sólo no previene los desgarros, sino que además aumenta la morbilidad materna al existir un alto riesgo de infección y otros problemas derivados de la cicatrización de la incisión, además de producirle laceraciones severas, dispareunia y pérdida sanguínea¹⁰ (Hartmann, *et al.*, 2005).

La anestesia epidural (bloqueo epidural lumbar) se aplica para controlar el dolor durante el trabajo de parto.¹¹ Si bien es una técnica que tiene buenos resultados contra el

¹⁰ Las más comunes son daños en la zona del perineo así como en el recto y el esfínter anal, dolor persistente, defectos en el piso de la pelvis, a largo plazo puede presentar incontinencia urinaria y rectal al igual que disfunción sexual (Belizan J, Sultan A. 1993; Klein M, *et al.*, 1994; Sartore, Andrea, *et al.*, 2004).

¹¹ El dolor asociado al trabajo de parto tiene efectos sobre la madre y el feto que pueden ser tolerados en una gestación normal pero compromete el desarrollo normal del parto en un embarazo riesgoso. Por ejemplo, produce cambios en los sistemas cardiovascular y respiratorio, durante las contracciones hay periodos de hiperventilación materna seguidos de un periodo de hipoventilación que afectan la transferencia de oxígeno al niño, aun en el vientre materno. Además el dolor provoca un aumento de catecolaminas las que a su vez incrementan la presión arterial y el gasto cardíaco y, potencialmente, disminuye el flujo uterino; esto implica un aumento del trabajo del ventrículo izquierdo bien tolerado en las gestantes sanas, pero que

dolor, existe una alta probabilidad de que su aplicación falle y de que tenga poca eficiencia en los efectos obtenidos (bloqueos incompletos o parciales con zonas de intenso dolor hay casos de ausencia total de analgesia) debido, entre otros factores, a la experiencia del anestesiólogo, a las características fisiológicas de la mujer embarazada así como del tipo de material utilizado en el procedimiento. En algunos casos se requiere aplicar primero una dosis de prueba o duplicar la dosis (Fernández, *et al.*, 2000). Además de lo anterior su aplicación tiene complicaciones para la madre y algunos efectos en el niño, las más comunes son de origen neurológico ocasionados por la posible lesión de una raíz nerviosa durante la introducción de la aguja o el catéter, por infección o neurotoxicidad al anestésico local, así como dolor lumbar después del parto, hipotensión, retención urinaria y cefalea (Segado-Jiménez, *et al.*, 2011; 276-282).

Aliviar el dolor generado durante el trabajo de parto ha promovido la búsqueda de otras técnicas de analgesia con menos efectos secundarios en la madre. En la actualidad existe una amplia variedad de analgésicos que actúan de manera muy selectiva mitigando el dolor con mínimo bloqueo motor permitiendo a la embarazada caminar durante el trabajo de parto, además de reducir la presencia de cefalea posterior a la punción dural y la flexibilidad en el tiempo de aplicación y su duración. Sin embargo esta anestesia ambulatoria, al igual que las demás, no está exenta de complicaciones ocasionadas por la posibilidad de infecciones, riesgo de contaminación del líquido cefalorraquídeo con partículas metálicas, daño a las agujas espinales por el paso de la aguja de la anestesia (Krsysztof Kuczkowski, 2006: 177-183).

Situaciones de riesgo derivadas de los procedimientos realizados durante el parto

Un número considerable de complicaciones durante el parto son desencadenadas por la posición que adopta la mujer en el nacimiento de su hijo. En la biomedicina predomina la postura en litotomía u horizontal, en la cual la mujer permanece acostada sobre su espalda con la cadera y las rodillas semiflexionadas sobre el cuerpo y levantadas

puede llevar a descompensaciones en la cardiópata, hipertensa o preecláptica (Fernández Martínez, *et al.*, 2000; Zafra Pedone y Calvache España, 2008)

mediante el uso de estribos lo cual le deja muy pocas posibilidades de movimiento.

A través de estudios clínicos basados en la evidencia se ha podido demostrar los efectos y riesgos asociados con la postura horizontal. Son varios los efectos que dicha postura tiene en la madre. Por ejemplo, afecta la ventilación pulmonar de la embarazada alterando su presión sanguínea y comprimiendo los vasos del abdomen, lo cual afecta el flujo de oxígeno y nutrientes disponibles hacia el feto, como resultado se presenta lo que los médicos llaman sufrimiento fetal que como se mencionó anteriormente es una condición que justifica médicamente la intervención quirúrgica.

En la postura horizontal la pérdida de sangre en la madre es menor sin embargo, el parto resulta un proceso más lento y doloroso debido a que en esa postura los huesos pélvicos de la madre se acomodan de tal forma que se reduce el espacio para que el niño salga dificultando su expulsión por el canal de parto, aunado a lo anterior, la madre tiene poca movilidad para aprovechar las contracciones y expulsar sin mayores esfuerzos al niño, es por eso que las parturientas requieren ayuda médica (Gupta y Hofmeyr, 2008).

Los efectos de adoptar la postura horizontal durante el parto han sido evaluados y comparados clínicamente con otras posturas como la vertical. En la tabla 2 se muestran algunas de las ventajas y desventajas asociadas con las posturas horizontal y vertical. Esta última postura, como veremos más adelante, es la que adoptan las mujeres indígenas para el parto porque les resulta la forma más fácil, rápida y menos dolorosa de parir, entre otras razones porque se sienten más cómodas con más movilidad y seguridad para expulsar sin grandes esfuerzos al niño.

En la actualidad desde la biomedicina se han realizado varios análisis clínicos para determinar las ventajas y efectividad de la postura vertical sobre la horizontal. Algunos de esos análisis muestran que en la postura vertical las contracciones uterinas son más fuertes y eficientes permitiendo un mejor acomodo del feto para su paso a través del canal del parto. En dicha posición los huesos de la pelvis se acomodan de tal manera que aumenta el diámetro de apertura y con ello la superficie de salida del niño facilitando su expulsión en una forma más rápida, menos dolorosa y con poca o nula ocurrencia de desgarres perineales Además de lo anterior se registra menor sufrimiento

fetal (menos patrones de frecuencia cardíaca fetal anormal), aunque existe la posibilidad de pérdida sanguínea mayor a 500 ml ocasionando hemorragias (Caldeyro-Barcia, 1960; Méndez-Bauer 1975; Gold 1950; Borell 1957; Ang, 1969; Humphrey 1974; Scott 1963; Gupta 1991; Lilford 1989; Russell 1982; Gupta y Hofmeyr, 2008).

Mujeres que han experimentado partos en ambas posturas opinan que la postura vertical es una posición más cómoda que facilita la expulsión del feto y que les permite participar de manera más activa durante el parto. En contraste la posición horizontal dificulta su movimiento, aumenta el dolor, el cansancio, la duración del período expulsivo y las intervenciones obstétricas (Gayeski ME, Brüggemann OM, 2009).

Tabla 2. Ventajas y desventajas de las posturas horizontales y verticales que la mujer embarazada puede adoptar durante el parto		
Postura	Ventajas	Desventajas
Horizontal	Menor riesgo de pérdida de sangre durante el parto y hemorragias postparto. Es una postura cómoda para el obstetra	Favorece la aparición de desgarros perineales, afecta la ventilación pulmonar y la presión sanguínea, lo cual afecta el suministro de oxígeno al feto requiriendo de la cesárea El parto es más doloroso y lento
Decúbito lateral	Disminuye las laceraciones del periné, por un mejor control de la cabeza fetal durante el nacimiento y la mayor relajación de la musculatura perineal.	
De pie	Mayor eficacia de las contracciones uterinas. Mejor oxigenación fetal. Menor necesidad de analgesia y oxitocina. Menor tasa de episiotomías.	Mayor pérdida de sangre
Cuadrupedia	Menos trauma perineal ya que la gravedad aleja la presión del periné y al mismo tiempo favorece el descenso fetal. La elasticidad perineal es mayor en esta postura.	Mayor pérdida de sangre
Cuclillas	Diámetros pélvicos aumentados. Necesaria menor estimulación por oxitocina y menos partos instrumentales. Disminuyen las laceraciones perineales (si hay un buen apoyo del suelo pélvico).	Mayor pérdida de sangre El parto es menos doloroso y más rápido

Fuente: Benito González E, Rocha Ortiz M, 2005.

A pesar de que las evidencias clínicas sugieren que la postura horizontal tiene efectos negativos sobre el proceso de parto en comparación con la postura vertical, la primera es aún la postura predominante en la atención biomédica del parto. La pregunta que salta a la vista es ¿Por qué la postura horizontal sigue siendo una práctica común en la atención biomédica del parto, si tiene más efectos negativos que incluso pueden llevar a la muerte materna e infantil o propiciar la cesárea, procedimiento que como veremos más adelante, conlleva riesgos considerables? y ¿ante las ventajas clínicamente demostradas de la postura vertical sobre la horizontal, por qué la tradición biomédica no la acepta ni la promueve como una de sus prácticas rutinaria en la atención del parto?

Podemos decir que esta práctica se preserva más por las relaciones de autoridad que imperan en la relación médico-paciente y porque la práctica médica la postura vertical se asocia con las prácticas médicas indígenas y por lo tanto la descalifican.

En la actualidad existe, por lo menos, un programa de la Secretaría de Salud, que busca incorporar la postura vertical durante el parto en la atención biomédica brindada en los centros de salud donde se atienden a mujeres que habitan en zonas rurales o semi urbanas con presencia de población indígena. Dicha práctica ha sido incorporada con modificaciones importantes pues se introduce la silla de parto, el cual es de origen occidental¹².

Hasta aquí he presentado la atención al parto natural así como algunas de sus principales características, las complicaciones y riesgos que durante éste pueden presentarse así como las estrategias implementadas para su solución. A continuación abordaré el parto por cesárea procedimiento quirúrgico que fue planteado inicialmente como una opción para reducir la mortalidad materno-infantil pero en la actualidad se ha convertido en la forma predominante de nacer.

¹² En la edad media las mujeres occidentales daban a luz en una silla, en cuclillas, de rodillas, de pie, de rodillas, sentadas y no en una cama especial con las piernas levantadas o semi levantadas. En el siglo XIX la mortalidad materna durante el parto en los hospitales es muy alta, las mujeres evitaban dar a luz en los hospitales.

Los partos por cesárea

La función de la cesárea en la obstetricia ha cambiado a lo largo de la historia. En los primeros registros que se tiene de esta intervención quirúrgica los médicos la empleaban como último recurso para recuperar al feto del vientre de la madre fallecida. Las condiciones en las que se realizaba la cesárea así como el poco desarrollo de la técnica médica, hacían de ella un procedimiento altamente riesgoso con nulas posibilidades de supervivencia materna.

A partir del descubrimiento de la anestesia y del perfeccionamiento de la técnica de sutura así como del desarrollo de la asepsia, la cesárea se convirtió en un procedimiento seguro. Sin embargo, fue hasta la segunda mitad del siglo XX con el desarrollo de los antibióticos y la innovación tecnológica que esta cirugía se incorporó de manera definitiva como una práctica rutinaria en la obstetricia (Cárdenas, 2002: 357-366; Anaya, 2008: 467-472).

Aunque no es un procedimiento inocuo, cuando es realizada a tiempo, correctamente y en condiciones adecuadas, la cesárea es una forma eficaz de terminar un embarazo de alto riesgo, que de seguir su curso natural (vía vaginal) pondría en peligro la vida de la madre y del niño. Por ejemplo cuando el niño al momento del nacimiento se encuentra en una postura distinta a la cefálica, es decir, con la cabeza en dirección al canal de parto, o cuando la cabeza es demasiado grande para pasar a través de la pelvis de la madre impidiendo su expulsión.

Otra situación de riesgo que justifica médicamente la cesárea es cuando el cordón umbilical de la madre se enrolla al alrededor del cuello del niño, o cuando el oxígeno disponible para el niño disminuye generando sufrimiento fetal. Al tratarse de complicaciones que se presentan solo en el 15% de los nacimientos, organismos internacionales como la OMS, desde 1986, estableció que la cantidad anual de nacimientos por cesárea no debe superar dicha cifra en cada país.

Sin embargo, la cesárea se ha convertido en la práctica más recurrente en el mundo. Tan sólo en México en 1987 la cifra de partos atendidos por cesárea fue del 12.4 %, pero a partir de 1990 se registraron cifras superiores a lo recomendado por la OMS. Durante 1994 a 1997 los partos por cesárea fueron del 26.5% y del 37.3% en el

2009, manteniéndose en el 36.9% durante el 2010.¹³ México se colocó así entre los cinco países con las mayores tasas de cesáreas del mundo (ENSAR 2003; INEGI, 2010, OMS 2011 y 2009). Esta situación es preocupante si consideramos que la cesárea es una intervención quirúrgica que en sí misma no es inocua ni está exenta de complicaciones.

Consecuencias y riesgos en la cesárea

La OMS a partir de la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal, realizada entre el 2004 y el 2005 en ocho países de América Latina, señaló que las cesáreas están asociadas con un número mayor de riesgos para la salud de la madre y del recién nacido e incluso con una mayor probabilidad de mortalidad en ambos (OMS, 2006: Villar, *et al.*, 2006: 1819-29).

Los principales riesgos asociados con la cesárea son el nacimiento prematuro, los niños que nacen antes de tiempo tienen mayor probabilidad de presentar enfermedades del aparato respiratorio, principalmente dificultad para respirar (membrana hialina), neumonía y retención de líquido pulmonar. En las madres los riesgos de morbi-mortalidad se duplican con la cesárea en comparación con el parto natural, siendo más probable la presencia de hemorragias, de infecciones, lesiones de órganos como el intestino, vejiga, uréter, vasos sanguíneos, ruptura uterina en embarazos subsecuentes y procesos adherencias (Acuña Vázquez, *et al.*, 1999: 44-45). A estos riesgos se suman las infecciones y complicaciones derivadas de la aplicación de la anestesia que van desde varios problemas respiratorios y cardiovasculares (SSa, 2002).

Si bien, en términos globales la cesárea ha resultado un recurso efectivo para reducir la mortalidad materno-infantil en partos de alto riesgo, cuando es realizada en condiciones inadecuadas o cuando se realiza de manera innecesaria resulta una práctica muy riesgosa con varios efectos secundarios no deseados. En México durante el periodo

¹³ El ISSSTE es la institución de salud con mayor proporción de cesáreas (45.3), sin embargo, el sector privado experimenta el porcentaje más alto (48.7 por ciento) de nacimientos atendidos por esta vía, tres veces mayor que la proporción observada en los centros de salud de la SSa.

de 1992-1994 la mortalidad materna asociada a la cesárea fue del 1.4%, para el 2008 fue del 0.48% cuando la cirugía se realizó de urgencia (Cárdenas, 2002: 357-366; Anaya y Madrigal Reveles, 2008: 467-472).

Eficiencia, eficacia y racionalidad de la atención biomédica del embarazo y parto

La mayoría de las prácticas biomédicas realizadas de manera rutinaria en la atención del embarazo y del parto se caracterizan por el alto uso de medicamentos, tecnología y la hospitalización, factores cuyo uso innecesario ha tenido efectos negativos. No solo no ha eliminado la mortalidad materna-infantil asociados al embarazo y el parto, tampoco ha mejorado significativamente la calidad de la atención brindada, ni ha traído mejoras de salud de la población. El uso indiscriminado de medicamentos y tecnología así como la hospitalización no necesaria, ha tenido efectos negativos en la salud de la madre y del recién nacido. Por lo que es pertinente preguntar ¿qué tan eficientes y eficaces son tales prácticas? ¿Cuáles son los criterios de racionalidad implicados en su aceptación y permanencia? Veamos primero el control prenatal.

El control prenatal.

El argumento en favor de promover la atención prenatal consistió en detectar situaciones de riesgos de manera oportuna previniendo así las complicaciones que pudieran presentarse durante el embarazo y el parto. Sin embargo, cada año mueren en el mundo poco más de medio millón de mujeres por complicaciones obstétricas, lo cual sugiere que la concepción biomédica de la atención prenatal como medida preventiva no ha sido eficaz ni eficiente en la disminución de la mortalidad materno-infantil, ni en ofrecer una buena atención médica, pues como se mencionó anteriormente muchas mujeres acuden a ella no porque la consideren una práctica médica o elemento cultural incorporada a su tradición y aceptada –legitimada– por lo efectos benéficos que esta tiene sobre el desarrollo del embarazo, sino porque es un requisito impuesto por los programas de desarrollo social.

La atención prenatal se reduce sólo a vigilar el desarrollo biológico del producto mediante el interrogatorio médico sobre los síntomas presentados y otros parámetros como el peso de la madre y el tamaño del vientre, acompañado de inspección ultrasónica. Ante la poca eficiencia del control prenatal en la consecución de los objetivos por lo cuales se implementó, propició su modificación y ya no es considerada como una práctica fundamental para prevenir complicaciones obstétricas.

Esta concepción de control prenatal no considera contempla otro tipo de prácticas y ámbitos del proceso del embarazo y el parto –más que los biológicos– como elementos que pueden tener un efecto preventivo de las complicaciones obstétricas. Por otra parte se sabe muy poco sobre los efectos que estas consultas prenatales pueden tener sobre la tranquilidad emocional en las mujeres embarazadas que acuden a ellas. Como es sabido que ocurre, por ejemplo, con la atención que las parteras brindan mediante la realización de masajes terapéuticos como la sobada, o la psicoprofilaxis, ambas prácticas se abordan más adelante.

Atención médico-hospitalaria

Con los elementos hasta aquí analizados sobre la atención biomédica del parto y sus efectos en la mortalidad y morbilidad materno-infantil, podemos decir que el incremento en la atención médico-hospitalaria del parto no ha reducido significativamente la mortalidad materna ni ha promovido su atención integral. Así lo demuestra un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública (2011), en el cual se señala que los partos atendidos por el personal médico en el ámbito hospitalario casi se duplicaron en el periodo de 1974-1976 al 2009, pero tal incremento no fue acompañado por una disminución significativa de la mortalidad materna (Tabla 3).

Tabla 3		
Año	Atención hospitalaria del parto (%)	Razón de mortalidad materna (%)
1974-1976	54.7	105
1997	84.3	82
2006	89.5	60
2009	92.8	65.6

Fuente: Ssa.

Sorpresivamente, es en los hospitales públicos el lugar donde se registra el mayor número de muertes maternas y donde existe mayor incidencia de morbilidad materno-infantil. Se estima que hay 8 millones de mujeres que padecen graves enfermedades y discapacidad a lo largo de toda la vida causadas por problemas relativos al parto (Walker, Suárez, González, *et al.*, 2011; 11; Ssa; 2011; OMS, 2011).

Semmelweis ya desde el siglo XIX había alertado sobre los efectos que tenía para la salud de la madre que el parto se atendiera en los hospitales en comparación de que éstos tuvieran lugar en ambientes no hospitalario, es decir, en lugares en donde únicamente se atendieran los partos y no a enfermos. Semmelweis pudo constatar que la muerte materna por fiebre puerperal era resultado de una infección adquirida en los hospitales por lesiones generadas durante el reconocimiento, poco cuidadoso, que los estudiantes en medicina realizaban a las parturientas. En contraste, las mujeres atendidas por comadronas en la sala de maternidad, aisladas del hospital, tales decesos no tenían lugar (citado por López Cerezo, 2008:18, 21).

El uso no adecuado de la tecnología y los medicamentos

Hace más de 25 años la OMS (1985) estableció los lineamientos para el manejo y la atención del parto enfatizando el uso apropiado de la tecnología y de los medicamentos, con lo que se buscaba evitar sus efectos negativos pero al mismo tiempo brindar una atención segura para la madre y el recién nacido.

No podemos negar los grandes adelantos médicos y mejoras en las condiciones

de salud de la sociedad a raíz del desarrollo tecnológico y farmacológico en la medicina. Negar el hecho anterior es irracional, como también lo es promover su uso solo por el hecho de que se dispone de ellos aunque no sea necesario e incluso su aplicación genere efectos adversos a los esperados tras su aplicación.

Los efectos adversos que la tecnología y los medicamentos tienen en la madre y el recién nacido han sido documentados por varios estudios, como el realizado por Méndez y Cervera (2002), quienes compararon la atención del parto realizada por los médicos alópatas y la brindada por las parteras tradicionales en el estado de Yucatán. El estudio reveló que en ambos sistemas médicos se presentan complicaciones para la madre y para el recién nacido, pero son mayores en el sistema hospitalario en relación al sistema tradicional. Las complicaciones hospitalarias más comunes presentadas por las madres fueron las hemorragias y diferentes tipos de infecciones puerperales, por su parte el recién nacido presentó onfalitis, conjuntivitis neonatal, traumatismos obstétricos, neumonía por bronco aspiración, y en ambos casos la muerte.

Las complicaciones que en este estudio se observaron en ambos sistemas médicos se relacionan con los procedimientos y recursos utilizados para la atención al parto y del recién nacido. En el caso de la atención hospitalaria las complicaciones se pueden atribuir al manejo inadecuado de la zona pélvica de la madre durante el parto, pero también al uso innecesario de tecnología y de medicamentos como anestésicos y oxitócicos.

Otros factores de riesgo y complicaciones en la atención biomédica se asocian con la realización de prácticas rutinarias que van desde la posición horizontal en la que es colocada la parturienta durante el parto hasta la episiotomía. Varios de estos procedimientos han sido contraindicados por la OMS y por la Norma Oficial Mexicana 007 (Liljestrand, 2003; Carroli, *et al.*, 2007) y a pesar de ello forman parte aún de la atención rutinaria del parto.

En el caso de la medicina indígena tradicional las prácticas más usadas son los masajes abdominales así como la antisepsia en la región perineal y la revisión de la placenta, las principales complicaciones maternas como los desgarros se deben al mal manejo de la zona del perineo durante el parto. Sin embargo, atender el parto en un

ambiente no hospitalario, es decir, en la casa de la embarazada o de la partera, e incluso en casas de salud, ha contribuido a que las madres y el recién nacido, atendidos por la partera, no presenten complicaciones por infección (de los desgarros que puedan generarse) así como flebitis por suero, complicaciones propias de la atención en el hospital. Las complicaciones presentadas en los recién nacidos pueden atribuirse a la falta de recursos para su atención.

Para estimular las contracciones uterinas las parteras realizan sobadas en el vientre de la mujer quien además camina durante el trabajo de parto con el mismo propósito. Cuando el momento del parto se aproxima, las parteras colocan a la mujer en posición vertical en cuclillas. En cuanto a la atención al niño en ambos casos aspiran las secreciones nasofaríngeas, los médicos usan aspiradores o perillas y las parteras lo hacen de forma manual envolviendo sus dedos en algodón, le aplican gotas oftálmicas y lo pesan, aunque éstas últimas se realizan con menor frecuencia en las parteras. En los hospitales cortan el cordón umbilical con un bisturí mientras que las parteras usan tijeras o navajas desinfectadas y lo amarran con un trapo o cinta. Después del parto todas las parteras bañan al recién nacido.

En este contexto la OMS en 1999 emitió un manual en el que establece como una medida prioritaria para reducir el uso de medicamentos y tecnología innecesarios, emplear métodos no farmacológicos para el manejo del dolor, por ejemplo, la psicoprofilaxis.

Manejo no farmacológico del dolor. La psicoprofilaxis

La psicoprofilaxis es uno de los métodos no farmacológico, más conocido, para el manejo del dolor y consiste en la preparación física y psicológica de la mujer embarazada para que el nacimiento de su hijo sea un procedimiento lo más natural y seguro posible y sin tanto dolor. Durante la preparación psicoprofiláctica las futuras madres aprenden formas de respiración que les permiten controlar los dolores de las contracciones uterinas además adquieren conocimientos, herramientas y otras habilidades para afrontar con mayor tranquilidad y seguridad el embarazo y el parto, e

incluso las hace más conscientes y perceptivas para detectar cualquier dificultad o complicación (Sapién López, *et al.*, 2008).

Con la psicoprofilaxis las mujeres vuelven a tener el control y conocimiento sobre su embarazo ya que lo perciben de nuevo como un proceso natural y lo viven en una situación de bienestar que repercute favorablemente en su desarrollo y buen término. La eficiencia de la profilaxis ha sido demostrada por estudios que monitorean a mujeres que acuden a la psicoprofilaxis durante su embarazo y hasta el momento del nacimiento del niño. Estas mujeres presentaron menos complicaciones durante el parto debido, principalmente, a que manejan adecuadamente el ciclo temor-tensión-dolor, lo cual contribuye significativamente a disminuir los efectos negativos que el dolor tiene en la madre disminuyendo con ello también el índice de cesáreas (Oyuela-García; 2010: 439-42). A pesar de los beneficios de la psicoprofilaxis como estrategia no farmacológica para el manejo del dolor constituye aun una práctica poco relevante para las instituciones de salud quienes no la incorporan como una medida preventiva.

Hemos visto que algunas de las prácticas que forman parte del repertorio rutinario de la atención biomédica del embarazo y el parto se mantienen en la actualidad a pesar de que la evidencia empírica obtenida de pruebas clínicas y estudios comparativos muestra que, no sólo no se obtienen los efectos esperados con su aplicación sino que su aplicación conlleva riesgos considerables para la salud materno-infantil, son prácticas cuya eficacia no está bien sustentada. Tal es el caso de la incisión de la episiotomía, de la postura horizontal del parto, de no dar alimentos ni líquidos durante el trabajo de parto, e incluso de prohibir el amamantamiento inmediato (a pesar de que varios estudios demuestran que la succión generada por el niño durante el amamantamiento aumenta las contracciones que contribuyen a una rápida expulsión de la placenta. Lo mismo ocurrió en su momento con la cesárea, en un momento se alentó su práctica exclusivamente en casos medicamente justificados.

Los criterios que en un momento histórico llevaron a justificar y evaluar ciertas prácticas biomédicas como formas racional de proceder ante ciertos problemas –por ejemplo, reducir la mortalidad materna-infantil disminuyendo toda complicación durante estos procesos con mecanismos preventivos- fueron por ejemplo valores y

criterios prácticos en caso de alto riesgo los beneficios obtenidos—sobrevivencia de la madre y el recién nacido— eran mayores en comparación con los resultados adversos.

Una buena atención médica durante el embarazo y el parto no está directamente asociada con la atención hospitalaria ni con el uso de tecnologías y medicamentos sofisticados. Tal es el caso de embarazos y partos normales mientras que realizar una cesárea tiene más efectos negativos, siendo lo más apropiado recibir atención en un ambiente no hospitalario y con el menor uso de intervención técnica y de medicamentos.

Importancia de las parteras durante el embarazo, parto y puerperio

En este contexto, la OMS (2005) en su Informe sobre la Salud en el Mundo (2005) reiteró la importancia que las parteras, sus conocimientos y prácticas, tienen para evitar y/o solucionar algunos de los problemas presentados durante el parto, reduciendo la mortalidad materna a niveles sorprendentemente bajos y mejorando la salud de la madre y el recién nacido sobre todo en aquellas regiones donde el acceso a los servicios de atención de la salud son aun insuficientes. Uno de los argumentos elaborados por la OMS que justifica la importancia de las parteras es que poseen prácticas y conocimientos que, bajo ciertas condiciones, han resultado ser eficientes, e incluso más que las prácticas y conocimientos biomédicos, en el cuidado del embarazo y en la atención del parto promoviendo una atención integral y humanista de los mismos.

A nivel mundial las parteras han evitado el 61% de las muertes maternas, el 49% de las defunciones fetales y el 23% de las neonatales. Durante el 2000 en América Latina las parteras tradicionales atendieron aproximadamente el 23 % de los partos registrados en ese año y el 16% de los partos registrados en el 2005 (Campbell, *et al.*, 2011:14 y 166).

México es uno de los países del mundo con una larga tradición en la partería, pese a ello la importancia que en la sociedad prehispánica tenía esta terapeuta ha sido modificada sustancialmente a raíz de la expansión de la tradición biomédica en la atención al embarazo y del parto, lo cual ha contribuido de manera significativa a

disminuir la participación de la partera como parte constitutiva de la cultura nacional. Sin embargo, las parteras siguen teniendo un papel importante en las comunidades rurales indígenas y campesinas con menos de 2,500 habitantes. En el 2005 se tenían registradas 12,464 parteras tradicionales, 17,929 en el 2007 y alrededor de 22 mil parteras en el 2010 (SSa) (Tabla 4).

Tabla 4. Censo Nacional de Parteras Tradicionales por entidad Federativa

Entidad Federativa	No. de Parteras Censadas por la SSA	No. de Parteras Activas	Certificación de parteras tradicionales 2004-2007		Entidad Federativa	No. de Parteras Censadas por la SSA	No. de Parteras Activas	Certificación de parteras tradicionales 2004-2007	
			Evaluadas	Competentes				Evaluadas	Competentes
Aguascalientes	92	92	0	0	Nuevo León	51	45	0	0
Campeche	284	284	295	195	Oaxaca	1,080	1,080	79	53
Coahuila	5	5	0	0	Puebla	1,597	1,597	157	139
Chiapas	3,806	3,806	54	50	Querétaro	63	63	0	0
Chihuahua	134	134	29	22	Quintana Roo	352	352	0	0
Distrito Federal	100	100	0	0	S. Luis Potosí	1,192	675	4	3
Durango	113	80	0	0	Sinaloa	139	139	0	0
Guanajuato	256	186	0	0	Sonora	106	106	48	47
Guerrero	2,562	2,562	150	54	Tabasco	2,139	2,139	130	81
Hidalgo	764	764	594	477	Tamaulipas	100	100	36	32
Jalisco	235	235	0	0	Tlaxcala	56	49	0	0
México	628	628	0	0	Veracruz	1,202	1,202	56	53
Michoacán	200	200	81	67	Yucatán	125	125	56	53
Morelos	360	352	102	86	Zacatecas	78	78	11	10
Nayarit	110	118	0	0	Total	17,929		1,834	1,370

Fuente: Archivos del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud reproductiva. Información hasta el 25 de mayo del 2007. En Baja California, Baja California Sur y Colima no hubo registro.

Durante 1981 las parteras atendían el 54.4% de los partos registrados durante ese año, cifra que fue disminuyendo considerablemente con el transcurso del tiempo, así en 1997 atendían el 30% de los nacimientos, para el 2000 sólo el 17% y el 13.7% en el 2003. Sin embargo en las comunidades rurales de los estados de Chiapas, Oaxaca, Guerrero,

Tabasco, Yucatán, Veracruz y Puebla, atienden anualmente más de 300 mil partos (INEGI, 2000, 2010) (Tabla 5). La labor de las parteras ha sido premiada por su calidad y por las metas alcanzadas en la reducción de la mortalidad materno-infantil. Tal es el caso de las parteras del Hospital Integral de Cuetzalan, Puebla quienes recibieron en el 2007 el Premio Nacional de Calidad.

2007	Persona que atendió el parto (% del total de nacimientos registrados)			Lugar de atención (% total de partos registrados)		
	Médico	Enfermera/Partera	Otro	Hospital/Clínica	Domicilio	Otro
Nacional	80.1	13.6	0.4	80.2	11.8	0.4
Chiapas	26.7	62.4	0.2	25.8	61.1	0.6
Guanajuato	84	2.9	0.3	83.1	1.4	1.3
Guerrero	56.2	34.3	0.3	57.7	33.2	0
Oaxaca	54.2	36.1	0.5	57.1	34.1	0.1

Fuente: INEGI. Estadísticas Demográficas. Cubos dinámicos 2007

En este contexto el Estado, a través del Sistema Nacional de Salud ha puesto mayor interés en las parteras, a diferencia del resto de los terapeutas que conforman la medicina indígena tradicional, ha establecido una clara política para capacitarlas dentro de las recomendaciones emitidas por la OMS y la OPS, y de incorporarlas como un elemento fundamental de su estrategia para reducir la mortalidad materno-infantil y para brindar una atención integral y humanitaria.

A continuación abordaré la concepción indígena del proceso reproductivo (embarazo, parto y postparto) tomando como entidades representativas a Oaxaca, Chiapas y Yucatán. Lo anterior debido a que son estados con el mayor porcentaje de población indígena y rural a nivel nacional, que presentan los mayores índices de pobreza, marginación, y en donde la falta de acceso geográfico y económico a los servicios de salud hace prácticamente inexistente la posibilidad de una atención biomédica obstétrica oportuna en caso de complicación materna en el embarazo, parto o postparto.

Por ejemplo, en el estado de Oaxaca la mitad (44.2%) de las defunciones maternas registradas durante el periodo de 1998-2002 fueron casos en los que las mujeres afrontaron el parto sin la presencia de una partera, es decir solas o con la ayuda de algún familiar que no tenía reconocimiento social o rol comunitario ni conocimiento específico sobre el manejo del parto (Sesia, 2006). Este mismo estudio reporta que el 32.7% de muertes maternas registradas en el mismo periodo fueron atendidas por una partera mientras que el 21.2% tuvo atención médica formal (en alguna institución de salud).

Aunado a lo anterior, Oaxaca, Chiapas, Guerrero, Puebla y Yucatán junto con Morelos y Veracruz, constituyen estados donde la presencia de la partera en la atención del embarazo, parto y postparto sigue siendo importante. En Chiapas más del 50 por ciento de los partos son atendidos por parteras y sólo cuatro de cada diez mujeres son atendidas por un médico; en Oaxaca y Guerrero las parteras atienden uno de cada cuatro nacimientos (Sánchez-Pérez, *et al.*, 1998; ENSAR, 2003). No obstante, la proporción de partos atendidos por parteras ha disminuido considerablemente. Por ejemplo en Chiapas en 1992 las parteras atendían el 63% del total de los partos registrados en ese año, en el 2005 tan solo atendieron el 26% y el 27.2% en el 2010.

Sin negar o restar importancia a la heterogeneidad con la que se vive la salud reproductiva en las etnias indígenas ni a las formas concretas de contender con las adversidades presentadas en este ámbito, la vasta información existente al respecto para estos estados los hace heurísticamente relevantes y un punto de referencia en el análisis y comprensión del conocimiento y prácticas terapéuticas que conforman los cuidados en el embarazo, parto y postparto, así como de la lógica de pensamiento y racionalidad inmersa en ellos. El análisis permite además identificar los elementos que persisten desde tiempos prehispánicos así como las modificaciones, resignificaciones, eliminación y apropiación que han ocurrido ante las condiciones sociales adversas y ante la hegemonía de la concepción biomédica.

Embarazo y parto en la tradición medica indígena

En la medicina indígena el embarazo y el parto son explicados a partir de la concepción mesoamericana del cuerpo y de la polaridad frío-calor. El cuerpo humano está constituido por elementos de calidad fría y caliente cuya combinación adecuada mantiene al organismo en equilibrio, es decir, en un estado de salud mientras que el predominio de una calidad causa la enfermedad.

Durante el embarazo los cambios fisiológicos ocurridos en la mujer desplazan su equilibrio hacia la calidad caliente, pese a ello este evento fisiológico, no es considerado un estado patológico o una enfermedad, sino un estado en el que su equilibrio es más caliente de lo normal, lo cual la hace más susceptible a la enfermedad. En Chiapas los tzotziles y tzeltales así como los huaves en Oaxaca, creen que el calor de las embarazadas atrae a los seres sobrenaturales comedores de almas o a los muertos. También creen que la mujer embarazada puede dañar a terceros causándoles varias enfermedades como mal de ojo, o que su exceso de calor puede afectar los cultivos marchitando las frutas y las plantas (Zolla, *et al.*, 1999).

Es por ello que durante esta etapa la mujer tiene que tener cuidados especiales tanto alimenticios como físicos e incluso conductuales y morales para contrarrestar el exceso de calor y con ello prevenir cualquier complicación o enfermedad. Por ejemplo, la mujer tiene que evitar ir a ciertos lugares como a los cultivos, a los panteones y a lugares muy concurridos (Zolla, *et al.*, 1999).

La concepción del cuerpo femenino es importante para comprender los cuidados y las prácticas curativas utilizadas por las mujeres y las parteras. El cuerpo es una gran cavidad en cuyo interior se localizan los órganos, si bien están conectados entre sí, cada órgano tiene una posición determinada generando en el organismo una situación de equilibrio (Sesia, 1992: 22 y 25). Los órganos no están fijos y llegan a moverse de su lugar por diversas razones (por ejemplo haber realizado esfuerzos físicos, o por un enfriamiento, etc.), produciendo un desequilibrio corporal y en consecuencia diversos malestares y enfermedades que son contrarrestadas cuando el órgano en cuestión regresa a su lugar mediante masajes específicos.

La matriz¹⁴ es el órgano central que regula las funciones femeninas como la menstruación, ovulación y la fecundación, siendo el lugar donde se genera la nueva vida, para lo cual es indispensable tener una matriz fuerte. La debilidad de la matriz se atribuye a un enfriamiento de la mujer. Se cree que la matriz se encuentra normalmente “cerrada”, pero hay ciertas condiciones en las que se “abre” siendo más susceptible al enfriamiento, por ejemplo durante la menstruación, el trabajo de parto o el nacimiento. “Una matriz con frialdad no puede retener fácilmente al feto” (Sesia, 1992: 23), por lo que es una causa de abortos espontáneos durante los primeros meses del embarazo.

Cuidados durante el embarazo.

El papel de la partera o *temixihuitiani*¹⁵ como la principal encargada de brindar atención a la mujer durante el embarazo, tiene una larga tradición con profundas raíces culturales en el México prehispánico. En la actualidad la partera confirma y vigila el curso del embarazo, atiende el parto y al recién nacido, además cuida a la madre y al niño durante el puerperio o cuarentena. La participación de la partera no se limita a la salud materno-infantil, ella atiende otros problemas de la salud reproductiva de las mujeres como la esterilidad y algunas enfermedades de filiación cultural que aquejen a la madre y/o al recién nacido. Además de lo anterior las parteras cumplen la importante función de socializar las normas y de advertir a los futuros padres sobre las consecuencias del incumplimiento de las mismas (Zolla, *et al.*, 2009).

El embarazo, el parto y el puerperio se conciben como procesos naturales en los cuales la participación del esposo y de la familia es fundamental pues brindan a la mujer apoyo emocional, además de que le ayudan a la partera cuando llega el momento del parto, y sobre todo, por el valor simbólico que entre estos grupos étnicos tiene el nacimiento de un hijo.

¹⁴ Bajo el concepto de matriz los grupos indígenas del Istmo de Tehuantepec, Oaxaca incluyen los ovarios, las trompas de Falopio y la vagina, a esta última sólo durante el nacimiento se le concede entidad anatómica propia como el conducto que permite al niño salir del útero.

¹⁵ La importancia terapéutica y social de las parteras ha quedado registrada en diferentes fuentes desde la época prehispánica en las cuales se refieren a ellas como: *temixhuitiani*, *temixhuiani* (“la que ayuda a parir”), *tepelehuiani* (“la que ayuda”), *tlamatqui* (“hábil, diestra, sabia”). Ver Zolla, Argueta, Mata, 2009.

Al inicio del embarazo la partera aconseja a los padres sobre los cuidados que ambos deben tener y las normas que deben cumplir, desde prácticas alimenticias hasta de la vida conyugal. A la madre le aconseja no hacer esfuerzos ni cargar cosas pesadas, comer bien y cumplir sus antojos¹⁶ Del padre se espera que cumpla con las normas establecidas en la tradición como realizar rituales de purificación y rezos, mantenerse alejado de todo conflicto, no envidiar a sus vecinos o provocar ser envidiado en el trabajo y no cometer adulterio pues todo comportamiento inadecuado o incumplimiento de las normas puede generar alguna complicación durante el embarazo o parto (Freyermuth, 2006).

En el México prehispánico las parteras también recomendaban a la mujer embarazada no dormir durante el día para que el niño no naciera con la cara deforme, no estar cerca del fuego para que el niño no se tostara, para evitar perder al niño no debía llorar, ni suspirar. Realizar ofrendas, limpiar y arreglar el altar de los dioses era otra recomendación que la partera hacía a la mujer, además de que ella también la encomendaba a los dioses (Quezada Noemí; 1977: 310-311; Ocaranza Fernando, 1995:68; Zolla Carlos, Argueta Arturo, Mata Soledad, 1999; Flores Cisneros Carmen, 2003:44).

En la tabla 6 se muestran otros consejos y normas que son importantes para reducir los temores de las mujeres embarazadas y atender los padecimientos que en este estado les pueden afectar como el mal de ojo, la brujería, entre otros.

¹⁶ Existen marcadas diferencias entre los grupos indígenas en torno a los cuidados alimenticios que deben tener durante el embarazo y el parto. Por ejemplo en Chiapas (Tziscaco) la partera recomienda ingerir alimentos de calidad caliente y no consumir en exceso alimentos de calidad fría (Magallanes, *et al.*, 2005:140), mientras que en la región Mixteca y en la Sierra Norte de Oaxaca durante el embarazo no se prohíbe ningún alimento pero después del parto sí se recomienda seguir una dieta evitando los alimentos de calidad fría. Respecto a los antojos todos los grupo coinciden en que no cumplirlos ocasiona daños físicos al niño, el cual puede nacer con manchas en la cara con la forma del objeto deseado (Veracruz y entre los mixes de Oaxaca); o nacer con la boca abierta (DF) y con la baba caída (SLP) (Zolla, 1999).

Tabla 6. Cuidados y prácticas recomendados por la partera a durante el embarazo		
	NORMA	CONSECUENCIAS
Mujer	Uso de la faja (ceñidor o soyate)	Prevenir aflojaduras y complicaciones
	Evitar salir de casa y tener enojos	Entra aire a la mujer causando al niño daños como la brujería
	No mirar a personas con algún defecto físico	Hacerlo provoca que el niño nazca con los mismos defectos físicos
	No realizar trabajos pesados No exponerse al calor del fogón	Al momento del parto se expone a que se le pegue la placenta
	No exponerse a un eclipse solar o a luna llena	El niño nace con labio leporino
	No comer <i>tizatl</i> ni <i>tepetzictli</i>	El niño nace con defectos físicos
	No comer alimentos pegados a una olla	El niño se pega al vientre dificultando su nacimiento
Esposo	Realizar rezos y rituales de purificación Ser obediente, No cometer adulterio	Mantener la salud de su esposa y el buen desarrollo y término del embarazo
	No matar a algún animal	El animal puede dañar al niño

Fuente: Vargas G. y Matos M, 1973; Quezada Noemí, 1975; Katz, Esther, 1992; Sesia, 1992; Ocaranza Fernando, 1995; Flores Cisneros, 2003; Freyermuth, 2006.

La prevención de complicaciones.

El enfoque preventivo está presente en la atención que la partera brinda a la mujer desde el embarazo hasta el parto. Las recomendaciones que la partera da a los padres tienen la finalidad de prevenir cualquier complicación durante el embarazo, el parto y el puerperio, por lo que tales recomendaciones giran en torno a mantener el equilibrio entre las calidades frío-caliente del cuerpo materno y generar en la madre un estado de tranquilidad y bienestar emocional.

Mantener el equilibrio en el cuerpo materno es importante pues como se mencionó anteriormente un exceso de frío, por ejemplo en la matriz –conocido como enfriamiento– es un factor de riesgo que causa abortos espontáneos. El desequilibrio puede ser ocasionado por la ingesta excesiva de alimentos de calidad caliente o fría, pero también por la exposición a lugares asociados con calidades frías. Para evitar el primer tipo de desequilibrio la partera aconseja a la futura madre que durante el embarazo coma alimentos calientes y blandos. La recomendación cambia después del parto pues con el nacimiento del hijo, la mujer pierde calor quedando en un estado frío, condición en la que se le recomienda evitar comer alimentos de calidad fría, crudos o

mal cocidos.¹⁷ En este sentido las recomendaciones alimenticias tienen la finalidad de contribuir a restaurar el equilibrio al interior del cuerpo (Katz, 1992:107; Flores, 2003).

Además de la polaridad frío-caliente hay otras creencias que regulan la conducta alimenticia, estas creencias tienen fundamento en un principio lógico que podemos llamar de sinonimia o de analogía. Se trata de creencias de origen prehispánico y que aún se preserva entre las etnias indígenas. Por ejemplo, entre las etnias indígenas de la región Mixteca y del Istmo de Tehuantepec en Oaxaca, se cree que si la mujer embarazada come tamales pegados a la olla, de igual manera, el niño se pegará a su vientre dificultando su nacimiento.

Las creencias en los defectos físicos como el labio leporino con los que puede nacer el niño si la madre no cumple sus antojos o se expone a un eclipse también se fundamentan en un principio de sinonimia. En algunas regiones es común que la población coma tierra o *tizatl* (sal) pero las mujeres embarazadas deben abstenerse de lo contrario el niño presenta defectos físicos al nacer, además no debe mascar *tepetzictli*¹⁸ (chicle de cerro) porque el niño puede nacer con *netenzoponiliztli*, enfermedad que se caracteriza por el paladar duro y las encías gruesas lo que impide su alimentación.

Bajo el principio de sinonimia, el caso de comer tamales pegados a la olla adquiere la siguiente explicación. La olla se concibe como el vientre humano y los tamales simbolizan el sexo y la fertilidad de la mujer, mientras que el proceso de cocción de los tamales dentro de la olla se compara con el embarazo, ambos se consideran procesos de transformación. De esta manera si se comen los objetos pegados a la olla de manera análoga el niño se pegará en el vientre de la madre (Bernardino de Sahagún; 576, 588-589; Vargas G. y Matos M, 1973; Ocaranza, 1995; Quezada, 1975: 310-311; Katz, 1992: 107).

Para prevenir cualquier complicación derivada del trabajo cotidiano de las mujeres la partera promueve el uso de la faja de algodón (ceñidor o sollate), la cual da

¹⁷ Entre los alimentos que se recomienda no comer son la carne de puerco, frijoles, papas, aguacate, nopal, limón) y es muy común que recomienden comer caldo de gallina, tortillas tostadas, tomar agua hervida y tibia.

¹⁸ Hierba amarilla como la cera que al masearse no se siente algún dolor en la cabeza y tiene un sabor dulce y sabroso (Maynéz; 2002:253).

soporte al cuerpo, a la cintura y a la espalda evitando cualquier aflojadura provocada por las labores pesadas o por movimientos bruscos. Para las parteras la faja es un aliado indispensable en la salud de las mujeres pues permite mantener el equilibrio y la fuerza del cuerpo, necesarios durante el embarazo, el parto y el puerperio. Sin embargo el uso de la faja entre las mujeres –sobre todo las más jóvenes- es una práctica que se ha ido olvidando (Sesia, 1992: 36-37; Zolla, *et al.*, 1999; Flores, 2003: 42-44; Flores y Rodríguez, 2010:113).

Recursos terapéuticos

La sobada, el temazcal y las plantas medicinales son los recursos terapéuticos más importantes, por su uso y efectividad, con los que cuentan las parteras para el cuidado del embarazo, la atención del parto y el cuidado del recién nacido. A continuación nos referiremos sólo a la sobada, abarcando los demás en el contexto de la atención al parto y el tratamiento de complicaciones.

La sobada es una práctica terapéutica de origen prehispánico muy difundida en Mesoamérica, que en la actualidad se mantiene entre las distintas etnias indígenas de nuestro país con algunas modificaciones, pero preservando su esencia.¹⁹ Se trata de un masaje terapéutico muy especializado basado en un amplio y detallado conocimiento sobre la organización y función del cuerpo humano, así como en el desarrollo de habilidades manuales para localizar el lugar de los órganos o del feto en desarrollo, y el desplazamiento de ambos. Este saber y prácticas tan especializadas sustituyen el uso de la tecnología y medicamentos alópatas. Por medio de la sobada los médicos indígenas alivian distintos padecimientos ocasionados por el desplazamiento de algún órgano. Dependiendo del órgano o parte del cuerpo en cuestión, es el tipo, la intensidad, la duración y la frecuencia de la sobada. Hay sobadas para componer el estómago, para componer los intestinos, para los tendones, para tratar problemas de la matriz, el empacho, el pasmo, entre otros (Quattrocchi, 2006).

¹⁹ Cfr. Cosminsky Sheyla, 1977. “El papel de la comadrona en Mesoamérica” Revista América Indígena, Vol. XXXVII, No. 2 pp. 305-335, México DF.

Dicho masaje terapéutico se realiza durante embarazo, el trabajo de parto y el puerperio, en cada una de estas etapas tiene un objetivo particular, por lo que el procedimiento, su intensidad y frecuencia son distintos. Al principio del embarazo la sobada tiene la finalidad de confirmar a la mujer su estado, de calcular el tiempo de gestación, de conocer la posición del feto y, de ser necesario, acomodarlo en la posición correcta. Para confirmar el embarazo la partera palpa el vientre haciendo una ligera manipulación hasta que localiza una “bolita”, signo del engrosamiento y endurecimiento de la matriz en los primeros meses de gestación. Según el tamaño de la “bolita” la partera estima el tiempo de embarazo. Con movimientos en el abdomen de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo empieza a acomodar la bolita. Es importante acomodarla para que el feto se desarrolle en una posición que no genere demasiada presión entre los huesos, órganos y músculos de la madre, evitando con ello, la presencia de malestares, dolores y cansancio durante el embarazo (Sesia, 1992: 25 y 36; Quattrocchi, 2006: 149-152).

A partir del tercer mes de gestación la sobada es la herramienta fundamental para diagnosticar la posición del niño, vigilar su desarrollo y mantener su posición correcta, pues conforme se desarrolla incrementan sus movimientos en el vientre materno. La partera presiona el vientre de la madre para detectar la cabeza del niño, si ésta no se localiza hacia abajo, es decir, en dirección al canal del parto o en el centro del vientre, con movimientos suaves lo va llevando poco a poco a dicha posición. En este momento la partera recomienda acudir por lo menos cada mes para la sobada sobre todo hacia los últimos meses cuando el niño no se encuentra en la postura correcta la partera considera que es necesario tres o cuatro sesiones seguidas para que el niño adopte la postura adecuada (Quattrocchi, 2006: 150).

Un procedimiento adicional para acomodar al niño durante el embarazo con el que cuenta las parteras es la manteada, que consiste en acostar a la mujer sobre una manta tendida en el suelo sujeta de los extremos por dos personas que la levantan con movimientos vigorosos haciendo rodar a la mujer en ella. Algunos grupos étnicos del Estado de México, de Querétaro, de Morelos, del DF, de San Luis Potosí, de Puebla, de Veracruz, entre otros, realizan la manteada con algunas variaciones. Por ejemplo, en

Veracruz antes de rodar a la mujer le dan a beber tequila con hierbas y le untan manteca caliente de pistle sobre el vientre. En Morelos y Puebla usan un reboso o una faja de manta de 1.5 metros de largo y 10 centímetros de ancho (Zolla, *et al.*, 1999).

La sobada es un recurso terapéutico que permite a la partera estar atenta al desarrollo del embarazo, mantener al niño en la posición correcta previniendo complicaciones y favoreciendo su parto natural. Esto contribuye significativamente a disminuir la angustia generada en la madre por no saber cómo va su embarazo y el miedo de que pueda terminar en una cesárea, motivo por el cual se considera que la sobada tiene efectos psicoprofilácticos. Durante el masaje la partera informa a la futura madre sobre el curso de su embarazo, sobre los cambios que sufrirá su cuerpo y sobre su salud reproductiva, sobre el parto y la cesárea, además de que le aconseja sobre los cuidados alimenticios y físicos que debe tener, todo esto contribuye a calmar sus temores y le brinda tranquilidad emocional. Las mujeres que reciben dicho masaje tienen un parto más rápido y menos doloroso lo mismo que una fácil y completa expulsión de la placenta, factores que como se ha mencionado, representan las primeras causas de mortalidad materna-infantil (Quattrocchi, 2006: 151-152).

En este sentido, dicho masaje terapéutico tiene una importante función preventiva y de cuidado prenatal, pues no sólo permite detectar a tiempo cualquier complicación derivada sobretodo de una postura inadecuada del niño que puede comprometer su expulsión por el canal del parto, sino que además resulta una medida no farmacológica para controlar el dolor y canalizar la angustia y el miedo que el proceso pueda generar en la futura madre, factores que también afectan el curso natural del parto. La sobada junto con los baños de temazcal y el uso de plantas medicinales son recursos terapéuticos eficaces para promover un parto natural en un contexto no hospitalizado y con un mínimo, o nulo, uso de tecnología y medicamentos biomédicos.

Atención al parto

En la tradición médica indígena la atención del parto tiene lugar en un contexto no

hospitalario ya sea en la casa de la parturienta o en la casas de la partera.²⁰ Hoy en día se han establecido Casas de la Mujer Indígena que son lugares acondicionados y atendidos por parteras y otros terapeutas tradicionales donde se le brinda atención a la mujer en materia de salud sexual y reproductiva con un enfoque que incorpora la perspectiva de género y la interculturalidad. De acuerdo con datos de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), hasta el momento existen 18 Casas de la Mujer Indígena ubicadas en 13 entidades federativas.²¹

En este tipo de casas de salud, la mujer embarazada puede pasar los últimos meses del embarazo o las últimas semanas antes del nacimiento para recibir una rápida y oportuna atención al momento del alumbramiento, en cualquier caso siempre tiene la compañía de un familiar.

Una vez iniciadas las contracciones la partera da infusiones a base de plantas medicinales para acelerar el parto, las plantas más empleadas son el zoapatle, el orégano, la ruda, la Santa María, el epazote, la canela, el piloncillo y el chocolate, algunas parteras usan además infusiones de cola de tlacuache. Estos remedios herbolarios, además del efecto oxitócico, ayudan a relajar y a brindar calor a la mujer haciendo más fácil y rápido el parto. Otra forma de aumentar las contracciones es mantener caminando a la mujer lo que permite además que el niño se inserte en el canal de parto y se rompan las membranas amnióticas (Zolla, *et al.*, 1999). El temazcal o baños de vapor es un recurso importante durante el parto. Las parteras mantienen listo el temazcal para llevar ahí a la mujer en caso de que el trabajo de parto se alargue para sobar y acomodar al niño.

En la atención tradicional al parto la mujer adopta una postura vertical para la expulsión del niño, la cual le resulta más cómoda y segura permitiéndole pujar con

²⁰ Aunque estos lugares son los más comunes para el nacimiento, en algunos grupos indígenas la mujer junto con su esposo se alejan del seno familiar para recibir, ellos solos, al niño. Si la mujer es primípara son asistidos por un familiar, la partera u otra persona (Zolla, *et al.*, 2009).

²¹ Las 18 Casas de la Mujer Indígena están localizadas en Puebla (Cuetzalan y en Ixtepec), en Guerrero (Ometepec y San Luis Acatlán), en Oaxaca (San Mateo del Mar y Matías Romero), en Chiapas (Chalchihuatán y Ocosingo), en Veracruz (Zongolica), en Yucatán (Sihó), Michoacán (Pátzcuaro, Zitácuaro), en Baja California (San Quintín), en Querétaro (Tolimán), en Nuevo León (Monterrey), en Sonora (Etchojoa), en Hidalgo (Huejutla) y en el Estado de México (San Felipe del Progreso). (CDI, 2012 http://cidemac.org/PDFs/Centros%20de%20Justicia/Seminario%20Centros%20de%20Justicia%20para%20las%20Mujeres/Presentaciones%204%20de%20mayo/COMI_NAC_DESA_PUEB_INDIGENAS.pdf)

mayor facilidad en el momento del parto. Cada vez hay más evidencias sobre las ventajas que la posición vertical tiene en el momento del parto, por ejemplo, permite contracciones uterinas más fuertes y eficientes, un mejor acomodo del feto, la pelvis se expande más aumentando la superficie total de salida del niño haciendo más rápida su expulsión con menos dolor para la madre y menor probabilidad de desgarros en varias zonas de la pelvis (Gupta y Hofmeyr, 2008) (Ver tabla 2).

Hay muchas variaciones en cuanto a la postura vertical, algunas mujeres indígenas paren paradas con las piernas abiertas, otras hincadas, sentadas o en cuclillas. En esta última posición la mujer, a punto de parir, se apoya en su marido para pujar mejor mientras él le sostiene la cabeza dándole al mismo tiempo masaje suave en las sienes para relajarla. Mientras tanto la partera masajea el vientre de la madre al mismo tiempo que lo aprieta –con sus brazos, rodillas o con la ayuda de una faja o reboso amarrado en la cintura de la parturienta– y presiona hacia abajo conforme el niño va descendiendo por el canal del parto.²² Una vez que el niño ha salido la partera lo recibe protegiendo el periné de la madre con ambas manos (Testimonio de una partera tradicional, citado por Zolla, *et al.*, 1999).

Otra variante es la adoptada por las mujeres mayas quienes “se acurrucan apoyándose sobre la palma de las manos y las rodillas, el niño se recibe por detrás, según parece a fin de disminuir los riesgos de ruptura del perineo de la madre. Para ayudarlas en sus esfuerzos se le puede sostener mediante el reboso, que se pasa bajo los brazos y luego se cuelga de la viga principal”. Por su parte las mujeres tzotziles se “sientan en una silla pequeña, ponen en cuclillas las piernas, se toma las rodillas y hace presión apoyándose con las caderas en el asiento y en el respaldo de la silla para que la partera reciba el producto” (Zolla, *et al.*, 1999).

Justo al momento del nacimiento la partera amarra la cintura de la mujer con una faja para prevenir hemorragias y cortar el cordón umbilical. Una vez realizado el corte lo amarra, lo cauterizan (con el sebo caliente de una vela u objetos calentados al rojo

²² Las mujeres tzotziles se colocan en cuclillas y además son sujetadas con una cuerda al poste principal de la choza para darle mayor apoyo, el esposo la sostiene por atrás mientras que la partera se coloca frente a ella para ayudarle a expulsar al niño. Por su parte las mujeres yaquis de Sonora paren hincadas con las piernas abiertas.

vivo), aplican sustancias antisépticas y/o desecantes como ceniza, sal, polvo de ladrillo, talco, alcohol, merthiolate, entre otros. Para facilitar la expulsión de la placenta intensifica las contracciones por medios mecánicos ya sea provocando vómito y tos o mediante la ingesta de bebidas amargas o de sabor desagradable, o bien emplean remedios herbolarios, la sobada en los baños de temazcal o la manteada para despegar la placenta (Zolla, *et al.*, 1999).²³

Después del nacimiento sobar periódicamente a la madre ayuda a su pronta recuperación ya que favorece que los órganos desplazados durante el embarazo regresen a su posición correcta recuperando así su estado de equilibrio. Fajar el vientre justo después del nacimiento del niño durante 15 días o hasta dos meses, ayuda a que la matriz regrese a su tamaño y posición normal, además de ayudar a cerrar los huesos de la cadera que se abrieron durante el parto. “Si los huesos no se cierran la mujer padece varios malestares porque la matriz no queda en su lugar y tiende a caerse” (Testimonio de una partera del Istmo de Tehuantepec, citado por Sesia, 1992: 26)

Complicaciones durante el parto

Aunque el embarazo y el parto se conciben como procesos naturales hay ciertos eventos, signos y síntomas que las parteras reconocen como factor de riesgo, por ejemplo, algunos aspectos biológicos como la postura del niño, la duración del parto y la presencia de hemorragias e infecciones posparto.

A demás de estos factores biológicos de riesgo existen otros derivados de la dimensión normativa de la cultura y de la influencia de fenómenos naturales y sobrenaturales. El incumplimiento de las normas de comportamiento individual o colectivo, por ejemplo, no cumplir con las normas alimenticias o de la vida conyugal pueden ser causas de complicaciones durante el embarazo o el parto. A éstos últimos

²³ Existen variaciones entre las parteras respecto al momento de realizar el corte, el objeto empleado y la distancia a la que cortan. Algunas parteras cortan el cordón inmediatamente después del nacimiento otras hasta que la placenta ha sido expulsada, para cortarlo usan un cuchillo, tijeras o navajas desinfectados al fuego, otras emplean carrizo, bambú, caña, obsidiana pues consideran que emplear objetos de calidad fría como los metálicos puede perjudicar la salud del recién nacido o de la madre.

grupos se les ha llamado factores de riesgo reconocidos por filiación cultural.

Varios autores consideran que el hecho de que las parteras reconozcan como factores de riesgo algunas de las situaciones biológicas señaladas por la biomedicina, es el resultado de la capacitación a la que han sido sometidas las parteras, pero también es resultado del contacto cultural que han tenido con la tradición biomédica, de la apertura que han tenido para apropiarse y resignificar algunos de sus elementos culturales.

De acuerdo con Paola Sesia (1992) hay una diferencia sustancial en la forma en la que las parteras construyen una situación de riesgo reproductivo en comparación con los médicos obstetras. Una diferencia significativa radica en los cuidados y la atención que la partera brinda a la madre durante el embarazo la cual, señala Sesia, difiere de la que el obstetra brinda en la atención prenatal, en por lo menos tres aspectos: el mes de gestación de la primera consulta y la frecuencia, el objetivo y la lógica de la consulta.

Respecto al momento de recibir la atención prenatal es la mujer embarazada quien decide en qué momento acude con la partera y con qué frecuencia. Cada mujer toma esta decisión según el conocimiento, la experiencia y las vivencias que tenga sobre el embarazo y el parto. La mayoría de las mujeres indígenas acude con la partera entre el tercero y el quinto mes del embarazo, si se trata del primer embarazo son pocas las mujeres que acuden con la partera tras los primeros síntomas (Sesia, 1992: 35-36). El objetivo fundamental de la visita es la sobada.

El conocimiento que se tienen sobre el embarazo y el parto es socializado y difundido entre las mujeres y sus maridos por la partera, lo cual ha contribuido a que ambos estados biológicos se conciban, experimenten y vivan como un proceso natural durante el cual se tienen que seguir los consejos y medidas preventivas, culturalmente adecuadas, que la partera conoce y difunde para que evitar cualquier complicación.

Son muy pocas las parteras que consideran la edad de la mujer –por ejemplo 40 años o más– y el número de hijos que haya tenido como factores de riesgo reproductivo. Durante el embarazo los signos que permiten a la partera identificar si se trata de un embarazo de riesgo se relacionan fundamentalmente con la postura que el feto adopta durante toda la gestación. Al momento del nacimiento las parteras reconocen como signo de complicación cuando el trabajo de parto es muy largo, por ejemplo, 24 horas

después de que iniciaron las contracciones. En tales situaciones la partera recurre a las plantas medicinales para provocar las contracciones uterinas y facilitar el parto.

La segunda complicación es cuando el niño se encuentra en una posición distinta a la cefálica. Sin embargo, a diferencia de la atención biomédica, dicha situación no es una complicación que necesariamente tenga que concluir en una intervención quirúrgica. Las parteras afirman que si el niño viene de pie puede nacer en esa posición si las piernas y los brazos se encuentran verticales a lo largo del cuerpo. En estas situaciones, la partera se desinfecta las manos y las introduce en el canal del parto para tomar los pies del niño y jalarlo suavemente asegurándose de que el cordón no esté enredado en el cuello o el cuerpo del niño. Si los brazos y pies no se encuentran verticalmente al cuerpo la partera intenta tomarlos con la mano y los jala hacia abajo, o si el niño está de nalgas, ella lo empuja suavemente hacia arriba tratando de sujetarlo por los pies para después jalarlo hacia afuera.

Posterior al nacimiento los signos de complicación que reconocen las parteras tienen que ver con la expulsión de la placenta, por ejemplo, que se presenten hemorragias durante la expulsión, que tarde en ser expulsada (de media a una hora) o que no sea arrojada completamente. Otras parteras reconocen como situación de complicación cuando la madre tiene una inflamación excesiva en el área púbica o la presencia de fiebre tras el nacimiento (Sesia, 1992: 41). Las terapeutas afirman que el sangrado excesivo, es una situación de peligro, ante la cual tienen que estar preparadas con plantas medicinales para atender la emergencia, ellas conocen cuáles plantas usar, cómo usarlas y en qué dosis administrarlas. En muchas ocasiones las plantas medicinales se usan en combinación con los baños de temazcal.

El manejo y solución exitosa de estas complicaciones obstétricas otorga a la partera prestigio, reconocimiento y autoridad entre los grupos de la comunidad que puede incluso extenderse a las comunidades vecinas o a toda la región. Para contender con estas situaciones de emergencia obstétrica la partera despliega su arsenal de recursos terapéuticos que incluye la sobada (y sus variaciones), las plantas medicinales, el temazcal, las fajas, los rezos, pero también se han apropiado de las inyecciones de oxitocina. Únicamente cuando la partera considera que la vida de la madre o del niño

está en peligro por situaciones que ella no puede resolver, con su experiencia y con los recursos de los que dispone, es cuando canaliza a la mujer a un hospital para que reciba la atención médica pertinente.

La percepción del riesgo obstétrico entre las parteras se ha modificado a raíz de los cursos de capacitación que han recibido por parte de la Secretaría de Salud. Este ha sido el caso, por mencionar un ejemplo, de las parteras en el Estado de Morelos. De acuerdo con García-Barrios (1993) después de recibir el curso de capacitación las parteras perciben como factores de riesgo, en mayor proporción que aquellas que no tomaron el curso, algunos de los señalados por la concepción biomédica como la alta paridad –número de hijos anteriores–, intervalo intergeneracional, partos o embarazos previos con complicaciones, disminución de los movimientos del feto, sangrado e hinchazón durante el embarazo. (García-Barrios, 1993: 81).

Las parteras que han recibido un curso de capacitación consideran en mayor grado como factores de riesgo a las enfermedades y operaciones anteriores, infecciones e hipertensión, o la anemia. En suma, entre estas parteras es mayor el número de condiciones asociadas con una situación de riesgo en comparación con las parteras sin el curso de capacitación, lo cual sugiere que entre las primeras hay una mayor tendencia a considerar el embarazo como un proceso patológico que requiere de una continua vigilancia médica.

Por otra parte, García-Barrios (1993) señala que los cursos de capacitación no ha modificado la percepción de los factores de riesgo asociados a la alteración del equilibrio entre las dualidades frío/caliente –como comer cosas frías, hacer esfuerzos o trabajos pesados–, los relacionados con la intervención de seres sobrenaturales o astros como la luna y aquellos relacionados con el principio de sinonimia como exponerse a un eclipse de luna o de sol, comer cosas pegadas a las ollas y no cumplir los antojos durante el embarazo. Factores de riesgo que remiten al cumplimiento de las normas sociales, como las alimenticias y otras, mencionadas en el cuadro 6, cuyo cumplimiento tienen una eficacia simbólica que ayuda a disminuir la angustia y el estrés de la mujer durante el embarazo evitando con ello complicaciones.

Para la biomedicina estos elementos no son considerados como factores de

riesgo pues no pueden explicarse en términos de causalidad biológica, es decir, no hay forma empírica de comprobar por ejemplo, el hecho que la madre se exponga a un eclipse solar o de luna con los daños físicos –labio leporino– que presenta el niño al nacer.

Racionalidad de las prácticas

Las prácticas comunes que realiza la partera como la sobada y otras maniobras para acomodar al niño en la posición cefálica, el baño del temazcal y el fajar el vientre de la mamá después del nacimiento del niño, son rechazadas por la concepción biomédica porque las considera no eficientes. Sin embargo estas prácticas y sus creencias encuentran su racionalidad y eficiencia cuando son explicadas a partir de tres elementos explicativos que estructuran su concepción y las prácticas sobre el proceso reproductivo. Dichos elementos son la idea de unicidad o continuidad del cuerpo humano, la concepción de la matriz como órgano central que genera la vida y da fuerza a la madre, y por último la polaridad frío-caliente.

La racionalidad de la sobada

Como es mencionó anteriormente la práctica de la sobada y su efectividad está sustentada en la concepción que se tiene sobre el cuerpo humano y la ubicación (suelta) que en él tienen los distintos órganos. Bajo ciertas condiciones éstos se mueven de lugar dando origen a varios malestares o patologías que se curan cuando, mediante las sobadas, la partera o el curandero acomodan el órgano en cuestión. Durante el embarazo varios de los dolores, malestares y cansancio que presenta la mujer son explicados como resultado de la postura que el feto adopta dentro de la matriz y el cuerpo de la madre, causando demasiada presión sobre los huesos y otros órganos de la madre. A través de la sobada la partera coloca al feto en una postura que no genere tal presión (Sesia, 1992:25).

La racionalidad del uso de la fajar

Esta práctica se torna inteligible dentro de la concepción que del cuerpo femenino se tiene en la tradición médica indígena. El cuerpo es concebido como una gran cabida en cuyo interior se localizan los órganos que, al no estar fijos, pueden desplazarse generando varias enfermedades. Tal es el caso de la matriz, si se desplaza puede generar malestares de distinta naturaleza y gravedad, según el momento de la vida de la mujer adulta en que tal movimiento ocurra.

Después del parto, si la mujer no tiene los cuidados necesarios la matriz se puede caer. Fajar el vientre justo después del nacimiento del niño durante 15 días o hasta dos meses, ayuda a que la matriz regrese a su tamaño y posición normal, además de ayudar a cerrar los huesos de la cadera que se abrieron durante el parto. “Si los huesos no se cierran la mujer padece de varios malestares porque la matriz no queda en su lugar y tiene a caerse” (Testimonio de una partera del Istmo de Tehuantepec, tomado de Sesia, 1992:26) Es por tanto una medida preventiva, pero si la matriz llega a caerse se acomoda mediante sobadas en el abdomen y en la espalda.

Creencia sobre el efecto de los eclipses durante el embarazo y sobre el incumplimiento de las normas de conducta.

Hay creencias muy antiguas, de origen prehispánico, que siguen vigentes en la actualidad y que bajo la concepción biomédica son consideradas irracionales y supersticiones. Por ejemplo la creencia de que la exposición a un eclipse de sol o de luna cuando hay la luna llena implica una situación de riesgo para la embarazada y el futuro niño que puede nacer con labio leporino o alguna otra malformación.

Existen algunos códices con láminas que muestran que durante un eclipse a las embarazadas se les tapaba la cara con una máscara y eran encerradas en tinajas grandes para protegerlas y evitar que el niño naciera con labio leporino. Para evitar estos efectos la partera aconsejaba a la embarazada colocarse en el seno una navaja negra (Garza Tarazona; 1991:53-55; Quezada Noemí; 1975: 310-311). Tales creencias se tornan comprensibles al ser analizadas bajo la polaridad frío-caliente.

Se ha mencionado anteriormente que el proceso salud-enfermedad-atención encuentra su lógica explicativa en la teoría de la polaridad frío-caliente y que los estados de enfermedad se deben a un desequilibrio entre estas cualidades, al interior del organismo. Durante el embarazo el cuerpo de la mujer se encuentra en una condición que es más susceptible a alteraciones en el equilibrio por su condición “caliente”, por tanto las medidas y cuidados, recomendaciones son en función de mantener el equilibrio. Desde esta perspectiva se han interpretado dicha creencia.

Algunas prácticas se tornan inteligibles cuando son analizadas desde el principio de sinonimia o analogía, mencionado anteriormente. Por ejemplo, los habitantes de la comunidad de Ocuituco, Morelos, relaciona por analogía lo que se cree ocurre durante los fenómenos naturales con los riesgos que éstos pueden representar durante el embarazo y el parto. Así para el saber cotidiano durante eclipse de luna ésta era devorada, de manera análoga en el vientre de la mujer embarazada durante el eclipse parte del labio del producto era también devorado (Castro Roberto, 1995 329-338).

A partir de la mitología náhuatl, Castro (1995) reconstruye otra explicación sobre los riesgos prenatales asociados a la ocurrencia de un fenómeno natural como el eclipse, que ha contribuido a esclarecer la lógica subyacente que explica las prácticas preventivas desplegadas en estos casos, dándoles un valor epistémico al localizar su fundamento y consistencia en las explicaciones míticas y cosmovisión del mundo.

De acuerdo con el autor, durante un eclipse de sol, la luna es oscurecida por el sol. Dentro de la mitología del origen del sol y la luna²⁴ lo anterior se interpreta como una victoria temporal de la luna sobre el sol, periodo en el cual la luna tiene plenos poderes para causar daño. Durante este periodo el conejo de la luna, animal asociado

²⁴ De acuerdo con el mito de la creación del sol y la luna los dioses reunidos en Teotihuacán, se preguntaron quién iluminaría al mundo. Dos de los dioses fueron seleccionados para competir por dicho privilegio Tecuciztécatl dios valiente y aguerrido y Nanahuatzin feo y tímido, realizaron durante cuatro días penitencias y sacrificios. los dioses encendieron una gran hoguera y a la noche del cuarto día se reunieron en torno a ella, e invitaron a Tecuciztécatl a saltar dentro de ella para poder ser transformado en el sol. Cuatro veces lo intentó y no pudo saltar. Toco el turno a Nanahuatzin quien de inmediato salto a la hoguera, al ver esto, Tecuciztécatl saltó de inmediato pues no quería ser derrotado. Más tarde los dos dioses convertidos en sendos soles aparecieron en el horizonte. Los dioses al decidir que no podía haber dos soles lazararon un conejo (considerado de naturaleza fría) a la hoguera contra el sol Tecuciztécatl con la finalidad de oscurecer su brillo, convirtiéndose este segundo sol en luna. El dios originalmente fuerte fue derrotado por el dios débil y feo convirtiéndose en el dios más poderoso de todos.

con la desgracia y el infortunio, regresa a la tierra para replicarse así mismo en aquellos seres que pronto nacerán provocando que su rostro se parezca a los del conejo al nacer con los labios comidos (labio leporino) o bien, podía entrar a la casa (el vientre materno) y robarse algún objeto (una porción del labio del producto).

Por lo que es necesario proteger a la mujer y al niño aún en el vientre materno durante un eclipse, ya sea colocándose en el vientre algún objeto metálico como un seguro o un cuchillo bajo la ropa, estos objetos considerados de calidad fría tienen la función de contrarrestar el exceso de calor manteniendo el equilibrio frío-caliente de la mujer, evitando ser afectada por el conejo quién por su calidad fría puede dañar a las personas de calidad caliente (Castro R; 1995:336).

Hasta aquí hemos esbozado los conocimientos, recursos terapéuticos y prácticas con los que cuentan las parteras para atender el embarazo y el parto conteniendo eficientemente con las emergencias obstétricas. En este sentido mencionamos el parto en la postura vertical, la sobada, el temazcal y el uso de remedios e infusiones herbolarias, los cuales no son reconocidos por la biomedicina a pesar de la eficiencia mostrada en distintas evidencias clínicas y de los argumentos presentados por la OMS para que sean recuperadas, promovidas e incorporadas como prácticas en la atención del parto en contextos no hospitalarios y con un uso necesario de medicamentos alópatas y tecnología.

Lejos de esto las políticas públicas en materia de salud promovidas a nivel federal han insistido en la capacitación de las parteras y en promover la formación de profesionales técnicos en partería (profesionalización de las parteras), que tenga las herramientas y capacidades biomédicamente necesarias para que identifiquen los signos de riesgo y puedan referir de manera oportuna a las mujeres a cualquier hospital o centro de salud para su atención.

La atención al parto por personal capacitado

La Secretaria de Salud inició cursos de capacitación para las parteras tradicionales en varios estados del país como Morelos, Veracruz, Oaxaca y Puebla entre otros. En la

capacitación se les enseña a medir la presión arterial, a suministrar sueros, a poner inyecciones, hacer el tacto vaginal, prescribir anticonceptivos y medicamentos, insertar dispositivos intrauterinos e implementar distintas medidas de higiene. También se les enseña a detectar aquellos signos que para la biomedicina son factores de riesgo, por medio de la historia clínica de la mujer embarazada que contiene información sobre sus antecedentes obstétricos, síntomas durante el embarazo, meses de gestación y alimentación, miden el vientre de la madre, su temperatura corporal, su peso, escuchan los latidos del niño y determinan su frecuencia cardíaca (Jiménez y Palestre, 2008: 164; Flores, *et al.*, 2005; Mendoza, 2005; García-Barrios, 1993).

Para el 2005 la Secretaría de Salud tenía registradas a 12,464 parteras en todas las entidades federativas, de las cuales el 80% habían tomado un curso de capacitación. A partir de esta fecha algunas de las parteras capacitadas fueron sometidas a un proceso de evaluación y certificación de competencias laborales, es decir, fueron evaluadas para cerciorarse que tuvieran los conocimientos y realizaran las prácticas transmitidas en la capacitación. Tan sólo en el 2008 se habían evaluado a 395 parteras de las cuales 271 fueron evaluadas como competentes (Tabla 7). En los años siguientes el censo de parteras en nuestro país arrojó un total de 1,843 parteras de las cuales 1,370 habían sido calificadas como competentes.

Tabla 7. Parteras tradicionales evaluadas por la Secretaría de Salud durante el 2008			
Entidad	Evaluadas	Competentes	Seguimiento
Chihuahua	13	11	8
Guerrero	52	31	
Hidalgo	21	14	123
Morelos	25	15	
Nayarit	13	11	
Puebla	124	80	49
Tabasco	98	61	
Tlaxcala	32	32	
Tamaulipas	17	16	30
Total	395	271	210

Elaboración propia con datos de la SSA (2009)

Parteras profesionales técnicas

La profesionalización implica recibir formación en conocimientos de biología, anatomía y ginecología. El programa de profesionalización debe contar con la aprobación de la Secretaría de Educación Pública pues es la institución que al término de su formación acredita a las parteras profesionales.

En nuestro país existen diversas organizaciones que se han abocado a capacitar personal para la atención del parto sin complicaciones. Algunas de ellas son Casa de Partos, Luna Maya, Centro de Educación para el Bienestar Humano, Plenitud, Embarazo, Parto y Lactancia; Parto Libre; Asociación Nueve Lunas y la Escuela de Parteras Profesionales Técnicas del Centro de Apoyo en Salud para Adolescentes (CASA). De estas asociaciones únicamente la última tiene reconocimiento oficial por parte de la Secretaría de Educación Pública.

La Escuela de Partería Profesional CASA se localiza en San Miguel de Allende, Guanajuato, desde su apertura en 1997 hasta la fecha ha formado 60 parteras profesionales procedentes de 13 estados de la República Mexicana. En la actualidad en CASA se forman a 32 mujeres jóvenes provenientes de todo el país, algunas de ellas son hijas de parteras tradicionales.²⁵

En 2005 se realizó la primera evaluación de la atención al parto brindada por las parteras profesionales técnicas, las enfermeras obstetras y los médicos generales. De todos los aspectos que se evaluaron, las parteras profesionales técnicas así como las enfermeras obstetras tuvieron en general un mejor desempeño en comparación con los médicos generales con respecto a las prácticas recomendadas por la OMS (Walker, 2011).

Una de las recomendaciones de la OMS en el trabajo de parto es la utilización de métodos no farmacológicos para el manejo del dolor, por ejemplo, enseñar a la futura madre a respirar de manera rítmica, con masajes en el vientre o sobadas, el baño en regadera o tina, caminar, hacer ejercicios, cambios de posición –en cuclillas, sentada, acostada–, utilizar homeopatía o infusiones, dar apoyo psicológico y métodos de relajación con música o incienso.

²⁵ http://www.casa.org.mx/midwife_esp.html

Cuando se comparan las prácticas rutinarias realizadas por los médicos o personal de salud que atiende los nacimientos, con las realizadas por las parteras profesionales técnicas, se muestra que éstas realizan en mayor porcentaje que los médicos las prácticas no farmacológicas para el manejo del dolor. Poco menos de la mitad (40.2%) recurre al masaje o la sobada, el apoyo psicológico es realizado en menor medida (20.6%), y menos del 10% incita a la futura madre a caminar o realizar ejercicios. Menor es aún el porcentaje de parteras profesionales que recurren que a los baños o duchas (6.9%) (Walker, 2011:50-64) (Tabla 8).

Otra de las recomendaciones es brindar una atención integral y adecuada a la pertenencia cultural de la mujer embarazada. A diferencia de los médicos, las parteras profesionales brindaron una mejor atención prenatal, dando buen seguimiento durante el embarazo, el parto y posterior a este. En general las prácticas que realizaron estuvieron más acordes con los lineamientos establecidos por la OMS y la Norma Oficial Mexicana 007 y se apegan más a un parto humanizado en comparación con las prácticas realizadas en los Centros de Salud por los médicos generales. Durante la atención brindada por las parteras profesionales, la parturienta puede escoger la posición en la cual quiere parir, acostada boca arriba, sentada, hincada, de pie o en el agua, y puede recibir jugos naturales, medicamentos homeopáticos y masajes, así como practicar algunos ejercicios para controlar el dolor.

Las prácticas arriba mencionadas, salvo la homeopatía y las otras con algunas variantes, constituyen la base de la terapéutica en la atención al parto brindada por las parteras tradicionales, prácticas que, en las parteras capacitadas y las que reciben una formación profesional, están en un proceso de sustitución por las prácticas biomédicas, varias de las cuales han sido contraindicadas por la OMS. Tal es el caso de colocar a la mujer embarazada en la postura horizontal durante el parto, las parteras capacitadas y las profesionales colocan en esta postura a la parturienta en mayor proporción y recurren muy poco a la postura vertical, además administran oxitócicos y realizan la episiotomía, esto aunque en menor grado (19.9%) en comparación a los médicos (37.6%) (Walker, 2011:50-64).

Tabla 8. Actividades realizadas en la atención al parto por parteras tradicionales con y sin capacitación recibida por la Secretaría de Salud y por parteras con formación profesional. Elaboración propia.			
Actividad realizada	Parteras tradicionales	Parteras tradicionales con capacitación biomédica o profesionalización	Médicos
Lugar de atención del parto	Casa de la parturienta o de la parteras	Clínicas o centros de salud, en menor medida en casa	Hospital, clínica privada
Posición para atender el parto	Vertical ya sea en cuclillas en una silla, hamaca, suelo, etc.	Horizontal en cama o suelo	Horizontal en cama de parto
Medidas higiénicas	Lavado de manos, baño general a la parturienta	Desinfección de manos y uso de guantes y material estériles, desinfección de la parturienta	Desinfección de manos y uso de guantes y material estériles, desinfección de la parturienta
Métodos farmacológicos	Plantas medicinales, Oxitocina en pocos casos	Plantas medicinales, Oxitocina en mayores casos	Oxitocina, anestesia,
Métodos no farmacológicos	Para controlar el dolor y estimular contracciones: sobadas, temazcal, apoyo psicológico, remedios herbolarios, deambulación	En poca proporción emplean sobada, los baños (duchas o regaderas), apoyo psicológico, deambulación	Deambulación Duchas en regadera
Ruptura de la bolsa amniótica	No lo practican	Ruptura mecánica	Ruptura mecánica
Corte del cordón umbilical	Tijera, hoja de afeitar, cuchillo, usan cintas o trapos para amarrar el cordón umbilical	Tijeras desinfectadas, bisturí	Tijeras y cintas umbilicales
Atención al recién nacido	Reanimación, bañan y cubren al niño para darle calor. Algunas usan gotas oftálmicas y extracción manual de las secreciones (dedos o perillas) Amamantamiento inmediato	Reanimación Lavado y desinfección de ojos, algunas pesan al recién nacido	Reanimación usan aspiradores o perillas báscula y gotas oftálmicas. Pesan al recién nacido. Amamantamiento a los 30-60 min posteriores al parto
Cuidados postparto	Atención brindada en un rango de 0-42 días, promedio 7 días	Atención brindada en un rango de 0-42 días, promedio 7 días	
Manejo de complicaciones	Dar medicamentos, seguir con la atención,	Canalizarla con un médico	Intervención obstétrica y quirúrgica
Planificación familiar	Solo la mitad lo recomienda	Gran porcentaje de ellas (88%) lo recomienda	El 100%

Elaboración propia. Fuente: Mendoza, 2005; Walker, 2011.

La capacitación consiste en complementar los conocimientos y prácticas biomédicas con los tradicionales y a sustituir estos saberes y prácticas por los biomédicos. Lo cual más que contribuir a reducir la mortalidad y morbilidad materno-infantil las ha subordinado a la biomedicina y disminuido su capacidad de acción pues al identificar

las situaciones de riesgo su intervención se limita a remitirlas a la institución de salud para su atención.

La capacitación y la profesionalización –sin desacreditar los logros que la profesionalización pueda significar para fortalecimiento de las parteras– deberían fortalecer los conocimientos y prácticas tradicionales que les ha permitido a las parteras contender con mayor eficiencia las complicaciones durante el embarazo y el parto, como el uso de la sobada, de los baños de temazcal, de las plantas medicinales, el uso de la faja y la postura vertical para el parto. En lugar de ello han fomentado la adopción de prácticas biomédicas cuyo riesgo para la salud de la madre y el recién nacido han sido suficientemente evidenciadas, por ejemplo, colocar a la mujer en posición horizontal o semi-horizontal durante el parto, uso de oxitócicos, o uso de la episiotomía.

En la práctica biomédica sigue imperando la inequidad epistémica y la exclusión de saberes y de todo un conjunto de conocimientos no biomédicos por considerarlos irrelevantes en la atención y solución de los problemas en el ámbito de la salud, enfermedad, embarazo, parto y puerperio. Esta falta de equidad epistémica, reconocimiento solidario y apertura de la tradición biomédica hacia la tradición médica indígena ha hecho que las relaciones interculturales se traduzcan en apropiación e incorporación unilateral de la tradición hegemónica sobre las otras.

La actual discriminación de las prácticas médicas indígenas puede explicarse a que son prácticas cuyo fundamento epistémico carece de sentido para la concepción biomédica. Para la tradición médica indígena sus conocimientos y prácticas se constituyen sobre una epistemología más amplia que contempla y relaciona las manifestaciones y experiencias de vida, que a su vez son experiencias históricas, el contexto, elementos axiológicos, argumentación retórica.

En el presente capítulo hemos analizado la atención al parto realizada por los médicos y las parteras. La OMS y la Norma Oficial Mexicana 007 han contraindicado muchos de los procedimientos que los médicos realizan por los efectos negativos y el riesgo que conllevan. Sin embargo, varios de ellos no sólo siguen vigentes sino que además se ha fomentado su uso entre las parteras profesionales y las parteras tradicionales que reciben capacitación.

Las parteras realizan varias prácticas que cumplen con los lineamientos de la OMS sobre la atención integral y de calidad al parto basada en la pertinencia cultural, restringen el uso de la tecnología y los medicamentos al mínimo, que les permiten manejar complicaciones y generar en la madre un estado de bienestar físico, emocional y social.

La posición vertical en el parto, la sobada, el baño de temazcal, uso de plantas medicinales, la deambulación de la madre, el uso de la faja, los consejos sobre los cuidados y normas que debe seguir para mantener el estado de bienestar. Este último punto las capacita, culturalmente hablando para dar apoyo emocional a las mujeres durante el embarazo y el parto pues al compartir las misma concepción sobre la salud, la enfermedad, sobre los factores de riesgo que angustian y causan incertidumbre sobre el desarrollo de su hijo, les permite brindar una atención de calidad y humanista a las mujeres y al recién nacido. Los masajes terapéutico como la sobada, el baño de temazcal, infusiones de plantas medicinales como el zoapatle, la ruda, la Santa María hasta la canela y el chocolate, la deambulación son algunas de las prácticas que las parteras usan como métodos no farmacológicos para el manejo de complicaciones y el dolor. Algunas como la sobada tienen efectos psicoprofilácticos que permiten a la embarazada controlar el ciclo temor-tensión-dolor durante el parto.

Hasta el momento la Secretaria de Salud presentó en el 2008 un modelo del parto vertical aceptando sus beneficios en relación con la postura de litotomía. En dicha propuesta se pretende probar en varios hospitales la mesa de parto vertical, para conocer en la práctica su funcionalidad y hacerle las modificaciones sugeridas por las pacientes y personal de salud; sin embargo, no se han dado iniciativas similares sobre los otros recursos terapéuticos tradicionales.

CONCLUSIÓN

En la actualidad el quehacer de la filosofía de la ciencia puede contribuir a responder las problemáticas históricas dentro del contexto de la diversidad cultural de nuestro país. Podemos preguntar ¿cuál ha sido el papel de la filosofía de la ciencia en la evaluación, aceptación o rechazo y discriminación del conocimiento y prácticas de la tradición médica indígena?

Hemos visto el papel que desempeñó la filosofía de la ciencia, en su vertiente tradicional, en la conformación de la problemática que enfrentan los conocimientos y prácticas denominados tradicionales, en oposición a los conocimientos y prácticas científicas, al sostener una concepción de conocimiento genuino y del proceder para obtenerlo y validarlo, que excluía a toda pretensión de conocimiento que no cumpliera con los cánones de rigurosidad del racionalismo clásico, delimitando el campo de la experiencia humana considerada científicamente válida y legítima.

El predominio de la concepción occidental de la racionalidad científica, promovió que la diversidad cultural –las diversas formas de vida, de organización social, de experiencias, de prácticas, de saberes, de valores, de normas, de identidad– no fuera considerada como elementos culturales a quedar plasmados, en su particularidad identitaria, en todos los ámbitos de la organización social como el ámbito jurídico, el político, en la educación y en la atención a la salud. En la conformación del Estado-nación mexicano la particularidad cultural de la sociedad resultó irrelevante para su organización y conformación, pues obedeció más a factores de carácter político y económico que a culturales. En este contexto la unidad cultural no surge de la unión voluntaria de una comunidad de individuos que comparten una identidad cultural y un proyecto común, sino que se impone mediante una serie de políticas de corte integracionista cuyo fin era controlar y reducir la capacidad social de decisión, de las etnias indígenas, sobre el uso, la producción y la reproducción de sus elementos

culturales, por ejemplo, en el ámbito de la educación y la salud.

Durante mucho tiempo el concepto de racionalidad hacía referencia a evaluar la adecuación de los medios utilizados para alcanzar ciertos objetivos o fines. Es decir la reflexión en torno a la racionalidad se concebía como una cuestión de determinar si los instrumentos o medios eran adecuados, o no, para lograr ciertos fines, considerados ya determinados y no sujetos a evaluación ni argumentación. En oposición a esa postura de la racionalidad instrumental, la concepción pragmática de la racionalidad, sostiene que en toda relación medios-fines, éstos últimos, al igual que los medios, son objeto de evaluación. La racionalidad de los fines y la estrecha relación entre ésta y los medios adquiere relevancia en las evaluaciones entre dos tradiciones médicas inconmensurables.

Si bien podemos afirmar que el fin de un sistema o tradición médica es curar la enfermedad y restaurar la salud, la elección de los medios empleados para lograr tal fin dependerá de qué se entiende por curar o por salud e incluso por enfermedad. La diversidad cultural nos da un ejemplo claro de esta situación, pues como se ha visto, las concepciones sobre la salud, la enfermedad y la cura depende de factores culturales, históricos y axiológicos.

En este sentido, dirimir la racionalidad de las decisiones y prácticas propias de la tradición médica indígena requiere, más que la aplicación de una regla metodológica, de la comprensión y argumentación deliberativa tanto de los fines como de los medios. La filosofía de la ciencia puede ayudar a comprender lo que en un contexto determinado se debe entender por racionalidad de los fines y racionalidad de los medios.

A partir de la discusión desarrollada en los capítulos uno y dos, parece claro que la racionalidad no queda reducida al ámbito de la ciencia ni de la práctica científica que lleva a la producción de teorías o hipótesis. La racionalidad debe entenderse, en el sentido propuesto por Quintanilla (2011: 61), como un asunto de discusión colectiva y de criterios para guiar, mantener y cerrar una discusión.

Ante la diversidad de posturas y el abanico de posibilidades de elección y acción que las distintas concepciones del mundo pueden generar, una concepción de racionalidad que no elimine la heterogeneidad cultural y que ésta más un obstáculo, sea

una condición para las acciones conjuntas, para solucionar problemáticas concretas dentro del marco de relaciones interculturales simétricas.

Sin embargo, plantear acciones comunes y establecer acuerdos de respeto mutuo que permitan la convivencia pacífica y recuperar o fortalecer la capacidad social de decidir sobre el uso, producción y reproducción de los elementos culturales propios de su tradición, requiere comprender los elementos de inconmensurabilidad existente entre las tradiciones médicas en cuestión. Lo cual, a la vez hace necesaria la adopción de principios que regulen las relaciones interculturales como el de apertura y disposición para comprender, interpretar e incluso aprender de la otra tradición, así como el criterio de incompletitud y el de equidad epistémica.

En esta tesitura no es deseable una concepción de racionalidad que suprima la diversidad de posturas y puntos de vista sobre una cuestión en particular, como puede ser la atención del parto en la postura vertical, o en la postura horizontal, eliminando el desacuerdo, y con ello la diversidad cultural. Al respecto Quintanilla (2011) afirma que ante la diversidad de posturas las elecciones racionales requieren de un esfuerzo interpretativo entre ellas, dando lugar a controversias y discusiones las cuales no tienen que llegar necesariamente “al convencimiento de una de las dos partes ni a una síntesis sincrética sino simplemente a la coexistencia de opciones sólo parcialmente compatibles y siempre abiertas a la mutua contrastación” (2011:62).

A partir del análisis de las relaciones que históricamente se han dado entre la cultura de los pueblos originarios y la cultura introducida por los españoles durante la conquista, la cual posteriormente sería sustituida por la cultura científica occidental, podemos decir que la interculturalidad ha consistido en el reconocimiento y también comprensión de las diferencias entre ambas tradiciones médicas para establecer las acciones a nivel de políticas públicas dirigidas a la homogeneización y eliminación de las diferencias culturales, a través de un proceso de selección, resignificación e incorporación de ciertos elementos culturales, pero también de la negación e incluso eliminación de aquellos elementos culturales de la cultura hegemónica.

De dicho análisis histórico se desprende que las relaciones interculturales se han sustentado en la supremacía de la ciencia como la única forma para obtener

conocimiento del mundo histórico y social, y de los criterios de racionalidad para dirigir las acciones y decisiones, desde una concepción utilitarista –asimilan y resignifican sólo lo que desde la cultura hegemónica considera valioso, de la tradición hegemónica hacia la subalterna.

En el ámbito de la salud y en particular de la salud reproductiva existe cierta interculturalidad marcada por la cual los problemas de salud o las urgencias obstétricas son resueltos recurriendo a elementos terapéuticos y otros elementos culturales tanto de la biomedicina como de la medicina indígena. Ejemplo claro de ello es el uso de las inyecciones de oxitocina por las parteras para inducir el parto. El criterio que opera en esta elección es pragmático: el resolver la urgencia médica u obstétrica.

Una racionalidad prudencial actúa de acuerdo al contexto y de acuerdo con ello es también la serie de factores tanto cultural, axiológica e histórica que en conjunto participan como criterios de elección y evaluación. La interculturalidad deseada parte del reconocimiento de las diferencias culturales, de su estudio y comprensión, para a partir de esas diferencias establecer los mecanismos adecuados que permitan la convivencia pacífica y el desarrollo, revaloración y aprovechamiento de la medicina indígena tradicional.

Se trata de una interculturalidad sustentada en el pluralismo epistémico, axiológico, político, jurídico, moral y ético que reconoce las diferencias no como impedimento para establecer acuerdos racionales, sino que, las asume como diferencias culturales legítimas a partir de las cuales se tiene que establecer acciones pertinentes para el desarrollo de las distintas manifestaciones culturales.

La interculturalidad debe también sustentarse sobre ciertos criterios de evaluación e interacción racional, entendidos en el sentido propuesto por Kuhn, como valores -aunque él habla de valores metodológicos- establecidos socialmente por los miembros pertenecientes a una comunidad o grupo social. Se trata de criterios de decisión y evaluación racional que contemplan aspectos epistémicos y no epistémicos, cuyo significado es establecido dentro del contexto dado por la tradición cultural y cambian al cambiar la tradición misma, pero cuyo sentido y alcance normativo queda establecido dentro de las problemáticas concretas a las que buscan solución.

En este sentido los criterios como valores acotan y guían las elecciones, no la determinan y sobre todo no eliminan las diferencias culturales, al contrario éstas se consideran fuente de desacuerdo racional, un valor que la concepción de racionalidad incluyente y plural debe mantener para promover relaciones interculturales de carácter simétrico entre grupos étnicos pertenecientes a tradiciones culturales distintas en su desarrollo histórico como en sus elementos culturales, en el sentido propuesto por Bonfil Batalla (1991: 51-52), materiales, de organización, de conocimiento, organizacionales, simbólicos y emotivos, que las hace diferentes pero no desiguales, es decir, superiores o inferiores, racionales o irracionales. Aunado a lo anterior, debe sustentarse en otros valores y principios como el de incompletitud, el de equidad epistémica y en la experiencia histórica.

La interculturalidad debe establecer las condiciones para una acción conjunta que reconozcan las bondades, las virtudes, la autoridad del conocimiento, de las prácticas y experiencias historias que le concede y a partir de ese mutuo reconocimiento y acción compartida, encontrar soluciones para problemas concretos.

Por ejemplo como hemos visto el problema de la mortalidad materna-infantil se pretendió resolver mediante la implementación de la atención hospitalaria, sin embargo los hospitales no sólo no disminuyeron el problema de la mortalidad materno-infantil, sino que lo incrementó por propiciar la adquisición de enfermedades hospitalarias – es decir incrementó la morbilidad materna e infantil- ocasionando más complicaciones después del parto. El hospital es el símbolo de poder y hegemonía de la biomedicina, es el lugar obligado para nacer, nacer en otro lugar como en la casa de la futura madre es un acto irracional y de irresponsabilidad por los supuestos peligros a los que se exponen la madre y el niño. Sin embargo el hospital también es el lugar donde surgen las mayores complicaciones posteriores al parto que afectan la calidad de vida. Es un acto de negar equidad epistémica y de no reconocer autoridad a la experiencia histórica de la tradición médica indígena que desde tiempos prehispánicos y en la actualidad han dado a luz en sus casas y adoptando la postura vertical.

Dentro del marco de una filosofía de la ciencia en sentido amplio, es necesario revisar los criterios de racionalidad, entendida ésta como una totalidad epistémica,

histórica y cultural. En segundo lugar, es necesario considerar al conocimiento de la medicina indígena como una tradición cultural, como un sistema de conocimientos y prácticas tradicionales, y de sentido común, pero no como la conciencia ordinaria de un realismo ingenuo, sino como un conocimiento legítimo integrado en la cosmovisión étnica donde adquieren sentido y significación, y que es una base de conocimiento importante de acción política.

En tercer lugar comprender la posibilidad de una racionalidad inclusiva de la diversidad cultural que sustituya el predominio de una racionalidad científica y tecnológica sobre otras formas de conocimiento, como el conocimiento tradicional en la toma racional de las decisiones políticas. Kuhn reveló una concepción de racionalidad en términos históricos, culturalmente establecida por la comunidad científica mediante un proceso de deliberación, logrando mediante un diálogo, un consenso de lo que es o no racional.

Las culturas en general y en particular la cultura de la medicina tradicional de las etnias dejan de parecer prescindibles, marginales o peor aun condenadas por la historia y pasan a ocupar un sitio crucial en tanto portadoras de un proyecto civilizatorio alternativo, en el marco de un proyecto nacional organizado a partir del pluralismo cultural, donde el caudal de sabiduría, conocimientos y prácticas tradicionales de las étnicas indígenas, tengan un papel protagónico en el reconocimiento y ejercicio de sus derechos y en la toma de decisiones políticas.

El reconocimiento de estos derechos implica una discusión sobre qué debe considerarse como conocimiento legítimo, relevante y pertinente, no sólo para delimitar sus derechos, sino también para ejercerlos, por ejemplo, el ejercicio, producción y reproducción de su medicina indígena tradicional. Las instituciones públicas, políticas, jurídicas y las políticas homogeneizadoras de la cultura, tienen el monopolio de otorgar reconocimiento y legitimidad al conocimiento, han establecido así, al conocimiento científico, y a cierta concepción de la historia y de la cultura como los conocimientos básicos y relevantes para reconocer y ejercer ciertos derechos individuales o colectivos. El conocimiento tradicional, como el de la medicina indígena, al no ser reconocido

epistémica, institucional, legal o jurídicamente, impide el ejercicio y la defensa del derecho a ejercer y preservar esta práctica médica así como su aprovechamiento para realizar acciones conjuntas con otras tradiciones médicas en mejora de la salud y promover relaciones interculturales.

Establecer relaciones interculturales entre tradiciones médicas sustentadas en concepciones del mundo distintas que las hace inconmensurables es posible incluso sin tener que establecer un consenso general entre las mismas o la conversión de una tradición en la otra, pues el disenso es una importante fuente de crítica racional. Las controversias internas permiten a la par ampliar el horizonte hermenéutico y comprender mejor tradiciones distintas y distantes, así como cuestionar de manera más profunda los supuestos y criterios propios en un diálogo inter e intra-tradicional.

En el ámbito de la salud la interculturalidad entre ambas tradiciones médicas se da en la práctica cotidiana se lleva a cabo en diferentes niveles de las dos tradiciones médicas, que pueden vislumbrar puntos en común que permitan establecer una comprensión de los contenidos y presupuestos ajenos a los de la propia tradición. De lo cual se deriven mecanismos para regular las interacciones y acuerdos interculturales, generando un acuerdo racional basado en la comprensión y el aprendizaje de las culturas ajenas, lo cual implica estar dispuestos y comprometidos para comprender y aprender de ellas; y receptivos a la pluralidad de manifestaciones de racionalidades culturales.

En este proceso de comprensión se torna relevante la heurística, en sus dos sentidos: 1) como recurso hermenéutico y 2) como valor fundamental y criterio de evaluación de las interpretaciones. Como recurso hermenéutico la heurística orienta la comprensión e interpretación de las tradiciones, en su capacidad de descubrir o develar nuevos significados, valores, creencias y formas de actuar en el mundo propiciando a la par, una reflexión crítica y una evaluación (prudencial) de los contenidos de nuestra tradición cultural. Como valor epistémico fundamental y criterio de evaluación de la interpretación la heurística proporciona un criterio de verdad distinto a la verdad por correspondencia. Estos dos sentidos de la heurística se refuerzan recíprocamente mediante un círculo heurístico (Velasco, 2002: 233). En el círculo heurístico se pone de

manifiesto la racionalidad práctica prudencial que como se mencionó apela a otro tipo de argumentación: la retórica, la persuasión. Bajo este nuevo paradigma de racionalidad sería posible vislumbrar criterios y normas de racionalidad, surgidas de la interacción dialógica misma, que respeten la diversidad cultural pero que también regule las relaciones interculturales en la posibilidad de un genuino diálogo racional crítico y reflexivo

BIBLIOGRAFÍA

- Abbagnano, N. (2004), *Diccionario de filosofía*, FCE, México.
- Acuña, E. y Rodríguez, I. (1999), “Comparación de la morbilidad y la mortalidad neonatal en niños nacidos por cesárea vs parto vaginal” en *Revista Mexicana de Pediatría*, Vol.66, Núm. 2, Mar-Abril, pp.40-45.
- Aguirre, G. (1990) *Obra antropológica. Vol. XV. Crítica antropológica. Contribuciones al estudio del pensamiento social en México*, FCE, México.
- Aguirre, G. (1987) *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*. INI, México.
- Aguirre, C. (2002) *Antimanual del mal historiador, o cómo hacer hoy una buena historia crítica*, La Vasija, México.
- Agostoni, C. (2001) “El arte de curar: deberes y prácticas médicas porfirianas” en Claudia Agostoni y Elisa Speckman (editoras), *Modernidad, Tradición y alteridad. La ciudad de México en el cambio de siglo XIX-XX*, UNAM-IIIH. Serie Historia moderna y contemporánea. No. 37. México.
- Álvarez, L. (1987) *La enfermedad y la cosmovisión en Hueyapan Morelos*, INI-Libros de México, México.
- Anzures, Ma. C. (1988) “La medicina tradicional” en Carlos García Mora, Martín Villalobos Salgado (coordinadores), *La antropología en México. Panorama histórico. Vol. 4. Las cuestiones medulares (Etnología y antropología social)*, INAH, México.
- Anzures, Ma. C. (1983) *La medicina tradicional en México*, UNAM, México.
- Aréchiga, H. (2000) “La biomedicina en México”, en Hugo Aréchiga y Luis Benítez Bribiesca (coordinadores), *Un siglo de Ciencias de la Salud en México*. FCE, México.
- Avendaño, J. (1990) “Boticas y boticarios de la Colonia” en Gonzalo Aguirre Beltrán y

- Moreno de los Arcos Roberto (coordinadores), *Historia general de la medicina en México. Medicina Novohispana. Siglo XVI*. UNAM, Academia Nacional de Medicina, México.
- Ayora, S. (2002) *Globalización, conocimiento y poder. Médicos locales y sus luchas por el reconocimiento en Chiapas*, Plaza y Valdés, México.
- Belizan, J. y Sultan, A. (1993) "Routine vs. selective episiotomy: a randomised controlled trial" en *Lancet*, 342: 1517-1518
- Benito, E. y Rocha, M. (2005) "Posiciones maternas durante el parto. Alternativas a la posición ginecológica" en *Biociencias*, Vol. 3. Disponible en http://www.uax.es/publicaciones/archivos/CCSREV05_003.pdf
- Bolívar Echeverría (1975) "La revolución teórica comunista en las Tesis sobre Feuerbach" en *Historia y sociedad*, No. 6. Ed. Segunda época, México, pp.45-63.
- Bonfil, G. (1995) "Diagnóstico sobre el hambre en Sudzal Yucatán. Un ensayo de Antropología aplicada" en *Obras escogidas Tomo I*, INI-INAH, México.
- Bonfil, G. (1991) *Pensar nuestra cultura*, Alianza, México
- Bonfil, G. (1990) *México Profundo. Una civilización negada*. Grijalbo-CONACULTA, México.
- Bonfil, G. (1983) "Del indigenismo de la Revolución a la Antropología crítica" en Andrés Medina *La quiebra política de la Antropología Social en México. La impugnación*. UNAM, México.
- Campos, T. (2000) *Antropología médica: contextos textos y pretextos: Propuesta teórico metodológica para el estudio de sistemas etiológicos terapéuticos coexistentes*. UNAM, México.
- Carroli, G. y Belizan, J. (2007) "Episiotomy for vaginal birth" en *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas*, Número 4, Artículo número: CD000081.DOI: 10.1002/14651858.
- Casillas, A. (1990) *Nosología mítica de un pueblo. Medicina tradicional huichola*. Universidad de Guadalajara, México.
- Cassirer, E. (2008) *Filosofía de la Ilustración*, FCE, México.
- Castro, R. (1995) "Creencias en Salud: eclipse y embarazo", en *Salud Pública de México*, Julio-Agosto, Vol. 37 No. 4, pp. 329-338.

- Chacón, O. (2005) *Tema de los derechos de los pueblos indígenas*, UNAM, México.
- Chávez, I. (1947) *México en la cultura médica*, Colegio Nacional, México.
- Chalmers, A. (1984) *¿Qué es esa cosas llamada ciencia?*, Siglo XXI, México.
- Cerroni, U. (1997) *Política, Método, teorías, procesos, sujetos, instituciones y categorías*. Siglo XXI, México.
- Cobos, R. (1987) *Introducción a las ciencias sociales*. Tomo I, Porrúa, México.
- Cruz, A. “Hemorragias obstétricas, principal causa de mortalidad materna: IMSS” Periódico La Jornada, Jueves 1º de octubre de 2009, p. 39
- Cruz Martínez, Ángeles 2006 “La práctica de la cesárea se ha convertido en epidemia: expertos, *La Jornada*, 15 de agosto.
- Del Paso y Troncoso, F. (1883) *La clasificación botánica entre los nahuas*.
- Díaz-Polanco, H. (2006) *El elogio de la diversidad. Globalización, multiculturalismo y etnofagia*. Siglo XX, México.
- Díaz-Polanco, H. (1991) “Cuestión étnico-nacional y autonomía” en Arturo Warman y Arturo Argueta (coordinadores), en *Nuevos enfoques para el estudio de las etnias indígenas en México*. Porrúa-CIIH-UNAM.
- Díaz-Polanco, H. (1983) *Las teorías antropológicas, El evolucionismo*. Línea, México.
- Dilthey, W. (1980) *Introducción a las ciencias del espíritu*, Alianza, Madrid, España.
- Dossey, L. (2006) *Tiempo, espacio y medicina*. Editorial Kairós, Barcelona, España.
- Dubos, R. (1975) *El espejismo de la salud*, FCE, México.
- Duhem, P. (1962) *La teoría física. Su objeto y su estructura*, Herder, Barcelona.
- Durkheim, E. (1980) *Las formas elementales de la vida religiosa*, Colofón, México.
- Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987.
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid), 1997.
- Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (Ensar), 2003.
- Fabrega, H. y Silver, D. (1973) *Illness and Shamanistic Curing in Zinacantan. An Ethnomedical Analysis*. Standford University Press, Standford, California.
- Fagetti, A. (2004) *Síndromes de Filiación Cultural. Conocimiento y prácticas de los médicos tradicionales en cinco hospitales integrales con medicina tradicional del Estado de Puebla*. SSA-Gobierno del Estado de Puebla. México.
- Farfán, R. (2000) “La concepción paradigmática de la ciencia”, en Gilberto Silva Ruiz

- (compilador), *Metodologías contemporáneas de las ciencias sociales*. UNAM, México.
- Fernández, M.A, Ros, J. y Villalonga, A. (2000) “Fallos en la analgesia epidural obstétrica y sus causa”, en *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim*, 47: 256-265.
- Flores, C. y Rodríguez-Salauz, A. (2010) “Saberes de mujeres zapotecas serranas en el embarazo a principios del milenio” en *Revista Perinatología y Reproducción Humana*, Abril-Junio, Vol. 24, No. 2 pp. 109-116.
- Flores, C. (2003) “Saber popular y prácticas de embarazo, parto y puerperio en Yahuío, Sierra Norte de Oaxaca” en *Perinatología y Reproducción Humana*, Enero-Marzo, Vol. 17 No. 1, pp. 36-52.
- Flores, L. (2005) “Características de atención obstétrica de la partera tradicional en México”, en *Salud para la comunidad*, Vol. 1, No. 1 y 2, marzo-septiembre, pp.17-25.
- Flores y Troncoso, F. (1992) [1886-1888] *Historia de la medicina en México desde la época de los indios hasta el presente*, IMSS, México.
- Florescano, E. (1997) *Etnia, estado y nación. Ensayos sobre las identidades colectivas en México*. Nuevo Siglo, Aguilar, México.
- Frenk, J., et al., (2007) “Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. Salud Publica” en *Salud Publica*, 49, 1:S23-S36.
- Freyermuth, G. (2006) “Los rezos, elemento para la prevención de las complicaciones del parto en los Altos de Chiapas”, en *Desacatos*, No. 20, enero-abril, pp.169-172.
- Freyermuth, G. (1993) *Médicos tradicionales y médicos alópatas. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*. Instituto de Chiapaneco de Cultura-SIESAS, México.
- Fuenmayor, J. (2003) *La crisis de la racionalidad en la ciencia económica moderna. En búsqueda de un paradigma transdisciplinar en Ciencias Sociales*. Colección XLV Aniversario FCES LUZ.
- Gadamer, HG. (2001a) *Verdad y método*, Vol. I. Ediciones Sígueme, Salamanca, España.
- Gadamer, HG. (2001b) *Verdad y método*, Vol. II. Ediciones Sígueme, Salamanca, España.
- Gallardo, J. (2005) *Medicina Tradicional P'urhépecha. Tsinapekua tuá ka iasí Anapu*. El Colegio de Michoacán-Universidad Indígena Intercultural de Michoacán. México.
- Gamio, M. (1992) *Forjando Patria*, Porrúa, México.

- García-Barrios, C. (1993) “Percepción del las parteras sobre factores de riesgo reproductivo”, *Salud Pública de México*, enero-febrero, Vol. 35, No. 1, pp.74-84.
- García, N. (1986) *Las culturas populares en el capitalismo*. Nueva Imagen, México.
- García, N. (1979) *Epistemología e Historia. La dialéctica entre sujeto y estructura en Merleau-Ponty*. UNAM, México.
- Gargani, A. (1983) *Crisis de la razón nuevos modelos en la relación entre saber y actividad humana*. Siglo XXI, México.
- Garza, S. (1991) *La mujer mesoamericana*, Editorial Planeta. México.
- Gayeski, ME., y Brüggemann, OM. (2009) “Percepciones de puérperas sobre la vivencia durante el parto en la posición vertical y horizontal”, en *Rev Latino-am Enfermagem* 2009 marzo-abril; 17(2)
- Geertz, C. (2002) *Reflexiones antropológicas sobre temas filosóficos*. Paidós, Barcelona
- Genis, JA. (1986) “¿Qué es la antropología médica?”, *Revista Argonautas*, México.
- Gómez, C. (2005) “El concepto maya de la maternidad, alterado por la medicina alópata” *La Jornada*, Viernes 12 de agosto
- González, J. (2007) *El ethos, destino del hombre*, UNAM-FFyL-FCE, México.
- Guiteras, C. (1965) *Los peligros del alma. Visión del mundo de un tzotzil*, FCE, México.
- Gutiérrez, G. *Metodología de las ciencias sociales*, Vol. 1
- Gupta, JK. y Hofmeyr, GJ. (2008) “Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida)” en *La Biblioteca Cochrane Plus*, Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- Harris, M. (1999) *El desarrollo de la teoría antropológica. Una historia de las teorías de la cultura*, Siglo XXI, México.
- Harris, M. (1979) *El materialismo cultural*, Alianza, España.
- Hartmann K., et al., (2005) “Outcomes of Routine Episiotomy, A Systematic Review”, en *JAMA*, May 4, Vol. 293, No. 17, 2141-2148.
- Hayward, J. (1980) *Historia de la medicina*, FCE, México.
- Hernández, H. (coordinador) (2007), *Los indio de México en el siglo XXI*. CRIM, UNAM, México.
- Holland, W. (1963) *Medicina Maya en los altos de Chiapas. Un estudio del cambio socio-*

- cultural*, INI, México.
- Icaza, MC. (1990) “La organización comunitaria y la promoción de la salud” en S. Zubirán, P. Arroyo y A. Ávila (coordinadores) *La nutrición y la salud de las madres y los niños mexicanos. De la atención de la salud y la formación de la pareja al parto y el puerperio*, FCE, México.
- INEGI, Censo de Población y vivienda (2010)
- Iturbe, C. (1981) *Teoría de la historia*, Editorial Terra Nova, México.
- Jardón, AM. (2004) *500 años de salud indígena*, Miguel Ángel Porrúa, México.
- Jiménez, S. y Pelcastre, B. (2008) “Parteras tradicionales y su relación con las instituciones de salud. Entre la resistencia y la subordinación” en *Rev Chil Salud Pública*, Vol. 12 (3):161-168.
- Jürgen, H. (1993) *Lógica de las ciencias sociales*, Rei, México.
- Jürgen, H. (1983) *La reconstrucción del materialismo histórico*, Taurus, Madrid España.
- Kahler, E. (1974) *¿Qué es la historia?* FCE, México.
- Kant, E. (2006) *Filosofía de la Historia*. FCE, Colección popular No. 147, México.
- Katz, E. (1992) “Del frío al exceso de calor: dieta alimenticia y salud en la Mixteca” en Sesia Paola (editora) *Medicina tradicional, herbolaria y salud comunitaria en Oaxaca*. CIESAS. México.
- Klein M, Gauthier R, Jorgensen S (1994) “Relationship of episiotomy to perineal trauma morbidity sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation” en *Am J Obstetr Gynecol*, 171: 591-598.
- Kosik, K. (1967) *Dialéctica de lo concreto*. Grijalbo, México.
- Kuhn, T. (2007) *Estructura de las revoluciones científicas*. FCE, México.
- Kuhn, T. (1982) *La tensión esencial. Estudios selectos sobre la tradición y el cambio en el ámbito de la ciencia*. FCE, México.
- Knaul, FM. *et al.*, (2007) “Las evidencias benefician al sistema de salud: reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México”, en *Salud Publica Mex*; 49 supl 1:S70-S87.
- Krsysztof, K. (2006) “Tendencias y avances actuales en anestesia obstétrica: La técnica combinada espinal-epidural para analgesia ambulatoria en trabajo de parto” en *Rev. Col. Anest* 34; 177-183.

- Lain, P. (1974) *Historia Universal de la medicina*. Editorial Salvat, Barcelona.
- Leff, E. (2004) *Racionalidad ambiental, la reapropiación social de la naturaleza*, Siglo XXI, México.
- Lenkersdorf, C. (2002) *Filosofar en clave tojolabal*. Miguel Ángel Porrúa, México.
- León, M. (2006) *La filosofía Náhuatl: estudiada en sus fuentes*. UNAM, México.
- Lévi-Strauss, C. (1975) *El pensamiento salvaje*. FCE, México.
- Llorente-Bousquets y Ocegueda, S (2008) “Estado del conocimiento de la biota” en *Capital Natural de México, Vol. 1: Conocimiento actual de la biodiversidad*. Conabio, México.
- Liljestrand, J. (2003) “Episiotomía en el parto vaginal: Comentario de la BSR”, en *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- López, J.A. (2008) *El triunfo de la antisepsia. Un ensayo en filosofía naturalista de la ciencia*. FCE, México.
- López-Piñero, J. (1985) *Ciencia y enfermedad en el siglo XIX*. Editorial Península, Barcelona, España.
- Lozoya, X. (1979) “Medicina tradicional: alternativa para la salud”, *Estudios del tercer mundo*, Vol. II, No. 4 Diciembre. pp. 629-634.
- Magallanes, AB., Limón, F. y Ayús, R. (2005) “Nutrición de cuerpo y alma: prácticas y creencias alimentarias durante el embarazo en Tziscaco, Chiapas” en *Revista Nueva Antropología*, Enero-Abril, Vol. XIX, No. 064
- Masterman, M. (1975) “La Naturaleza de los paradigmas”, en Irme Lakatos y Alan Musgrave (eds.), *La crítica y el desarrollo del conocimiento*. Ed. Grijalbo, Barcelona, España.
- Martínez-Cortés, F. (2000) “La medicina científica, su conocimiento y aplicación en México durante el siglo XIX”, en Hugo Aréchiga y Luis Benítez Bribiesca (coordinadores.), *Un siglo de Ciencias de la Salud en México*. FCE, México.
- Martínez-Cortés, F. (1983) *Enfermedad y padecer*. Medicina del hombre en su totalidad. Impresiones modernas, México.
- Martínez, A (2008) *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Anthropos. Barcelona España.

- Martínez, M. (2005) *Las plantas medicinales de México*. Tomo I. Botas, ediciones. México.
- Marx, K. (2004) Introducción general a la crítica de la economía política 1857. Siglo XXI, México.
- Marx, K. (2003) *Prólogo de la contribución a la crítica de la economía política*. Siglo XXI, México.
- Marx, K. (1977) *La ideología alemana*. Ediciones de cultura popular, México.
- Matute, A. (1999) *Pensamiento historiográfico mexicano del siglo XX. La desintegración del positivismo (1911-1935)*. IIH-UNAM, FCE, México.
- Mckeown, Th. (1976) *El papel de la medicina ¿sueño, espejismo o némesis?* Siglo XXI, México.
- Maynéz, P. (2002) *El calepino de Sahagún: un acercamiento*. FCE, México.
- Medina, A. y García, C. (editores.) (1983) *La quiebra política de la antropología social en México. Antología de una polémica*. Vol. I. La impugnación. UNAM, México.
- Mellado, V. (coordinadora) (1994) *La medicina tradicional de los pueblos indígenas de México*. 3 Vols. INI, México.
- Mendoza, Z. (2005) “¿Donde quedó el árbol de las Placentas? transformaciones en el saber acerca del embarazo/parto/puerperio de dos generaciones de Triquis migrantes a la Ciudad de México” en *Salud Colectiva*, La Plata, Mayo-Agosto Vol. 1 (2):225-236.
- Menéndez, E. (1978) “El modelo médico y la salud de los trabajadores” en Franco Basaglia, Elio Giovannini, Silvano Miniati, Luigi Pintor, Agostino Pirella, *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud*. Editorial Nueva Imagen, México.
- Menéndez, E. (1981) *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Ediciones de La Casa Chata, México.
- Menéndez, E. (1983) *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (Gestión) en salud*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, en Roberto Campos (compilador), *La antropología médica en México*. Vol. I, 1992, Instituto Mora-UAM, México.
- Módena, Ma. E. (1990) *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*. Ediciones de la casa chata. CIESAS. México.
- Muradás Ma. C., Suárez, A., Lozano, R. (2007) “Salud materno infantil” en Chávez

- Galindo Ana María, Uribe Zúñiga Patricia Yolanda, (coordinadores), *La salud reproductiva en México análisis de la encuesta nacional de salud reproductiva 2003*.
- Neurath, O. (1983) "The Lost Wanderers of Descartes and the Auxiliary Motive" en *Philosophical Papers 1913-1943*.
- Oakeshott, M. (2000) *El racionalismo en la política y otros ensayos*. FCE, México.
- Ocaranza, F. (1934) *Historia de la medicina en México*, Laboratorios Midy Ed., México.
- Ocaranza, F. (1995) *Historia de la medicina en México*, CONACULTA-Cien de México, México
- Oehmichen, Ma. C. (2003) *Reforma del Estado. Política social e indigenismo en México*. UNAM, México.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Plan de Acción 2005-2007.
- Organización Panamericana de la Salud (1999) *Sistemas de Salud Tradicionales en América Latina y el Caribe: Información de Base*.
- Organización Mundial de la Salud (2003) *Nuevo modelo de control prenatal de la OMS*.
- Organización Mundial de la Salud (2000) *The World Health Report 2000*.
- Organización Mundial de la Salud (1985) *Tecnología apropiada para el nacimiento*, Lancet
- Ortiz de Montellano, B. (1975) "Empirical Aztec Medicine", *Science*, Vol. 188, No. 4185, pp.215-220.
- Ortiz de Montellano, B. (1984) "El conocimiento de la naturaleza entre los mexicas. Taxonomía" en Alfredo López Austin y Carlos Viesca Treviño (coords.), *Historia General de la medicina en México. Tomo I. México antiguo*. Facultad de Medicina-UNAM, Academia Nacional de Medicina. México.
- Ortiz, F. (1991) *La medicina está enferma*. Instituto nacional del consumidor-Limusa, México.
- Osorio, R. (2001) *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-INI-CONACULTA, México.
- Olivé, L. (2004) *Interculturalismo y justicia social*. UNAM, México.
- Olivé, L. (2000) *El bien, el mal y la razón. Facetas de la ciencia y de la tecnología*. Paidós UNAM.

- Olivé, L. (1999a) *Razón y Sociedad*. Fontamara, México.
- Olivé, L. (1999b) *Multiculturalismo y pluralismo*. Paidós- UNAM-FFyL, México.
- Olivé, L. (1985) *La explicación social del conocimiento*. UNAM, México.
- Olivé, L. y Pérez, AR. (comps.) (1989) *Filosofía de la ciencia: teoría y observación*. UNAM-Siglo XXI, México.
- Oyuela-García, *et al.*, (2010) “Psicoprofilaxis e índice de cesáreas”, en *Rev Med Ins Mex Seguro Soc*, 48(4):439-442.
- Page, J. (2005) *El mandato de los dioses. Etnomedicina entre los tzoziles de Chamula*. UNAM. México.
- Page, J. (1995) “Políticas Sanitarias y Legislación en Materia de Medicina Indígena Tradicional en México” *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 11 (2):202-211, abril-junio.
- Pérez, AR. (2000) *Kuhn y el cambio científico*. FCE, México.
- Pérez, M. (2003) “El estudio de las relaciones interétnicas en la antropología Mexicana” en José Manuel Valenzuela Arce (coord.), *Los estudios culturales en México*. FCE, México.
- Pérez, R. (1988a) *El concepto de enfermedad. Su evolución a través de la historia*. T. II. FCE, México.
- Pérez, R. (1988b) *Medicina y Cultura*. Discurso de ingreso en la Academia Mexicana. UNAM, México.
- Pérez, R. (1991) “La medicina alópata y las otras medicinas” en *México Indígena*, marzo, no. 18, pp.16-20.
- Popper, K. (2008) *La lógica de la investigación científica*. Tecnos, Madrid, España
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo México (2002) Informe sobre Desarrollo Humano México
- Quattrocchi, P. (2006) “¿Qué es la sobada? Elementos para conocer y entender una práctica terapéutica en Yucatán” en *Revista Península*, Vol. I, No. 2, pp. 143-170.
- Quezada, N. (1990) “El curandero colonial, representante de una mezcla de culturas” en Gonzalo Aguirre Beltrán y Moreno de los Arcos Roberto (coords.), *Historia general de la medicina en México. Medicina Novohispana. Siglo XVI*. UNAM, Academia Nacional de Medicina, México.

- Quezada, N. (1977) “Creencias tradicionales sobre embarazo y parto” en *Anales de Antropología*, vol. 14, No. 1 pp. 307-326. México, UNAM
- Ramírez, M. (2003) *De la razón a la praxis*. Siglo XXI, México.
- Rojas, R. (1970) *Fundamento legal y científico de la Homeopatía en México*
- Rubel, A. (1995) *Susto. Una enfermedad popular*. FCE, México.
- Sahagún, B. *Historia General de las cosas de Nueva España*.
- Sánchez-Pérez HJ., Díaz, HO. y Mateo MM (1998) “La atención del parto en Chiapas, México: ¿Donde y quién los atiende?” en *Salud pública de México*, Vol. 40, No.6, Nov-dic, pp. 494-502.
- Santos, B. (2009) *Una epistemología del sur: la reinención del conocimiento y la emancipación social*. CLASO-Siglo XXI, Buenos Aires.
- Sánchez, A. (1993) *Ensayos marxistas sobre filosofía e ideología*, Ed. Océano, Barcelona España.
- Sapién, J., et al., (2008) “Cuidado psicoprofiláctico del embarazo: Experiencia de mujeres y hombres” en *Psicología and Sociedades*; 20 (3):434-443.
- Sartore, A., et al., (2004) “The Effects of Mediolateral Episiotomy on Pelvic Floor Function After Vaginal Delivery”, en *Obstetrics & Gynecology*, Vol. 103, no. 4, april
- Saussure, F. (1985) *Curso de lingüística general*, Editorial, Planeta-De Agostini, Barcelona, España.
- Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2007-2012.
- Secretaría de Salud (2002) *Cesárea Segura. Lineamiento técnico*, México.
- Segado-Jiménez MI, et al., (2011) “Analgesia epidural obstétrica: fallos y complicaciones neurológicas de la técnica” en *Rev Soc Esp Dolor*; 18(5): 276-282.
- Sesia, P. (2009) “Muerte materna y desigualdad social” en Graciela Freyermuth y Paola Sesia, (coordinadoras) *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos, México, pp. 201-217.
- Sesia, P. (2006) “Mujeres indígenas que mueren en la maternidad: Pobreza, etnicidad e inequidad en Oaxaca”. Ponencia presentada en el XXVIII Congreso de Americanística

- Sesia, P. (1992) “La obstetricia tradicional en el Istmo de Tehuantepec: marco conceptual y diferencias en el modelo biomédico”, en Sesia, P. (editora) *Medicina tradicional, herbolaria y salud comunitaria en Oaxaca*. CIESAS. México.
- Silva, L. (1979) *Teoría y práctica de la ideología*. Nuestro Tiempo, México
- Somolinos, G. (1957) *Historia y medicina. Figuras y hechos de la historiografía Médica mexicana*. Imprenta Universitaria, México.
- Somolinos, G. [1952] (1980)
- Souza, JP., *et al.*, (2006) Maternal position during the first stage of labor: a systematic review, *Reproductive Health*, 3:10.
- Suárez, E. (1982) “El enfoque de riesgo en la atención perinatal y materno-infantil”, *Bol Of Sanit Panam*, 92(6):482-492.
- Touraine, A. (2000) *Crítica de la modernidad*. FCE, México.
- Trabulse, E. (1983) *Historia de la ciencia en México. Siglo XVI*. CONACYT-FCE, México.
- Trabulse, E. (2006) *La ciencia en el siglo XIX*. 2da edición. FCE, México.
- Ulin, R. (1990) *Antropología y Teoría Social*. Siglo XXI, México
- Vargas, L. y Matos E. (1973) “El embarazo y el parto en el México prehispánico”, en *Anales de Antropología*, Vol. X, pp.297-310.
- Vázquez Lara, Amelia (1986) *La medicina tradicional y la herbolaria como alternativa para combatir la enfermedad*, Tesis de especialidad. UNAM, México.
- Velasco, A. (2006) *Republicanismo y Multiculturalismo*. Siglo XXI, México.
- Velasco, A. (coordinador) (2000), El concepto de heurística en las ciencias y las humanidades, Siglo XXI-UMAN, México.
- Velasco, A. (2000) *Tradiciones naturalistas y hermenéuticas en la filosofía de las ciencias sociales*. UNAM-ENEP-Acatlán, México.
- Velasco, A. (2005) “Historicidad y racionalidad de las tradiciones científicas”, en Sergio Martínez, Godfrey Guillaumin (compiladores), *Historia, filosofía y enseñanza de la ciencia*. UNAM-FFyL, México.
- Viesca, C. (1986) “De la medicina indígena a la medicina tradicional”, *México Indígena*, No. 9, Marzo-Abril.
- Viesca, C. (1990) “Los médicos indígenas frente a la medicina europea” en Gonzalo Aguirre Beltrán y Moreno de los Arcos Roberto (coords.), *Historia general de la*

- medicina en México. Medicina Novohispana. Siglo XVI.* UNAM, Academia Nacional de Medicina, México.
- Viesca, C. (1992) “Veinte años de investigación sobre medicina tradicional”, en Roberto Campos Navarro (comp.), *La antropología médica en México*. Vol. I. Instituto Mora-UAM, México.
- Viesca, C. (2000) “La medicina novohispana” en Hugo Aréchiga y Luis Benítez Bribiesca (coords.), *Un siglo de Ciencias de la Salud en México*. FCE, México.
- Viesca, C. (2001) “La práctica médica oficial” en Rodríguez Pérez Martha Eugenia y Xóchitl Martínez Barbosa (coords.), *Historia General de la Medicina en México, Tomo IV. Medicina Novohispana del siglo XVIII*. UNAM-Academia Nacional de Medicina.
- Viesca, C. (2002) “Las enfermedades en la obra de Fray Bernardino de Sahagún” en León-Portilla (ed.), *Bernardino de Sahagún. Quinientos años de presencia*. UNAM, México.
- Villa, A. (1978) *Los elegidos de Dios. Etnografía de los Mayas de Quintana Roo*. INI, México. Colección Presencias No. 57.
- Villar J, *et al.*, (2006) “Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America” en *Lancet*, 367: 1819–29.
- Waizel, J. (1979) *Cultivo, aislamiento y variación de principios activos de tres especies de plantas, con propiedades anticancerígenas*, UNAM, México.
- Waldram, JB. (2000) “The efficacy of traditional medicine: current theoretical and methodological issues” en *Medical Anthropology Quarterly* 14(4):603:625.
- Walker D. *et al.*, (2011) *Parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras: una opción para la atención obstétrica en México*. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Weber, M. (1980) *El político y el científico*. Alianza Editorial, Madrid, España.
- Williams, R. (1994) *Sociología de la cultura*. Paidós, Barcelona, España.
- Williams, R. (1980) *Marxismo y Literatura*. Península, Barcelona, España.
- Winch, P. (1994) *Comprender una sociedad primitiva*. Paidós, Barcelona.
- Wood, E. (2000) *Democracia contra capitalismo*. Siglo XXI, México.

- Zafra, P. *et al.*, (2008) “Analgésia epidural para el trabajo de parto”, en *Iatreia*, Vol. 21, No. 4, diciembre.
- Zolla, C. (2005) “La medicina tradicional indígena en el México actual”, *Arqueología mexicana*, Vol. XIII, no. 74. Julio-agosto.
- Zolla, C. y Argueta, A. (coordinadores Generales) (2009) Biblioteca digital de la Medicina Tradicional Mexicana, México. <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx>