

PRESENTACIÓN

Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica

Graciela Freyermuth y Paola Sesia

Este número de *Desacatos* se dedica a la antropología médica, una subdisciplina de la antropología social que está actualmente en pleno florecimiento en varios países. La antropología médica estudia los problemas de la salud humana y los sistemas de curación en sus contextos sociales, culturales y económico-políticos; analiza las mediaciones que explican las formas diferenciales de enfermar, atenderse y morir entre individuos y grupos determinados, y considera las características y peculiaridades de las relaciones entre personas y grupos sociales que posibilitan o limitan la resolución de sus problemas de salud. Para la comprensión del proceso salud/enfermedad/atención, esta disciplina recurre a las ciencias biológicas, la salud pública, la demografía, las disciplinas clínicas y epidemiológicas, así como a la psicología, la sociología, la economía política y la ética. En las últimas décadas ha sido cada vez más difícil reconocer las fronteras entre disciplinas como la antropología médica y la sociología médica, lo que refleja un proceso mayor en las ciencias sociales, en el que las barreras disci-

plinarias se van desdibujando en la búsqueda de enfoques y definiciones de problemáticas a partir de perspectivas cada vez más interdisciplinarias. Sin embargo, un elemento distintivo de la antropología médica es su interés por comprender el proceso salud/enfermedad/atención a través de las similitudes y diferencias socioculturales, aplicando una metodología de corte más cualitativo que cuantitativo, realizando estudios de casos a profundidad, privilegiando lo micro con respecto a lo macro y utilizando a la etnografía como una herramienta fundamental.

La antropología médica ha tenido un gran desarrollo a partir de las décadas de 1950 y 1960; en particular (pero no sólo) en los países anglosajones. Por ejemplo, en Estados Unidos —que registra el mayor número de antropólogos académicos y profesionales, así como el mayor número de escuelas y facultades en esta disciplina— la antropología médica se ha convertido en la subdisciplina de mayor crecimiento en la actualidad. Parte de este crecimiento se debe a que muchas de sus aportaciones no son sólo teóricas y de generación de conocimientos bá-

► 9

GRACIELA FREYERMUTH: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Sureste, San Cristóbal de Las Casas, México.

gfreyer@ciesas.edu.mx

PAOLA SESIA: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Istmo, Oaxaca, México. sesia@ciesas.edu.mx

sicos, sino que son fácilmente aplicables al campo de la salud y de los servicios de salud en una gran variedad de contextos, lo que contribuye a la solución de distintas problemáticas y a la creación de oportunidades de trabajo para los antropólogos más allá de la academia.

En la actualidad entre las temáticas abarcadas por la antropología médica se incluyen por lo menos las siguientes: los distintos sistemas de salud y sus articulaciones; los curadores y prestadores de servicios; la salud materno-infantil; la salud reproductiva; la etnomedicina o medicina tradicional; la alimentación y la nutrición; la epidemiología, incluyendo a la epidemiología cultural; aspectos socioculturales de las enfermedades infecto-contagiosas y crónico-degenerativas; la sexualidad y el cuerpo; el nacimiento, el crecimiento, la reproducción, la vejez y la muerte; representaciones y prácticas en torno a la salud, la enfermedad y la búsqueda de atención; las terapéuticas; las nuevas tecnologías aplicadas al campo de la salud; el cuerpo, la fertilidad y el genoma humano; y las políticas y programas sobre salud.

10 ◀ Además de corrientes teóricas diversas —entre las más importantes se encuentran en la actualidad el bioculturalismo, la antropología médica crítica o economía política de la salud, la antropología cognitiva y simbólica, la fenomenología y el posestructuralismo— la antropología médica se alimenta y se construye históricamente en espacios nacionales diversos o de escuelas distintas; algunas de ellas son hegemónicas en el mundo contemporáneo, como es el caso de la antropología médica anglosajona.

A continuación esbozaremos una panorámica sobre cómo la antropología médica se ha constituido en nuestro país, las aportaciones más relevantes de esta subdisciplina en el ámbito nacional y algunas perspectivas a futuro que consideramos importantes. Sin pretender de ninguna manera ser exhaustivas, ofrecemos así un contexto para que los lectores no especialistas interesados en el tema puedan situar de una manera más congruente e integral las aportaciones que los artículos reunidos en la sección temática ofrecen a nuestro campo disciplinario y a la literatura disponible en castellano. Más adelante presentaremos y comentaremos brevemente los cuatro artículos citados.

LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA EN MÉXICO

En México, la antropología médica surgió a mediados del siglo XX de la antropología social, que estaba estrechamente vinculada con los procesos históricos y sociales del país. De manera parecida a la disciplina madre —que hasta principios de 1970 formó parte de un proyecto hegemónico del Estado mexicano posrevolucionario, que la concebía como una disciplina al servicio de la nación cuyo objetivo principal era entender a los pueblos indios en sus especificidades socioculturales y buscar formas para “aculturarlos”, haciéndolos así partícipes de la vida y la cultura nacional— la antropología médica se abocó desde un principio al estudio de los temas relativos a la salud, los padecimientos y los procesos terapéuticos en contextos indígenas.

Este interés hacia los pueblos indígenas se ha alimentado de varias fuentes, enfoques y disciplinas. Desde la Conquista se documentaron las prácticas médicas ejercidas por los pueblos indios y se recrearon los sistemas de salud de la población de la Nueva España al conjugarse la medicina europea y las prácticas curativas originarias de los diversos grupos indígenas (Escalante y Rubial, 2004). El perfil epidemiológico de la población originaria se vio dramáticamente modificado, lo que conllevó una mortalidad espectacular durante los primeros cien años de contacto con los europeos y africanos (Crosby, 1991). La etnohistoria —disciplina que ha tenido un notable desarrollo en nuestro país— ha permitido acercarnos a la comprensión de los distintos sistemas médicos mexicanos por medio de la historia y ha sido una de las aportaciones fundamentales en la consolidación de la antropología médica (Vargas y Casillas, 1992) a partir de la década de 1950 (Aguirre Beltrán, 1963; Comas, 1954, 1964, 1968, 1971; De la Garza, 1990; Guiteras Colmes, 1965; López Austin, 1969, 1970, 1971, 1976, 1980, 1984; Quezada, 1989; Sepúlveda, 1986, 1988).

Desde antes de esta década, la investigación realizada por la antropología social en México ya se había centrado en contextos indígenas —desde un enfoque sincrónico—, con aportaciones de antropólogos estadounidenses y mexicanos desde distintos ángulos teóricos. Después se desarrolló una vertiente importante de investigación abocada



Enfermeras zapatistas en algún lugar de la selva de Chiapas.

al estudio de la religión, la relación hombre/naturaleza, el nagualismo, el cuerpo humano, los aspectos cognitivos y simbólicos de las culturas y las cosmovisiones indígenas (Carrasco, 1960; Foster, 1944; Guiteras Colmes, 1965). Aunque estos estudios no se interesaron específicamente en profundizar en los sistemas médicos o en los elementos terapéuticos, sí aportaron elementos valiosos para la comprensión profunda de las especificidades de las culturas indígenas. Estas investigaciones de carácter cognitivo se han continuado hasta nuestros días, algunas de ellas relacionando de manera más directa la cosmovisión con el ámbito de la salud y la enfermedad. Las aportaciones provienen de distintas escuelas nacionales de antropología, incluyendo a antropólogos estadounidenses y etnólogos italianos (Fagetti, 1998; Fábregas y Silver, 1973; Nash, 1973; Signorini, 1979; Signorini y Lupo, 1989; Pitarich, 1996; Tranfo, 1975).

Las primeras reflexiones sobre salud y enfermedad, desde el punto de vista cultural y en contextos contemporáneos, aparecieron en México después de la Segunda

Guerra Mundial, y se convirtieron en fuente de interés para los antropólogos y, en menor medida, para los epidemiólogos. Parteaguas en este campo fue, en 1940, el Primer Congreso Indigenista Interamericano realizado en Pátzcuaro, donde se discutieron temas como desnutrición, salubridad, cuidado materno-infantil, patologías regionales y botánica farmacológica en los pueblos indígenas. De este cónclave resultó la recomendación de vincular más estrechamente las ciencias sociales con las disciplinas biológicas (Aguirre Beltrán, 1986).

Una de las preocupaciones centrales de la antropología médica en esos primeros años fue entender por qué y cómo se daba la aceptación parcial o el rechazo de la población indígena hacia los servicios de salud oficiales. Esta preocupación respondía directamente al interés de los servicios de salud que se empezaron a establecer en las décadas de 1950 y 1960 en áreas indígenas, principalmente por el recién fundado Instituto Nacional Indigenista. Los estudios de De la Fuente fueron los primeros en documentar las “creencias indígenas” sobre epidemias co-

mo la oncocercosis, el paludismo y otras enfermedades, y en señalar para la aplicación exitosa de los programas de salud la necesidad de comprender el contexto cultural y entender dichas creencias (Aguirre Beltrán, 1986; Viesca, 1992).

Aguirre Beltrán señalaba que la antropología médica estaba encaminada, como fin último, a innovar la medicina y la salud —en su modalidad científica— en comunidades asoladas por enfermedades de fácil prevención o resolución con el avance tecnológico disponible. Fue él mismo, a través del Instituto Nacional Indigenista, quien elaboró los primeros estudios encaminados a aplicar de manera culturalmente apropiada los programas gubernamentales en atención primaria de salud. El Centro Coordinador Indigenista de la zona tzeltal-tzotzil fue fundado en 1951 en Chiapas y se volvió el centro pionero en la provisión de atención médica a los pueblos indios. La documentación que hizo Aguirre Beltrán (en 1955) de esta experiencia sirvió de guía para la aplicación de los programas de salud en otras regiones indígenas del país.

12 ◀

En las décadas de 1950 y 1960 la antropología médica en México se alimentó, además de las investigaciones de antropólogos estadounidenses interesados en estudiar los procesos de aculturación de las concepciones y prácticas médicas en comunidades indígenas del país (Fábregas y Silver, 1973; Foster, 1952, 1967; Holland, 1964; Harman, 1974, por mencionar algunos); aculturación imputada en algunos casos a la labor del mismo Instituto Nacional Indigenista y al modelo de intervención diseñado por Aguirre Beltrán. El enfoque aplicado de este último lo encontramos también en el trabajo de Foster, además de que inspiró las primeras investigaciones aplicadas al campo de la salud materno-infantil, en particular en el caso del trabajo pionero sobre los cursos de entrenamiento a parteras indígenas de Kelly (1956).

Desde un principio, la antropología médica mexicana estuvo marcada por el estudio de la etnomedicina —más conocida en nuestro país bajo la denominación de “medicina tradicional”— y por el enfoque concebido por Aguirre Beltrán; orientados ambos, como campos de estudio e intervención, prácticamente de manera exclusiva hacia los pueblos indios.

El interés hacia el estudio de la medicina tradicional se ha mantenido vivo desde entonces, produciendo en nuestro país una abundante literatura, sobre todo en las décadas de 1970, 1980 y primeros años de la de 1990 (Anzures y Bolaños, 1983; Argueta y cols., 1994; Baytelman, 1986; Coordinación General del Programa IMSS-Coplamar, 1983a, 1983b, 1983c, 1983d, 1983e; IMSS-Coplamar, varios s.f.; Lagarriga, 1975; Lozoya *et al.*, 1988; Lozoya y Zolla, 1983; Viesca, 1992; Zolla *et al.*, 1988). La corriente etnohistórica mencionada siguió en esos años aportando estudios valiosos sobre concepciones y prácticas de la medicina indígena prehispánica y colonial.

Por su parte, el estudio de la medicina tradicional contemporánea se ha desarrollado principalmente en tres grandes vertientes, mismas que se pueden identificar a partir de la revisión de la *Nueva bibliografía de la medicina tradicional mexicana* (Argueta y Zolla, 1994). La primera es la documentación de los “síndromes de filiación cultural” como el *susto*, el *empacho* y el *mal de ojo*, al grado de que se ha llegado a delinear una epidemiología cultural de algunas regiones de México (Zolla *et al.*, 1988). En esta vertiente han contribuido investigadores estadounidenses interesados en estudiar las funciones sociales de estos síndromes o en describirlos en sus contextos etnomédicos (O’Neill, 1975; O’Neill y Selby, 1968; Rubel, 1967; Rubel, O’Neill y Collado, 1984). La segunda preocupación se refiere a la profundización en el estudio de la cosmovisión, la estructura y los recursos humanos de la medicina tradicional (Fábrega y Silver, 1973; Menéndez, 1980; Anzures y Bolaños, 1983; Campos, 1992, 1997; Page, 2005). La tercera se refiere, de manera específica, a la investigación etnobotánica con la realización del inventario del arsenal terapéutico vernáculo y la delimitación de sus alcances. La influencia de las ciencias biológicas y clínicas —en particular la botánica, la fitoquímica y la farmacología— ha sido importante en el desarrollo de esta tercera vertiente.

Se han llevado a cabo proyectos para la documentación y el uso de las plantas medicinales y su clasificación gracias a los esfuerzos de distintas universidades e instituciones del país, entre las que destacan la Universidad Autónoma de Morelos, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el Instituto Mexicano del

Seguro Social, el Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales, la Universidad Autónoma de Chapingo y el Instituto Nacional Indigenista, así como la participación de universidades estadounidenses (Aguilar, 1982; Argueta y cols., 1994; Argueta y Zolla, 1994; Baytelman, 1993; Berlin y cols., 1990; Estrada, 1990; INI, 1986, varios s.f.; Lozoya y Zolla, 1983; Lozoya *et al.*, 1988; OMIECH, 1986, 1989, 1990; Sesia, 1992; Argueta y Zolla, 1994). Estas últimas no solamente han promovido la documentación y el estudio de las plantas medicinales, sino que en la década de 1990 impulsaron proyectos de bioprospección que se han vuelto muy controvertidos.¹ Los estudios etnobotánicos planteados desde esta perspectiva han desencadenado conflictos con comunidades, organizaciones y médicos indígenas, lo que ha alimentado el debate acerca de la propiedad intelectual de los recursos naturales y específicamente sobre quiénes tienen derecho de uso y de propiedad en cuanto a los principios activos de las plantas medicinales (Husain, 1991; Rothschild, 1996; Mc Nally y Wheale, 1996; Sierra y Avendaño, 1999).

Una preocupación central de la antropología médica mexicana ha sido el estudio de los sistemas médicos y de su interrelación (Menéndez, 1984, 1990; Zolla *et al.*, 1988), así como el vínculo entre la población indígena y la práctica médica hegemónica² (Lozoya *et al.*, 1988; Mendoza, 1997; Modena, 1990; Freyermuth, 1993; Ayora, 2002; Page, 2002; OMIECH, s.f.). Desde finales de la década de 1970,

¹ Los casos más controvertidos se han dado en Chiapas y Oaxaca, los dos estados que cuentan con la mayor diversidad biológica y cultural no sólo de México sino de América Latina e incluso del resto del mundo. En Chiapas sobresale la "Investigación farmacéutica y uso sustentable del conocimiento etnobotánico y biodiversidad en la región maya de los Altos de Chiapas", promovida por la Universidad de Georgia y el Molecular Nature Limited en convenio con El Colegio de la Frontera Sur. Este proyecto fue rechazado por once organizaciones de diversas regiones del estado, lo que provocó su cancelación definitiva (Husain, 1991; Rothschild, 1996; Mc Nally y Wheale, 1996; Sierra y Avendaño, 1999). En Oaxaca la oposición partió de distintas organizaciones indígenas de base y organizaciones no gubernamentales de la Sierra Norte del estado en contra del proyecto conjunto promovido por las la Unión de Comunidades Zapotecas y Chinantecas (UZACHI), la asociación civil Estudios Rurales y Asesoría Campesina (ERA) y la empresa farmacéutica Novartis.

² El Instituto Mexicano del Seguro Social desarrolló un modelo de interrelación. Véase en bibliografía IMSS-Coplamar.

a raíz de la declaración de Alma Ata,³ se inauguró una política pública que pretendía incorporar a los practicantes de la medicina tradicional a los servicios de salud gubernamentales. Esto impulsó la organización y la interrelación entre agentes de la medicina tradicional y de la medicina institucional pública, lo que generó una línea de investigación encaminada al estudio de esta problemática y a la promoción de un modelo de intercambio provechoso para ambas prácticas (INI, 1990; Lozoya y Zolla, 1983; Freyermuth, 1993). Los esfuerzos han sido diversos y han tenido resultados también diversos: desde la conformación de organizaciones indígenas locales, regionales y estatales (INI, 1992; OMIECH, s.f.; Page, 2002), hasta la puesta en marcha de la interrelación de ambas prácticas mediante programas que inclusive han compartido espacios físicos como hospitales y clínicas (Campos, 2004). Los resultados de estas políticas se han documentado en extenso y se han concretado en publicaciones diversas. Queda pendiente la evaluación del éxito de estos programas y de la eficacia terapéutica de los servicios prestados por la medicina tradicional.

Un campo particularmente explorado en la búsqueda de una articulación entre distintos saberes y la incorporación de recursos humanos de la medicina tradicional ha sido el de la partería empírica y tradicional. Las parteras han sido objeto de interés por parte del sector salud, que ha promovido la capacitación de estos recursos humanos para poder extender, así, la cobertura formal de atención materna a un costo mínimo en regiones indígenas y abatir la mortalidad materno-infantil todavía demasiado alta en estos grupos poblacionales (Freyermuth, 2003; Mellado, Zolla y Castañeda, 1989; Sesia, 1996). Al igual que con la investigación de las plantas medicinales, la incorporación de las parteras por el sector salud ha sido cuestionada (Menéndez, 1983). Se ha subrayado cómo la lógica de este sector es abaratar costos e incorporar selectivamente sólo aquellos recursos técnicos

³ La declaración de Alma Ata (OMS, 1978) consideraba importante el trabajo conjunto de las organizaciones oficiales y los practicantes de la "medicina tradicional" para el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, como un reconocimiento a otras visiones y repertorios médicos y como una forma de abaratar costos en la aplicación del modelo de salud primaria integral.

de la medicina tradicional que se pueden integrar a la racionalidad biomédica, descontextualizándolos de su lógica cultural más amplia.

Otro campo explorado por la antropología médica en la interrelación entre sistemas médicos ha sido el de la llamada medicina casera, medicina doméstica (Zolla y Mellado, 1995), autocuidado, autoatención o automedicación (Menéndez, 1990), que representa, según algunos estudiosos, hasta 70 u 80% de las acciones curativas aplicadas en nuestro país. El papel fundamental que desempeñan las mujeres en el ámbito doméstico como curadoras ha sido extensamente documentado en distintas investigaciones (González Montes, 1995; Modena, 1990; Osorio, 2001; Zolla y Mellado, 1995). Otra preocupación importante en el ámbito de las interrelaciones existentes en el campo de la salud/enfermedad/atención, pero que ha sido menos estudiada en México, es la de la relación médico/paciente. Una excepción ha sido el trabajo de Vargas y Casillas (1978).

La interrelación propiciada por los encuentros entre prestadores y usuarios de los servicios de salud en contextos multiculturales es una añeja preocupación de la antropología médica (véase, por ejemplo, Miranda, 1977). Ésta se revitalizó en 1993, durante el Primer Taller Hemisférico sobre Salud y Pueblos Indígenas, llevado a cabo en Winnipeg, Canadá, con participantes provenientes de 18 países de la región, que representaban a organizaciones, pueblos y naciones indígenas de América, así como a gobiernos, organismos internacionales, centros académicos y organismos no gubernamentales. Las recomendaciones de dicho taller se agruparon en una propuesta: la *Iniciativa de salud de los pueblos indígenas*. Esta iniciativa toma como piedra angular a la interculturalidad, que involucra “el respeto por las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, étareas, lingüísticas, de género y generacionales, establecidas en un espacio determinado entre las diferentes culturas (pueblos, etnias) para construir una sociedad justa” (OPS, 1998: 3).

En el mismo texto se enfatizó en la necesidad de que el enfoque intercultural de la salud fuera un eje transversal que cruzara las propuestas de los procesos de reforma del sector salud, dando además prioridad a la participación de los pueblos indígenas, tanto en los niveles de decisión

como en los de ejecución de los planes, políticas y propuestas que los involucraran. Esta propuesta no es muy distinta a la que se impulsó a finales de la década de 1970 y que ha propiciado diversos proyectos en pos de la revitalización de la organización de los practicantes de la medicina tradicional que abogan por el reconocimiento jurídico de su quehacer y por la inclusión de la perspectiva de los médicos indígenas tradicionales en la planeación y puesta en marcha de la medicina institucional (Fernández, 2004).

En México esta iniciativa fue impulsada tardíamente, hasta el año 2000, por la Secretaría de Salud y el Consejo Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Ese año se crea la Coordinación de Salud para los Pueblos Indígenas, que pone en marcha el Programa de Salud para Pueblos Indígenas (Prosani) por medio del cual se promueve el enfoque intercultural en salud (Lerín, 2004). También en 2002 antropólogos, médicos, educadores y biólogos de la UNAM constituyeron un organismo no gubernamental denominado Yolpahtli (Yolpahtli, 2003), cuyo objetivo ha sido promover la convergencia de esfuerzos en salud intercultural dirigidos a pueblos indígenas por las agrupaciones comunitarias, las organizaciones no gubernamentales, las instituciones académicas, los organismos multilaterales y el sector salud. Este grupo fue el encargado de poner en marcha el programa de capacitación en la Secretaría de Salud y ha sido promotor de talleres de interculturalidad en América Latina (Campos, 2004).

En Europa y Estados Unidos ha surgido el interés por estudiar los encuentros médicos en contextos multiculturales (Fernández, 2004). Los movimientos poblacionales hacia esas regiones han modificado el perfil epidemiológico y despertado el interés de los responsables del sector salud por conocer las prácticas y representaciones acerca del proceso salud/enfermedad de los emigrantes, y más aún, su particular perfil patológico. Este acercamiento a la antropología también ha respondido a la crisis de la relación médico/paciente que se vive en estos países —particularmente en Estados Unidos—, marcada por la desconfianza, y en el seno de un sistema de salud mayoritariamente privatizado y de corte empresarial, viciado por el papel impositivo de las compañías asegu-

radoras. Se ha propuesto la introducción —en el ámbito de la práctica clínica, de la salud pública y de los organismos internacionales de salud— de los principios teóricos y prácticos de la propia antropología médica para dotar de competencia cultural al personal de salud, en un afán por mejorar las relaciones con los usuarios originarios y con los emigrantes (Fazio y Ruiz-Contreras, 1998; Brown, 1998; Hahn, 1995).

En la década de 1990 se privilegiaron los estudios sobre salud que incluyeran una perspectiva antropológica,⁴ y que promovieran por medio de las agencias internacionales el financiamiento para dar cumplimiento a las iniciativas de la Década de la Mujer y de los acuerdos de El Cairo y Pekín.⁵ Debido a ello han sido muy numerosos los estudios sobre salud reproductiva y prácticas reproductivas desde la perspectiva de demógrafos, sociólogos y antropólogos (González Montes, 1995; Stern y Echarri, 2000; Stern y Figueroa, 2001). En este contexto fue que se creó el Programa de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México, que ha venido impulsando diversos seminarios, entre los que destacan el Seminario de Sexualidad y Género, coordinado por la doctora Ivonne Szasz (Szasz y Lerner, 1998; Lerner, 1998), y el Seminario sobre Salud Reproductiva de las Mujeres Indígenas, bajo la dirección de la doctora Soledad González. En Chiapas, El Colegio de la Frontera Sur mantuvo durante varios años un Seminario sobre Salud Reproductiva, en el que se daban cita investigadores cuyos traba-

jos eran eminentemente cualitativos y partían de una perspectiva antropológica (Tuñón, 1997, 1999).

A pesar de la proliferación de seminarios y espacios de discusión médico-antropológica sobre la salud reproductiva, algunas temáticas han sido soslayadas. Por ejemplo, poco se sabe del consumo y los efectos de la pornografía por internet en las representaciones y prácticas en torno a la sexualidad en adolescentes y jóvenes, no obstante ser estos grupos asiduos a la “consulta” de tales materiales. Hasta qué punto les acarrear nuevos riesgos para la salud física y psicológica o contribuyen a la diseminación de enfermedades de transmisión sexual son temas relevantes de estudio dada la importancia numérica en nuestro país del grupo poblacional sujeto a dicha influencia cibernética.

No obstante que existe la adopción generalizada de una perspectiva de género en la antropología y otras ciencias sociales que se dedican al estudio de la salud reproductiva, son todavía escasas las investigaciones que tratan de las concepciones, saberes y prácticas relativas a la salud reproductiva en los varones. La construcción social de la masculinidad provoca un perfil epidemiológico diferenciado entre hombres y mujeres durante la edad reproductiva, pues los primeros tienen probabilidades mucho mayores que la mujeres de sufrir accidentes, enfermar o morir por alcoholismo o ser víctimas de homicidios. La relación de mortalidad entre hombres y mujeres es desfavorable para el sexo masculino; por cada cinco hombres que fallecen en edad reproductiva ocurre el deceso de dos mujeres. Esto pone de relieve el riesgo y la vulnerabilidad implícitos en ser hombre en nuestras sociedades modernas. He aquí un campo que la antropología apenas empieza a explorar y que tiene mucho trabajo por delante.

Los cambios políticos, sociales, económicos y demográficos han modificado el perfil epidemiológico de México —caracterizado ahora por la persistencia de problemas ancestrales en las regiones y en los grupos poblacionales más marginados del país y la emergencia de problemáticas nuevas— y han traído consigo la apertura de nuevos campos para los estudiosos de la antropología médica. Hasta la fecha, el sector salud no ha sido capaz de abatir la mortalidad materna e infantil, y viejos problemas co-

⁴ Los proyectos financiados por la fundación Ford desde inicios de la década de 1990, y los cofinanciados por la fundación MacArthur dan cuenta de ello.

⁵ En la conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994, se analizó la relación entre mujer, población y desarrollo. Allí se propuso el reconocimiento de una serie de derechos fuertemente interrelacionados, a partir de la afirmación de que existe un derecho a la salud que obliga a los gobiernos a proporcionar atención a la población de sus países a través de programas integrales, en la misma forma que provee de oportunidades para la educación. Se afirmó que los derechos reproductivos requieren el respeto de las condiciones éticas, culturales y religiosas de los Estados. En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995, el numeral 18 de la Declaración de Pekín impule a intensificar los esfuerzos para garantizar el disfrute, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por parte de todas las mujeres y niñas que enfrentan múltiples barreras para lograr su potenciación y su adelanto, a causa de factores como la raza, la edad, el idioma, el origen étnico, la cultura, la religión o la discapacidad, o por pertenecer a la población indígena.



Ricardo Ramírez Arriola

16 ◀

Hospital Departamental Jalapa, Jalapa, Guatemala, 2004.

mo la desnutrición y las enfermedades gastrointestinales y respiratorias siguen siendo las principales causas de morbilidad y muerte entre la población más marginada. Otras problemáticas añejas como la tuberculosis y el paludismo, que hace unos años se pensaban en vía de desaparición en el país, están en pleno resurgimiento.

La transición epidemiológica y demográfica que vive México hace que la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas hayan aumentado notablemente en todos los grupos sociales. La morbi-mortalidad por la diabetes mellitus, los tumores malignos y las enfermedades cardiovasculares ocupa ahora los primeros lugares en el país. Las poblaciones pobres y marginadas se ven particularmente afectadas por esta doble carga epidemiológica, con resultados potencialmente desastrosos para sus precarios recursos económicos y su escasa disponibilidad de tiempo. La capacidad de cobertura del nuevo seguro popular para estas poblaciones está en entredicho, en particular en lo que se refiere a los padecimientos

crónico-degenerativos. Los retos que estas enfermedades imponen (no sólo a la población afectada, a sus escasos recursos y a su entorno familiar inmediato, sino también al sector salud y a nuestra sociedad en general) son realmente enormes. Los distintos patrones de autocuidado o de búsqueda de atención, las prácticas terapéuticas adoptadas, los sistemas de apoyo familiares, vecinales y/o comunitarios, las representaciones populares acerca de estos padecimientos, sus causas y su posible curación, son algunos de los campos de trabajo que tiene la antropología médica.

México está viviendo un proceso de transformación demográfica; la disminución de las tasas de natalidad y de mortalidad otorga un nuevo perfil a la pirámide de la población. La magnitud absoluta y relativa del grupo de jóvenes de 15 a 24 años es inédita, y requiere de atención especial en los ámbitos de la educación, el desarrollo profesional y laboral, y también en el de la salud reproductiva. El uso de métodos anticonceptivos, el embarazo en las adolescentes y las infecciones sexualmente transmitidas —ocurran o no en el contexto de la migración—⁶ son temas de interés para la antropología médica y han sido motivo de investigación en el Programa de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México, dirigido por el doctor Claudio Stern. Ya que los accidentes son una importante causa de muerte prematura en México, y eventos propiciados en buena medida por factores socioculturales, el fenómeno ha resultado de interés no sólo para la salud pública, sino también para la antropología médica, como lo demuestran ya los primeros estudios con enfoque antropomédico realizados en la ciudad de Cuernavaca, Morelos, desde el Instituto Nacional de Salud Pública. Otras problemáticas que afectan de manera crucial a las y los jóvenes —como la muerte por suicidio, el aumento de las adicciones (tabaco, alcohol, drogas ilícitas) o los trastornos alimentarios como la anorexia o la bulimia— no han despertado todavía el suficiente interés de los antropólogos para identificar las complejas causas sociales y culturales de estos fenómenos crecientes.

⁶ En México, 31% de los municipios tiene tasas negativas de crecimiento por la migración hacia Estados Unidos (Delgado y Mañán, 2005; Corona y Tuirán, 2005).

El incremento de la expectativa de vida en México desde el siglo XX nos obliga a ver la otra cara de la moneda: el envejecimiento de la población, que también implica retos enormes para el sector salud y la misma población. El envejecimiento poblacional no solamente se verá reflejado en la epidemiología, sino también en la necesidad de una reedición del sistema de salud y de seguridad social que requerirá, entre otras adecuaciones, de la incorporación de un número mayor de ciertos especialistas (geriátras, neurólogos, cardiólogos y oftalmólogos). La transición demográfica implica no solamente una nueva “imagen” de la población, sino maneras distintas de recreación y de relaciones familiares intergeneracionales, lo cual es inédito para los mexicanos. La antropología médica ha venido desarrollando en las últimas décadas estudios sobre la vejez en zonas rurales y urbanas. Felipe Vázquez (2003) y Laureano Reyes (2002), así como alumnos egresados de la maestría en antropología social del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) en el Distrito Federal y en el Sureste, se han volcado hacia esta problemática, que ha convocado también la formación de un grupo de trabajo y la puesta en marcha de un proyecto de investigación de magnitud nacional e interinstitucional, que seguramente dará resultados de gran interés y aplicación.

Así como Gonzalo Aguirre Beltrán fue el pionero de la antropología médica en México, el trabajo de Eduardo L. Menéndez ha sido esencial para la consolidación de la disciplina, pues sus aportaciones son fundamentales no sólo en México sino también en el resto de América Latina y en España. Actualmente gran parte de los estudiosos de la antropología médica hablan del proceso *salud/enfermedad/atención* —en su origen una construcción teórica de Eduardo L. Menéndez—, que ha pasado a ser parte del lenguaje natural en el área. Las relaciones existentes en el campo de la salud en países multiculturales como México no podrían entenderse al margen de su propuesta teórica de inspiración gramsciana sobre los modelos médicos hegemónicos y subalternos (1984, 1990). Su libro ya clásico, *Poder, estratificación y salud* (1981), se ha convertido en la guía de trabajo de estudiantes e investigadores de las ciencias sociales y de la salud interesados en las condicionantes socioeconómicas del proceso salud/

enfermedad. Sus estudios sobre el alcoholismo son un valioso legado de reflexiones metodológicas, teóricas y empíricas (véase su artículo en este número).

Pero sin duda, la aportación más importante de Menéndez es su desempeño como formador de especialistas en antropología médica. Fundó esta línea en la Escuela Nacional de Salud Pública y la continuó en las maestrías y doctorados de la Escuela Nacional de Antropología e Historia y del CIESAS. Ha impartido sus conocimientos a más de veinte generaciones de estudiantes y ha sido director de tesis de medio centenar de ellos. Sus alumnos ya son líderes de grupos y están insertos en universidades, centros de investigación, organismos no gubernamentales y en la administración pública.

En el CIESAS-Distrito Federal existe una línea específica de investigación en antropología médica constituida por seis investigadores. Los trabajos derivados de la investigación y la docencia en maestría y doctorado de este grupo han consolidado su prestigio. Desde hace algunos años, en los CIESAS-Istmo y Sureste se ha impulsado la formación de licenciados y maestros en antropología médica con el apoyo de las becas de tesis que promueve la institución en todas sus sedes. Esta línea de trabajo cuenta en el CIESAS con el Seminario Permanente de Antropología Médica, que no solamente es un espacio en el que se analizan y discuten los temas relevantes de la disciplina, sino que, sobrepasando sus propios objetivos, ha promovido un fructífero trabajo colectivo entre sus miembros. Los estudios comparativos interregionales —como el proyecto colectivo sobre salud y muerte materna CIESAS-Sureste/CIESAS-Istmo— y la colaboración entre programas docentes son los aspectos más visibles de este acercamiento entre investigadores.

Uno de los grandes azotes actuales para la salud mundial, el VIH-SIDA, está mostrando una evolución distinta a la de su inicio, pues la disposición de nuevos medicamentos antirretrovirales ha modificado el proceso de evolución entre el estado de portador del virus (VIH) y el desarrollo de la enfermedad (SIDA), lo que ha aumentado la expectativa de vida de los infectados, volviendo crónica a corto plazo esta enfermedad antes mortal, por lo menos para aquellos que tienen acceso a los fármacos antirretrovirales. Destaca también el creciente número de mujeres

amas de casa⁷ y de emigrantes entre las víctimas de este flagelo. Ello ha generado una visión de la enfermedad distinta a la de hace una década, lo que abre interesantes líneas de estudio: las modificaciones en las prácticas sexuales y en la identidad social y moral de los afectados (véase lo que al respecto menciona Nichter en este número), la participación del Estado en el control y tratamiento de la enfermedad, la conformación de grupos de autoayuda en torno a este problema, la relación de los servicios de salud con los enfermos, el respeto a los derechos humanos y laborales de los pacientes, así como el seguimiento de las prácticas sexuales de riesgo, son temáticas también de la competencia de la antropología médica.

En los últimos años, y precisamente a partir del intenso trabajo científico desarrollado en la búsqueda de una cura para el SIDA, se han hecho descubrimientos importantes respecto a la relación entre agentes infecciosos y el cáncer: el virus de Epstein-Barr, el virus del papiloma humano (VPH) y el *helicobacter pylori* son ejemplos de ello. La presencia de estos agentes se ha asociado cada vez más con el riesgo de desarrollar cáncer, según nos señala Goedert (2000).

El VPH, susceptible de transmitirse sexualmente, es causa necesaria pero no suficiente para el desarrollo de carcinoma del cuello uterino (CaCu). Esto significa que solamente una parte de las mujeres que adquieren el VPH desarrollarán displasia⁸ inicialmente. Diversos reportes sobre la epidemiología y modos de transmisión, como el de Shoultz *et al.* (1997), revelan que entre 90 y 99% de las muertes por CaCu están asociadas a la presencia del virus; es decir, sólo de 1 a 5% de los carcinomas son negativos a dicho agente infeccioso. El CaCu puede ser prevenible evitando la infección o la inmunodeficiencia que posibilita su persistencia o reactivación (Goedert, 2000). Aunque existen noticias alentadoras respecto al desarrollo de vacunas efectivas, que tendrán un efecto impor-

tante al abatir la carcinogénesis asociada al VPH, la difusión del conocimiento acerca del papel de este virus en la aparición de carcinoma uterino seguramente revolucionará las prácticas y representaciones en el campo de la sexualidad. De qué manera estas modificaciones afectarán la salud física y psicoemocional es ya un tema de interés para la antropología médica.

Las nuevas tecnologías acarrear nuevos riesgos para la salud, lo que las convierte en un campo de indagación para la antropología médica. El manejo prolongado de computadoras, por las facilidades que estos artefactos proporcionan para el ordenamiento, búsqueda y acceso a la información, así como para la compra de mercancías y servicios por medio de internet, ha provocado el incremento de padecimientos como cefaleas, dolores de espalda, síndrome del túnel carpiano, etc. Estos hábitos han propiciado el sedentarismo que, con el constante aumento en el consumo de comida “chatarra”, favorece el desarrollo de diabetes y obesidad. Estos dos padecimientos han sido presentados ya por la Encuesta Nacional de Salud del año 2000 como serios problemas de salud pública en México.

Las tecnologías también traen consigo modificaciones en la práctica médica y en los conocimientos sobre la salud. La telemedicina provee asistencia médica a distancia (incluso quirúrgica) y ha establecido una nueva forma de relación médico/paciente. Internet se ha convertido en un nuevo medio para el autocuidado de la salud, al proporcionar un espacio para el intercambio de información, no solamente acerca del desarrollo y tratamiento de las enfermedades sino también del uso y efectos de algunos medicamentos. Existen ya numerosos foros de discusión que han desembocado en la conformación de grupos de autoayuda; en ellos los participantes comparten sus vivencias respecto a una enfermedad propia o de un familiar cercano. Poco se ha documentado sobre estas experiencias en nuestra disciplina.

Existen otros ámbitos relacionados con las nuevas tecnologías que deberán recibir atención por parte de la antropología médica en México en los próximos años; ámbitos que ya están siendo estudiados en otros países, sobre todo en Europa y Estados Unidos. Será indispensable investigar las múltiples dimensiones socioculturales y las

⁷ Rosario Otegui nos ilustra en su artículo cómo entre los gitanos españoles las mujeres son particularmente vulnerables a la infección por el VIH, a causa de las concepciones en torno a la sexualidad normativa, la construcción social de la masculinidad y las prácticas sexuales de los varones.

⁸ El concepto de ‘displasia’ se utiliza para identificar una variedad de lesiones morfológicamente diferentes al carcinoma *in situ* y que precede a su aparición (Alonso *et al.*, 2000: 71).

vertientes político-económicas de las siguientes problemáticas: la infertilidad y las nuevas tecnologías de fertilización artificial o asistida; el creciente uso de tecnologías durante el parto, en las hospitalizaciones y en la fase terminal de la vida; las cirugías plásticas, los implantes y la intervención tecnológica en el cuerpo a toda costa, sobre todo entre las mujeres; los trasplantes y el tráfico de órganos; los profundos dilemas éticos que conllevan la investigación médica con sujetos humanos (por ejemplo, en los protocolos experimentales de nuevos fármacos), el debate alrededor del aborto y la eutanasia, y los alcances y consecuencias de la investigación genética y microcelular.

Al mismo tiempo, y por el perfil epidemiológico complejo y diferenciado que vive el país, es necesario seguir impulsando formas de documentación que posibiliten disponer de información sobre el perfil epidemiológico de los pueblos indígenas, así como de otros grupos sociales minoritarios o subordinados. Debemos admitir que los gobiernos mexicanos han ido mejorando la disponibilidad de información. La Ley Federal de Transparencia, cuya aplicación se inició en 2003, seguramente posibilitará la obtención de información oportuna para los activistas y para los académicos. El seguimiento y el uso de este instrumento permitirán a los investigadores conocer los intereses de la sociedad y de los académicos en materia de información y salud. También podremos incursionar en la dinámica del ejercicio del gasto y, por lo tanto, de los recursos destinados a la salud. Reconocer la manera en que los diversos actores del sector salud participan en la toma de decisiones y en el ejercicio del presupuesto, así como en la rendición de cuentas, es una problemática que debe ser analizada desde la antropología, pues esto necesariamente determinará en la población una nueva noción de ciudadanía y de participación democrática. Asimismo, la transparencia reformula el uso de la información desde el propio campo antropológico. La tecnología ha traído la posibilidad de la documentación y disponibilidad del material generado en el trabajo de campo y de archivo. La digitalización de imágenes y de audio, así como las bases de datos que se generan en los proyectos colectivos también tendrán que ser de uso público, de la misma manera en que está ocurriendo en otros espacios institucionales.

En México las reformas del sector salud están abriendo la puerta a un actor relativamente nuevo: las aseguradoras médicas. Su presencia ha permeado las relaciones entre todos los actores involucrados en el cuidado de la salud, ya que la regulación vigente permite a estas empresas actuar fuera de la normatividad del sector y operar muchas veces al margen de los derechos de los pacientes, o de los médicos contratados por ellas. Su cada vez más importante presencia en los servicios de salud les provee de información privilegiada, lo que les permite una selección más ventajosa de quiénes asegurarán, dejando al Estado el cuidado de los pacientes que representan costos más elevados. Este es un campo fundamental para la investigación antropológica y al respecto existen todavía muy pocos estudios en nuestro país.

Otro gran tema es el estudio de la industria farmacéutica y de la industria de productos naturistas,⁹ importantes no sólo por su eficacia terapéutica (o, como revés de la medalla, por la iatrogenia que puedan provocar) sino por su fuerte carga simbólica. Estas empresas económicamente poderosas se han valido de los medios de comunicación y del limitado papel de la Secretaría de Salud en la regulación de la promoción de todo tipo de medicamentos y remedios, muchos de los cuales, como el sildenafil (Viagra) o el rofecoxib (Vioxx),¹⁰ pueden tener efectos adversos en la salud de quienes los consumen. Al ser una de las industrias más rentables del mundo, la industria farmacéutica se ha convertido también en un elemento fundamental en la construcción y deconstrucción

► 19

⁹ Véase, por ejemplo, cómo la empresa Herbalife ha logrado una notable expansión en el mercado mexicano, alcanzando prácticamente todos los rincones del país con sus productos multivitamínicos, antioxidantes y naturistas. El artículo de Nichter incluido en este número trata del tema de la capacidad de expansión comercial y de la generación de enormes plusvalías por parte de la industria productora de complejos vitamínicos y minerales en Estados Unidos, como una forma al alcance de los sujetos sociales para mantener algún grado de control sobre sus vidas, e intentar preservar la salud en condiciones laborales y medio-ambientales por lo general adversas.

¹⁰ Se trata de un fármaco antiinflamatorio que gozó de enorme popularidad entre los médicos en los últimos años, pero que fue retirado hace unos meses del mercado en Estados Unidos, Canadá y varios países europeos por sus graves efectos colaterales, como el aumento de la incidencia de infartos entre los pacientes usuarios. Resulta que la casa farmacéutica productora del Vioxx conocía estos riesgos, pero los había minimizado o hasta omitido en su publicidad comercial.

de los padecimientos humanos. No conforme con el rentable negocio del uso masivo del Viagra —pues lo utilizan no sólo quienes padecen de disfunción eréctil—, actualmente promueve la caracterización de un síndrome de disfunción sexual femenina, con la consiguiente propuesta farmacológica para su tratamiento, hecho que sugiere el papel que tendrá esta industria en la construcción de las “patologías” posmodernas y en la medicalización creciente de esferas de la vida social que antes no estaban a su alcance.

El papel de los medios de comunicación en la fragua de las representaciones sociales en torno a las nuevas y viejas enfermedades es también un campo de estudio muy interesante y atractivo. Ejemplo muy reciente de ello ha sido la difusión —a través de los medios masivos de comunicación— del curso de la infección humana por el virus H5N1 de la influenza aviaria, notable por su altísima patogenicidad. Ya que actualmente se ha abierto la posibilidad de diseminación mundial del H5N1 por medio de los movimientos migratorios de aves silvestres, una buena parte de la población conoce ya los riesgos de la generación de una pandemia, el limitado acceso que países como el nuestro tendrán a los antivirales (medicamentos caros y de disposición limitada) y el tiempo que se requerirá para disponer de una vacuna efectiva. La presencia en los medios de este tipo de información, en boca de personajes políticos, puede tener un impacto impredecible no sólo en la producción, distribución y consumo de las aves de corral y sus derivados, sino en la reacción colectiva ante epidemias de influenza humana común estacional.

La difusión informativa sobre una enfermedad viral —como en 2003 respecto al síndrome agudo respiratorio severo (SARS)— tuvo un impacto económico enormemente negativo sobre la economía de los países involucrados, hecho similar al ocurrido hace ya una década en Inglaterra, con el debut mediático de la encefalopatía espongiiforme,¹¹ adquirida por el consumo de carne de bovinos alimentados con ciertos forrajes. La aparición reciente de este padecimiento en Estados Unidos revela

las repercusiones económicas, sociales y políticas que la difusión mediática de un problema de salud puede tener en un país o en extensas regiones del mundo. Estas epidemias, resultado de las transformaciones en la relación del ser humano con la naturaleza, son aspectos poco explorados por los estudiosos de la antropología médica en México. Lo mismo ocurre respecto a la manipulación genética experimental, que ha derivado en la contaminación de cultivos nativos (como el maíz en México) y, con la creación de semillas *terminator*, en un grave riesgo para la viabilidad futura de los cultivos. Las consecuencias del consumo creciente de alimentos genéticamente modificados en el plano de la salud, y las múltiples respuestas de los sujetos sociales a estos productos y sus efectos nocivos, son otros aspectos no suficientemente estudiados todavía y que en el futuro darán mucho para explorar desde la antropología médica.

Por último, y más allá de un esbozo de las temáticas prioritarias a nivel cultural y socioepidemiológico en México, concluimos esta panorámica resaltando una de muchas necesidades que vislumbramos como importantes en la investigación antropológica-médica futura. Consideramos que sería importante contar con más estudios etnográficos que capten, desde la visión subjetiva de los afligidos, la experiencia del enfermar, padecer, sufrir un infortunio, buscar y lograr la sanación, o aceptar la vivencia de un padecimiento crónico o progresivo. Una perspectiva fenomenológica de corte etnográfico nos ayudaría a entender más a profundidad la experiencia del sufrimiento y del dolor; los modos en que las personas afectadas se explican a sí mismas y a los demás cómo y por qué suceden estas vivencias; las construcciones personales y sociales que se hacen en torno a la aflicción; los ajustes físicos y emocionales a los que los afligidos y sus cuidadores/integrantes de redes de apoyo (cuando los hay) tienen que hacer frente; el manejo de estas mismas experiencias por los prestadores de servicios de salud de todo tipo o personal de apoyo en hospitales, clínicas, asilos o en los mismos hogares; así como las similitudes y diferencias en la vivencia directa de estas experiencias a partir de la condición socioeconómica, el género, la edad, la etnicidad, el ambiente familiar o comunitario y las idiosincrasias específicas de cada sujeto involucrado.

¹¹ Esta enfermedad es transmitida por partículas llamadas priones y es popularmente conocida como “enfermedad de las vacas locas”.

Aun si ya se han producido algunos estudios muy relevantes al respecto (véase, por ejemplo, Cortés, 1997), las narrativas del padecimiento son un campo relativamente poco explorado en la antropología médica mexicana. Como nos recuerda Eroza en este número, se trata de un campo muy fructífero no sólo para entender lo complejo, contradictorio y profundamente subjetivo de la vivencia del padecimiento, del sufrimiento y del dolor, sino también para revelar cómo se estructura la experiencia, se negocia la identidad personal y moral del sujeto (véanse a este propósito también los artículos de Otegui y Nichter en este número) y se relaciona “el padecimiento con el contexto social más amplio”. Es así como, una vez más, se revela la siempre estrecha relación existente entre la antropología social y la antropología médica.

LOS ARTÍCULOS

Considerando el amplísimo espectro de temas y problemáticas que acabamos de presentar, es realmente imposible seleccionar artículos que sean representativos de la antropología médica en su conjunto. Se optó, por lo tanto, por incluir trabajos que contribuyeran a este campo disciplinario de distinta forma y desde ángulos metodológicos y perspectivas teóricas diferentes. Presentamos así dos estudios de casos de corte más etnográfico y dos ensayos analíticos de corte más teórico-metodológico.

El primer estudio de caso es de Rosario Otegui, antropóloga médica española. El artículo se centra en las representaciones acerca del VIH-SIDA entre hombres y mujeres gitanas en España, pertenecientes a distintas clases sociales y con un nivel diferencial de aproximación a la enfermedad. El otro estudio de caso es de Enrique Eroza, antropólogo mexicano que trabaja en Chiapas, y que aborda el tema de las narrativas del padecimiento, en particular aquellas generadas por los propios afligidos de crisis convulsivas. El contexto abarca a los individuos, las familias y las comunidades tzotziles de la región de los Altos.

Eduardo L. Menéndez y Renée Di Pardo —antropólogo y psicólogo argentinos radicados en México desde hace treinta años— nos ofrecen en su ensayo un análisis

pormenorizado de cómo lo que tendría que ser un problema altamente prioritario de salud pública en México —el alcoholismo— ha sido objeto de políticas y programas profundamente contradictorios, incongruentes y demasiado limitados en su enfoque y alcance por parte del sector salud. El ensayo de Mark Nichter, antropólogo médico estadounidense, nos acerca a un concepto importante pero poco estudiado como tal en la antropología médica: la reducción o contención del daño. Nos enseña cómo este concepto se vuelve una herramienta analítica privilegiada para entender concepciones y prácticas populares de corte preventivo o curativo en los más variados contextos socioculturales, para lo cual nos presenta múltiples ejemplos etnográficos en el sur y sureste de Asia y en Estados Unidos.

En estos cuatro artículos recorreremos, a nivel etnográfico o de descripción de política pública, España, la India, Tailandia, las Filipinas, Estados Unidos, México y otros países de América Latina. Se habla de los más variados grupos sociales, aun si el mayor énfasis recae en sectores populares, subordinados o hasta estigmatizados: los gitanos y gitanas españoles que viven con VIH-SIDA, los indígenas tzotziles de Chiapas que sufren padecimientos convulsivos, las trabajadoras sexuales en Tailandia, los niños que padecen tuberculosis en contextos de pobreza en Filipinas, o las madres de clases trabajadoras en Estados Unidos que, por el riesgo a perder su empleo, no pueden ausentarse cuando ellas o sus hijos se enferman.

Desde un marco teórico afín a la antropología médica crítica, Otegui nos presenta un análisis pormenorizado de cómo las representaciones gitanas en torno al VIH-SIDA cambian de acuerdo con el género, la clase social y la proximidad o lejanía que cada entrevistado(a) tenga con respecto a la enfermedad. Identifica así tres grandes modelos que se vuelven herramientas conceptuales para que cada persona pueda explicarse a sí misma y a los demás el porqué del VIH-SIDA y cómo se da el contagio: a) la visión medicalizada; b) la visión “híbrida”; y c) la visión “social”. Estas visiones, lentes privilegiados para el antropólogo, le sirven para entender las complejas relaciones de hegemonía/subordinación que se establecen entre hombres y mujeres al interior de la sociedad gitana, y entre ésta como conjunto y la sociedad mayoritaria española.

La primera visión es especializada, común en personas que han tenido una gran proximidad con la enfermedad y, por lo tanto, con las estructuras, concepciones y tratamientos biomédicos. Aquí Otegui establece una diferencia importante de corte genérico, haciéndonos ver cómo las mujeres que comparten esta visión lo hacen a partir de su experiencia directa como cuidadoras de otros (esposos, hijos[as], hermanos[as]), mientras que los varones la adquieren a partir de su experiencia directa como enfermos o portadores del virus. La segunda visión la imputa a personas que tienen más lejanía con la enfermedad o que son de clase media, en el caso de las mujeres o varones que tienen proximidad con la enfermedad, sin ser ellos los contagiados. La tercera es la más popular, repleta de metáforas sociales y de prejuicios y estigmas hacia las personas que viven con VIH-SIDA. Esta última visión la comparten hombres y mujeres, sobre todo de clase media, con ninguna experiencia directa o indirecta de acercamiento a la enfermedad.

22 ◀

El artículo de Otegui se sostiene en un trabajo etnográfico realizado por medio de entrevistas a profundidad a los distintos sujetos sociales que integran su universo de análisis. Nos aporta narrativas de diferentes representaciones de la enfermedad en el seno de una sociedad que ha sido históricamente subordinada, marginada y estigmatizada en el contexto español. Las visiones populares gitanas de la enfermedad y su transmisión son múltiples, complejas y diferenciadas y, como tales, no se pueden generalizar de manera uniforme y monolítica como representativas de este conjunto social. Como vimos antes, el VIH-SIDA es una enfermedad infecto-contagiosa de altísima prioridad en la salud pública no sólo de España sino de México. Aun si los patrones de contagio son diferentes entre los dos países, el artículo nos permite vislumbrar similitudes en la transmisión heterosexual de la enfermedad de hombres a mujeres. En ambos países hay mujeres en situación de vulnerabilidad extrema, ya que en sociedades o grupos sociales profundamente patriarcales poseen poca o nula capacidad de negociar el uso del condón en sus relaciones maritales con esposos que tienen prácticas sexuales de riesgo fuera del matrimonio o que son usuarios de drogas intravenosas.

Enrique Eroza aporta también un trabajo etnográfico,

dedicado a las narrativas del padecimiento. A diferencia de Otegui, Eroza no aborda las representaciones, sino las experiencias del padecer a partir de las visiones de las y los entrevistados afectados directamente por la enfermedad. Nos trasladamos aquí al contexto social de la región de los Altos de Chiapas, al campo analítico de la narrativa del padecimiento y al campo temático del padecimiento neurológico, ya que el estudio está dedicado a las crisis convulsivas. A través de cuatro casos referentes a personas tzotziles que han sufrido crisis convulsivas a lo largo o en ciertas etapas de sus vidas, el autor nos enseña cómo la vivencia de la enfermedad, tanto como la narración de la misma, se vuelven momentos importantes para la estructuración de la experiencia y contextos privilegiados de negociación de la identidad social y moral del sujeto al interior de su familia, su comunidad y su cultura.

Una de las aportaciones sobresalientes de este artículo es la de mostrar cómo la construcción personal y social del padecimiento no es algo estático ni necesariamente definitivo, sino un proceso dinámico y maleable, en el cual el sujeto enfrenta ambigüedades e incertidumbres, y negocia consigo mismo y con los demás su identidad como persona. En las culturas tzotzil y tzeltal las crisis convulsivas son objeto de estigma social, pero también están asociadas al “don de curar”, lo que implica aceptar ser curandero y sanar a otros como una forma de resolución positiva del padecimiento y de la identidad moral del sujeto afectado. Eroza ilustra cómo este proceso de aceptación y de asunción del papel de curandero a nivel personal y social no está exento de dificultades y ambigüedades. Aquí también prevalecen situaciones fluidas, inciertas y hasta reversibles, en las que el afectado debe negociar con los dioses, en sus sueños, y con sus familiares, vecinos y otras personas de relieve para que su nueva identidad sea aceptada. Una vez asumida y legitimada socialmente la nueva identidad de curador, la negociación prosigue, pero esta vez con los pacientes y sus familiares, y queda sujeta al éxito terapéutico.

Es así como Eroza desentraña una faceta de la iniciación al curanderismo que los estudios clásicos sobre este tema no dejaron ver: los temores y los sentimientos asociados con la asunción de esta identidad y la lucha constante consigo mismo o con los demás para que esta

identidad adquiera legitimidad y se mantenga en el tiempo. El artículo da cuenta también de cómo la estigmatización a nivel social puede ser un proceso largo, tortuoso, desgarrador, a veces ambiguo y momentáneo, pero otras implacable y definitivo. Es un proceso que puede involucrar y afectar no sólo al afligido sino a toda su familia. Por último, vemos cómo la relación entre individuo y cosmogonía (el mundo espiritual, los sueños, los dioses, el alma) está también mediada por el contexto personal, familiar, social y cultural; un contexto vivido, emocionalmente cargado, contradictorio y nunca neutral, en el que se juega la identidad de la persona y su legitimidad social. Nuevamente se trata de una dimensión novedosa, que aporta una gran riqueza vivencial a los estudios sobre cultura, cosmovisión y enfermedad.

Eduardo L. Menéndez y Renée Di Pardo nos llevan, por su parte, a un ámbito de estudio de la antropología médica muy distinto al anterior. Su artículo desentraña la problemática socioepidemiológica del alcoholismo, enseñándonos cómo un problema que presenta altísimas tasas de morbilidad y mortalidad, no sólo en México sino en la mayoría de los países latinoamericanos, no es enfrentado como tal por parte de los hacedores de políticas y programas de salud. Los autores destacan cómo las consecuencias negativas hacia la salud que conlleva esta adicción implican no sólo a los alcohólicos sino también y por lo común a terceros, por lo cual, si se considera la comorbi-mortalidad implicada, la carga de daño se acrecienta. Aunque esta sustancia adictiva es la más nociva, también es aquella a la que los mexicanos tienen mayor acceso, con restricciones mínimas en lo relativo a su producción, comercialización y consumo.

En su discusión pormenorizada, Menéndez y Di Pardo abordan con lucidez las profundas incongruencias que existen en México (y en la mayoría de los países) en la política pública respecto a las adicciones. Discuten el tema espinoso de la legalidad/ilegalidad de las sustancias adictivas, subrayando el hecho de que la libre circulación en el mercado del alcohol se contrapone al estricto prohibicionismo en el caso de otras drogas, independientemente de que las consecuencias negativas para salud del primero son notablemente mayores a los efectos dañinos de todas las demás sustancias adictivas. Revisan las dis-



Ricardo Ramirez Arriola

Hospital Departamental Jalapa, Jalapa Guatemala, 2004.

tintas políticas y programas implementados en México y desnudan no sólo sus incongruencias sino también su profunda ineficacia.

Por último, al escudriñar varias de las orientaciones adoptadas como respuesta a esta problemática y sin caer en observaciones fáciles, los autores analizan la política de reducción del daño afincadas en las consecuencias individuales y sociales de las adicciones como una de las estrategias más prometedoras adoptadas por algunos países o en ciertos momentos históricos frente al consumo de drogas. En esta orientación de “contención del daño”, la estrategia estriba en reducir las consecuencias, no el consumo, a partir de la comprobación de que los consumidores no están dispuestos a renunciar al consumo pero que, además, existen muchos consumidores que “han aprendido a consumir estas sustancias con un mínimo de

daño para sí mismos y hacia otros”. La reducción del daño es justamente el tema central del siguiente artículo. Sin embargo, a diferencia de Nichter (véase líneas abajo), Menéndez y Di Pardo nos enseñan que existen estrategias de reducción del daño que van más allá del individuo, para constituirse más bien en políticas públicas frente al consumo de drogas y al fenómeno de las adicciones.

En el último artículo de esta sección temática de *Desacatos* sobre antropología médica, Nichter nos ofrece un ensayo en el que reflexiona acerca de la importancia de la “reducción del daño” en sociedades y contextos muy diversos; importancia definida en, por lo menos, dos sentidos. Primero, como estrategia común de intervención de los sujetos sociales en su intento de preservar la salud o contener la enfermedad. Segundo, como una poderosa herramienta analítica que la antropología médica tiene a su disposición para entender esas conductas.

Nichter desarrolla sus argumentos poniendo en evidencia la estrecha relación que existe entre las prácticas de reducción del daño y las percepciones de vulnerabilidad y de riesgo. En particular identifica cinco formas de hablar y concebir a la vulnerabilidad: a) ligada a ciertas características inherentes a las personas; b) vulnerabilidad del contexto o entorno que rodea al individuo; c) asociada a enfermedades pre-existentes que se pueden agravar o desencadenar cuando es posible controlarlas de alguna forma reduciendo el daño; d) vulnerabilidad acumulativa a cargas excesivas de gérmenes, virus, impurezas, toxinas, etc.; y e) causada por la exposición a la información sobre riesgos (por ejemplo, las pruebas diagnósticas). En su discusión emplea los más variados ejemplos etnográficos para ilustrar cómo las percepciones de vulnerabilidad y las prácticas de reducción del daño pueden encontrarse en todo tipo de sociedad y grupos sociales.

En el transcurso de su análisis reflexiona acerca de una de las dicotomías conceptuales más poderosas en la antropología social y médica: la articulación entre el ejercicio del poder y el control por parte de las estructuras y fuerzas externas, por un lado, y las expresiones de *agency* (ejercer control) que el sujeto social aplica por el otro. Sin determinismos preconcebidos, nos muestra

cómo esta articulación se revela en toda su complejidad en las prácticas que desarrollan los individuos para reducir el daño provocado, en gran parte, por fuerzas externas que los ponen en riesgo y que no pueden controlar: un medio ambiente insalubre o un contexto laboral que afecta negativamente la salud, ámbitos en los que los sujetos sociales se vuelven particularmente vulnerables frente a relaciones de poder profundamente desventajosas para ellos.

Una de las aportaciones tal vez más importantes de este artículo es la utilidad de esta herramienta analítica para entender, justamente, la economía y la ecología política del daño en todo tipo de contextos. El concepto, sin duda, pone en evidencia la naturaleza y los efectos en la salud individual de las prácticas de reducción del daño. Pero aún más, también es una herramienta poderosa para analizar los procesos de articulación entre contextos externos laborales y ambientales nocivos a consecuencia de las políticas, acciones e intereses de las empresas, y las respuestas de los sujetos sociales inmersos en esos contextos. En este sentido, “reducción del daño” tiene un potencial de profundización analítica mucho mayor que el concepto usado con regularidad en la antropología médica, la salud pública y la práctica clínica de “prevención en salud”.

Con la inclusión de estos cuatro artículos, esperamos realmente que *Desacatos* aporte al público especialista y no especialista visiones temáticas, metodológicas y teóricas de relevancia para el desarrollo de nuestra disciplina.

Bibliografía

- Aguirre Beltrán, Gonzalo, 1963, *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*, Instituto Nacional Indigenista, México.
- , 1986, *Antropología médica*, Secretaría de Educación Pública, Cultura, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- , 1995 (1955), *Programas de salud en la situación intercultural*, Instituto Nacional Indigenista, Universidad Veracruzana, Gobierno del Estado de Veracruz, Fondo de Cultura Económica, México.
- Aguilar Contreras, Abigail y Carlos Zolla, 1982, *Plantas tóxicas en México*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

- Alonso, Lazcano *et al.*, 2000, *Cáncer cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control*, Instituto Nacional de Salud Pública, Universidad Nacional Autónoma de México, Editorial Médica Panamericana, México.
- Anzures y Bolaños, María del Carmen, 1983, *La medicina tradicional en México. Proceso histórico, sincretismos y conflictos*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Argueta, Arturo y cols., 1994, *Atlas de las plantas de la medicina tradicional mexicana*, vols. I, II y III, Instituto Nacional Indigenista, México.
- y Carlos Zolla (coords.), 1994, *Nueva bibliografía de la medicina tradicional mexicana*, Instituto Nacional Indigenista, México.
- Ayora Díaz, Igor Steffan, 2002, *Globalización, conocimiento y poder. Médicos locales y sus luchas por el reconocimiento en Chiapas*, Universidad Autónoma de Yucatán, Plaza y Valdés.
- Baytelman, Bernardo, 1986, *De enfermos y curanderos. Medicina tradicional en Morelos*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.
- , 1993, *Acerca de plantas y curanderos. Etnobotánica y antropología médica en el estado de Morelos*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México (Col. Divulgación).
- Berlin, Brent y cols., 1990, *La herbolaria médica tzeltal tzotzil en los Altos de Chiapas*, vol. 1, PROCOMITH (Serie Nuestros Pueblos).
- Brown, Peter (ed.), 1998, *Understanding and Applying Medical Anthropology*, Myfield Publishing Company, Estados Unidos.
- Campos, Roberto, 1992, “Generalidades conceptuales sobre la salud y enfermedad en el curanderismo: un estudio de caso en la ciudad de México”, en Eduardo L. Menéndez y Xavier García de Alba (comps.), *Prácticas populares, ideología médica y participación social. Aportes sobre antropología médica en México*, Universidad de Guadalajara, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- (comp.), 1992, *La antropología médica en México*, t. I y II, Instituto de Investigaciones Dr. José Luis Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- , 1997, *Nosotros los curanderos*, Nueva Imagen, México.
- , 2004, “Willaqkuna, Un programa de formación en salud intercultural en Bolivia”, en G. Fernández Juárez (coord.), *Salud interculturalidad en América Latina*, Cooperación España Bolivia, Abya Yala, Universidad de Castilla Mancha, Quito, Ecuador.
- Carrasco, Pedro, 1960, “Pagan Rituals and Beliefs among the Chontal Indians of Oaxaca”, *Anthropological Records*, núm. 20, pp. 87-117.
- Comas, Juan, 1954, “Influencia indígena en la medicina hipocrática en la Nueva España del siglo XVI”, *América Indígena*, vol. XIV, núm. 4, pp. 327-361.
- , 1964, “Un caso de aculturación farmacológica en la Nueva España en el siglo XVI. El tesoro de las medicinas de Gregorio López”, *Anales de Antropología*, núm. I, Universidad Nacional Autónoma de México.
- , 1968, “La medicina aborigen mexicana en la obra de Fray Agustín de Betancourt (1698)”, *Anales de Antropología*, núm. V, Universidad Nacional Autónoma de México.
- , 1971, “Influencia de la farmacopea y terapéutica indígena de la Nueva España en la obra de Juan de Barrios, 1607”, *Anales de Antropología*, núm. VII, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Coordinación General del Programa Instituto Mexicano del Seguro Social-Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (IMSS-Coplamar), 1983a, *La medicina tradicional y el médico del IMSS-Coplamar*, Documento de Trabajo, Serie Medicina Tradicional y Salud en México, núm. 1.
- , 1983b, *La medicina tradicional y las políticas mundiales de salud*, Documento de Trabajo, Serie Medicina Tradicional y Salud en México, núm. 2.
- , 1983c, *Nosologías de la medicina tradicional mexicana*, Documento de Trabajo, Serie Medicina Tradicional y Salud en México, núm. 3.
- , 1983d, *Curanderos y parteras en la medicina tradicional de México*, Documento de Trabajo, Serie Medicina Tradicional y Salud en México, núm. 4.
- , 1983e, *Importancia de la herbolaria en la medicina tradicional de México*, Documento de Trabajo, Serie Medicina Tradicional y Salud en México, núm. 5.
- Corona, Rodolfo y Rodolfo Tuirán, 2005, *Medición directa e indirecta de la migración mexicana hacia Estados Unidos 1990-1995*, en: <<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/migra3/04.pdf>>.
- Cortés, Beatriz, 1997, “Experiencia de enfermedad y narración. El malentendido de la cura”, *Nueva Antropología*, núm. 52-53, pp. 89-115.
- Crosby, Alfred, 1991, *El intercambio transoceánico. Consecuencias biológicas y culturales a partir de 1492*, Universidad Autónoma de México, México.
- Delgado, Raúl y Oscar Mañán García, 2005, “Migración México-Estados Unidos e integración económica”, *Política y Cultura*, primavera, núm. 23, pp. 9-23.
- Escalante, Pablo y Antonio Rubial, 2004, “La educación y el cambio tecnológico”, en Pablo Escalante (coord.), *Historia de la vida cotidiana en México*, Fondo de Cultura Económica, El Colegio de México, México.

- Estrada Lugo, Erick (ed.), 1990, *Plantas medicinales de México. Introducción a su estudio*, 2ª ed., Universidad Autónoma Chapingo, Texcoco, Estado de México.
- Fábregas, Horacio y Daniel Silver, 1973, *Illness and Shamanistic Curing in Zinacantan. An Ethnomedical Analysis*, Stanford University Press, Stanford California.
- Fagetti, Antonella Tentzonhuehue, 1998, *El simbolismo del cuerpo y la naturaleza*, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Plaza y Valdés, México.
- Fazio, J. y A. Ruiz-Contreras, 1998, "Domestic Violence. Cultural Competency in the Health Care Setting", en *Trainers Manual for Health Care Providers*, Family Violence Prevention Fund, San Francisco, California.
- Fernández Juárez, G. (coord.), 2004, *Salud e interculturalidad en América Latina*, Cooperación España Bolivia, Abya Yala, Universidad de Castilla Mancha, Quito Ecuador.
- Foster, George M., 1944, "Nagualism in Mexico and Guatemala", *Acta Americana*.
- , 1952, "Relationships between Theoretical and Applied Anthropology: A Public Health Program Analysis", *Human Organization*, vol. 11, núm. 3, pp. 5-16.
- , 1967, *Tzintzuntzan: Mexican Peasants in a Changing World*, Little, Brown, Boston.
- Freyermuth Enciso, Graciela, 1993, *Médicos indígenas, médicos alópatas. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*, Gobierno del Estado de Chiapas, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- , 2003, *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Porrúa, México.
- Garza, Mercedes de la, 1990, *Sueño y alucinación en el mundo náhuatl y maya*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- González Montes, Soledad (comp.), *Las mujeres y la salud*, El Colegio de México, México.
- Guiteras Colmes, Calixto, 1965, *Los peligros del alma. Visión del mundo de un tzotzil*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Goedert J., James (ed.), 2000, *Infectious Causes of Cancer. Targets for Intervention*, Human Press, Estados Unidos.
- Hahn, Robert, 1995, *Sickness and Healing. An Anthropological Perspective*, Yale University Press, New Haven y Londres.
- Harman, Robert C., 1974, *Cambios médicos y sociales en una comunidad maya-tzeltal*, Instituto Nacional Indigenista, México.
- Holland, William R., 1964, *Medicina maya en los Altos de Chiapas*, Instituto Nacional Indigenista, México.
- Husain, Akhtar, 1991, "Economics Aspects of Exploration of Medical Plants", en Olayiwola A.V., Heywood y Hsyngge, *The Conservation of Medicinal Plants*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Instituto Mexicano del Seguro Social-Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (IMSS-Coplamar), 1983a (s.f.), *Actividades de interrelación de medicina tradicional del programa IMSS-Coplamar IV. Lineamientos generales*, Coordinación de Acción Comunitaria, Oficina de Estudios y Programas Especiales, mimeógrafo.
- , 1983b (s.f.), *Talleres de lectura 1-4*, Coordinación de Acción Comunitaria, Oficina de Estudios y Programas Especiales.
- , 1983c (s.f.), *Guía para el seguimiento de las actividades de interrelación de la medicina tradicional*, Coordinación de Acción Comunitaria, Oficina de Estudios y Programas Especiales, mimeógrafo.
- Instituto Nacional Indigenista, s/f, *Plantas medicinales de la región Istmo*, Centros Coordinadores Indigenistas Región Istmo, mimeo.
- , s.f., *Cinco años de trabajo en medicina indígena con Oaxaca 1984-1988*, Coordinadora del Instituto Nacional Indigenista en Oaxaca, mimeógrafo.
- , 1986, *Remedios caseros mixes*, Centro Coordinador Indigenista Mize-Zapoteco-Mixteco San Juan Guichicovi, Oaxaca, mimeo.
- , 1990, *Manual para médicos indígenas*, Instituto Nacional Indigenista-Gobierno del Estado de Oaxaca, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), mimeógrafo.
- , 1992, *Memoria del II Congreso Nacional y I Encuentro Intercontinental de Médicos Tradicionales Indígenas*, 11-15 de agosto, Ciudad de México.
- Kelly, Isabel, 1956, "An Anthropological Approach to Midwifery Training in Mexico", *Journal of Tropical Paediatrics*, núm. 1, pp. 200-205.
- Lagarriga, Isabel, 1975, *Medicina tradicional y espiritismo. Los espiritualistas marianos de Xalapa*, Secretaría de Educación Pública, Veracruz (Col. SepSetentas).
- Lerín Piñón, Sergio, 2004, *Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta*, ponencia presentada en el Seminario Permanente de Antropología Médica, 30 de junio.
- Lerner, Susana (ed.), 1998, *Varones, sexualidad y reproducción*, El Colegio de México, México.
- López Austin, Alfredo, 1969, "De las enfermedades del cuerpo humano y de las medicinas contra ellas", *Estudios de Cultura Náhuatl*, núm. VIII, Universidad Nacional Autónoma de México.

- , 1970, "Ideas etiológicas en la medicina náhuatl", *Anuario Indigenista*, vol. XXX, núm. III, México.
- , 1971, *Medicina náhuatl*, Secretaría de Educación Pública (Col. SepSetentas), México.
- , 1976, "Cosmovisión y medicina náhuatl", *Estudios sobre Etnobotánica y Antropología Médica*, núm. I, Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales, México.
- , 1980, *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*, 2 vols., Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- , 1984, *Textos de medicina náhuatl*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Lozoya, Xavier y Carlos Zolla (eds.), 1983, *La medicina invisible*, Folios Ediciones, México.
- , G. Velázquez y A. Flores, 1988, *La medicina tradicional en México. Experiencia del Programa IMSS-Coplamar 1982-1987*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.
- Mc Nally, Ruth y P. Wheale, 1996, "Biopatenting and Biodiversity. Comparative Advantages in the New Global Order", *The Ecologist*, vol. 5, núm. 26, pp. 221-228.
- Mellado, Virginia, Carlos Zolla y Xochitl Castañeda, 1989, *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México.
- Mendoza, Zuanilda, 1997, "Enfermedad, ¿para quién? El saber popular entre los triquis", *Nueva Antropología*, núm. 52-53, pp. 117-139.
- Menéndez, Eduardo L., 1980, *Clases subalternas y el problema de la medicina denominada tradicional*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- , 1981, *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- , 1983, "Recursos y prácticas médicas tradicionales", en X. Lozoya y C. Zolla (eds.), *La medicina invisible*, Folios Ediciones, México.
- , 1984, *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- , 1990, *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- Miranda, Jorge, 1977, "Promoción de la salud en la situación intercultural", *América Indígena*, vol. XXXVII, núm. 2, pp. 275-289
- Modena, María Eugenia, 1990, *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- Nash, June, 1973, "Temporada de cacería de brujos", *Estudios de Cultura Maya*, vol. IX, Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Estudios Mayas, México.
- O'Neill, Carl W., 1975, "An Investigation of Reported 'Fright' as a Factor in the Etiology of Susto, 'Magical Fright', *Ethos*, núm. 3, pp. 41-63.
- y Henry A. Selby, 1968, "Sex Differences in the Incidence of Susto in two Zapotec Pueblos: An Analysis of the Relationship Between Sex Role Expectations and a Folk Illness", *Ethnology*, núm. 7, pp. 95-105.
- Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH), s/f, *Propuestas para realizar un convenio de apoyo a la organización de Médicos Indígenas y el Programa de IMSS-Solidaridad*, San Cristóbal de Las Casas.
- , 1986, *Memorias del Primer Encuentro de la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas*, noviembre, San Cristóbal de las Casas.
- , 1989, *Memorias del Tercer Encuentro de la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas*, San Cristóbal de Las Casas.
- , 1990, *Memorias del Cuarto Encuentro de la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas*, San Cristóbal de Las Casas.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 1978, *La declaración de Alma-Ata*, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Organización Mundial de la Salud-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 6 al 12 de septiembre, Alma-Ata, Rusia.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU), 1994, *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, versión en español, El Cairo.
- , 1995, *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, versión en español, Beijing, China.
- Organización Panamericana de la Salud, 1998, *Enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos*, Grupo de Trabajo sobre Recursos Humanos e Interculturalidad, 9-11 de septiembre, borrador de trabajo, Managua.
- , 1998, *Iniciativa de salud de los pueblos indígenas: orientaciones estratégicas para el desarrollo de la iniciativa de salud de los pueblos indígenas*, 15-17 de diciembre de 1997, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington.
- Osorio, Rosa María, 2001, *Entender y atender la enfermedad: los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, Instituto Nacional Indigenista, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

- Page Pliego, Jaime, 2002, *Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de México y Chiapas, 1857-1995*, Universidad Autónoma de Chiapas, Instituto de Estudios Indígenas, Universidad Nacional Autónoma de México, Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste, México.
- , 2005, *El mandato de los dioses. Etnomedicina entre los tzotziles de Chamula y Chenalhó, Chiapas*, Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste, Universidad Nacional Autónoma de México (Col. Científica, núm. 11).
- Pitarch, Pedro, 1996, *Ch'ulel. Una etnografía de las almas tzeltales*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Quezada, Noemí, 1989, *Enfermedad y maleficio. El curandero en el México colonial*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Reyes, Laureano, 2002, *Envejecer en Chiapas. Etnogerontología zoque*, Instituto de Estudios Indígenas, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Rothschild, David, 1996, *Protegiendo lo nuestro. Pueblos indígenas y biodiversidad*, Centro por los Derechos Indígenas de Meso y Sudamérica (SAIIC), Quito, Ecuador.
- Rubel, Arthur J., 1967, "El susto en Hispanoamérica", *América Indígena*, vol. XXXVII, núm. I, pp. 70-89.
- , Carl W. O'Neil y Rolando Collado Ardón, 1984, *Susto, a Folk Illness*, University of California Press, Berkeley y Los Angeles.
- Sepúlveda H., María Teresa, 1986, "La herbolaria entre los purépecha prehispánicos", *Estudios de Antropología Médica*, núm. 4, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- , 1988, *La medicina entre los purépecha prehispánicos*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Sesía, Paola (ed.), 1992, *Medicina tradicional, herbolaria y salud comunitaria en Oaxaca*, Gobierno del Estado de Oaxaca, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- , 1996, "Women Come Here on their Own when They Need To: Prenatal Care, Authoritative Knowledge, and Maternal Health in Oaxaca", *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 10, núm. 2, pp. 121-140.
- Sierra, Jorge Luis y Amado Avendaño Villafuerte, 1999, "La cacería de los recursos biológicos", *Revista Este Sur*, año 6, 11-17 de octubre, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Signorini, Italo, 1979, *Los huaves de San Mateo del Mar. Ideología e instituciones sociales*, Instituto Nacional Indigenista, México.
- y Alessandro Lupo, 1989, *Los tres ejes de la vida. Alma, cuerpo, enfermedad entre los nahuas de la Sierra de Puebla*, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz.
- Shoultz D., L. Koutsky y D. Galloway, 1997, "Epidemiology and Modes of Transmission", en Gerd Gross y Geo Von Krogh (eds.), *Human Papillomavirus. Infections in Dermatovenereology*, Estados Unidos.
- Stern, Claudio y Javier Echarri (comps.), 2000, *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*, El Colegio de México, México.
- y Juan Guillermo Figueroa (coords.), 2001, *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*, El Colegio de México, México.
- Szazs, Ivonne y Susana Lerner, 1998, *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, El Colegio de México, México.
- Tranfo, Luigi, 1975, *Vida y magia en un pueblo otomí del Mezquital*, Instituto Nacional Indigenista, México.
- Tunón Pablos, Esperanza (coord.), 1997, *Género y salud en el sureste de México*, vol. I, Ecosur, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
- (coord.), 1999, *Género y salud en el sureste de México*, vol. II, Ecosur, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
- Vargas, Luis Alberto y Leticia Casillas, 1978, "Definiciones y características de la relación médico-paciente", en Carlos Viesca (ed.), *Estudios sobre etnobotánica y antropología médica*, núm. III, pp. 19-37, Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales, México.
- y Leticia Casillas, 1992 (1989), "Antropología médica en México", en Roberto Campos (comp.), *La antropología médica en México*, t. I y II, Instituto de Investigaciones Dr. José Luis Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- Vásquez Palacios, Felipe, 2003, *Contando nuestros días: un estudio antropológico sobre la vejez*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- Viesca Treviño, Carlos, 1992, "Veinte años de investigación en medicina tradicional de México", en Roberto Campos (comp.), *La antropología médica en México*, 2 ts., Instituto de Investigaciones Dr. José Luis Mora-Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- World Health Organization, 2005, "Epidemic and Pandemic Alert and Response": <http://www.who.int/ser/disease/avian_influenza/avian_faqs/en/index.html>.
- Yolpahlitli, 2003, *Servicios de salud con calidad intercultural en pueblos amerindios*, Multimedia.
- Zolla, Carlos, Sofía del Bosque, Antonio Tascón y Virginia Mellado, 1988, *Medicina tradicional y enfermedad*, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México.
- y Virginia Mellado, 1995, "La función de la medicina doméstica en el medio rural mexicano", en Soledad González Montes (comp.), *Las mujeres y la salud*, El Colegio de México, México.