

**De saberes médicos tradicionales,  
populares y científicos**

Eduardo L. Menéndez

**De saberes médicos tradicionales,  
populares y científicos**

*Relaciones y dinámicas racistas  
en la vida cotidiana*

Menéndez, Eduardo L.

De saberes médicos tradicionales, populares y científicos : relaciones y dinámicas racistas en la vida cotidiana / Eduardo L. Menéndez. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Lugar Editorial, 2018. 172 p. ; 23 x 16 cm. - (Salud colectiva / Hugo Spinelli, ) ISBN 978-950-892-560-2 1. Salud Pública. 2. Racismo . 3. Medicina Tradicional. I. Título. CDD 613.04

Edición: Juan Carlos Ciccolella  
Diseño de tapa e interior: Silvia Suárez

Motivo de tapa: *Manos sobre fondo azul*, 1979. Rufino Tamayo, pintor mexicano (1899-1991).  
© 2018 Sucesión Rufino Tamayo / ADAGP, París / SAVA, Buenos Aires.

© Eduardo L. Menéndez, 2018.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de este libro, en forma idéntica o modificada y por cualquier medio o procedimiento, sea mecánico, informático, de grabación o fotocopia, sin autorización de los editores.

ISBN: 978-950-892-560-2  
© 2018 Lugar Editorial S. A.  
Castro Barros 1754 (C1237ABN) Buenos Aires  
Tel/Fax: (54-11) 4921-5174 / (54-11) 4924-1555  
lugar@lugareditorial.com.ar  
www.lugareditorial.com.ar  
facebook.com/lugareditorial

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723  
Impreso en la Argentina – Printed in Argentina

## Colección SALUD COLECTIVA

Coordinador: Hugo Spinelli

Editora ejecutiva: Viviana Martinovich

Consejo Editorial: Marcio Alazraqui - Naomar de Almeida-Filho - Jorge Arakaki - Gastão Campos - Ana Diez Roux - Sonia Fleury - Eduardo Menéndez - Maria Cecília de Souza Minayo - Emerson Elias Merhy - Rosana Onocko Campos - Jairnilson Silva Paim - Mario Testa

*La Colección Salud Colectiva editó su primer volumen en el año 1993. Desde aquel momento y hasta la actualidad, su propósito es dejar testimonio de la rica experiencia y debate que en torno a una concepción del proceso salud-enfermedad-atención centrado en lo sociocultural, se viene realizando desde hace décadas en distintos lugares de Latinoamérica y el Caribe.*

1. *Pensar en Salud*. MARIO TESTA (5a. reimpresión).
2. *La enfermedad*. GIOVANNI BERLINGUER (2a. reimpresión).
3. *Tecnoburocracia sanitaria*. CELIA IRIART, LAURA NERVI, BEATRIZ OLIVIER Y MARIO TESTA.
4. *Políticas en Salud Mental*. OSVALDO SAIDÓN Y PABLO TROIANOVSKI (compiladores) (agotado).
5. *Pensamiento estratégico y lógica de programación. Caso de salud*. MARIO TESTA (2a. edición).
6. *Ética de la Salud*. GIOVANNI BERLINGUER (2a. reimpresión).
7. *Saber en Salud*. MARIO TESTA (agotado).
8. *Estado sin ciudadanos. Seguridad social en América Latina*. SONIA FLEURY (agotado).
9. *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en Salud*. MARIA CECÍLIA DE SOUZA MINAYO (agotado).
10. *Praxis en Salud. Un desafío para lo público*. EMERSON ELIAS MERHY, ROSANA ONOCKO y otros (agotado).
11. *Natural, racional, social. Razón médica y racionalidad científica moderna*. MADEL T. LUZ.
12. *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina. ¿Quién será el árbitro?* SUSANA BELMARTINO.
13. *La educación de los profesionales de la salud en Latinoamérica. Teoría y práctica de un movimiento de cambio*. Tomo 1: *Una mirada analítica*. Tomo 2: *Las voces de los protagonistas*. (Coedición con HUCITEC-Brasil) (agotado).
14. *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología*. NAOMAR DE ALMEIDA FILHO.
15. *Organizaciones solidarias. Gestión e innovación en el Tercer Sector*. FEDERICO TOBAR Y CARLOS A. FERNÁNDEZ PARDO.

16. *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil.* MARIO BRONFMAN.
17. *Gestión en Salud. En defensa de la vida.* GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS (2a. reimpresión).
18. *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad.* JAIME BREILH (3a. reimpresión).
19. *Reforma de la atención médica en escenarios locales. 1990-2000.* SUSANA BELMARTINO, CARLOS BLOCH Y ERNESTO BÁSCOLO.
20. *Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina.* JUAN SAMAJA (3a. reimpresión).
21. *Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas.* HUGO SPINELLI (compilador) (3a. reimpresión).
22. *Acerca del riesgo. Para comprender la epidemiología.* JOSÉ RICARDO CARVALHO MESQUITA AYRES.
23. *Avatares de la medicalización en América Latina (1870-1970).* DIEGO ARMUS (compilador).
24. *Precariedades del exceso. Información y comunicación en Salud Colectiva.* LUIS DAVID CASTIEL Y PAULO ROBERTO VASCONCELLOS-SILVA.
25. *Evaluación por triangulación de métodos. Abordaje de Programas Sociales.* MARIA CECÍLIA DE SOUZA MINAYO, SIMONE GONÇALVES DE ASSIS Y EDINILSA RAMOS DE SOUZA (organizadoras) (2a. reimpresión).
26. *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias.* DINA CZERESNIA Y CARLOS MACHADO DE FREITAS (organizadores) (2a. reimpresión).
27. *Salud: cartografía del trabajo vivo.* EMERSON ELIAS MERHY.
28. *Participación Social ¿Para qué?* EDUARDO L. MENÉNDEZ Y HUGO G. SPINELLI (coordinadores) (2a. reimpresión).
29. *Investigación cualitativa en los servicios de salud.* MARIA LÚCIA MAGALHÃES BOSI Y FRANCISCO JAVIER MERCADO (organizadores).
30. *La planificación en el laberinto. Un viaje hermenéutico.* ROSANA ONOCKO CAMPOS.
31. *Temas y desafíos en Salud Colectiva.* EDGAR C. JARILLO SOTO Y ENRIQUE GUINSBURG (editores).
32. *El Dilema Preventivista. Contribuciones a la comprensión y crítica de la Medicina Preventiva.* SERGIO AROUCA.
33. *La Salud que hace mal. Un estudio alrededor del pensamiento de Ivan Illich.* ROBERTO PASSOS NOGUEIRA.
34. *Evaluación en Salud. De los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud.* ZULMIRA MARIA DE ARAÚJO HARTZ Y LIGIA MARIA VIEIRA DA SILVA (organizadoras).
35. *La artesanía de la investigación cualitativa.* MARIA CECÍLIA DE SOUZA MINAYO.
36. *Método Paideia: análisis y co-gestión de colectivos.* GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS.
37. *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva.* EDUARDO L. MENÉNDEZ.

38. *El nacimiento de la Odontología. Una arqueología del arte dental.* CARLOS BOTAZZO.
39. *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad.* LUIS DAVID CASTIEL Y CARLOS ÁLVAREZ-DARDET DÍAZ.
40. *Vida de sanitarista.* MARIO HAMILTON.
41. *Las farmacias, los farmacéuticos y el uso adecuado de medicamentos en América Latina.* NÚRIA HOMEDES Y ANTONIO UGALDE (organizadores).
42. *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances.* JESÚS ARMANDO HARO (organizador).
43. *Desafíos para la Salud Colectiva en el siglo XXI.* JAIRNILSON SILVA PAIM.
44. *Teoría social y salud.* ROBERTO CASTRO.
45. *Participación, democracia y salud.* SONIA FLEURY Y LENAURA DE VASCONCELLOS COSTA LOBATO (organizadoras).
46. *Patologías de la Patria. Enfermedades, enfermos y nación en América Latina.* GILBERTO HOCHMAN, MARÍA SILVIA DI LISCIA Y STEVEN PALMER (organizadores).
47. *Ética y ensayos clínicos en América Latina.* NÚRIA HOMEDES Y ANTONIO UGALDE (coordinadores).
48. *La ley del deseo: tomar la Tierra por asalto.* GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS.
49. *De hierro y flexibles. Marcas del Estado empresario y consecuencias de la privatización en la subjetividad obrera.* MARIA CECÍLIA DE SOUZA MINAYO
50. *Locos y degenerados. Una genealogía de la psiquiatría ampliada.* SANDRA CAPONI.
51. *Una enfermedad monstruo. Indígenas derribando el cerco de la discriminación en salud.* CHARLES L. BRIGGS, NORBELYS GÓMEZ, TIRSO GÓMEZ, CLARA MANTINI-BRIGGS, CONRADO MORALEDA IZCO, ENRIQUE MORALEDA IZCO.
52. *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud : textos seleccionados.* TÚLIO BATISTA FRANCO Y EMERSON ELIAS MERHY.
53. *Una historia social de la comida.* PATRICIA AGUIRRE.

#### Serie Didáctica

1. *Investigación Social. Teoría, método y creatividad.* MARIA CECÍLIA DE SOUZA MINAYO (organizadora) (2da. edición revisada y ampliada).
2. *MAPP Método Altadir de Planificación Popular.* CARLOS MATUS.
3. *Introducción a la Epidemiología.* NAOMAR DE ALMEIDA FILHO Y MARIA ZÉLIA ROUQUAYROL.
4. *Dispositivos institucionales 1. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales* GREGORIO G. KAMINSKY.
5. *El sistema de salud de Brasil: ¿qué es el SUS?* JAIRNILSON SILVA PAIM.
6. *Pensar-escribir-pensar. Apuntes para facilitar la escritura académica.* MARTÍN DOMEQ.

# Índice

<b>Presentación:</b> De incompatibilidades, complementaciones y convergencias .....	11
<b>Capítulo 1: La medicina tradicional, ¿es tradicional?</b> .....	21
Los padecimientos y su atención: proceso y estructura .....	22
Lo <i>tradicional</i> como ahistoricidad o como transformación.....	28
Propuestas biomédicas y saberes populares.....	37
Las paradójales relaciones entre biología y cultura.....	44
<b>Capítulo 2: Biologización y racismo en la vida cotidiana</b> .....	49
La continuidad/ discontinuidad de lo biológico .....	50
De etnicidades y racializaciones .....	55
Todo cuerpo pasado fue mejor .....	67
<b>Capítulo 3: Ciencia, violencia y racismo</b> .....	77
El racismo y sus astucias.....	79
Las adecuaciones políticas de la ciencia .....	84
Ya no hay razas, pero sí racismo.....	89
Los usos de la ciencia .....	97
<b>Capítulo 4: Esterilizaciones de mujeres de sectores sociales subalternos en América Latina</b> .....	102
Una larga historia más o menos eugenésica .....	104
De las píldoras anticonceptivas a las oclusiones tubarias .....	107
Las delicadas palabras de los científicos sociales .....	111
Un interludio quirúrgico.....	120
Las denuncias, las críticas y las omisiones.....	122

<b>Capítulo 5: Interculturalidades programadas, transacciones</b>	
<b>  sociales y vida cotidiana</b> .....	127
Los conceptos no son siempre lo que parecen .....	128
Las trayectorias antropológicas de la interculturalidad .....	133
Diferencia e interculturalidad .....	142
Asimilación, autonomía y algunos consejos prácticos .....	151
 <b>Bibliografía citada</b> .....	 159

## Presentación

### De incompatibilidades, complementaciones y convergencias

Este texto plantea un diálogo casi imposible entre el racismo y la interculturalidad, en la medida que los analicemos en términos “teóricos”, ya que en la práctica operan juntos, y a veces complementariamente. Por eso, desde hace bastante tiempo, me interesan cada vez menos ciertos análisis teóricos –que suelo llamar teoricistas– en el campo de la medicina social y de las ciencias sociales y antropológicas, dado que actualmente la mayoría de los autores analiza la “realidad” a través de las representaciones sociales, los discursos, las narrativas, ignorando las prácticas sociales que están operando o –lo que es más preocupante– considerando que los discursos equivalen a las prácticas. Y por eso, al manejarse exclusivamente en este nivel, llegan a la conclusión de que la interculturalidad y el racismo son incompatibles, cuando en la realidad de las vidas de los sujetos y grupos operan conjunta y complementariamente.

El punto de partida de muchos analistas latinoamericanos –sobre todo los que se asumen como decoloniales y poscoloniales– es la incompatibilidad que existiría entre la cosmovisión “occidental” y la cosmovisión “mesoamericana” o la “cosmovisión andina”, lo cual es muy especialmente acentuado por quienes analizan o reflexionan sobre dichas “cosmovisiones” a través de los procesos de enfermedad y sanación, verificando recurrentemente la incompatibilidad de ambas “cosmovisiones”, pero sin poder explicar por qué los sujetos y grupos de la casi totalidad de los pueblos originarios utilizan simultáneamente técnicas de sanación indígenas y fármacos producidos por la industria químico/farmacéutica a partir de investigaciones “occidentales”.

Por lo cual nos encontramos con que, en su vida cotidiana, los indígenas americanos no evidencian casi ninguna incompatibilidad en el uso simultáneo de técnicas y productos procedentes de diferentes “cosmovisiones”; mientras los encargados de analizar sus “cosmovisiones” sostienen la existencia de una incompatibilidad que solo se juega a nivel de sus discursos teoricistas.

Estos “teóricos” decoloniales y poscoloniales que hablan de epistemologías diferentes a la occidental, y que cuestionan la racionalidad de occidente –y especialmente de sus ciencias– parecen desconocer que todas –y subrayo “todas”– las críticas que formulan a la racionalidad occidental han sido, por lo menos desde finales del siglo XIX, desarrolladas por varias corrientes importantes del pensamiento occidental (Menéndez, 2002). Es decir, que preocupados por la búsqueda unilateral de las epistemologías alternativas, y por la crítica a “la” racionalidad occidental, parecen no entender que la racionalidad occidental incluye diversas racionalidades, inclusive contradictorias.

Puede ser, y no lo niego, que los sujetos y grupos étnicos tengan diferencias, extrañamientos o inclusive rechazos hacia ciertas formas y productos curativos que no pertenecen a su cultura, pero lo que emerge una y otra vez en los pueblos originarios amerindios actuales, es que en la práctica dicha diferencias y extrañamientos no son lo determinante de sus comportamientos respecto de los procesos de salud/enfermedad, sino el uso pragmático por parte de estos grupos subalternos de técnicas y productos que solo para los teoricistas son incompatibles.

Más aún, considero que el énfasis unilateral colocado en la *diferencia cultural* ha conducido a fomentar consciente o inconscientemente una suerte de racismo cultural, según el cual ya no es la “raza” en términos biológicos el factor irreductible e incompatible entre los grupos, sino la cultura. Por lo que si bien necesitamos poner de manifiesto las “diferencias”, considero que también debemos subrayar las similitudes que existen entre los grupos, no solo como medio de evidenciar nuestras semejanzas en tanto seres humanos, sino sobre todo como mecanismo de control y/o cuestionamiento de un racismo que cada vez más opta por formas culturales de diferenciación. El énfasis en las diferencias, más allá de la intencionalidad de los que las proponen e impulsan, puede caer con demasiada frecuencia en esencialismos que favorecen los distanciamientos y oposiciones en forma radical. De allí que las orientaciones y posiciones esencialistas, que solo trabajan con las diferencias excluyendo las similitudes, tienden a generar actitudes racistas, o por lo menos a potenciarlas.

Y a estas orientaciones las hemos analizado en torno a la biomedicina y a la denominada medicina tradicional, concluyendo que el énfasis en las diferencias supuestamente incompatibles da lugar al desarrollo de una especie de racismo antibiomédico que corre paralelo al frecuente racismo que observamos en el personal de salud respecto de los grupos étnicos. Y así, por ejemplo, algunos ideólogos indianistas como F. Reinaga (1982), han sostenido no solo la “podredumbre de la sociedad occidental”, con lo cual podemos estar de acuerdo en ciertos aspectos, sino que además han propuesto que los sujetos de los grupos étnicos no deben atenderse con personal biomédico, tengan la enfermedad que tengan, dada la incompatibilidad existente entre la cultura nativa y la occidental, y sobre todo para evitar la contaminación generada por la expansión biomédica, como parte de la sociedad occidental.

Más aún, una parte de los analistas de la medicina tradicional indígena que cuestionan la biomedicina, si bien reconoce y denuncia la situación de pobreza, de explotación, de inferiorización a que están sometidos la mayoría de los pueblos originarios, sin embargo, salvo muy raras excepciones, nunca presentan datos sobre la situación epidemiológica de estos pueblos, y menos aún si en los mismos domina la medicina tradicional. De tal manera que podemos tener brillantes descripciones de la causalidad de las enfermedades y de los tratamientos tradicionales, pero no contamos con ningún dato, y subrayo lo de ninguno, en términos de tasas, de porcentajes o simplemente de número de cuántos niños y mujeres mueren durante el parto asistido por parteras tradicionales, o cuántos sujetos mueren o quedan discapacitados al ser tratados por curadores tradicionales. Lo cual –por lo menos para mí– es decisivo, dado que estos pueblos son los que tienen las más altas tasas de mortalidad general por grupos de edades y las menores expectativas de vidas. Hay grupos “originarios”, por ejemplo en la amazonia venezolana, donde la esperanza de vida no llega actualmente a los treinta años de edad.

Una parte de estos analistas son antropólogos sociales a los que, como ya he dicho en otros textos, les entusiasma describir los rituales de sanación y de muerte, pero parece que no les interesa saber cuántos sujetos mueren y de qué mueren en las comunidades, caracterizadas –según ellos– por el “buen vivir”. Y lo grave es que, hasta hace pocos años, en las comunidades indígenas la mayor parte de la población moría de las llamadas “muertes evitables”, que como sabemos son fácilmente controlables a partir de las tecnologías biomédicas existentes. Lo señalado, por supuesto, no supone una crítica de la

medicina tradicional ni tampoco una defensa de la biomedicina, sino señalar que los racismos tácitos o explícitos operan a través de muy diferentes actores sociales.

El racismo blanco, occidental y más o menos cristiano, ha sido constante, y se ha expresado a través de muy diferentes aspectos y procesos; pero este reconocimiento no debe hacer pensar que los racismos no operan en los no blancos, no occidentales ni cristianos, dado que también ha sido una constante que se ha manifestado en sociedades africanas y asiáticas, inclusive a través de masacres. En América, por ejemplo, existen grupos étnicos que tienen actitudes racistas hacia otros grupos étnicos, y no solo por manejos perversos de las clases dominantes. En el caso específico de los Estados Unidos nos encontramos con el grupo étnico cherokee, constituido por alrededor de 250.000 personas, que en 2007 expulsó de la tribu a todos los cherokee de ascendencia negra, dado que no los consideraban cherokee, aun cuando no hicieron lo mismo con los cherokee que tienen ascendencia europea. Y, como sabemos, el movimiento feminista chicano ha denunciado reiteradamente el racismo de las líderes feministas blancas de clase media hacia las feministas no blancas.

Por eso en este libro voy a tratar de profundizar algunos aspectos del racismo especialmente a través de los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención; por muchas razones, pero en particular porque refieren a problemáticas que me han preocupado persistentemente a través de mi vida académica y no académica. Y así, por ejemplo, el análisis del racismo constituye parte importante de mi formación como antropólogo, ya que supuestamente luego de cursadas y aprobadas las materias de nuestras carreras universitarias nos convertimos en profesionales del antirracismo, por lo menos en términos formales, aunque referido casi exclusivamente al racismo antiindígena.

No obstante, el racismo y el antirracismo que aprendemos en nuestros cursos formativos tienen frecuentemente poco que ver con el que opera en nuestra vida cotidiana, tanto en Argentina como en México; ya que lo que esperamos encontrar son masacres e inclusive etnocidios que buscamos por muy diversas partes y sobre todo en el pasado, ignorando los racismos clasistas de una gran parte de las clases medias argentinas, y que fue puesto en evidencia recientemente por un alto funcionario del gobierno argentino (en 2015) al referirse con la palabra “grasa”<sup>1</sup> a una parte de la población de dicho

1 Esta palabra tiene también una fuerte connotación política, ya que era utilizada por el presidente argentino Perón en términos paradójales, resignificando favorablemente lo que sus opositores utilizaban en términos clasistas y racistas para estigmatizar a las masas peronistas.

país caracterizada, entre otras cosas, por la pobreza. Así como también se expresa en la doble moral de un estado como el mexicano, que reconoce inclusive constitucionalmente la existencia de “pueblos originarios”, pero los trata como “indios”.

También se evidencia el racismo a través del desarrollo de una antropología latinoamericana que lo focalizó casi exclusivamente en los “pueblos originarios”, de tal manera que a partir de la década de 1940 se crearon institutos indigenistas en varios de nuestros países, y hasta un Instituto Indigenista Interamericano, pero sin asumir que excluían a la población de origen africano, ya que aún en países donde la misma tenía un fuerte peso demográfico –como son los casos de Colombia o Brasil–, no se crearon institutos específicos como en el caso de los pueblos indígenas, o cuando lo hicieron fue muy tardíamente. Y esto lo señalo más allá de la función que cumplieron los institutos indigenistas para “proteger” a dicha población.

Es a través de mi trayectoria de vida que he ido confirmando no solo la existencia sino la persistencia de los racismos en muy diferentes espacios cotidianos, desde profesores de mi escuela secundaria abiertamente antijudíos, hasta las orientaciones dominantes de una antropología latinoamericana que, como ya lo señalamos, se resiste a describir, analizar y señalar que son los pueblos indígenas los que tienen las peores condiciones de salud, las más altas tasas de desnutrición, y en muchos grupos las más altas tasas de mortalidad por consumo de bebidas alcohólicas. Considero que esta actitud dominante en nuestras antropologías constituye una especie de racismo al revés, que necesita ser activamente modificado. Máxime cuando muchos estudiosos de los pueblos originarios desconocen este tipo de información epidemiológica, que evidencia no solo la marginación, exclusión y explotación, sino el racismo directo e indirecto que se ejerce respecto de los grupos étnicos en Latinoamérica.

Creo que como antropólogo que se interesó tempranamente en el racismo y en el colonialismo, para ir transitando hacia el estudio de los procesos de *salud/enfermedad/atención-prevención* (de ahora en adelante proceso de *se/a-p*), ha sido el descubrimiento del racismo en espacios de trabajo médico uno de los que más me sorprendió inicialmente, para más tarde reconocerlo como una constante. De allí que si bien solemos reconocer el racismo científico a través de las experimentaciones médicas impulsadas durante el nacionalsocialismo alemán entre 1933 y 1945, solemos omitir el racismo que operó en parte de la producción científico-médica de los EE.UU. y de varios de los principales países europeos entre 1900 y 1940. Más aun, ignoramos o tal vez negamos el racismo que operó en el personal médico



de la mayoría de los países latinoamericanos al realizar actividades de esterilización de mujeres en forma sistemática, por lo menos entre mediados de 1970 y finales de 1990.

Por estos y por otros motivos, siempre me han preocupado cuestiones como el rol de los intelectuales y de los profesionales, y en particular la cuestión del racismo científico y especialmente el biomédico. Así como también me siguen preocupando los usos ideológicos de conceptos y teorías, los “olvidos” y la ahistoricidad de los científicos y profesionales “duros” y “blandos” que, aun siendo denunciadores del racismo, expresan reiteradamente sus fuertes etnocentrismos en su vida cotidiana. Así como también me preocupa la “obediencia debida” que caracteriza no solo a los militares, sino a una parte de los científicos y profesionales universitarios, y especialmente a los formados en las “ciencias duras”.

Si bien el racismo científico se evidenció durante el dominio del nacionalsocialismo alemán, sobre todo cuando después de la segunda guerra mundial se denunció y demostró la participación directa en acciones racistas de una parte de los científicos y profesionales alemanes, como veremos más adelante en este libro. No obstante necesitamos asumir que dicha actitud no solo atañe a los científicos y profesionales universitarios alemanes durante dicho lapso, sino que se observa en la mayoría de los países tanto en términos de participación activa como de silencios académicos.

Y así sabemos que, en el caso de la Alemania nazi, ningún profesor universitario “ario” renunció a su cargo para oponerse a las leyes antijudías en la universidad; “ningún científico ‘no judío’ de renombre abandonó Alemania en protesta por la suerte de sus colegas judíos” (Ball, 2014, p. 78). Más aún, según Ball, la inmensa mayoría de los científicos alemanes nunca se arrepintió públicamente de su actitud bajo el régimen nazi. “Mientras hubo líderes religiosos, escritores, artistas, industriales y políticos alemanes que mostraron una fuerte oposición al gobierno nazi a un gran costo personal (...) nada parecido encontramos en la ciencia alemana” (Ball, 2014, p. 307).

Pero esta actitud, y es lo que me interesa subrayar, no es solo patrimonio del nazismo alemán, pues lo encontramos durante el stalinismo, durante el maoísmo y bajo las democracias occidentales, por supuesto con diferencias significativas, pero asumiendo que en todos ellos, como concluye Haberer, “...el liderazgo científico ha tendido, casi sin excepción, a ceder en cualquier confrontación fundamental con el Estado” (citado en Ball, 2014, p. 309). Y dado que ya se nos ha olvidado casi a todos, necesitamos recordar que la primera bomba

atómica no se lanzó contra la Alemania nazi “aria”, sino contra un país “amarillo”, es decir Japón, y ello con la anuencia de gran parte de los científicos que elaboraron dicha bomba en los EE.UU.

Una gran parte de nuestros racismos son racismos pasivos; es decir, no actuamos pese a estar en contra de los mismos, y eso no solo en la Alemania nazi, sino en nuestras vidas cotidianas actuales en México y en Argentina. Existe un *continuun* etnocentrismo/racismo, que parte del etnocentrismo normalizado que caracteriza a toda sociedad. Más aún, el etnocentrismo y el racismo constituyen potencialmente dos de los principales mecanismos sociales e ideológicos que las sociedades –y especialmente las capitalistas– han utilizado reiteradamente como mecanismos de explotación, de control social y de hegemonía. Mecanismos que, en gran medida, funcionan inconscientemente e inclusive adheridos a las rutinas de trabajo de los que operan dichos mecanismos, como ocurrió con las políticas de esterilización de mujeres llevadas a cabo en casi todos los países latinoamericanos por los ministerios o secretarías de salud respectivos, y que la mayor parte del personal de salud aplicó sin cuestionar el tipo de actividades que estaba realizando. Y recordemos que tampoco lo hicieron la mayoría de las organizaciones no gubernamentales (ONG) (Menéndez & Di Pardo, 2010/2011), pese a estar sumamente preocupadas por la salud reproductiva –o tal vez por ello–, como veremos en uno de los capítulos de este libro.

Las múltiples variedades de racismo se convierten en imprescindibles para establecer no solo diferencias sino inferioridades y superioridades no ocasionales, sino planteadas como definitivas. Y por eso el racismo siempre está disponible cuando los sectores dominantes, pero también los subalternos, necesitan excluir, inferiorizar y/o rechazar a otros, así como reforzar la propia identidad deteriorada y/o amenazada, como está ocurriendo actualmente en varios países europeos y en EE.UU. con amplios sectores de las clases bajas y medias en sus tránsitos hacia posiciones y acciones racistas “justificadas” en concepciones fascistas o si se prefiere de extrema derecha. Estas cuestiones las señalé y analicé como posibilidad en mi libro *La parte negada de la cultura* (2002), ya que toda una serie de procesos propendían a este desarrollo (Eatwell, 1995), que hoy se expresa en forma abierta a través del racismo antimexicano del actual presidente de los EE.UU. Donald Trump, cuyo discurso apela cada vez más y en forma intencional a contenidos fascistas, o si se prefiere –como diría Ernesto Laclau– a populismos de derecha, ya que para Ernesto hasta el nazismo era simplemente un populismo.

Es interesante recordar que en 2015 analistas neoliberales como Andrés Oppenheimer sostenían la inviabilidad política de un sujeto como Trump en la clase política de los EE.UU., tomando en broma sus “exabruptos” racistas y fascistas, hasta que hace pocos meses, comenzó a preocuparse y a no ver como anecdótica las posibilidades de que Trump llegara a la presidencia de los EE.UU. por vía democrática, o mejor dicho electoral. Culminando –por lo menos hasta ahora– su preocupación con una apelación al Papa, a quien le demandó que se refiriera a Trump en su viaje a México de abril de 2016. Le pidió que lo denuncie como “un mentiroso patológico en materia de inmigración”, dado que “estos políticos buscan sembrar el miedo con propuestas de deportar a millones de inmigrantes indocumentados (...) Estos políticos deshumanizan a los migrantes indocumentados llamándolos ‘ilegales’, como si fueran objetos en lugar de seres humanos...” (Oppenheimer, 2016).

Por supuesto que estos procesos de derechización, no solo de Trump sino de amplias bases sociales, tienen que ver con las consecuencias de una crisis socioeconómica que no consigue ser, no digamos solucionada sino, morigerada por los distintos capitalismo en juego. Pero a la vez, es este mismo proceso el que –tal vez aún más inesperadamente– genera el surgimiento de un candidato presidencial en los EE.UU. (Sanders) que se asume como socialista y que también tiene amplio apoyo de masas, sobre todo juveniles.

Por supuesto, esto no significa que comparemos las consecuencias de la crisis del 2008-2009 con la de 1929, y el secuencial desarrollo de los fascismos y de los stalinismos durante los años 30. Pero si la situación económica no mejora, si siguen incrementándose las desigualdades socioeconómicas, si continúan las migraciones no “arias” hacia el primer mundo, es casi seguro que las actitudes fascistas se expresarán a través de los racismos como uno de los permanentes instrumentos de dominación, control y hegemonía utilizados por los sectores sociales dominantes; así como también serán practicados por una parte de los sectores sociales subalternos como expresión de varios procesos, incluida la facilidad y legitimidad de atacar a los “diferentes”, desplazando sus propios problemas socioeconómicos y de poder hacia los mismos.

Según todas las encuestas, los que votarían a Trump pertenecen sobre todo a las clases medias y obrera blancas, quienes “se quejan con ira” no solo de su situación económica, de la desocupación y salarios bajos, sino de la pérdida de poder de los EE.UU. a nivel mundial,

apoyando a un candidato republicano que ve las principales amenazas en el poder de China y en el peligro de la inmigración mexicana (*Reforma*, 31/01/2016). A Trump no le falta mucho para hablar del “peligro amarillo”, aunque al igual que Hitler ya habla de “la traición de la clase política de los EE.UU. hacia su propio país”.

No obstante, me impresionan no solo las explicaciones de los analistas respecto del fenómeno Trump, sino también las palabras que utilizan para caracterizarlo, como ya vimos en el caso de Oppenheimer; dado que son muy similares a las que los analistas socialdemócratas y comunistas utilizaban para explicar y caracterizar el fenómeno nazi, y especialmente a Hitler. Más aún, una parte de los analistas espera que, ante la situación de crisis actual, los grandes grupos sociales, y no solo las minorías, actúen de “manera patológica”. Y varios se preguntan: “¿Cómo es que un régimen político tan complejo como el norteamericano siga rendido frente al patán? ¿Cómo ha podido escapar de todas las trampas que se tienden en el camino de los radicales? ¿Cómo ha podido burlar a la prensa y eludir sus exigencias?” (Silva-Herzog Márquez, 2016). Y al igual que en los años 20 y 30, este y otros analistas recurren a explicaciones ingeniosas pero que realmente no dan cuenta de los procesos que están ocurriendo.

Pero en este texto no desarrollaré lo que estamos señalando, y menos pretendo que ya estemos ante un nuevo “populismo nazi”, sino que me centraré en ciertos aspectos del racismo y del interculturalismo, y en los usos de los mismos. Y por eso en este libro desarrollo toda una serie de aspectos donde los racismos y etnocentrismos son observados desde los procesos de salud/enfermedad, así como desde el papel que tuvieron y siguen teniendo las ciencias médicas, la biología y las ciencias antropológicas en la crítica, pero también en la fundamentación y en los usos del racismo. Y uno de los aspectos que más me han impresionado es la negación del racismo en nuestros actos profesionales –y no profesionales–, que se ejercen en forma no intencional y como parte rutinaria de nuestras tareas cotidianas. De tal manera que los miembros del personal de salud que entrevistamos en México, cuando les preguntamos sobre sus actividades en la esterilización de mujeres, señalaron que sus actos fueron actos técnicos realizados en beneficio de la mujer esterilizada y de su familia, pero nunca como acciones que implicaran racismo.

Los racismos, su rutinización y normalización a nivel de la sociedad, incluidos sus profesionales y científicos así como su expresión a través de partidos o movimientos de masas, no son solo procesos de

un pasado, para la mayoría remoto, sino que pueden emerger en determinadas circunstancias y contextos, y una de las cuestiones será “ver” quiénes serán los próximos racializados y quienes los racializadores.

Pero tal vez, como veremos, una de las características más perversas del racismo es la que observamos en la interiorización del racismo por los mismos que lo sufren. Y este proceso se da no solo a nivel de los sujetos subalternos, sino también a nivel de diversas propuestas intelectuales que en el afán de rehabilitar a los grupos originarios, sin embargo proponen defensas culturales e interpretaciones que refuerzan indirectamente los estereotipos racistas, como ocurre por ejemplo con el uso de lo “tradicional”, y especialmente de la medicina “tradicional”, sin asumir que estrategias de este tipo pueden ser utilizadas justamente en términos de racismo cultural, por aquellos que manejan los mecanismos de poder.

Coyoacán, 15 de abril de 2016.

## La medicina tradicional: ¿es tradicional?

A nivel de los sujetos y conjuntos sociales latinoamericanos subalternos, incluidos los grupos étnicos, observamos que los saberes populares respecto de los procesos de *s/e/a-p* están en constante relación con la biomedicina, generándose una continua modificación de los saberes populares, que cada vez más utilizan y piensan los procesos de *s/e/a-p* en términos biomédicos. Estas modificaciones no se dan en forma mecánica ni unilateral, sino a través de transacciones donde los saberes populares tratan de apropiarse de los contenidos biomédicos a través de sus propias matrices culturales y de sus necesidades de sobrevivencia.

Si bien la biomedicina evidencia un constante proceso de cambio en sus criterios diagnósticos, en sus estrategias terapéuticas, y sobre todo en la tecnología que utiliza; el saber popular<sup>1</sup> también se caracteriza por un proceso de modificación en el cual se sintetizan concepciones y prácticas devenidas de diferentes saberes, incluido el saber biomédico. Ambos saberes son parte del proceso de *s/e/a-p*, que constituye un proceso universal que opera estructuralmente, aunque por supuesto en forma diferenciada, en toda sociedad y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran.

La mayoría de los especialistas en saberes médicos populares, y sobre todo en la denominada “medicina tradicional”, consideran que las representaciones y las prácticas que los conjuntos sociales, incluidos los grupos étnicos, han generado respecto de enfermar/cuidar/morir, constituyen parte fundamental de la cosmovisión de dichos

<sup>1</sup> Por razones que se desarrollan en el texto, prefiero hablar de saber popular o de saberes médicos populares que de medicina tradicional. No obstante me refiero reiteradamente a la medicina tradicional, pero en el entendido de que es un concepto no solo impreciso, sino fuertemente ideologizado.