

Reflexiones sobre la antropología aplicada y la interculturalidad en el abordaje de la salud

Reflections on Anthropology and Interculturality in the Approach to Health

JUAN ALEJANDRO RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ¹

Universidad Veracruzana y Universidad Popular Autónoma de Veracruz, México
colframamibarrío@gmail.com

Recibido: 27 de enero de 2023

Aceptado: 11 de octubre de 2023

Resumen

El artículo contiene elementos de análisis de la antropología aplicada en el campo de la Atención Primaria en la Salud, en relación con las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Se argumenta la manera en que la antropología, como disciplina social, debe ser verdaderamente reconocida e impulsada por el Estado, si la intención es generar procesos derivados desde la visión de las comunidades y promover dinámicas democráticas y colectivas en favor de la salud; específicamente retomando el propósito técnico de la antropología aplicada, dado su conocimiento y dominio en las metodologías participativas, cuyo aporte permite el diseño y operación de acciones pertinentes al entorno social y cultural de la población sujeto, así como de sus necesidades y expectativas; esto es, con perspectiva intercultural.

Palabras claves: Antropología aplicada, Atención Primaria en la Salud, Interculturalidad, Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

Abstract

The article contains elements of analysis of anthropology applied in the field of Primary Health Care, in relation to Chronic Noncommunicable Diseases. It argues how anthropology, as a social discipline, should be truly recognized and driven by the State, if the intention is to generate processes derived from the vision of the communities and promote democratic and collective dynamics in favor of health; specifically returning to the technical purpose of applied anthropology, given their knowledge and mastery in participatory methodologies, whose contribution allows design and operation of actions relevant to the social and cultural environment of the subject population, as well as their needs and expectations; that is, with an intercultural perspective.

Keywords: Applied Anthropology, Primary Health Care, Interculturality, Noncommunicable Chronic Diseases.

¹ Estudios en Antropología lingüística, Trabajo Social y Administración y Gestión en Sistemas de Salud; colaborador en programas de gobierno en los estados de México, Quintana Roo, Puebla, Veracruz y Ciudad de México.

Introducción

La antropología aplicada tiende a contribuir en la integración de nociones, conceptos y análisis de datos que dan oportunidad de configurar planes, proyectos y propósitos orientados hacia el bienestar común de la población; es decir, es la especialidad que aporta: “en programas que tienen como objetivos principales, antes que desarrollar una teoría social y cultural, lograr cambios del comportamiento humano que, se cree, mitigarán los problemas sociales, económicos y tecnológicos contemporáneos” (Foster, 1974, pp. 88-89).

En este sentido, merece reflexionarse cómo dicha disciplina puede asistir en las políticas y programas de gobierno encaminados a abordar problemáticas vinculadas con el proceso de salud-enfermedad, como sucede con la persistente y creciente situación de las denominadas Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT); esto es, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, la hipertensión y la obesidad, cuya situación está sólidamente asociada con la mala alimentación y el sedentarismo, entre otros.

Es así que debe despuntar una perspectiva intercultural que provea de interacciones de respeto y diálogo entre grupos sociales y comunidades enmarcadas en contextos y modos de vida diversos, caracterizados por lenguajes distintos, códigos no verbales variados, múltiples aspectos materiales, saberes particulares, dinámicas de organización y formas de producción diferentes, visiones del mundo propias. Esto significa proyectar una mirada atenta a los comportamientos cotidianos, asociados a nociones populares, creencias, expectativas, estereotipos, temores y mitos que existen en torno a lo que se entiende por enfermedad, salud, cuidado, prevención, protección, etc.

Lo anterior tiene sentido, ante el flujo globalizador y la dinámica actual tendiente a promover en la sociedad el prominente consumo de alimentos y bebidas con estas características: alta concentración de carbohidratos refinados y grasas saturadas, con un mínimo contenido de nutrientes y fibra. Dicha dinámica social, económica y mercantilista ha generado de manera sustancial el incremento en la medida de las raciones de alimentos, sobre todo en restaurantes y cadenas de servicio rápido de alimentos y, contrariamente, la insuficiente ingesta de vegetales y frutas (Coneval, 2010; OPS, 2016). A nivel de la actividad física, existen también condicionantes que han intensificado el sedentarismo y, por ende, favorecido la obesidad y la diabetes. De hecho, la cotidianidad de nuestros días está signada por actividades que requieren del menor esfuerzo físico, el uso ascendente del transporte automotor, el empleo de elevadores y escaleras eléctricas en centros comerciales y edificios, o bien la predilección por aquellos pasatiempos electrónicos y la televisión, por encima de los juegos al aire libre; existe hoy en día una pérdida evidente de pasatiempos colectivos que apremian de la habilidad corporal e interacción cara a cara. Para ser más específico, lo referido obedece a la propagación y aceleración del comercio y los flujos financieros que inciden en cambios estructurales y hábitos poco saludables; es decir, en el contexto de la globalización “aumentan la pobreza y el hambre en el mundo, se reduce el empleo y se rompen las relaciones de trabajo: el contrato de trabajo se vuelve cosa del pasado, situaciones todas que confluyen en la exclusión social, la precarización laboral, el deterioro ambiental y la pérdida de la salud” (Franco, 2013, p. 76).

Frente a la situación anterior, y el consecuente proceso de comorbilidad que esto trae afectando la calidad de vida de la población, la antropología aplicada juega un papel destacado, si -como escribiera Salomón Nahmad (2014)- se acepta que:

Nuestra ciencia deberá generar sistemas de participación social y técnicas de asesoría antropológica aplicables a las comunidades, a los gobiernos locales y a los gobiernos nacionales, con metodologías que permitan el diseño de proyectos, el seguimiento y la evaluación de éstos en forma sistemática y analítica (p. 201).

Es decir, la antropología es la disciplina social que el Estado debe reconsiderar e impulsar, si la pretensión es generar procesos derivados de la visión de las comunidades y promover dinámicas incluyentes y participativas. Desde esta perspectiva, es pertinente aplicar metodologías que aporten información sobre la población a fin de conocer “la capacidad de saber” y la “capacidad de actuar” de las personas (Long, 2007), en un plano de abordaje acorde a la Atención Primaria a la Salud, donde la participación comunitaria, el contexto cultural y los determinantes sociales de la salud ocupan una función contundente. Así, para entender la complejidad y causalidad de los elementos que inciden en la problemática de las ECNT es necesario ubicar a los determinantes sociales de la salud (DSS) como la categoría crucial, la cual tiene su origen en la epidemiología social anglosajona y en la medicina social y salud colectiva latinoamericana. Dichos DSS son las condiciones que circunscriben el trayecto de vida de las personas, mismas que disponen del nivel y su calidad de vida, tales como la pobreza, el grado educativo, el desempleo, el sistema patriarcal, la discriminación, la inseguridad alimentaria, entre muchos otros; elementos generadores de las inequidades entre la población. Tomar como punto central del análisis los DSS, permite armonizar con la política internacional y posibilita entender la razón por la cual se posiciona a la intersectorialidad y la participación comunitaria como componentes de la misma.

De hecho, la antropología aplicada compagina con lo planteado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en 1978 en Alma Ata (actual Kazajistán), en la cual se destacó que el cuidado de la salud es una responsabilidad que rebasa al sector salud, es decir, dada su complejidad exige de la participación activa y directa de otros sectores como los sociales y los económicos, por un lado. Por otro, enfatizó el derecho y el deber que el pueblo posee en los procesos de planificación y abordaje de la atención, posicionando de esta manera el rol protagónico de las comunidades. Lo anterior perfila liminalmente parte valiosa de lo que significa la Atención Primaria de la Salud.

La Atención Primaria de Salud, desde una óptica más general, es el puente que permite la correlación entre los lineamientos institucionales y los códigos comunitarios, un mecanismo dialógico que integra los recursos materiales, económicos, filosóficos, sociales y culturales de ambas estructuras. Se trata de una mirada y un proceder donde el principal protagonista es la comunidad y todo lo que ella incluye, reivindica procesos democráticos, que permiten que las personas asuman la función de co-constructoras de la salud, a través del autocuidado y la participación social, ello es lo que le otorga sustentabilidad; en comunidad, es donde se concretan las acciones de promoción de la salud, educación para la salud y la prevención de enfermedades bajo el sistema de primer nivel de atención. Así, la Atención Primaria de Salud no es lo mismo que el Primer Nivel de Atención, que se restringe al servicio de baja complejidad otorgado a la población en centros o unidades médicas.

En consonancia con Uribe, “Si algo caracteriza a la Atención Primaria es la idea de trabajo sobre la comunidad” (2007, p. 47); por ende, la Atención Primaria de Salud infiere una lógica de corresponsabilidad, que incorpora los valores y costumbres de una comunidad y que promueve la formación de sujetos activos, solidarios y responsables, para lograr la transformación social y una cultura democrática en todas las aristas de

la sociedad y, en particular, en el ámbito de la salud. Esta corresponsabilidad no es concebible sin la participación comunitaria, por lo que todo programa debe reconocer a la población o actor social con visión e ideas propias, capaz de identificar y expresar sus experiencias, saberes y sentimientos, así como de organizarse para desarrollar acciones favorables a su salud, a partir del ejercicio de su ciudadanía.

Con lo anterior, se posiciona a la comunidad, para que se asuman acciones eficaces hacia el mejoramiento de su salud y, en consecuencia, de sus condiciones de vida; reconoce y promueve el conocimiento, la reflexión y el cambio de su realidad, a partir de la identificación de los determinantes sociales; y favorece la capacidad de decisión para el autocuidado de la salud y la forma de relacionarse con las estrategias que se impulsen, desde sus propios esquemas interpretativos y contextuales (Uribe, 2007; Rivera, et al., 2018).

Dada la característica pluricultural y la diversidad socio cultural imperante en las localidades del país, se requiere de un enfoque acorde a los diversos saberes, experiencias y necesidades relacionados con las ECNT y, por consiguiente, el Síndrome Metabólico. Por ello, resulta prioritario incorporar el componente intercultural en la salud, cuya perspectiva se centra en las relaciones cualificadas entre los grupos culturales de una sociedad, las cuales entrañan diálogo, sensibilidad, convivencia y respeto mutuo, que resultan mutuamente enriquecedoras.

Interculturalidad

La interculturalidad no sólo se refiere a la relación o interacción entre sistemas culturales diversos, es un acto político-social que promueve el respeto y la horizontalidad, como principios básicos para favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender y comprender mutuamente, facilitando e impulsando la escucha y relaciones de buenas prácticas en los espacios en común; lo que, para el Dr. Bartolomé (2008), es “la puesta en relación de miembros de diferentes culturas, así como a los mecanismos sociales necesarios para lograr una comunicación eficiente, sin que ninguno de los participantes se vea obligado necesariamente a renunciar a su singularidad cultural para lograrlo” (p. 124).

La interculturalidad aplica con los variados sectores de la población, implica considerar la diversidad de la cual se compone la sociedad en su interior: perspectiva de género, grupos de edad; tipos de familia, estilos de crianza, actividades productivas, etnicidad, lenguas y aspectos culturales, entre otros; por lo que es necesario “partir del reconocimiento de la heterogeneidad como una normalidad y visualizar las identidades invisibilizadas, intersticiales e interseccionales, que existen y cohabitan cotidianamente” (Dietz, 2008, p. 46); así como del “reconocimiento de la existencia de una pluralidad de conocimientos más allá del conocimiento científico” (Santos, 2010, p. 50). Ello nos conduce a sumar una perspectiva intercultural, en situaciones que traspasa la relación con comunidades indígenas, dado que la búsqueda del fortalecimiento de los procesos de diálogo y negociación se hacen necesarios en distintas situaciones y contextos.

He ahí la pertinencia del enfoque intercultural como recurso ideológico y práctico en un programa de antropología aplicada, que pretende detonar procesos constructivos y significativos, a partir de la realidad de la población a la cual se dirige; recordemos que las prácticas y las ideas difieren de grupo a grupo y de sociedad a sociedad. En efecto, es necesario desarrollar el proceso de actuación comunitaria desde una perspectiva intercultural, mediante la recuperación de los saberes y conocimientos propios de cada grupo, para su interacción con los conocimientos, los haceres y la visión inherente a

los conceptos institucionales. Sólo en la medida en que haya un intercambio, análisis y negociación de conocimientos y prácticas podrá irse favoreciendo un diálogo cultural menos vertical y determinante. Para lo cual resulta necesario visualizar el análisis intercultural, desde un enfoque multidimensional y multi-perspectivista, como señala el Dr. Dietz (2008), tomando en cuenta los siguientes ejes articuladores: la dimensión inter - cultural, la dimensión inter - actoral y la dimensión inter - lingüe; que engloba las culturas comunitarias subalternas, la negociación de saberes entre diferentes actores institucionales, y las competencias vinculadas con la traducción lingüística y cultural.

Así, la coexistencia de culturas “no es pensable sin el desarrollo de un diálogo intercultural” (Bartolomé, 2008, p. 121), que sobreponga actitudes de dominio, exclusión y desencuentro; contrariamente, la interacción entre formas de vida diferentes, debe ubicarse desde el reconocimiento y la negociación de diferencias que existen al interior de cada sociedad, infundiendo valores democráticos e inclusivos, que a largo plazo conlleve a la “descolonización de mentes y cuerpos, seres y saberes, sistemas y estructuras; descolonización dirigida a todos con el afán de imaginar y levantar un proyecto “otro”, de una sociedad “otra” (Walsh, 2009, p. 54).

En efecto, la interculturalidad principia con una relación entre dos o más culturas o subculturas, entendiendo que pueden estar en posiciones desiguales, históricamente ubicadas en espacios de dominio diferentes, por lo cual la negociación debe estar afianzada de una alianza no exenta de afectos, temores, críticas y dudas, porque se trata de aspectos emotivos que son inherentes al acto de conocer de las personas. Así, “hay que pensar el conflicto, analizar la contradicción, para encontrar la manera en que pueden hacerse compatibles los extremos que no se podían unir” (Beuchot, 2005, p. 4).

Dicho lo anterior, negociar no se restringe a escucharse mutuamente, se relaciona con un reconocimiento real a lo otro, lo cual no se da de la noche a la mañana, ni por voluntad política o un marco institucional, se requiere -además- del conocimiento y reconocimiento auténtico del contexto de la población o grupos con quienes se trabaja.

Interculturalidad en salud

El concepto de intercultural en el ámbito de la salud, se presenta formal y sistemáticamente en nuestro país a mediados de la década del cincuenta por el Dr. Gonzalo Aguirre Beltrán, al publicar la espléndida obra denominada “Programas de salud en la situación intercultural”, en donde examina la relación que se da entre el personal médico y la población indígena; describiendo los elementos que determinan la visión y el actuar de uno y de otro, al pertenecer a dos mundos culturales, ideológicos y económicos distintos, lo que muestra las diferencias estructurales que particularizan a ambos grupos. Así, muestra que el personal de salud con su preparación profesional, cuyo esquema de conocimiento se adscribe a un contexto material e ideológico propio de la dinámica occidental, desautoriza el aspecto emotivo que, por ejemplo, regularmente se valora dentro de la etiología, el pronóstico y la terapéutica de la medicina tradicional, a través de la cual se conduce gran parte de la población indígena; y señala que una de las más importantes diferencias entre el sistema alópata y el indígena, es que para éste, “la capacidad técnica no se adquiere mediante un proceso de adiestramiento sino por revelación” (Aguirre, 1988, p. 329). Asimismo, el autor añade:

Las diferencias de acento que las medicinas occidental e indígena ponen en su interrelación con el contexto cultural se ven incrementadas por divergencias, de tanta o más consideración, en el enfoque fenomenológico de la enfermedad; por

ideas distintas sobre limpieza y polución, sobre imagen y función del cuerpo; y por una notable desigualdad en los roles desempeñados por los especialistas de una y otra medicina. Lo anterior conduce, inevitablemente, a darle una importancia decisiva a la situación intercultural (Aguirre, 1994, p. 36).

Estas diferencias entre tales códigos culturales, y el predominio del modelo positivista en el enfoque médico institucional, condicionó el desapego del personal médico por la cultura y la identidad de la población indígena que atendía; sociedad autóctona caracterizada por formas propias de concebir la vida y la muerte, el universo, etc., situación que generó desencuentros y barreras comunicativas que dificultaron el acercamiento y entendimiento mutuo entre el personal médico y la población indígena. En sus palabras, el Dr. Aguirre Beltrán ((1994) explicó:

Los profesionales de la medicina [...] fueron entrenados bajo el signo de las ideas filosóficas positivistas que habían endiosado a la Razón. Todo aquello que no era explicado racionalmente caía dentro del rango despreciable de la superstición, no había por qué tomarlo en cuenta y mucho menos tratar de comprenderlo y analizarlo desde el punto de vista de quienes sostenían absurdos conceptos y prácticas que detonaban la ignorancia. En el rango de las supersticiones se colocaba a las creencias de la gente, a sus ideas sobre las causas de enfermedad y las formas de tratarlas (p. 163)

De hecho, la actitud del personal médico -detalló- fue de insensibilidad y poca escucha hacia el sentir y pensar de las y los habitantes de las comunidades, con conductas de soberbia y desdén frente a la palabra y el saber local; lugar en donde se le admitía e identificaba “con el eufemismo de gente de razón [...] Dicho lo anterior, es fácil explicarse la actitud de irritante superioridad, de suficiencia dogmática y verbalismo grandilocuente que el médico tomaba a menudo frente al paciente” (p. 164).

Esta situación dominante, caracterizada por el nulo interés del personal de salud de “alfabetizarse” del contexto de la población indígena, e imponiendo sus ideas, prácticas y consideraciones frente a la comunidad, fue el precedente para proponer un programa de salud en la situación intercultural, con la intención de que el personal de salud conociera “profundamente la cultura de las comunidades indígenas entre las que habrá de operar”, en cuyo saber estuviera “incluido de modo prominente el idioma vernáculo que se hable en la región o la localidad” (Aguirre, 1994, pp. 39-40), mediante líderes de las comunidades, hablantes de la lengua local, que requerían ser capacitados para fungir como “promotores del cambio cultural”, así como con la participación de un equipo inter disciplinario integrado por agrónomos/as, epidemiólogos/as y antropólogos/as.

Ahora bien, las diferencias de interpretación de la salud y la enfermedad, y las relaciones asimétricas entre el personal médico y la población, aún es el común denominador en muchas de las unidades de salud, se trate de habitantes indígenas o no indígenas; cuyos aspectos terminan en incidir en la satisfacción relativa al servicio y la calidad en la atención del personal; lo cual influye de manera determinante en el desapego a las indicaciones médicas, abandono de tratamientos y en la resistencia al uso de los servicios de salud, que ocasiona un desencuentro cultural.

Subsanar esas barreras o diferencias exige de la búsqueda de estrategias que permitan actitudes de respeto, mediante un ambiente de reconocimiento de lo propio y de lo otro, aceptando semejanzas y diferencias, que logren una interacción positiva entre el personal médico y la o el usuario de los sistemas formales de salud. En esta lógica,

la interculturalidad se comprende como un eje capital que posibilita generar acciones compartidas entre institución y comunidad. Se incorpora como un medio que permite reunir experiencias y saberes sobre el tratamiento, prevención y cuidado de la salud acorde a las necesidades de los pueblos indígenas y mestizos, de entornos rurales y urbanos. La prioridad por incorporar el componente intercultural en la salud, responde a la diversidad cultural que presenta la sociedad mexicana.

Ciertamente, todos los pueblos y grupos sociales merecen respeto de los otros, sólo en tanto los derechos humanos sean el parámetro para valorar si es aceptable o no una práctica o costumbre, en tanto que “las normas reconocidas en común deben incluir la exigencia de respetar los derechos humanos, entendidos como el umbral de dignidad de las personas” (Olivé, 2008, p.152). Desde este punto de vista,

Los derechos humanos no son derechos basados en valores trascendentes a toda sociedad, son derechos que se basan en nociones de dignidad y de necesidad básica que no son absolutas ni trascendentes, sino conceptos cuyo significado se debe definir en cada época entre representantes legítimos de las diversas culturas. (Olivé, 2012, p. 65).

Lo anterior determina que el respeto a las prácticas culturales es innegable, pero no visto desde la óptica de la tolerancia pura que rehúye conciliar el comportamiento de los seres humanos, máxime cuando se tiene la responsabilidad del Estado de proteger la salud de la población. En consecuencia, la interculturalidad en salud conlleva a entender y aceptar que el pensamiento no es homogéneo, cada grupo percibe una situación desde miradas distintas, lo que resulta un medio para enriquecer la visión del mundo (Rehaag, 2007). En este sentido, la idea central de este texto comparte como paradigma la ausencia de culturas ideales, aceptando que toda cultura posee aspectos positivos y negativos, por lo que no existen aquellas donde todo sea bueno o, a la inversa, todo sea malo (Beuchot, 2005); aún más, la interculturalidad “refiere a complejas relaciones, negociaciones e intercambios culturales, y busca desarrollar una interacción entre personas, conocimientos, prácticas, lógicas, racionalidades y principios de vida culturalmente diferentes” (Walsh, 2009, p. 45).

En este tenor, la salud intercultural debe orientarse como estrategia de intervención, atención, prevención y promoción de la salud con base al fortalecimiento del conocimiento, valoración y afirmación de las diversas identidades socioculturales, el impulso de procesos de inclusión y la supresión de actos de discriminación; el fomento de espacios que alienten el diálogo y el respeto mutuo. Así, la interculturalidad en salud es un componente que promueve la sensibilidad para comprender la cultura de la población, toma en cuenta los saberes, conocimientos tradicionales, significados y prácticas referentes a la salud.

El abordaje de las ECNT

Bajo esta perspectiva, abordar la problemática en salud, exige de procedimientos y maneras de hacer idóneos donde la comunidad sea el actor principal, dentro de un proceso de recuperación y conocimiento de su propia realidad, para planear acciones factibles a su contexto y visiones, que con su actuación permitan transformar la realidad y las condiciones de vulnerabilidad que les marginan y rezagan. He ahí la pertinencia de la antropología aplicada, en cuyo enfoque Salomón Nahmad (2014) resalta:

Sin duda, las metodologías y las técnicas antropológicas establecen un acercamiento microsociedad que permite conocer cualitativa y cuantitativamente las formas de vida y los valores de una población, pero las medidas y sugerencias para una población tienen que respetarla y establecer o proponer una relación de equidad y justicia (p. 179).

A este respecto, emerge la utilidad de la realización de Diagnósticos Rápidos Participativos, posibilidad metodológica para la recuperación de información con la participación de las personas de la comunidad. Por ende, estos diagnósticos son el medio de identificación y recuperación de tópicos que dan sustento al proceso de intervención institucional. Siguiendo el tema de las ECNT, es pertinente indagar en: conceptos que se tienen sobre la comida y la ingestión, actitud ante el derroche de alimento, adaptación especial a la escasez y al hambre; abundancia o escasez de comida; cambios de la dieta según las estaciones; alimentos fundamentales; proporción de los diversos alimentos en la dieta; diferencias de grupo en la dieta (por edad, género, clase); diferenciación entre alimentos comestibles y dañinos; preferencias; prohibiciones y tabús de los alimentos, etc. (Murdock, 1989). Así como, la preparación de alimentos, métodos y técnicas de cocinar (asar, tostar, hornear, hervir, freír); recetas; creencias y prácticas asociadas, etc. Y en esa misma lógica, para abordar la actividad física, resulta valioso retomar ocasiones y tiempos para la danza, bailables, participantes y espectadores/as; lugares (casas de cultura, salones de baile, escuelas); vestidos y adornos, horarios, entre otros.

He ahí lo oportuno de la mirada intercultural como recurso conceptual de la estrategia de intervención, que favorezca un proceso constructivo y significativo al partir de la realidad de la población a la cual se dirige, dado que las prácticas y las ideas difieren de grupo a grupo y de sociedad a sociedad. En efecto, como se ha señalado, es necesario desarrollar el proceso de actuación en salud desde la recuperación de los saberes y conocimientos propios de cada grupo -en este caso de las ECNT- con relación a la alimentación y la actividad física, para su interacción con los conocimientos, las prácticas y la visión inherente a la salud pública.

La realización de los Diagnósticos Rápidos Participativos requieren del uso de técnicas que han sido probados básicamente de los trabajos de Geilfus (2009), Expósito (2003) y Rodríguez, et al. (2018). Para su aplicación, es necesario capacitar cuadros replicadores de la metodología, con el seguimiento y asesoría en campo de antropólogos/as. Ello contribuiría al ejercicio de una política general dirigida a la realización de diagnósticos, que sean el recurso básico para la toma de decisiones y la construcción de agendas comunes, rebasando prácticas sostenidas en el sentir personal de las y los tomadores de decisiones o intereses políticos; productos y resultados que deben ser facilitados y formalmente entregados a las comunidades con las cuales se trabajó, en función de que el diagnóstico "solo se justifica en cuanto devuelva al pueblo lo que a él pertenece: en cuanto sea, no el acto de conocerlo, sino el de conocer con él la realidad que lo desafía" (GómezJara, 2000).

La actuación comunitaria y las ECNT

Una vez sistematizada la información recuperada, ésta debe retomarse a propósito de operar en localidades y colonias enfatizando mensajes y actividades relacionadas con la importancia de medir la cintura, tener un control de la presión arterial y glucosa, con base al lenguaje y los códigos culturales de cada contexto, con lo que se posiciona a la promoción de la salud más allá de campañas de difusión, y se orienta hacia el

fortalecimiento del capital social, en capacitar a la población para el análisis de su propia realidad y la construcción de alternativas de mejora.

Asimismo, los datos organizados en el Diagnóstico Rápido Participativo, son un recurso útil para el desarrollo de diferentes estrategias, como pudieran ser: asambleas informativas, talleres, radio artesanal (como programa educativo itinerante), encuentros estudiantiles con representantes de escuelas, periódicos murales, comunidades de diálogo y tianguis de alimentos basados en productos de la milpa (maíz, frijol, calabaza, chile, quelite), por citar algunos.

Reflexión final

El ámbito focalizador es la comunidad, cuyo espacio extraña el ciclo vital de las personas, sus significados respecto a la enfermedad, la manera en que ésta se clasifica, la percepción de su evolución y tratamiento, los hábitos alimentarios, sus modos de organizar y preparar los alimentos según celebraciones patronales, onomásticos, bautizos, bodas, fines de año escolar, reuniones familiares y de amigos, entre muchos otros aspectos de la cultura, de “toda la vida social”, como escribe Giménez (2016, p. 39), de cuya transversalidad existen estructuras de significados y marcos de referencia a partir de los cuales la comunidad explica y descifra todo fenómeno vinculado con la vida, la salud, la muerte, o, como en este caso, las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Por tanto, según la cultura, las personas atribuyen significados y explicaciones a su realidad y a sus diferentes procesos cotidianos.

Ello significa que la percepción del mundo y del entorno varía en cada comunidad o grupo social. Y en este punto central, la antropología resulta un aporte medular y viable para la atención de las problemáticas. “Es la ayuda del antropólogo como descifrador de otras culturas la que va a posibilitar el entenderlas para cambiarlas, para disminuir las barreras o reticencias hacia la medicina cosmopolita, occidental, alopática o científica” (Uribe, 2007, p. 49)., de ahí la conveniencia de la etnografía en el desarrollo de Diagnósticos Rápidos Participativos. Lo antes enunciado, se refuerza con el despliegue de la perspectiva intercultural, que permite dialogizar los contextos con la intención de detonar actividades socio culturalmente pertinentes a las características de la población sujeto.

Para concluir, resta señalar que la concreción de las reflexiones aquí perfiladas -orientadas a materializar las ventajas de la antropología aplicada con enfoque intercultural- necesita de la conjunción de diferentes elementos, como los siguientes: el fortalecimiento de acciones intersectoriales, como prioridad en la salud pública, que se reflejen en la articulación de agendas comunes; desarrollo de un plan de capacitación en interculturalidad, derechos humanos y género para personal institucional de las diferentes dependencias, posicionándolo como un eje transversal.

Además de la gestión para la contratación de antropólogos/as y personal bilingüe intercultural en hospitales y unidades de primer nivel (apoyándose de las facultades de antropología y universidades interculturales), que haga congruente la política intercultural promovida actualmente por nivel federal, estatal o municipal; así como la inclusión en la curricula universitaria de materias relacionadas con los tópicos de interculturalidad, epidemiología cultural, diversidad étnica, género, etc.

Referencias

- Aguirre, G. (1988). *Antropología médica en México*. México, Obra antropológica XIII. INI-UV-FCE.
- Aguirre, G. (1994). *Programas de salud en la situación intercultural*. México, Obra antropológica V. INI-UV-FCE.
- Bartolomé, M. A. (2008). *Procesos interculturales. Antropología política del pluralismo cultural en América Latina*. México, Siglo XXI.
- Beuchot, M. (2005). *Interculturalidad y derechos humanos*. México, Siglo XXI-UNAM.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2010) *Dimensiones de la seguridad alimentaria: Evaluación Estratégica de Nutrición y Abasto*. Primera edición, Febrero, México. Recuperado de: [https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/home/Evaluacion de Nutricion y Abasto 2010.pdf](https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/home/Evaluacion%20de%20Nutricion%20y%20Abasto%202010.pdf)
- Dietz, G. (2003). *Multiculturalismo, interculturalidad y educación: una aproximación antropológica*. España, Universidad de Granada-CIESAS.
- Dietz, G. y Mateos, L. S. (2008) "El discurso intercultural ante el paradigma de la diversidad: estructuras subyacentes y migraciones discursivas del multiculturalismo contemporáneo", en S. Bastos, *Multiculturalismo y futuro en Guatemala* (pp. 23-54). Guatemala, FLACSO/OXFAM.
- Expósito, M. (2003) *Diagnóstico rural participativo. Una guía práctica*. Santo Domingo, República Dominicana, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- Foster, G. (1974). *Antropología aplicada*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Franco-Giraldo A. (2013). "Determinación global y salud: el marco amplio de los determinantes de la salud". *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 25 de septiembre, Núm. 31, p.p. 73-86. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/16757>
- Geilfus, F. (2009). *80 herramientas para el desarrollo participativo*. San José, Costa Rica. Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura.
- Giménez, G. (2016). *Estudios sobre la cultura y las identidades sociales*. Secretaría de la Cultura, niversidad Iberoamericana, ITESO, Universidad Veracruzana y Universidad de Guadalajara.
- GómezJara, F. (2000). "Desarrollo comunitario", conferencia magistral. Reunión Nacional de Técnicos del Programa de Educación Inicial No Escolarizado, CONAFE, Mazatlán, Sinaloa, 13-14 de mayo.
- León O. (2008). *Interculturalismo y Justicia Social*. México, UNAM.
- León O. (2012). *Multiculturalismo y pluralismo*. México, UNAM.
- Long, N. (2007). *Sociología del desarrollo: una perspectiva centrada en el actor*. México. Colegio de San Luis-CIESAS.
- Murdock, G. P (1989). *Guía para la clasificación de los datos culturales*. México, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa. Biblioteca de Ciencias Sociales Colección de Antropología Social, Serie Manuales No. 1.
- Nahmad, S. (2014). *La antropología aplicada en México. Ensayos y reflexiones*. México. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología.
- Organización Panamericana de la Salud (2016). *Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas: Consideraciones para fortalecer la capacidad regulatoria*. Documento técnico de referencia REGULA. Washington, DC. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28227>
- Rehaag, I. (2007). *El pensamiento sistémico en la asesoría intercultural*. Ecuador, Adya-Yala.

- Rivera Dommarco, J.; Pérez Cuevas, R.; Reyes Morales, H., et al. (2018). *Salud pública y atención primaria. Base del acceso efectivo a la salud de los mexicanos*. México. Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en: <https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/4807-salud-publica-atencion-primaria.html>
- Rodríguez, J. A; Ávila, H.; Rodríguez, M. y Chávez, S. (2018). *Guía técnica para realizar la práctica de campo*. Documento técnico. Xalapa, Ver., Programa de Apoyo a las Culturas Municipales y Comunitarias.
- Santos, B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Uruguay, Ediciones TRILCE.
- Uribe Oyarbide, J. (2007). "Antropología social y Atención Primaria de Salud: Un encuentro eneludible", en M. L. Esteban Introducción a la Antropología de la Salud. Aplicaciones teóricas y prácticas (p.p. 45-67). Bilbao. Asociación por el Derecho a la Salud.
- Walsh, C. (2009) *Interculturalidad, estado, sociedad. Luchas (de) coloniales de nuestra época*. Ecuador, Ediciones Adya-Yala-Universidad Andina Simón Bolívar.