

**Itinerarios terapéuticos transfronterizos:
Hacia el estudio del pluralismo médico y la movilidad humana
transfronteriza***

**Cross-Border Therapeutic Itineraries: Towards the Study of Medical
Pluralism and Cross-Border Human Mobility**

Carlos Piñones Rivera**

Escuela de Psicología y Filosofía, Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas, Universidad de Tarapacá,
Arica, Chile.

Nanette Liberona Concha***

Miguel Ángel Mansilla****

Instituto de Estudios Internacionales (INTE), Universidad Arturo Prat, Iquique, Chile.

* El presente artículo es resultado parcial del proyecto Fondecyt de iniciación N° 11140698 denominado "En busca de un sueño: Análisis de los vínculos comunitarios religiosos y étnicos que establecen los evangélicos indígenas migrantes (peruanos y bolivianos) en las Regiones de Arica y Tarapacá (1990- 2014)" del cual Miguel Ángel Mansilla es Investigador Responsable.

** Psicólogo, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso; doctor en Antropología Médica, Universitat Rovira i Virgili. Escuela de Psicología y Filosofía, Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas, Universidad de Tarapacá, Arica, Chile. Correo electrónico: carlospinonesrivera@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4771-3345>

*** Antropóloga, Universidad de París VIII; doctora en Antropología y Sociología, Universidad París 7. Instituto de Estudios Internacionales, Universidad Arturo Prat, Av. Arturo Prat 2120, Iquique, Chile. Correo electrónico: nliberonac@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0980-7519>

**** Sociólogo, Universidad Arturo Prat; magíster en Desarrollo Social, Universidad Arturo Prat; doctor en Antropología, Universidad Católica del Norte-Universidad de Tarapacá. Instituto de Estudios Internacionales, Universidad Arturo Prat, Av. Arturo Prat 2120, Iquique, Chile. Correo electrónico: mansilla.miguel@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5684-0787>

Resumen

El artículo aborda el problema de los obstáculos epistemológicos presentes en el estudio de las relaciones entre el pluralismo médico y la movilidad humana. Para esto, realiza una revisión crítica de la bibliografía existente sobre estos temas, mostrando cómo en los estudios clásicos del pluralismo médico se dejaron de lado tres aspectos fundamentales que configuran lo que denominamos un pluralismo médico no-situado: la movilidad, el espacio y la corporalidad. Una revisión crítica de estos aspectos en los estudios contemporáneos del pluralismo médico nos llevó a formular una propuesta que busca integrar los principales aportes de los estudios sobre esta materia desde la Antropología Médica Crítica (Menéndez) con las actuales propuestas del Paradigma de la Movilidad (Tarrus). Se presenta dicha propuesta, denominada itinerarios terapéuticos transfronterizos, y se concluye subrayando sus principales aportes a la discusión contemporánea en el campo del pluralismo médico y la movilidad.

Palabras clave: movilidad por salud, salud de pueblos indígenas, salud de migrantes.

Abstract

The article addresses the issue of the epistemological obstacles present in the study of the relationship between medical pluralism and human mobility. It offers a critical review of the existing bibliography on these topics, revealing how classic studies focused on medical pluralism left aside three fundamental aspects that form what we refer to as non-placed medical pluralism: mobility, space and corporality. A critical review of these aspects in modern studies of medical pluralism led us to formulate a proposal designed to integrate the main contributions of the studies of medical pluralism from the perspective of Critical Medical Anthropology (Menéndez) with the current proposals of the Paradigm of Mobility (Tarrus). We now present our proposal, which is called cross-border therapeutic itineraries, and conclude by underlining its main contributions to the contemporary discussion in the field of medical pluralism and mobility.

Keywords: health mobility; health of indigenous peoples; health of migrants.

Introducción

El pluralismo médico es un importante campo de estudio, compartido por disciplinas como la antropología de la salud, la sociología médica, la historia de la salud pública y las ciencias de la salud (Cant y Sharma, 1999; Crandon-Malamud, 1986; Hampshire y Owusu, 2013; Lambert, 2012; Macartney y Wahlberg, 2014; Miles y Leatherman, 2003). Su importancia radica en que sirve para retratar la realidad propia de cualquier sociedad contemporánea, pues es una consecuencia ineludible de la historia de los procesos de colonización y globalización (Baer, 2011; Knipper, 2006). Estos, unidos a la expansión medicalizante, la mercantilización de la salud, los acrecentados flujos de movilidad humana, así como la aparente valorización de las llamadas medicinas alternativas y complementarias (entre otros procesos), han contribuido a la proliferación en cada rincón del globo de complejos sistemas de atención a la salud.¹ En ellos coexisten distintos saberes médicos² que se articulan en múltiples formas, transformando el panorama contemporáneo de la atención y del ejercicio del derecho a la salud.

El pluralismo médico constituye, por tanto, el marco concreto en el cual se dan los Procesos de Salud/Enfermedad/Atención (PSEA) en América Latina. Sin embargo, un pronunciado sesgo teórico monista ha llevado a concebir los saberes médicos de manera unitaria y aislada, invisibilizando su contribución a la salud de los pueblos. Esto ha servido a la reproducción de la hegemonía biomédica, que se autoproclama como único saber válido y relega al resto de los saberes médicos a la condición de no existentes, en el sentido elaborado por De Sousa Santos (2010).

Nuestro trabajo sobre el pluralismo médico en una comunidad indígena nos advirtió respecto de la necesidad de comprender y visibilizar los procesos de articulación de saberes médicos, así como de la producción de relaciones de hegemonía/subalternidad que allí se dan. Esto, en confluencia con nuestro trabajo basado en el estudio de los procesos de salud y migración, nos ha llevado a constatar que existe una especial dificultad para pensar dicho pluralismo médico en relación con la complejidad de los procesos de movilidad humana (Tarrius, 2000), sobre todo cuando dicha movilidad supone el cruce de fronteras. Es en este cruce de situaciones estudiadas que nos planteamos la posibilidad de pensar la movilidad transfronteriza en el contexto del pluralismo médico. Nuestra observación se sitúa en una región fronteriza entre Chile, Bolivia y Perú, escenario histórico de movilidad circulatoria de los pueblos originarios (Tapia Ladino, 2015). A esto cabe agregar que actualmente esta

¹ En términos teórico-epistemológicos, cada vez que hablamos de salud o enfermedad, lo entendemos en el sentido desarrollado por la medicina social latinoamericana y la salud colectiva por medio del concepto de proceso salud/enfermedad/atención (Breilh, 2008; Laurell, 1982).

² En términos teórico-epistemológicos, cada vez que hablamos de salud o enfermedad, lo entendemos en el sentido desarrollado por la medicina social latinoamericana y la salud colectiva por medio del concepto de proceso salud/enfermedad/atención (Breilh, 2008; Laurell, 1982).

es una de las regiones con mayor proporción de migración internacional respecto de su población local (Liberona y Mansilla, 2017). Por tanto, los actores que inspiran nuestra propuesta son migrantes y circulantes transfronterizos indígenas y no indígenas.

En el plano teórico corresponde problematizar cuáles son las razones de la obstaculización referida anteriormente. Y, en esta empresa, descubrimos que no existen estudios que sintetizen las principales aproximaciones teóricas que han abordado el problema del pluralismo médico y que hagan un balance crítico buscando comprender las razones de este *impasse* teórico.

En este artículo tratamos de contribuir a este amplio problema mediante una revisión crítica de la bibliografía existente sobre el pluralismo médico, pero además proponemos los principales lineamientos de nuestra propuesta denominada *itinerarios terapéuticos transfronterizos*, que busca organizar el estudio integrado del pluralismo médico y la movilidad humana en contextos transfronterizos. Nuestra reflexión se nutre de la perspectiva de la antropología médica crítica latinoamericana desarrollada por Eduardo Menéndez, del paradigma de la movilidad de Tarrus (2000), pero sobre todo de los aprendizajes adquiridos con la interacción de comunidades indígenas y pobladores migrantes que luchan por la reivindicación de su derecho a la vida, la vivienda y la salud.

Consideraciones metodológicas

Como se mencionó anteriormente, este artículo consiste fundamentalmente en un análisis crítico de las principales propuestas teóricas sobre el pluralismo médico. La recopilación de las fuentes proviene parcialmente de una tesis doctoral (Piñones Rivera, 2015), complementada con una búsqueda exhaustiva reciente de los libros, artículos científicos y tesis sobre dicho tema, publicados en lengua castellana, inglesa y francesa hasta marzo de 2017. El factor común en la búsqueda bibliográfica fue el concepto de pluralismo médico, pero en virtud del interés por analizar la relación entre este término y la movilidad transfronteriza, dentro de dicha bibliografía además se realizaron las siguientes búsquedas: salud-migración, salud-movilidad, pluralismo médico-frontera, pluralismo médico-territorio y pluralismo médico-corporalidad.

Dado que toda teoría sobre el pluralismo médico supone al menos una conceptualización sobre los sistemas/saberes médicos, sobre la relación que se establecen entre ellos, sobre los actores sociales que participan de dicho pluralismo y las dimensiones involucradas, nuestro análisis crítico fue realizado a través de una grilla basada en los siguientes ejes:

- *La conceptualización de los sistemas médicos y sus relaciones.* Nos preguntamos, ¿qué está entendiendo el autor por saber o sistema médico?, ¿cuántos saberes considera en su análisis?, ¿cómo concibe las relaciones entre dichos saberes

médicos? Con estos insumos reflexionamos sobre sus implicancias en la construcción del pluralismo médico como objeto de investigación.

- *Las dimensiones incluidas en el pluralismo médico.* Nos interrogamos acerca de cuáles son las dimensiones que los autores incluyen y cuáles las que excluyen en su teorización sobre el pluralismo médico y de qué manera lo hacen. Así podemos llegar a responder a las preguntas: ¿qué tan complejo es el pluralismo médico conceptualizado?, ¿en qué dimensiones está puesto el énfasis en la conceptualización?

Para organizar el texto, en un primer apartado denominado “Las contribuciones clásicas” exponemos las propuestas iniciales sobre pluralismo médico. Luego, revisamos las aproximaciones críticas, para finalizar haciendo un balance de los principales elementos dejados fuera de estas propuestas y que nos parecen pertinentes para pensar el problema de la movilidad transfronteriza, a saber: *espacio, movilidad y corporalidad*. En un segundo apartado, revisamos las pocas propuestas que en el ámbito del pluralismo médico han abordado estos elementos antes excluidos y haremos un balance crítico respecto de cómo se ha abordado este concepto en relación con la movilidad transfronteriza. En el tercer apartado explicamos las líneas principales de nuestra propuesta denominada *itinerarios terapéuticos transfronterizos*, mostrando su contribución a los estudios sobre el pluralismo médico.

1. Las contribuciones clásicas

Las primeras propuestas sobre el pluralismo médico: de la invisibilización del pluralismo a la invisibilización del poder

Si bien ya la misma realidad colonial en la cual se desplegó inicialmente la antropología permite suponer la coexistencia de distintos saberes médicos en los lugares en los cuales se realizó etnografía, los estudios que responden al *modelo clásico* (Martínez-Hernández, 2008) omitieron sistemáticamente dicha condición plural. Lejos de problematizar la condición colonial, estos trabajos presentaron los saberes médicos locales como sistemas aislados, invisibilizando así la presencia y el impacto que estaban teniendo los sistemas médicos impuestos. Solo con posterioridad emergieron propuestas que analizaron la coexistencia de medicinas, destacando los trabajos pioneros de Holland (1963) o los funcionalistas de Press (1969) sobre el “uso dual” que la población urbana hacía de los “médicos” y los “curadores”.

Esta omisión, según varios autores (Baer, 2011; Hsu, 2008; Stoner, 1986), solo es enmendada hacia 1971, cuando se constituye una primera aproximación sistemática al estudio del pluralismo médico en torno a la figura de Charles Leslie. En su *Asian Medical*

Systems: A Comparative Study (1976), se presentan algunas de las principales propuestas que han devenido canónicas en el estudio del pluralismo médico, sobresaliendo la de Dunn (1976) que clasifica los sistemas médicos según disposición geográfica y cultural como “sistemas locales”, “regionales” o “cosmopolitas”. De influencia transversal ha sido también la propuesta de Foster (1970) quien, siguiendo un criterio etiológico, clasifica los “sistemas médicos no-occidentales” en sistemas “personalistas” y “naturalistas”.

En estos primeros trabajos se establecen dos de las líneas centrales de análisis presentes en la bibliografía: una que se centra en la caracterización y análisis de los sistemas médicos y sus relaciones; y otra que concibe el pluralismo médico subrayando el rol que juegan los actores sociales a través de la búsqueda de atención. Respecto de la primera línea, en términos analíticos podemos plantear que se esforzaron en hacer visible la realidad plural de los saberes médicos mediante aproximaciones eminentemente clasificatorias como las de Dunn. Se realizaron los primeros ejercicios de definición sobre qué había que entender como “sistema médico” (Dunn, 1976; Foster, 1970), siendo concebidos como sistemas culturales, es decir, constituidos por creencias o prácticas basadas en creencias; y cuando dicha mirada antropológica se conjugaba con una mirada de corte más sociológico, se hablaba de sistemas socioculturales.

Respecto de la segunda línea, se desarrollaron una serie de trabajos basados en los conceptos de “itinerario terapéutico” (vinculado a la antropología francesa) o de “*health seeking behavior*” (de preeminencia en los entornos anglófonos), línea que se abrió gracias al trabajo pionero de Chrisman sobre el proceso de búsqueda de salud (Perdiguero-Gil, 2006). En dichos trabajos, el pluralismo médico era visibilizado en la descripción de la trayectoria que dibujan los actores sociales en la búsqueda de una respuesta a sus problemas de salud, en la cual recurren a una heterogeneidad de saberes médicos. Los análisis buscaban develar los patrones presentes en dichos itinerarios, así como la racionalidad que les era propia.

Otras propuestas plantearon la necesidad de estudiar las relaciones entre los distintos sistemas médicos. Así, Kleinman (1978), desde una concepción interpretativista, propone estudiar los *Explanatory Models (EM)*, que son modelos que explican la enfermedad en cuanto a sus síntomas, causas, tratamiento, etc., tomando elementos de los distintos sectores (folk, profesional y popular). Dicha articulación de sistemas médicos es concebida por Kleinman como procesos de *traducción* entre distintos *idiomas* (Kleinman, 1978).

Ya sea en los trabajos centrados en los saberes o en los actores, en estas contribuciones clásicas se visibiliza la coexistencia de saberes médicos negada por las aproximaciones coloniales y se contribuye a delinear los primeros elementos teóricos que permiten pensar un campo nuevo, definido principalmente por las dimensiones culturales y sociales que participan del pluralismo médico. ¿Cuáles son las principales críticas que podemos establecer para este primer momento? No nos detendremos aquí mucho, pues existen importantes trabajos que ya han hecho dicho análisis (Hsu, 2008; Perdiguero-Gil, 2006).

Solo señalaremos que dos de las críticas más significativas realizadas son: (i) que las personas no toman decisiones de la manera racional que el modelo supone y (ii) que este tipo de aproximaciones es menos sensible a las dimensiones histórica, sociológica y política, así como a las cuestiones del poder (Hsu, 2008). A través de estas críticas, que no pueden ser sino genéricas, estamos ya introduciendo la gran contribución realizada por los abordajes críticos del pluralismo médico, que ahora pasaremos a revisar.

Las contribuciones críticas: visibilizar el poder

Frente a las propuestas ya revisadas, con sus énfasis funcionalistas, cognitivistas, socioculturalistas o clínicos, se desarrollaron una serie de aproximaciones críticas. La mayoría de ellas se alinearon bajo la propuesta de una antropología médica crítica (AMC) (Baer, 1989; Menéndez, 1983; Singer, 1990). Otras, si bien no se autodefinieron así, pueden ser localizadas sin mucho inconveniente en dichas coordenadas, en la medida en que han buscado reestablecer el *missing link* de la determinación *económico-política* (Crandon-Malamud, 1986; Knipper, 2006). Es importante señalar que el aporte de las aproximaciones latinoamericanas ha sido invisibilizado de manera sistemática en la literatura anglófona y francófona. Nosotros focalizaremos nuestro análisis necesariamente sucinto en las aproximaciones de Baer, Crandon-Malamud y Menéndez.

El foco de los planteamientos de Hans Baer está en conferir a los estudios sobre el pluralismo médico una mirada marxista. Su diagnóstico es claro: excepto contadas excepciones, los marxistas no han abordado el pluralismo médico, por lo que es preciso saldar dicha deuda indagando la medida en que este refleja las desigualdades en la sociedad más amplia, en términos de clase, etnicidad y género (Baer, 1989).

Lo que interesa a este autor son las relaciones estratificadas que se establecen entre los sistemas médicos. Para esto introduce el concepto de sistema médico dominativo ("*Dominative Medical System*") por medio del cual caracteriza el sistema estadounidense, mostrando la trayectoria a través de la cual habría dejado de ser un sistema pluralista, para devenir uno jerarquizado y excluyente. La hegemonía biomédica habría sido alcanzada principalmente a través de la inclusión en las sociedades médicas de todos aquellos practicantes no-biomédicos. La alopática habría recibido el apoyo de los grupos económicos, quedando en la cúspide del sistema dominativo, debido a que su interpretación de la enfermedad desconoce las causas sociales (Baer, 1989). Esto se interpreta como el resultado de un proceso histórico económico-político, en el paso de un capitalismo de la competencia a uno monopólico, en el ámbito de los "modos de producción médicos".

Esquema 1. El “sistema dominativo” estadounidense

- A. Biomedicine
- B. Osteopathic Medicine as a Parallel Medical System Focusing on Primary Care
- C. Professionalized Heterodox Medical systems
 - 1. Chiropractic
 - 2. Naturopathy
- D. Anglo-American Religious Healing Systems (e.g. Christian Science, Spiritualism, evangelical faith healing)
- E. Ethnomedical Systems (e.g. Black ethnomedicine, *curanderism*, *espiritismo*, *santeria*, Asian ethnomedicine American healing systems)

Fuente: Baer, 1989, p. 1.107.

Este tipo de análisis se reencuentra en la obra de Crandon-Malamud, pero con una mayor complejidad. En efecto, ha sido reconocida retrospectivamente como una de las precursoras de la AMC a través de su estudio sobre el pluralismo médico en Bolivia (Baer, 2003). Su propuesta se consolida con la publicación de *From the fat of our souls* en 1991, en la que, siguiendo a Unschuld (1975), conceptualiza la medicina como un recurso primario, es decir, uno que siendo fungible en sí, tiene la particularidad de permitir el acceso a recursos secundarios (en concreto la identidad étnica y religiosa). A través de su material de campo, Crandon-Malamud muestra cómo en determinados contextos, la elección de un tipo de atención (indígena, metodista o casera) puede constituir una forma de validar el acceso a una nueva identidad (religiosa o étnica) y, de esta manera, acceder a determinados beneficios materiales y no-materiales. Cuestión de vital importancia en un marco de “crisis social” como fueron las revoluciones ocurridas en Bolivia en el período en el que realiza sus estudios y que permanentemente ponían en cuestión y obligaban a redefinir la posición social de los habitantes (Crandon-Malamud, 1991). Así, esta autora ofrece una teoría sobre cómo la medicina reestructura las relaciones sociales, contribuyendo a crear el cambio social, invirtiendo de este modo la dirección en la cual se piensan las relaciones entre el ámbito médico y “meta-médico” en la AMC de Baer.

Si bien los aportes de Crandon-Malamud fundaron una aproximación crítica visionaria sobre el pluralismo médico, la producción latinoamericana no tuvo que esperar para desarrollar la suya. Uno de los textos claves de Eduardo Menéndez, *Estratificación, poder y salud*, fue publicado en 1981, diez años antes de *From the fat of our souls* y solo cinco años después del simposio de *Asian Medical System* de Leslie. Retrospectivamente, descubrimos que la obra de Menéndez ya había abordado varios de los aspectos que fueron problematizados en el movimiento de definición y ajuste de una perspectiva propia para la AMC que se dio en la década de 1980 (Baer, Singer, y Johnsen, 1986).

Sería demasiado ambicioso sintetizar una contribución de cuatro décadas respecto del

pluralismo médico, como ocurre en el caso de la obra de Eduardo Menéndez. Una buena entrada es señalar que ella es tributaria del trabajo de Ernesto De Martino, por lo que recupera los principales elementos de la concepción gramsciana; a saber, un énfasis en los procesos ideológicos en su relación indisoluble con los de infraestructura económica, así como la reflexión sistemática sobre cómo se están permanentemente creando y recreando relaciones de hegemonía/subalternidad en el ámbito del PSEA (Feixa, 2008; Menéndez, 2012).

Menéndez ha aportado al menos tres grandes líneas de análisis que permiten pensar la producción de Relaciones de Hegemonía/Subalternidad al interior del PSEA:

- en términos genéricos, ha iluminado el juego de fuerzas en el espacio ideológico, en los niveles micro, meso y macro. Destacan sus análisis históricos sobre el proceso de medicalización, la crítica a los supuestos de la epidemiología positivista, el racismo en la ideología biomédica, etc. (Menéndez, 1984, 2002).
- en el análisis de las relaciones entre modelos médicos, cuyo énfasis está puesto en la identificación de los rasgos estructurales de los saberes, para desde ahí comprender su participación en la estratificación social (relaciones de hegemonía/subalternidad) (Menéndez, 1984).
- en la articulación de saberes, analizando la transformación recíproca de los saberes en procesos articulatorios al interior de las relaciones de hegemonía/subalternidad y su contribución al mantenimiento o transformación de las mismas (Menéndez, 1996, 2005).

¿Cómo se entienden los saberes médicos en esta perspectiva? Constituyen aquellas instancias desde las cuales se significa y actúa respecto de la salud, la enfermedad, la muerte, lo normal, lo desviado y todo aquello que coyunturalmente pueda incluir dentro de sus dominios. No son entidades, sino procesos de transformación (Menéndez, 1996), por lo que consisten en una incesante estructuración de representaciones y prácticas en el terreno ideológico. Al ser producciones de los conjuntos sociales, no se reducen a aquellos saberes producidos por los actores especializados. Uno de los énfasis en su obra es que todo grupo social articula saberes en el seno del espacio doméstico, dando origen a los saberes de autoatención (Menéndez, 1994). Todo saber médico tiene además de la función terapéutica que le es asignada, funciones de control social, de normatización, producción de subjetividad, así como de significados colectivos. Estas funciones son opacadas por la función terapéutica que aparenta ser la función exclusiva.

¿Cómo entiende entonces los procesos de articulación de saberes médicos? No nos podemos extender aquí en el detalle, pero sí señalar que hablar de articulaciones entre saberes médicos (y no de transacciones entre estratos) implica un doble movimiento que subraya el *carácter histórico, dinámico, procesual y transformador de los saberes médicos*, antes que sus rasgos estructurales (*tipo ideal*), a la vez que focaliza el interés en los procesos que ocurren entre los saberes médicos.

Ahora bien, en un esfuerzo de síntesis crítica, podemos mencionar que si bien las teorías sobre el pluralismo médico han abordado progresivamente el problema de su determinación económico-política, la panorámica hasta aquí analizada da cuenta de que no se han desarrollado herramientas que permitan abordar de manera satisfactoria el problema del pluralismo médico en un contexto de *movilidad transfronteriza*. En esta dificultad, descubrimos la confluencia de varios elementos teórico-epistemológicos que podríamos situar como el problema de un “*pluralismo médico no-situado*” sobre la base de tres exclusiones sistemáticas: de la movilidad, del espacio y de la corporalidad. Los autores de las primeras propuestas sobre el pluralismo médico solo abordaron el problema de la movilidad presente en los “itinerarios terapéuticos”, es decir, aquella que los actores realizan entre un saber médico y otro, y reducida al *proceso cognitivo de elección* entre saberes médicos. Menos se piensa, en dichos trabajos, que la movilidad se da en un determinado espacio concreto y que, por lo tanto, el itinerario que se dibuja entre un saber y otro puede estar influido no solo por el proceso cognitivo de elección, sino también por procesos territoriales y las condiciones para la movilidad en dicho territorio.³

Esta deficiencia presente en el estudio del pluralismo médico revela que existen problemas respecto de las formas como se concibe la espacialidad (la relación pluralismo médico-espacio) y respecto de las formas como se ha concebido la movilidad (pluralismo médico-movilidad). Un tercer elemento excluido sistemáticamente es el cuerpo. En los trabajos revisados parece que los saberes médicos, estudiados como prácticas y representaciones, fueran externos a los cuerpos sobre los que operan. Y parece como si los actores sociales fueran sujetos puramente cognitivos, no cuerpos. Así, también nos proponemos revisar las relaciones teóricas entre pluralismo médico y corporalidad. Dado que los abordajes de dichas dimensiones son incipientes y asistemáticos, en el siguiente apartado haremos un breve análisis crítico de la bibliografía existente.

³ Si bien nuestro concepto de territorio será trabajado más adelante en nuestra propuesta, lo entendemos siguiendo a Tarrius como una “construcción consubstancial de la llegada a forma y luego a visibilidad social de [...] cualquier [...] colectividad cuyos miembros pueden emplear un ‘nosotros’ que los identifique. Es condición y expresión de un vínculo social. Adviene como momento de una negociación, entre la población concernida y las que la rodean, que instaure continuidades en los intercambios generalizados. El territorio es memoria: es la marcación espacial de la conciencia histórica de estar juntos. Los elementos [...] de este espacio memoria son materiales, factuales y funcionan como referencias [...] podríamos afirmar que la forma territorial es incesante negociación ella misma” (Tarrius, 2000, p. 54). No obstante, este concepto debe ser capaz de albergar tanto las dimensiones culturalmente específicas del territorio, indispensables respecto de los pueblos originarios, con el estatus jurídico presente en su derecho a la autodeterminación y la propiedad ancestral. Para una discusión exhaustiva del concepto de territorio indígena, ver García Hierro (2004).

2. Movilidad, territorialidad y corporalidad. Prolegómenos para un estudio de los itinerarios terapéuticos transfronterizos

Movilidad y salud

Así como uno de los principales avances en el estudio del pluralismo médico se produjo gracias a la incorporación de la dimensión económico-política, creemos que uno de los principales desafíos contemporáneos que le harán progresar es pensarlo en relación con los procesos de movilidad transfronteriza. El espectro que así se dibuja es bastante amplio y podemos esbozar una panorámica que va desde los clásicos estudios de *migración y salud* hasta los contemporáneos de *movilidad por salud*.

Observamos cuatro enfoques dominantes. El primero es el de organismos tales como la ONU, la OIM y la OMS, que se interesan en las repercusiones de la migración internacional en la salud, con un fuerte énfasis en la vigilancia epidemiológica de las enfermedades infectocontagiosas (OMS, 2003). Así, el SIDA, la salud reproductiva y sexual, y la tuberculosis (Molina-Salas, Lomas-Campos, Romera-Guirado y Romera-Guirado, 2014) han sido aspectos abordados especialmente en los estudios sobre migración y salud pública (CENSIDA/INSP, 2006). La principal conclusión de estos estudios es la consideración de que tanto las personas como las enfermedades traspasan las fronteras nacionales a pesar de los límites político-administrativos, estableciendo comparaciones epidemiológicas entre la población local y la población migrante, que es concebida principalmente como vector de enfermedades (Piñones Rivera, 2015). Así, los comportamientos de riesgo de los migrantes son una de las principales variables de análisis. Destacan los casos en zonas fronterizas y en lugares donde la población migrante es especialmente vulnerable, tanto por el estatus de salud en los países de origen, como por las condiciones de hacinamiento y pobreza en el país de acogida (Cabieses, Bernal, y McIntyer, 2017).

El segundo enfoque es el de la preocupación por el acceso y uso de servicios de salud (Jelin, 2006), en el que se incluye el tema del financiamiento que aparece como una dificultad a superar (Arredondo López, Orozco Núñez, Wallace y Rodríguez, 2013), y el tema de los derechos de los/as extranjero/as frente a los derechos de acceso a la salud de los/as ciudadanos/as locales o nativos/as. En estos trabajos se dejan ver además las discriminaciones y malos tratos dirigidos hacia la comunidad extranjera, aludiendo que las causas radican en una deficiencia estructural del sistema (Liberona Concha y Mansilla, 2017; Waldman, 2011). Al introducir la dimensión fronteriza, los estudios podrían abarcar algunos de los criterios que nos interesan indagar. Sin embargo, vemos que el foco ha estado puesto en el control sanitario fronterizo, fuertemente marcado por la separación de los Estados, y en la presión que suponen los acuerdos de libre tránsito de personas entre los

Estados, debido a que se pone en ejercicio el derecho a la salud (Courtis, Liguori y Cerrutti, 2010; Izerrougene, 2009).

El tercer enfoque es el que se centra en la relación paciente/terapeuta en tanto relación social, en la cual los modelos profesionales son los referentes del encuentro clínico (Fassin, Costa-lascoux y Hily, 2017; Fortin y Laprise, 2007). Estos plantean que las relaciones clínicas son relaciones de poder, en las que los inmigrantes se encuentran en una posición desigual, puesto que su explicación de la enfermedad no es tomada en cuenta.

Un cuarto enfoque es el que ha abordado la movilidad motivada exclusivamente por la búsqueda de salud. Este campo ha sido definido como “viajes médicos” (Connell, 2015), “movilidad transfronteriza de pacientes” (Glinos, Baeten, Helble y Maarse 2010) o “movilidad por salud” (Tapia Ladino, Liberona Concha y Contreras, 2017). Se trata de movilidades informales que han aumentado ante una demanda insatisfecha o no cubierta por los sistemas de salud nacionales (Bell, Holliday, Ormond y Mainil, 2015), debido a la privatización de los sistemas sanitarios, baja cobertura social y mercantilización de la salud (Glinos, Baeten, Helble y Maarse, 2010). Estos estudios dan cuenta del aumento de la búsqueda de salud transfronteriza y del crecimiento de una industria de la salud privatizada, competitiva y orientada al consumidor.

Ahora bien, si todos estos estudios abordan distintas dimensiones del PSEA, podemos vislumbrar que en todos los casos se ha adoptado una concepción Estado-céntrica respecto del problema. La frontera es pensada restrictivamente en clave jurídico-administrativa: es espacio de control, pivote de la asimetría entre sistemas de salud, espacio liminal donde se vulneran los derechos. Nunca lo es desde las *prácticas* creativas que producen los actores en la búsqueda de la atención de sus problemas de salud. No obstante, lejos del Estado, los actores sociales tienen experiencias y utilizan saberes médicos para resolver concretamente sus problemas de salud, que ninguno de estos trabajos alude, contribuyendo a la mantención de la alianza estratégica entre aparato estatal y saber biomédico, en tanto saber hegemónico (Cant y Sharma, 1999; Piñones Rivera, 2015).

La solidaridad tácita con dicha alianza se constata cuando se habla de “movilidad por salud” sin interrogar cuál es el saber médico concreto desde el cual implícita o explícitamente se está entendiendo el término “salud”. En general, los estudios han asumido la perspectiva biomédica como evidente, invisibilizando que el problema puede ser abordado incluyendo la heterogeneidad de los saberes médicos. Por otra parte, respecto del problema de la movilidad y a excepción de la última aproximación, esta es en gran medida restringida a la migración, reduciendo el espectro posible, así como los trayectos de ida y vuelta.

En nuestra extensa revisión, una de las pocas aproximaciones que han problematizado la movilidad incorporando el pluralismo médico es la de Dilger, Kane y Langwick (2012). Los autores cuestionan explícitamente que mientras las intervenciones en salud son

iniciadas a menudo por los gobiernos nacionales y las instituciones de la salud global, estos actores de gran escala son solo una parte del cuadro total. No obstante, su trabajo no deja de ser una excepción en el concierto de los estudios sobre movilidad y salud que acabamos de reseñar, ya que en su inmensa mayoría se excluye el pluralismo médico, con lo que la movilidad (incluso la transfronteriza) queda reducida a los itinerarios dentro de los espacios de atención biomédicos.

Espacio y salud

Pensar la movilidad supone pensar aquel espacio en el cual se da. Existe todo un campo de estudios que analiza la relación entre espacio y salud (Cummins, Curtis, Diez-Roux y Macintyre, 2007; Rainham, 2009; Thorsen, 2015; Wilson, 2003). Ahora bien, ¿cuántos han pensado dicha relación desde el pluralismo médico? En lo que sigue, analizaremos cuatro aproximaciones paradigmáticas en la reflexión sobre espacio y pluralismo médico: la de los *therapeutic landscape*, la de los *healthscape*, la actual aproximación socioterritorial al estudio de la salud (Vialard, Squiban, Fournet, Salem y Foley, 2017), más los planteamientos de Baud (2005). Mientras los tres primeros han abordado la salud y el pluralismo médico desde una consideración por el espacio, el último lo elegimos como buen ejemplo del tratamiento que un estudioso del pluralismo médico hace de la dimensión espacial.

El estudio de las relaciones entre salud y espacio es reciente y las primeras aproximaciones fueron estáticas (Vialard et al., 2017) hasta el surgimiento de la aproximación del concepto de *paisajes terapéuticos* de Gesler (1992). Partiendo de la asunción de que todo proceso terapéutico siempre se despliega en el espacio, Gesler se propuso analizar dicha relación superando una concepción puramente fisicalista hacia una que integra los ambientes físicos y construidos, tanto como las acciones, intenciones, las constricciones y las estructuras sociales. A través del concepto de paisaje (*landscape*), tomado de la “nueva geografía cultural”, se embarcó en la ambiciosa tarea de integrar el estudio de la estructura, la agencia y la *time-geography* al abordar los *health seeking behaviour* en lugares y entornos particulares (Gesler, 1992). Ahora bien, la propuesta de este autor es interesante de analizar pues muestra que la incorporación del concepto de *health seeking behaviour* no supone, en la práctica, la integración del pluralismo médico, constituyéndose en un monismo médico: solo se analiza la búsqueda de atención al interior del saber biomédico.

Dicho monismo médico tiene como correlato un monismo del espacio, como ha mostrado Wilson (2003), al hacer un análisis crítico del uso del concepto con pueblos originarios, develando su insensibilidad a las dimensiones culturalmente específicas del territorio. Para contrarrestar esto, Wilson propone superar el énfasis en los territorios excepcionales (por ej., el de las peregrinaciones) hacia el estudio de las “geografías cotidianas” (Wilson, 2003, p. 85) y concretamente examinar las concepciones de salud, la relación entre territorio e

identidad, la contribución de la tierra a la salud holística y la importancia de ciertos aspectos específicos del paisaje en la salud (por ej., los símbolos de identidad cultural).

Había que esperar las propuestas basadas en el concepto de *healthscape* (Leah Gold y Clapp, 2011; Rainham, 2009; Rainham, McDowell, Krewski y Sawada, 2010) para tener un abordaje propiamente espacial del pluralismo médico. Desarrollado inicialmente por Rainham en diálogo y crítica a las aproximaciones previamente revisadas, él hace explícito cómo el estudio de las relaciones entre salud y lugar (*place*) se enriquece al considerar la movilidad, pues permite abordar la diversidad de los lugares que influyen la salud, incluyendo aquellos distantes en el espacio y en el tiempo, así como la heterogeneidad de contextos asociados a esos movimientos (Rainham et al., 2010). Propone entender la interacción como un proceso espacial, las localizaciones y movimientos como caminos (*paths*), y concede un lugar importante tanto a la agencia como a la estructuración social (Rainham et al., 2010).

Así prepara el terreno para la primera aproximación que piensa la movilidad en el contexto del pluralismo médico, la de Leah Gold y Clapp (2011). En consonancia con los planteamientos de la AMC, su foco está en las *interacciones entre sistemas médicos* (Leah Gold y Clapp, 2011, p. 97). Desde ahí realiza un análisis de las *relaciones de poder globales* (Leah Gold y Clapp, 2011, p. 94) a través de la dualidad entre lo moderno y lo tradicional, identificando a la biomedicina con el polo moderno y situándola como fuente de aculturación del saber médico indígena. Como primera aproximación al problema de la movilidad en el contexto del pluralismo médico, nos parece valiosa en tanto incorpora en su análisis la dimensión económico-política y se propone superar una mirada monista del territorio mediante el concepto de *healthscape*. No obstante, identificamos varios elementos de su propuesta como insuficientes:

- La reducción de la reflexión sobre la relación entre los saberes médicos a la dualidad tradicional/moderno, que ha sido criticada sistemáticamente por Menéndez desde sus inicios (Menéndez, 1981). Esto porque no es cierto que la biomedicina sea pura racionalidad moderna, como tampoco lo es que los otros saberes estén desprovistos de “modernidad”, después de los siglos de colonización, acentuada por la globalización actual.
- Si bien el trabajo se propone analizar el pluralismo médico, lo que analiza es un dualismo médico, cuestión que Crandon-Malamud (1991) –quien es citada– insistió en problematizar. Esto es relevante, pues la introducción de otros saberes médicos, como el evangélico, desequilibran el análisis dicotómico.
- Llama la atención la gran distancia que existe entre la teorización sobre el espacio en el concepto de *healthscape* y su aplicación concreta en este trabajo, en el que el territorio se reduce a ser el *escenario* en el cual se encuentran las plantas medicinales, como insumos para el saber médico andino.

Recientemente, y en la línea de los estudios del pluralismo médico, se ha propuesto un *enfoque socioterritorial* en el estudio de la salud, que reconoce el trabajo de Leah Gold y Clapp (2011) como un antecedente directo (Vialard et al., 2017). Se busca examinar la influencia potencial del espacio (*place*) en la búsqueda de la salud, acceso a la atención y estrategias terapéuticas (Vialard et al., 2017). Al interrogar la relación entre poblaciones urbanas y espacios urbanos y salud, se analiza recíprocamente cómo las sociedades manejan el espacio y cómo el espacio influencia a la sociedad y la organización social. A través del concepto de territorio, los autores enfatizan el sentido político y administrativo del espacio, a la vez que incorporan los significados sociales, culturales e históricos a nivel local. De esta manera, el espacio es entendido como conformado por las estrategias sociales y por el control territorial, permitiéndoles examinar los modos en que las políticas toman forma material en un espacio específico, y cómo esta *materialidad de las políticas* puede influenciar las inequidades en salud (Vialard et al., 2017). Así, definen un estudio de la *inequidad en salud* que considera no solo el entorno físico, sino también las fuerzas sociales y ambientales que resultan del manejo político en su dimensión histórica, estableciendo como herramienta heurística que la forma como las personas se mueven en el territorio es un reflejo de las relaciones de poder (Vialard et al., 2017).

Todos estos elementos del enfoque socioterritorial nos parecen aportes significativos hacia la construcción de una aproximación propia para pensar la movilidad en contextos transfronterizos, no obstante, varias críticas se pueden levantar desde la perspectiva del pluralismo médico:

- Al adoptar como principal escala de análisis la del vecindario, se invisibilizan los procesos propios de los itinerarios terapéuticos que trascienden dicha escala.
- La elección del tipo de problema de salud abordado (diabetes, hipertensión y sobrepeso) ha sido realizada adoptando un punto de vista biomédico que nunca es problematizado. Esto, que debería ser central en un estudio sobre el pluralismo médico, define muchos de los puntos ciegos del estudio.
- El enfoque urbano utilizado en el artículo de Vialard permite centrarse en el nivel de los vecindarios sin problematizar concepciones y experiencias locales del espacio en la línea problematizada por Wilson (2003). El concepto de territorio utilizado está demasiado del lado de una concepción gubernamental del mismo y no de un sentido amplio que permita pensar la especificidad cultural.
- Ante la ampliación y aclaración que hace Rainham de los *healthscapes*, la concepción aquí presentada aparece más pobre, ya que solo concibe el territorio como espacio de la disponibilidad de recursos, al referirlo como lugar de las "opciones terapéuticas".
- Si bien constituye un aporte frente a Rainham, al incorporar el pluralismo médico como estudio de los *health seeking behaviour* y de los itinerarios terapéuticos, lo hace de una manera homogeneizante, contraviniendo uno de los elementos más radicales de los estudios del pluralismo médico.

Por último, el texto de Baud (2005) muestra un magnífico ejemplo de un estudio de pluralismo médico situado en un espacio concreto. El autor muestra con gran detalle etnográfico tanto el pluralismo médico como su interrelación dinámica con el territorio. Partiendo de la concepción hegemónica que sitúa el resorte de la eficacia del saber médico andino en el restablecimiento del equilibrio o la reciprocidad,⁴ Baud desarrolla una concepción dinámica de las *mesas*⁵ (Baud, 2005, p. 28), en las cuales se observa operando a través de la intervención de las entidades territoriales, aquí concebidas como “personificaciones del paisaje” (Baud, 2005, p. 21); un pluralismo médico claramente articulado. Pues *las mesas*, propias del saber médico andino, sirven para tratar una infinidad de problemas de salud de corte biomédico (tuberculosis, arterias tapadas, problemas renales), cuestión que según Baud se debe a que las mismas entidades territoriales han aprendido y se han especializado en el tratamiento de ciertos órganos o afecciones definidos en clave biomédica. Así, por ejemplo el *Apu Wamansinchi*⁶ es un cirujano especialista en el corazón o el cerebro (Baud, 2005); y *Pachamama*⁷ receta medicamentos de patente que luego deben ser comprados en las farmacias (Baud, 2005).

No obstante, interesa constatar que mientras que el pluralismo médico es pensado en su dimensión territorial andina como un territorio que –tomando la expresión de Duviols (1978)– “litomorfosea” la biomedicina, solo marginalmente se piensa la relación en el sentido inverso: en su artículo, el territorio no es el territorio que observa el canon fisicalista ni el afectado por el extractivismo. En efecto, solo al final del texto señala que el territorio que los humanos destruyen es el mismo que aquel que se maneja simbólicamente desde *las mesas*. Esto nos hace constatar patentemente que en su trabajo encontramos el socioculturalismo tan criticado por la AMC, ya que no sitúa los procesos culturales –como los de *la mesa*– en su contexto económico-político: el entorno al cual alude es el de las *entidades litomorfoseadas*, pero no el de su destrucción extractivista.

⁴ Para una crítica de la ideología de la norma moral implícita en este tipo de razonamiento, ver Orlove (1977), Piñones Rivera (2015) y Weiner (1992).

⁵ El autor lo define como un ritual practicado en el mundo andino, cuya importancia fonética se sitúa en la parentalidad con la palabra “misa”.

⁶ El término *Apu* alude a lo que en primera instancia podríamos denominar, siguiendo a Martínez Soto-Aguilar (1983), los “dioses de los cerros”. La realidad aquí referida abarca un amplio conjunto de denominaciones en quechua y aymara con características similares (*Mallku*, *Awkillu*, *Wamani*, *Machula*, *Achachila* o *Mallku*), lo que hace que hipotéticamente sean considerarlas como una sola entidad panandina. *Wamansichi* es un nombre propio.

⁷ Se refiere a la entidad andina conocida usualmente como Madre Tierra.

Pluralismo médico y corporalidad

La última dimensión que nos interesa abordar en nuestro análisis, y que hemos encontrado raramente presente en los estudios sobre pluralismo médico, es la dimensión corporal.⁸ En nuestra búsqueda hallamos dos propuestas que nos parecen paradigmáticas de los problemas que la relación entre pluralismo médico y corporalidad suscitan: las de Baud (2005) y Cipriano (2013).

En el trabajo de Baud ya reseñado, contrasta claramente el desarrollo referido al espacio con el que alude al cuerpo. Cuando interrogamos su concepción del cuerpo vemos que no hay una problematización específica, pues mientras *la mesa* es un sistema dinámico en el cual se articula el saber médico andino y el biomédico, parece que el cuerpo no lo es. Este sigue funcionando según el referente del saber médico andino: es un cuerpo compuesto por elementos andinos, cuyo funcionamiento adecuado depende de que no se vulneren las normas culturales de la reciprocidad andina, en cuyo caso es penetrado por “seres de la naturaleza” o “personificaciones del paisaje” andino (Baud, 2005, p. 21). Sorprende la uniformidad del referente andino en el pensamiento sobre el cuerpo, cuando *la mesa* y las entidades territoriales incorporan los medicamentos e inyecciones propios de la biomedicina. No se corresponde por tanto la articulación de saberes con una articulación de corporalidades. Solamente un cuerpo, el cuerpo andino, es aquel en el que opera la articulación de saberes médicos a través de las *mesas*. De nuevo, entonces, la propuesta no logra integrar el pluralismo médico con una concepción coherente de las corporalidades involucradas, y menos aún, con el carácter articulador de las mismas.

La tesis de Cipriano, por su parte, viene a aportar algunos elementos de interés para nuestra reflexión, ya que analiza el pluralismo médico bajo el “enfoque del poder”. Su trabajo menciona los “cuidados femeninos en la esfera doméstica” y una oferta de cuidados plurales “compuesto de una cierta diversidad de sanadores” (2013, p. 16), que se suman al actor institucional, denunciando una jerarquización de los mismos.

Cipriano analiza las transformaciones producidas por la instalación de una posta de salud en un pueblo quechua en Perú, a partir de las representaciones que tiene la población sobre sus cuerpos. La autora plantea la existencia de un *cuerpo físico* quechua que estaría más adaptado a los remedios a base de plantas que a los entregados en la posta de salud pública. Dichos remedios son considerados como inadaptados, de baja o nula eficacia y hasta riesgosos. No obstante, expone que algunos cuerpos se acostumbrarían progresivamente a estos tratamientos, en particular los de los niños y mujeres jóvenes, que están más relacionados con los médicos urbanos. Ante las múltiples coerciones que el sistema biomédico impone a las mujeres, algunas de ellas reivindican la libertad de disponer de su

⁸ Para nuestra concepción de la corporalidad, ver *supra* el apartado “Los itinerarios terapéuticos transfronterizos”.

propio cuerpo y de ocuparse del de sus hijos, afirmando su propia identidad mediante las prácticas de cuidados domésticos (Cipriano, 2013).

Concluye que la salud pública actúa bajo una dinámica de control y de normalización de los cuerpos, al producirse una importante transformación de las prácticas de cuidado. Esto traería como consecuencia la transformación de los cuerpos individuales y del cuerpo social, por lo que el cambio generacional conllevaría el paso “de un cuerpo a otro”: la introducción del saber biomédico generaría una corporalidad diferente, a la cual algunas mujeres se resisten, manteniendo sus prácticas en el espacio doméstico.

Para cerrar este apartado, señalemos críticamente que en la reflexión de Cipriano sobre el cuerpo en el pluralismo médico, no se sostiene la existencia de cuerpos plurales o de una articulación de corporalidades: son cuerpos unitarios que se transforman taxativamente de un “cuerpo andino” a un “cuerpo biomédico” a través de las transformaciones políticas. No hay por tanto cuerpos andino-biomédicos, ni menos cuerpos andino-biomédico-pentecostales, por ejemplo. El pensamiento sobre el pluralismo médico no lleva como correlato un pensamiento también plural sobre la corporalidad.

3. Los itinerarios terapéuticos transfronterizos

Visto todo lo anterior, y tal como lo anunciamos en un inicio, expondremos aquí nuestra propuesta sobre el estudio de la movilidad en el contexto del pluralismo médico, que sintetizamos acuñando el concepto de *itinerarios terapéuticos transfronterizos* (ITT). Nuestro concepto recupera los principales planteamientos de la AMC latinoamericana sobre el pluralismo médico, así como los del paradigma de la movilidad (Tarrus, 2000). En este sentido, busca entender los *itinerarios terapéuticos* como un proceso de *movilidad de actores sociales* en el seno del *pluralismo médico* y en relación dinámica con una *territorialidad circulatoria* propia de las dinámicas de movilidad *transfronteriza*. Los itinerarios terapéuticos constituyen las formas cómo los actores sociales ejercen cotidianamente su derecho a la salud, orientados por los sentidos comunes que *surgen de y producen* procesos de articulación de saberes médicos, guiados por la necesidad práctica de cuidar la vida. Dicho empuje pragmático transgrede las fronteras imaginarias de los saberes médicos, generando nuevas formas de eficacia articuladora que constituyen un patrimonio colectivo intercultural. Dado que los itinerarios son prácticas de ejercicio del derecho a la salud, todo obstáculo a su devenir constituye una vulneración a este derecho y una forma de violencia estructural (Baratta, 1990; Galtung, 1969); a la vez, toda facilitación de dicha movilidad creativa constituye una forma de resistencia cotidiana a dicha violencia.

Los itinerarios terapéuticos producen a través de la articulación de saberes médicos nuevas territorialidades circulatorias basadas en un saber-circular que da origen a *geografías cotidianas transfronterizas* –parafraseando a Wilson (2003)–, siendo una nueva forma de

abordar el problema de la movilidad por salud. Por último, el énfasis puesto en los actores sociales y no en los agentes especializados de un saber médico nos permite visibilizar la contribución que la autoatención realiza a la salud colectiva, como referente de articulación pragmática sobre la cual se resuelve la mayoría de los problemas de salud (Menéndez, 1994). El carácter de movilidad (más aún transfronteriza) nos permite superar una concepción que sitúa demasiado insistentemente dicha autoatención al interior del espacio doméstico, pues amplía los procesos de articulaciones a todos los espacios relacionales entre saberes médicos y los localiza en una dimensión territorial dinámica como es la del territorio circulatorio transfronterizo así constituido. Dado que nuestra concepción territorial se apuntala en Tarrius, se asume que el territorio se define desde los saberes, por lo que valida a los saberes populares, indígenas, subalternos, no restringiéndose a la mirada hegemónica.

Nuestra propuesta de investigación es multidimensional en tanto incluye:

- *La dimensión de movilidad humana.* Para esto redefinimos el concepto de *itinerario terapéutico* (Augé, 1996; Sindzingre cit. en Perdiguero-Gil, 2006) desde el paradigma de la movilidad de Alain Tarrius, poniendo énfasis en los siguientes puntos: (i) la movilidad de los itinerarios terapéuticos se basa en un saber-circular por universos de normas locales; (ii) dicha movilidad funda legitimidades sociales; (iii) el saber-circular es el resultado de procesos de negociaciones entre actores y saberes médicos; (iv) la movilidad circulatoria propia de los itinerarios terapéuticos produce territorialidades. En consecuencia, en nuestro estudio trataremos de relevar los sentidos sociales asociados a la movilidad, en la medida en que dichos sentidos constituyen un saber-circular en la búsqueda por la salud. Dicho saber-circular, la memoria colectiva que ahí se configura y los procesos de legitimación negociada, serán los referentes para pensar la producción de una territorialidad específica en la cual se da (o no) el cumplimiento del derecho a la salud para los migrantes.

- *La dimensión ideológica (cultural).* Nuestro foco está puesto en la *articulación de saberes médicos*, pues en última instancia entendemos que lo que opera en la definición de los ITT son los *sentidos comunes* (Gramsci, 1986), entendidos estos como articulaciones de fragmentos ideológicos que participan de la producción de relaciones de hegemonía/subalternidad y que operan como soporte ideológico concreto de las prácticas que se despliegan en el ejercicio del derecho a la salud. Siendo este nuestro foco, nuestra consideración de la dimensión ideológica no se restringirá a él, pues el análisis de los procesos ideológicos es indispensable para todos los ámbitos de la vida social desde el punto de vista de la AMC.

• *La dimensión económico-política.* Entendemos esta como los procesos en los que se definen las condiciones materiales de la existencia al interior de un determinado modo de producción. Incluye los procesos de producción, distribución y consumo de mercancías y subjetividades, y está por lo tanto íntimamente ligada a los procesos de estratificación por clase social. En el caso de los ITT, se corresponde con el rol que juegan los modos de producción en la definición de al menos los siguientes tópicos: la organización de los sistemas nacionales de salud; el estatus económico que se le da a los bienes necesarios para cuidar de la salud; el impacto en la salud de los modelos de desarrollo; etc. La dimensión económico-política participa por tanto como una determinación importante de los itinerarios terapéuticos concretos, pues constituye la infraestructura para los procesos ideológicos ya reseñados.

• *La dimensión territorial.* En su sentido específico, nos interesa conocer la territorialidad que se produce por medio del saber-circular, en el uso de los distintos saberes médicos y para el ejercicio del derecho a la salud. Así, siguiendo a Tarrius, tomamos el concepto de territorialidad en relación dinámica con la movilidad humana y, dado que lo definimos desde la producción de un saber, damos cabida a la especificidad cultural de la relación de todo grupo humano con el territorio, en el sentido ya problematizado por Wilson (2003).

• *La dimensión corporal.* Si se ha sostenido que el concepto de itinerario terapéutico supera la distinción cuerpo/sociedad (Augé, 1996), nos interesa explorar este potencial heurístico interrogando en qué medida el cuerpo se construye a través de los itinerarios terapéuticos y sus territorialidades circulatorias. Al respecto, nuestra concepción no esencialista del PSEA, nos permite pensar que ni el cuerpo está constituido como una sustancia, ni la enfermedad está ya predefinida esencialmente en sus formas. Así, en el inicio del proceso de búsqueda de la salud no existe un cuerpo biológico ya enfermo, pues el itinerario no es un proceso sociocultural y económico-político que se añade externamente y con posterioridad a la enfermedad y al cuerpo. Menos aún, nos satisface la concepción cartesiana de cuerpo, incapaz de concebir las otras concepciones presentes en los saberes subalternizados. Nuestro concepto de cuerpo, pensado desde los problemas que plantea el pluralismo médico y la relación con una territorialidad circulatoria, lo entiende como un proceso de producción/articulación que se conforma desde el terreno ideológico que constituyen los saberes médicos en su articulación recíproca, dando origen a *corporalidades plurales*. Nos esforzamos por concebir dichas corporalidades plurales como procesos propios de los actores sociales, sin reducirlas a la corporalidad individual, supuesta en la hegemonía naturalista occidental. De esta manera, contribuimos a la superación de la concepción del cuerpo como esencia biológica para perfilarnos hacia una concepción de las *corporalidades plurales* de los *actores sociales* como entramado de determinaciones dinámicas sociales, culturales, económico-políticas y territoriales.

• *La dimensión de derechos.* Por último, concebimos los ITT como formas del ejercicio del derecho a la salud. Nos interesa verlos como indicadores del cumplimiento de los derechos y del ejercicio popular de la ciudadanía (Naranjo Giraldo, 2008). Así, toda limitación a la movilidad que le es propia, puede ser entendida como una vulneración de derechos y, por lo mismo, como una forma de violencia estructural (Baratta, 1990; Galtung, 2009).⁹ En cuanto a los derechos en materia de salud de las y los migrantes internacionales, estos están garantizados por la Convención Internacional de Protección de los Derechos de todos los trabajadores migrantes y sus familias y en todos los tratados internacionales relacionados.

Estas dimensiones no son excluyentes ni exhaustivas, pero sí permiten definir ciertos focos indispensables para el análisis de los *itinerarios terapéuticos transfronterizos*. Una de las formas de estudiarlos es sobre la base de la identificación de ciertos *patrones de movilidad*. Estos no resultan de una secuencia rígida, sino que se descubren en una relación compleja entre las características de los actores sociales (su adscripción a pueblos originarios, género, edad, nivel educacional, características ideológicas, etc.) y ciertos elementos del itinerario que funcionan como *nodos*. Los *nodos* no están predefinidos, sino que son emergentes del proceso del itinerario terapéutico, lo que no quiere decir que no existan condiciones o determinaciones, solo que son potenciales. Por tanto, deberá estudiarse cuáles son las condiciones efectivas que definen el itinerario terapéutico para cada actor social –no para cada individuo. Así, el patrón en el itinerario se descubre en la recurrencia de la dinámica del desplazamiento, y se puede evaluar en función de las *facilitaciones y obstáculos a la movilidad*, o lo que es lo mismo, en función de los obstáculos al ejercicio del derecho a la salud. De ese modo, lo que aparece es un complejo de *flujos* de movimiento, en los cuales distintos procesos, instituciones, actores o condiciones de toda índole (incluidos los llamados "espirituales", los agentes no-humanos y la materialidad de las políticas públicas, por ejemplo) participan como obstaculizadores o facilitadores del movimiento en su producción de un itinerario.

Conclusión

La revisión previamente realizada ha esbozado una panorámica de los estudios sobre el pluralismo médico y la movilidad humana que evidencia una serie de reduccionismos: la *movilidad* se reduce a la migración o a los itinerarios terapéuticos intrafronterizos; cuando se aborda la frontera, lo es solo de una manera estadocéntrica, invisibilizando las prácticas transfronterizas; el *pluralismo* se reduce a un monismo o a dualismos de saberes médicos y está raramente situado en un territorio, en un movimiento, en una corporalidad; cuando se

⁹ Si bien existen diferencias jurídicas en cuanto a la movilidad indígena y no indígena en virtud de la jurisprudencia internacional referida al derecho de movilidad en territorios respecto de los cuales existe una relación de ancestralidad, la dimensión de derechos aquí aludida debe ser capaz de incluir estas diferencias, así como los elementos en común.

sitúa, no considera la coexistencia de corporalidades, territorios ni movimientos; por último, el pluralismo se entiende preferentemente en términos socioculturales, dejando de lado la dimensión económico-política.

Estos múltiples obstáculos nos han hecho proponer una nueva aproximación para el estudio de las relaciones entre pluralismo médico y movilidad humana en contextos transfronterizos. Su novedad y utilidad radican en la producción de una propuesta que se plantea de manera crítica ante los principales *impases* epistemológicos develados en este campo. No volveremos sobre esto, pero sí nos interesa subrayar, como uno de nuestros principales aportes, la relación que definimos entre pluralismo médico, movilidad y corporalidad, pues nos interesa hacer el ejercicio teórico-metodológico de pensar la corporalidad como proceso que no preexiste a la trayectoria. Es decir, que será el itinerario terapéutico, en tanto totalidad de la movilidad a través de su deriva por un pluralismo médico espacializado, el que constituirá en los distintos momentos –y de manera proyectiva y retroactiva– cuerpos sanos, cuerpos diabéticos, cuerpos asustados, cuerpos pecadores, etc., según las derivas específicas de los actores por los saberes médicos.

Como señalamos en la introducción, quienes inspiraron nuestro trabajo son los migrantes y circulantes transfronterizos indígenas y no indígenas, quienes generan estrategias de reivindicación de su derecho a la salud. Observamos que esta búsqueda de una vida digna está inserta en procesos que aquí buscamos conceptualizar como *itinerarios terapéuticos transfronterizos*. Es por esto que nuestra apuesta teórico-metodológica pretende contribuir a esta búsqueda, visibilizando los procesos que conllevan a la vulneración de derechos y evidenciando la capacidad creativa de los actores en vínculo con sus territorios.

Referencias bibliográficas

- Arredondo López, A., Orozco Núñez, E., Wallace, S. y Rodríguez, M. (2013). Indicadores de gobernanza para el desarrollo de estrategias binacionales de protección social en la salud de los migrantes. *Saúde E Sociedade*, 22(2), 310-327.
- Augé, M. (1996). *El sentido de los otros*. Buenos Aires: Paidós.
- Baer, H. A. (1989). The American dominative medical system as a reflection of social relations in the larger society. *Social Science & Medicine*, 28(11), 1.103-1.112.
- Baer, H. A. (2003). Contributions to a critical analysis of medical pluralism. An examination of the work of Libbet Crandon-Malamud. En J. D. Koss-Chioino, T. Leatherman y C. Greenway, *Medical Pluralism in the Andes* (pp. 42-60). London: Routledge.

- Baer, H. A. (2011). Medical pluralism: An evolving and contested concept in medical anthropology. En M. Singer y P. Ericson. (Eds.), *A Companion to Medical Anthropology* (pp. 405-423). Oxford: Blackwell Publishing.
- Baer, H. A., Singer, M. y Johnsen, J. H. (1986). Toward a critical medical anthropology. *Social Science & Medicine*, 23(2), 95-98.
- Baratta, A. (1990). Derechos Humanos: entre violencia estructural y violencia penal. *Revista Del Instituto Interamericano de Derechos Humanos*, 11, 11-28.
- Baud, S. (2005). Esprits sauvages, citadins et maladie, quand la nature s' en mêle. *Bulletin-Société Suisse Des Américanistes*, 69, 21-33.
- Bell, D., Holliday, R., Ormond, M. y Mainil, T. (2015). Transnational healthcare, cross-border perspectives. *Social Science and Medicine*, 124, 284-289. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.014>
- Breilh, J. (2008). Latin American critical ('Social') epidemiology: New settings for an old dream. *International Journal of Epidemiology*, 37(4), 745-750. <http://doi.org/10.1093/ije/dyn135>
- Cabieses, B., Bernal, M. y McIntyer, A. (2017). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Santiago: Universidad del Desarrollo.
- Cant, S., y Sharma, U. (1999). *A new medical pluralism? Alternative medicine, doctors, patients and the state*. London: Routledge.
- CENSIDA/INSP. (2006). *Sida: Aspectos de salud pública*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Cipriano, M. (2013). *D'un corps à l'autre: les corps à l'épreuve de la santé publique. Représentations et pratiques relatives aux corps et aux soins dans un village des Andes sud-péruviennes* (Tesis doctoral en Etnología). Universidad de Montpellier 3, Montpellier.
- Connell, J. (2015). From medical tourism to transnational health care? An epilogue for the future. *Social Science and Medicine*, 124, 398-401.

- Courtis, C., Liguori, G. y Cerrutti, M. S. (2010). *Migración y salud en zonas fronterizas: el Estado Plurinacional de Bolivia y la Argentina*. Santiago: CEPAL.
- Crandon-Malamud, L. (1986). Medical dialogue and the political economy of medical pluralism: a case from rural highland Bolivia. *American Ethnologist*, 13(3), 463-476.
- Crandon-Malamud, L. (1991). *From the Fat of our Souls: Social Change, Political Process, and Medical Pluralism in Bolivia*. Berkeley: University of California Press.
- Cummins, S., Curtis, S., Diez-Roux, A. V y Macintyre, S. (2007). Understanding and representing “place” in health research: A relational approach. *Social Science and Medicine*, 65(9), 1.825-1.838.
- De Sousa Santos, B. (2010). *Para descolonizar el occidente*. Buenos Aires: CLACSO.
- Dilger, H., Kane, A. y Langwick, S. (2012). *Medicine, mobility, and power in global Africa: Transnational health and healing*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Dunn, F. L. (1976). Traditional asian medicine and cosmopolitan medicine as adaptive systems. En Ch. Leslie, *Asian Medical Systems: A Comparative Study* (pp. 133-158). New York: University of California Press.
- Duviols, P. (1978). Un symbolisme andin du double: la lithomorphose de l'ancêtre. *Actes du XLIIe Congrès International des Américanistes, Vol. 4* (pp. 359-364) (París, 2-9 septembre 1976).
- Fassin, D., Costa-lascoux, M. J. y Hily, M. M. (2017). L'altérité de l'épidémie. Les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration. *Revue Européenne Des Migrations Internationales*, 17(2), 139-151.
- Feixa, C. (2008). Más allá de Éboli: Gramsci, De Martino y el debate sobre la cultura subalterna en Italia. *El folklore progresivo y otros ensayos* (pp. 13-66). Barcelona: MACBA.
- Fortin, S., y Laprise, E. (2007). L'espace clinique comme espace social. En M. Cagnet y C. Montgomery, *L'éthique de L'altérité* (pp. 191-214). Montréal: Les Presses de

l'Université Laval.

Foster, G. M. (1970). Disease etiologies in non-western medical systems. *American Anthropologist*, 78(4), 773-782.

Galtung, J. (1969). Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research* 6(3), 167-191.

García Hierro, P. (2004). Territorios indígenas: tocando las puertas del derecho. En A. Surrallés y P. García Hierro (Eds.), *Tierra adentro: territorio indígena y percepción del entorno* (pp. 277-306). Copenhagen: IWGIA

Gesler, W. M. (1992). Therapeutic landscapes: Medical issues in light of the new cultural geography. *Social Science and Medicine*, 34(7), 735-746.

Glinos, I. A., Baeten, R., Helble, M. y Maarse, H. (2010). A typology of cross-border patient mobility. *Health and Place*, 16(6), 1.145-1.155. <http://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.08.001>

Gramsci, A. (1986). *Cuadernos de la cárcel. Edición crítica del Instituto Gramsci a cargo de Valentino Gerratana. Tomo 4*. México: Ediciones Era.

Hampshire, K. R. y Owusu, S. A. (2013). Grandfathers, Google, and dreams: Medical pluralism, globalization, and new healing encounters in Ghana. *Medical Anthropology* (32)3, 247-265.

Holland, W. R. (1963). *Medicina maya en los altos de Chiapas: un estudio del cambio socio-cultural*. México: Instituto Nacional Indigenista.

Hsu, E. (2008). Medical pluralism. En H. Heggenhougen, *International Encyclopedia of Public Health. Vol. 4* (pp. 316-321). New York: Academic Press.

Izerrougene, B. (2009). O desafio da integração social no mercosul. *Cadernos PROLAM*, 2, 100-112.

Jelin, E. (2006). *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. Buenos Aires: IDES.

- Kleinman, A. M. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine*, 12(2B), 85-95.
- Knipper, M. (2006). El reto de la “medicina intercultural” y la historia de la “medicina tradicional” indígena contemporánea. En G. Fernández Juárez (Ed.), *Salud e interculturalidad en América Latina: Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 413-432). Quito: Abya-Yala.
- Lambert, H. (2012). Medical pluralism and medical marginality: Bone doctors and the selective legitimation of therapeutic expertise in India. *Social Science & Medicine*, 74(7), 1.029-1.036.
- Laurell, A. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25.
- Leah Gold, C. y Clapp, R. (2011). Negotiating health and identity: Lay healing, medicinal plants, and indigenous healthscapes in Highland Peru. *Latin American Research Review*, 46(3), 93-111.
- Leslie, C. (Ed.) (1976). *Asian Medical Systems: A Comparative Study*. Berkeley: University of California Press.
- Liberona Concha, N. y Mansilla, M. Á. (2017). Pacientes ilegítimos. Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. *Salud Colectiva*, 13(3), 507-520.
- Martínez Soto-Aguilar, G. (1983). Los dioses de los cerros en los Andes. *Journal de La Société Des Américanistes*, 69(1), 85-115.
- Macartney, J. I. y Wahlberg, A. (2014). The problem of complementary and alternative medicine use today: eyes half closed? *Qualitative Health Research*, 24(1), 114-23.
- Martínez-Hernández, Á. (2008). *Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- Menéndez, E. L. (1981). *Poder, estratificación y salud: análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: Ediciones de la Casa Chata.
- Menéndez, E. L. (1983). *Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención*

(gestión) en salud. México: Cuadernos de la Casa Chata-CIESAS.

Menéndez, E. L. (1984). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia modelo de autoatención en salud. *Arxiu D'etnografia de Catalunya*, 3, 84-119

Menéndez, E. L. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.

Menéndez, E. L. (1996). El saber popular como proceso de transformación: tipos de articulación entre la biomedicina y la medicina popular. En J. A. González Alcantud y S. Rodríguez Becerra (Eds.), *Creer y curar: la medicina popular* (pp. 31-63). Granada: Diputación Provincial de Granada.

Menéndez, E. L. (2002). *La parte negada de la cultura*. Barcelona: Bellaterra.

Menéndez, E. L. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 14, 33-69.

Menéndez, E. L. (2012). Antropología médica. Una genealogía más o menos autobiográfica. *Gazeta de Antropología*, 28(3), 1-8.

Miles, A. y Leatherman, T. (2003). Perspectives on medical anthropology in the Andes. En J. D. Koss-Chioino, T. Leatherman y C. Greenway, *Medical Pluralism in the Andes* (pp. 3-15). London: Routledge.

Molina-Salas, Y., Lomas-Campos, M. D. L. M., Romera-Guirado, F. J. y Romera-Guirado, M. J. (2014). Influencia del fenómeno migratorio sobre la tuberculosis en una zona semiurbana. *Archivos de Bronconeumología*, 50(8), 325-331. <http://doi.org/10.1016/j.arbres.2014.01.009>

Naranjo Giraldo, G. (2008). Migrantes y desplazados en las fronteras culturales y políticas de la ciudad... ¿cuál ciudadanía? *Cultura Urbana*, 5,1-14.

OMS. (2003). *Migración internacional, salud y derechos humanos*. Ginebra: OMS.

Orlove, B. S. (1977). Inequality among peasants: The forms and uses of reciprocal exchange in Andean Peru. En R. Halperin y J. Dow (Eds.), *Peasant Livelihood: Studies in Economic Anthropology and Cultural Ecology* (pp. 201-226). Nueva

York: St. Martin's Press.

Perdiguero-Gil, E. (2006). Una reflexión sobre el pluralismo médico. En G. Fernández Juárez (Ed.), *Salud e interculturalidad en América Latina: Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Abya-Yala.

Piñones Rivera, C. (2015). *La mala hora. Articulaciones en el pluralismo médico de agricultores precordilleranos aymaras chilenos* (tesis doctoral en Antropología). Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

Press, I. (1969). Urban illness: Physicians, curers and dual use in Bogota. *Journal of Health and Social Behavior*, 10(3), 209-218.

Rainham, D. (2009). *Human Healthscapes as an Approach to Measuring Context in Research on Place and Health* (tesis doctoral en Population Health). University of Ottawa, Ottawa.

Rainham, D., McDowell, I., Krewski, D. y Sawada, M. (2010). Conceptualizing the healthscape: Contributions of time geography, location technologies and spatial ecology to place and health research. *Social Science and Medicine*, 70(5), 668-676. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.035>

Singer, M. (1990). Reinventing medical anthropology: Toward a critical realignment. *Social Science & Medicine*, 30(2), 179-187. [http://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90078-7](http://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90078-7)

Stoner, B. P. (1986). Understanding medical systems: Traditional, modern, and syncretic health care alternatives in medically pluralistic societies. *Medical Anthropology Quarterly*, 17(2), 44-48.

Tapia Ladino, M. (2015). Frontera, movilidad y circulación reciente de peruanos y bolivianos en el norte de Chile. *Estudios Atacameños*, 50, 195-213.

Tapia Ladino, M., Liberona Concha, N., y Contreras, Y. (2017). El surgimiento de un territorio circulatorio en la frontera chileno-peruana: estudio de las prácticas socio-espaciales fronterizas. *Revista de Geografía Norte Grande*, 66, 117-141.

Tarrius, A. (2000). Leer, describir, interpretar. Las circulaciones migratorias: conveniencia de la noción de "territorio circulatorio". Los nuevos hábitos de la identidad.

Relaciones, XXI(83), 38-66.

Thorsen, R. S. (2015). Conceptualizations of pluralistic medical fields: Exploring the therapeutic landscapes of Nepal. *Health and Place*, 31, 83-89. <http://doi.org/10.1016/j.healthplace.2014.11.004>

Unschuld, P. U. (1975). Medico-cultural conflicts in Asian settings: an explanatory theory. *Social Science & Medicine*, 9(6), 303-312.

Vialard, L., Squiban, C., Fournet, F., Salem, G. y Foley, E. (2017). Toward a socio-Territorial approach to health: Health equity in West Africa. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(1), 1-23. <http://doi.org/10.3390/ijerph14010106>

Waldman, T. C. (2011). Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo. *Revista de Direito Sanitário*, 12(1), 90-114.

Weiner, A. B. (1992). *Inalienable Possessions*. Berkeley: University of California Press.

Wilson, K. (2003). Therapeutic landscapes and first nations peoples: An exploration of culture, health and place. *Health and Place*, 9(2), 83-93. [http://doi.org/10.1016/S1353-8292\(02\)00016-3](http://doi.org/10.1016/S1353-8292(02)00016-3)