



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Unidad Xochimilco

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA
SALUD.

MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL.

**Medicina Tradicional en los servicios de salud del
CESSA, Amealco, a través de la Interculturalidad en
Salud.**

Idónea Comunicación de Resultados, para obtener
el grado de Maestra en:

MEDICINA SOCIAL

PRESENTA:

Alma Benita Cruz González

COMITÉ

Director: Dr. Jorge Alberto Álvarez Díaz

Asesor: Dr. Alfredo Paulo Maya.

27 de mayo del 2023, Ciudad de México.

Resumen

La desigualdad en salud que han presentado históricamente los pueblos indígenas de México se refleja en la subordinación y poder del modelo médico-hegemónico para las prácticas de medicina tradicional indígena, revelando la creciente y constante lucha de la medicina tradicional por subsanar parcialmente las deficiencias en salud de las comunidades indígenas en territorios donde los servicios de salud suelen ser deficientes.

Esta hegemonía de los servicios médico-institucionalizados sobre la medicina tradicional de los pueblos indígenas ha obviado el proceso conflictivo, antagónico y de poder que se presenta entre dos o más culturas, excluyendo aquellos saberes y prácticas que parten de una concepción indígena.

Las acciones ejecutadas a través de las políticas de Interculturalidad en Salud han generado una respuesta social que, denota la integración de procesos interculturales en salud contemporáneos traducidos en un Interculturalismo asistencial en salud, donde resalta la intervención de ciertos actores involucrados, médicos, políticos, médicos tradicionales y por supuesto integrantes de las comunidades y pueblos indígenas de México. Esto ha generado un debate ideológico ante las posiciones a veces incongruentes, con lo que buscan estas políticas de interculturalidad en salud y la respuesta adecuada con pertinencia cultural y de necesidades que se esperan del programa (Walsh, 2012).

Palabras clave: Interculturalidad en salud, Medicina tradicional, Servicios de salud.

Jorge Álvarez 

Contenido

Agradecimientos.....	5
Introducción.....	6
1. Presentación general de la Investigación.....	7
1.1 Planteamiento del problema.....	7
1.2 Pregunta de investigación.....	9
1.3 Objetivos.....	9
1.4 Metodología.....	10
1.5 Características de la comunidad.....	18
1.6 Aspectos Éticos.....	21
2. Marco teórico conceptual.....	24
2.1 Servicios de Salud.....	24
2.2 Medicina tradicional.....	26
2.3 Interculturalidad en salud.....	32
3. Procesos históricos de las relaciones entre medicina tradicional e instituciones.....	45
3.1 Antecedentes internacionales.....	45
3.2 Antecedentes nacionales.....	46
3.3 Marco legal.....	50
4. Resultados.....	53
4.1 Encuentros entre ideologías “tradicionales” e institucionales.....	53
4.2 La institución como nuevo espacio de la medicina tradicional.....	57
4.3 (Re) Construcción de los saberes tradicionales indígenas a partir de la interculturalidad en salud.....	62
4.4 Debates, realidades y experiencias de la interculturalidad en salud.....	68
4.5 La permanente reflexión de las medicinas tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud.....	76
5. Discusión.....	84
5.1 Interculturalidad en salud: discurso neoliberal para la Medicina tradicional indígena.....	84
5.2 Fortalezas y limitaciones de la interculturalidad en salud para el estudio de las medicinas tradicionales.....	85
5.3 (Re)pensar la interculturalidad crítica en salud para abordar las medicinas tradicionales.....	88
Conclusiones.....	90

Referencias	93
Anexos	100
Abreviaturas	106

Agradecimientos.

Cruzar los caminos con cada una de las personas que influyeron directa o indirectamente, ha permitido construir cada palabra que en este texto.

A mi madre, Irma, que aun en la ausencia sigue dando vida a cada momento, por el camino que logramos construir juntas y por construirme en un cuerpo como el suyo.

A mi padre, no puede existir un hombre más valiente que haya coexistido conmigo, en la belleza absoluta de esta aventura y por las enseñanzas de (y por) la vida misma.

Este texto representa un diálogo más amplio no solo con los presentes, sino con otros que están ausentes. Gracias infinitas a Mariana Arias, por ser una persona clave y fundamental para que pudiera realizar la intervención en Amealco.

A cada una de las personas que llevan en su mente el conocimiento de la medicina tradicional indígena, gracias por su lucha y resistencia. Con aprecio, por su paciencia y apoyo, porque cada palabra ha sido un dato fundamental para este texto.

Gracias a la UAM-Xochimilco, quien logro enriquecerme de experiencias, aprendizajes y acompañamiento en este proceso creativo; especialmente a Jorge Alberto Álvarez Díaz, por sus valiosas observaciones, por minuciosamente monitorear y transformar cada decisión, que culmina con esta investigación.

Al Dr. Alfredo, excelente investigador y experto en Interculturalidad; sus comentarios siempre fueron muy potentes y llenos de certeza. A la Dra. Elia, Ángeles y Alejandro, por su esfuerzo otorgado para la conclusión de este proceso.

A cada sujeto y sujeta que me escuchó hablar de este tema, por obligación o por convicción, porque esas pláticas aportaron mucho a mi pensamiento. Cada comentario, saber y sentimiento, me permitieron construir una postura que ahora mira con otros lentes la interculturalidad.

Introducción.

La desigualdad en salud que han presentado históricamente los pueblos indígenas de México se refleja en la subordinación y poder del modelo médico-hegemónico para las prácticas de medicina tradicional indígena, revelando la creciente y constante lucha de la medicina tradicional por subsanar parcialmente las deficiencias en salud de las comunidades indígenas en territorios donde los servicios de salud suelen ser deficientes.

Esta hegemonía de los servicios médico-institucionalizados sobre la medicina tradicional de los pueblos indígenas ha obviado el proceso conflictivo, antagónico y de poder que se presenta entre dos o más culturas, excluyendo aquellos saberes y prácticas que parten de una concepción indígena.

Las acciones ejecutadas a través de las políticas de Interculturalidad en Salud han generado una respuesta social que, denota la integración de procesos interculturales en salud contemporáneos traducidos en un Interculturalismo asistencial en salud, donde resalta la intervención de ciertos actores involucrados, médicos, políticos, médicos tradicionales y por supuesto integrantes de las comunidades y pueblos indígenas de México. Esto ha generado un debate ideológico ante las posiciones a veces incongruentes, con lo que buscan estas políticas de interculturalidad en salud y la respuesta adecuada con pertinencia cultural y de necesidades que se esperan del programa (Walsh, 2012).

La interculturalidad en salud ha sido interpretada de distintas maneras según las posiciones que se asuman, impidiendo avanzar en esquemas que articulen la dimensión sociocultural y el proceso salud enfermedad de los colectivos indígenas con las instituciones de salud, manteniendo una posición que resalta tanto la hegemonía como el poder en contextos neoliberales, exhibiendo los patrones de desigualdad que mantienen las comunidades y pueblos indígenas.

Sin embargo, el proyecto de interculturalidad en salud, que busca integrar las medicinas tradicionales indígenas a los servicios de salud, en el Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA), en Amealco, ha sido el reflejo de experiencias situadas en contextos de subordinación y discriminación, colocando a los médicos y médicas tradicionales indígenas, a una transformación y adaptación del conocimiento indígena, a formas de reproducción que logren responder a las exigencias de un modelo capitalista.

1. Presentación general de la Investigación.

1.1 Planteamiento del problema.

La interculturalidad en salud en México, como propuesta de Estado, se ha dedicado entre otras cosas, a establecer vínculos entre la medicina tradicional indígena y la medicina biomédica, mediante la creación de espacios institucionales denominados Mixtos, como el caso del Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA), a través de propuestas que establecen relaciones de respeto y horizontalidad.

Por tanto, el reconocimiento a la diversidad de ideologías y saberes que parten de la integración de las medicinas tradicionales a los servicios de salud, se ha construido bajo los aportes de la interculturalidad en salud, generando al interior de esta como política y programa, un conflicto de intereses y de poder; así como conflictos al entendimiento epistemológico que determina ciertos procesos impregnados en los discursos y prácticas.

De esta manera las posiciones que se han perpetuado, han sido relaciones de subordinación y poder que mantiene el modelo médico-hegemónico sobre otras prácticas, generando que los médicos tradicionales indígenas que se integran a los servicios públicos de salud tengan que cambiar y, adaptar tanto ideologías como saberes para poder mantener una relación de convivencia, legitimidad institucional y empleos.

Reducir las ideologías en medicina tradicional a una práctica individual y curativa, sin mirar la permanencia conforme a los procesos de carácter social, político y económico (Carrillo, 2006), que representa su interacción con las instituciones de salud, omite los fenómenos culturales concebidos a partir de una identidad indígena que ha sido subalternizada desde el planteamiento discursivo de la interculturalidad en salud.

Como parte del orden simbólico de las comunidades indígenas, la medicina tradicional sigue siendo practicada en espacios comunitarios de Amealco, comunidad Otomí en el estado de Querétaro, y más recientemente en espacios institucionales en el Centro de Salud con Servicios Ampliados, donde a través de las políticas de interculturalidad en salud, se busca establecer relaciones de convivencia y respeto entre dos modelos de atención distantes en ideologías, prácticas y representaciones, pero vale la pena cuestionarnos como estas relaciones de complementariedad han sido colocadas por un sistema médico institucional absorbido por el pensamiento hegemónico.

Pensando en la pluralidad de las prácticas para ambas medicinas, por un lado, la manifestación actual de la medicina de carácter científico como paradigma hegemónico, positivista y el carácter cultural de la medicina tradicional en la que se recrea la visión de una filosofía de la Salud-enfermedad-atención, pone en discusión el carácter colonizador y de dominio en esta interacción, que se ve reflejada en las ideologías de los actores (médicos y médicas tradicionales).

Poner en evidencia el carácter cambiante de la medicina tradicional indígena no como modelo de atención estático en un entorno institucional, nos permite mirar como desde el relato, lo asumido en las teorías y prácticas interculturales, estas, pueden ser complementarias al modelo médico-hegemónico. Lo que se expone a nivel comunitario son las complejidades de los diferentes actores indígenas que no han logrado intervenciones resolutivas de atención a los procesos salud-enfermedad-atención en ámbitos socioculturalmente heterogéneos donde resaltan la pobreza y exclusión.

Los aportes de la medicina social nos proporcionó elementos teóricos para el análisis, interpretación y crítica, sobre cómo ha sido el proceso de integración de la medicina tradicional a los servicios de salud con el modelo médico hegemónico, así como la respuesta de los médicos tradicionales que conforman, conformaron y que nunca han participado en el servicio de Medicina Tradicional del CESSA en Amealco, Querétaro, bajo estas propuestas de interculturalidad en salud; como parte de la supuesta relación entre dos modelos de atención a la salud y el respeto mutuo entre ellas, orientado a la satisfacción de las necesidades humanas que exigen un análisis de la realidad cambiante como fenómeno simbólico inconsciente de la colectividad que responde a un sistema capitalista neoliberal.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cómo ha sido el proceso de integración de las medicinas tradicionales a los servicios de salud en el CESSA, Amealco, a través del programa de interculturalidad en salud?

1.3 Objetivos

- **Objetivo general.**

Analizar como ha sido el proceso de integración de las medicinas tradicionales a los servicios de salud en el CESSA, Amealco, a través del programa de interculturalidad en salud.

- **Objetivos específicos.**

1. Analizar la política de interculturalidad en salud en el sistema de salud mexicano.
2. Analizar el programa de “fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional”; para la integración de la medicina tradicional en el CESSA, Amealco.

3. Contrastar los objetivos del programa de “fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional” con la percepción de los médicos tradicionales sobre la incorporación de la medicina tradicional al CESSA, Amealco.
4. Describir las relaciones de complementación y/o contradicción que emergen en torno a la relación, medicina tradicional-modelo médico hegemónico, en un entorno de interculturalidad en salud.
5. Interpretar el significado de las ideologías de los médicos tradicionales que han o no colaborado con el CESSA de Amealco.

1.4 Metodología.

Se realizó una investigación de tipo cualitativa; con un posicionamiento crítico basado en la naturaleza de los estudios Críticos del discurso de Van Dijk.

Se utilizaron los recursos metodológicos de recolección y análisis de la información: Investigación documental y análisis cualitativo de contenido, entrevistas semiestructuradas y procesamiento de la información a través del análisis del discurso crítico de Van Dijk (Tabla 1).

Para lograr comprender lo descrito en las siguientes páginas de la intervención metodológica se presenta esta tabla como resume de lo que se realizó y que nos permitió abordar el objetivo general y específicos de esta investigación.

Tema de investigación	Pregunta de investigación	Objetivo general	Objetivos específicos	Métodos	Instrumentos de investigación
Integración de la medicina tradicional a los servicios de salud en el CESSA, Amealco a través de la interculturalidad en salud”	¿Cómo ha sido el proceso de integración de las medicinas tradicionales a los servicios de salud en el CESSA, Amealco, a través de la interculturalidad en salud?	Analizar como ha sido el proceso de integración de las medicinas tradicionales a los servicios de salud en el CESSA, Amealco, a través de la interculturalidad en salud	Analizar la política de interculturalidad en salud en el sistema de salud mexicano.	Cualitativo	Revisión documental
			Analizar el programa de “fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional”; para la integración de la medicina tradicional en el CESSA, Amealco.	Cualitativo	Revisión documental Análisis de contenido
			Contrastar los objetivos del programa de “fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional” con la percepción de los médicos tradicionales sobre la incorporación de la medicina tradicional al CESSA, Amealco.	Cualitativo	Entrevistas semiestructuradas.
			Comprender las relaciones de complementación y/o contradicción que emergen en torno a la relación de la medicina tradicional y del modelo médico hegemónico, en un entorno de interculturalidad en salud.	Cualitativo	Transcripción Análisis crítico del discurso
			Interpretar el significado de las ideologías y prácticas de los médicos tradicionales que han o no colaborado con el CESSA de Amealco.	Cualitativo	Análisis crítico del discurso

Tabla 1: Elaboración propia.

❖ **Estudio/Análisis crítico del discurso.**

El análisis crítico del discurso de Van Dijk, me permitió sustentar el abordaje a las interacciones en contextos institucionales y comunitarios donde se aplica la interculturalidad en salud, que a través del discurso oficial ha perpetuado ciertas ideologías en las y los médicos tradicionales que han colaborado o no en el CESSA. Este instrumento de dominación, perpetuado a través del discurso, contribuye a la construcción de relaciones de subordinación, discriminación y racismo, que crea estructuras de dominación a partir de la comunicación (Van Dijk, 2003).

El análisis crítico del discurso me proporciono los recursos teóricos y dialécticos para caracterizar e interpretar el significado de las manifestaciones ideológicas que surgen en los textos oficiales del Estado y en las y los médicos tradicionales, a partir, de sus experiencias situadas como resultado de discursos que sustentan un orden social dirigido a ciertos grupos, específicamente marginados y excluidos históricamente bajo políticas que se han denominado como de interculturalidad en salud dentro de sus lógicas funcional y relacional que señala Catherine Walsh (2012).

❖ **Entrevistas semiestructuradas.**

Se desarrolló un diseño flexible que permitió establecer la comunicación directa con él y las sujetas protagónicas del área de medicina tradicional, dentro y fuera del CESSA.

Se realizaron 15 entrevistas semiestructuradas, que incluía a:

- Aquellos médicos y médicas tradicionales del área de medicina tradicional del CESSA, que se han mantenido alejados del entorno comunitario, y se han insertado en espacios institucionales, donde han podido emerger hechos como fenómenos sociales coyunturales para la medicina tradicional, considerando las acciones, ideologías y situaciones que toman un nuevo significado.

- Actores de la medicina tradicional que no han tenido alguna relación dentro del CESSA, cuya construcción de significados se orientan en el ámbito comunitario y de acuerdo a las cosas que le rodean desde sus ideologías o creencias personales.

Se diseñó una guía de entrevista para seguir los temas previstos y dar continuidad durante la conversación. Esta, guía de entrevista, buscó retomar los 16 objetivos planteados en el “Programa de fortalecimiento a los servicios de salud con medicina tradicional” y contrastarlos con la realidad subjetiva de los médicos tradicionales de la comunidad de Amealco (Anexo 1).

- ❖ Se realizó el reconocimiento de campo y acercamiento a la comunidad, a través de los informantes clave.
- ❖ El trabajo de campo se realizó en mayo del 2023.
- ❖ Las entrevistas se realizaron fuera de la institución, (casas de los participantes), para mantener un ambiente de confianza y respeto.
- ❖ Se utilizó una grabadora para el registro de la información durante las entrevistas. .
- ❖ Redacción de diario de campo que permitió hacer anotaciones pertinentes, durante el trabajo de campo, para registrar una vez terminada la entrevista aquellos aspectos fuera del audio, notas personales y metodológicas que sirvieron para completar el análisis.
- ❖ Las entrevistas se terminaron ese mismo mes, para posteriormente realizar el análisis de resultados en los meses siguientes del 2023.
- ❖ Posteriormente, el análisis de la información se llevó a cabo utilizando el software Atlas. Ti.

Selección de participantes

Se buscó tomar representatividad de cada una de las áreas de medicina tradicional en el caso de las entrevistas a aquellos que mantiene una relación institucional con del CESSA. Por lo tanto, las y los sujetos que participaron representan la diversidad de técnicas y métodos que se realizan dentro de las medicinas tradicionales, bajo

la libre autodenominación y reconocimiento comunitario que han ido construyendo de acuerdo a sus conocimientos y prácticas.

Considerando el número de médicos y médicas tradicionales que colaboran o no en el CESSA, Amealco:

- Curandera (1).
- Temazcalero (1).
- Medicina alternativa (3).
- Farmacia verde (2).
- Huesero (1).
- Parteras (2).
- Recepcionista/traductora (curandera) (2).
- Médicos tradicionales laboraron en el servicio pero ya no se encuentran activos. (1).
- Médicas tradicionales que nunca han laborado en el CESSA (2).

De esta manera se clasifica en tres grupos a los participantes:

- Médicos (as) tradicionales que se mantienen activos en el CESSA
- Médicos (as) tradicionales, que alguna vez han trabajado en la institución.
- Médicos (as) tradicionales, que nunca han colaborado con la institución.

❖ **Prueba piloto de entrevistas:**

Se realizaron dos pruebas piloto, previo a la intervención en campo:

1. Médico tradicional del Estado de México que participa en el programa de Salud Intercultural de la Clínica de Salud Intercultural en el Estado de México.
2. Profesional de la salud que colaboró en el CESSA, Amealco en el área de medicina alternativa, durante su servicio social.

Esto nos ayudó a replantear la guía de entrevistas-semiestructuradas.

❖ Investigación documental

Utilice las técnicas de acopio de información, de acuerdo a las unidades de análisis.

Primero se definió el tipo de búsqueda

- Marco legal y normativo (Nacional e internacional).
- Planes y programas nacionales de interculturalidad en salud

-Marco legal y normativo

- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Refiriendo a los artículos 1ro y 4to
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>
- LEY GENERAL DE SALUD
www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/doc/142.doc
- REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE SALUD (Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones)
www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n23_10ene11.doc
- PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD 2013–2018
- LEY DE INTERCULTURALIDAD, ATENCIÓN A MIGRANTES Y MOVILIDAD HUMANA EN EL DISTRITO FEDERAL
<http://www.aldf.gob.mx/archivoe800ffd58570472c879df856002040c5.pdf>
- Norma oficial mexicana
 - NORMA Oficial Mexicana NOM-248-SSA1-2011, Buenas prácticas de fabricación para establecimientos dedicados a la fabricación de remedios herbolarios.
 - NOM-017-SSA3-2012, Regulación de servicios de salud. Para la práctica de la acupuntura humana y métodos relacionados

- Plan Nacional de Desarrollo, 2019-2024.

-Programas

- Recuperación histórica del programa de medicina tradicional indígena (relación de acciones, logros y aprendizajes a lo largo de la existencia de la dirección de medicina tradicional y desarrollo intercultural).
- “Competencias interculturales para el personal de salud”.
- Lineamientos interculturales para el diseño y operación de programas de salud.
- Fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional.
- Modelo de salud intercultural en el contexto de la atención primaria, la salud comunitaria y el fortalecimiento de las redes y servicios de salud y modelos clínico-terapéuticos de fortalecimiento de la salud ante la epidemia de covid-19.
- Interculturalidad en salud: síntesis ejecutiva.
- Metodología intercultural para la realización de consultas informadas.
- Guía de implantación/implementación: lineamientos interculturales para la operación de los servicios de salud.
- Lineamientos interculturales para el personal de los servicios de salud.
- El hospital sustentable intercultural, una propuesta para el fortalecimiento de los servicios de salud, en armonía con el medio ambiente, tomando en cuenta la multiculturalidad nacional.
- Interculturalidad en salud “guía de valoración intercultural basal para centros de salud y hospitales”.
- El enfoque intercultural, herramienta para apoyar la calidad de los servicios de salud.
- Acreditación de unidades de salud con criterios de interculturalidad.
- Promoción de la salud con perspectiva intercultural.

-Instituciones

- ❖ Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. (A cargo desde el 2003 por el Dr. José Alejandro Almaguer González y hasta la fecha).
- ❖ Farmacopea Mexicana.

- ❖ Instituciones educativas e interculturales.
- ❖ Hospitales mixtos
- ❖ Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA), Amealco, Querétaro.
- ❖ Hospital en Cuetzalan, Puebla.
- ❖ Hospital en Jesús María, Nayarit.
- ❖ Hospital de las Culturas, San Cristóbal de las Casas, Chiapas.
- ❖ Clínica de Salud Intercultural, Estado de México.

Análisis cualitativo de contenido.

- Definir el documento para análisis.
 - Guía de implantación: fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional (2020).
Documento emitido por la Dirección de medicina tradicional y desarrollo intercultural en el periodo 2012-2013, institución a cargo desde el año 2002 por el Dr. José Alejandro Almaguer González.
- Recopilación de información
 - Para la comprensión del programa de interculturalidad en salud derivado de las políticas interculturales
- Definir unidades de análisis.
- Análisis de la información utilizando Atlas. Ti.

❖ Análisis e interpretación de la información.

Para poder interpretar los resultados del análisis de contenido y de las entrevistas semiestructuradas, se tomó una postura crítica basada en la dimensión discursiva de Van Dijk (1994).

Es importante mencionar que el análisis del discurso es, una de las principales líneas de reflexión para el desvelamiento de las ideologías desde la contemplación de los efectos del poder y de la dominación, a través de los discursos en complejos sistemas de dominación y subordinación (Gordon, 2008). Para el caso de la interculturalidad en salud, como política que busca incorporar las medicinas tradicionales a contextos institucionales, resulta de mucha importancia, pues el discurso político se ha apoderado de esta categoría.

Se construyeron categorías y subcategorías de análisis que nos permitieron entender los procesos que emergen después de la realización de las entrevistas y el análisis de contenido. Una vez producida, la categorización se contrastó con el marco teórico y se aterrizó en describir las ideas y el proceso cognoscitivo que describe las relaciones entre las diversas categorías, para la descripción de los resultados y la discusión.

1.5 Características de la comunidad.

Amealco de Bonfil se localiza al sur del Estado de Querétaro. Su nombre proviene del náhuatl Ameyalco o Amellayi y significa “lugar de manantiales”, siendo reconocida en 1538 por los españoles. Se encuentra a una altitud de 2600 msnm. Cuenta con una diversidad cultural reconocida por su cocina prehispánica y por las muñecas artesanales que representan el legado de ancestros que resguardan la tradición, cultura y niñez, creadas por mujeres otomíes (ñãño), siendo esta la etnia que aún prevalece en la zona, característica que, entre otras, permitió se le otorgará el reconocimiento de pueblo mágico a partir de 2018.

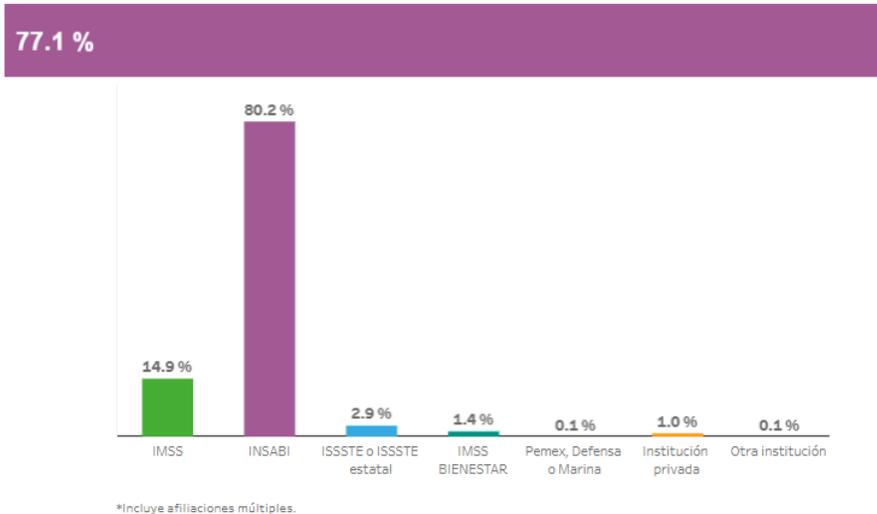
Así mismo, un 18.69% de la población total habla lengua indígena, de este porcentaje un 99% habla otomí y un 0.3% náhuatl. Mientras que un 3.86% de la población que hablan lengua indígena no hablan español (INEGI, 2020).

Es un municipio que se localiza en el Estado de Querétaro, limitando con San Juan del Río y Huimilpan, al este con el Estado de México; al sur y oeste con el Estado de Michoacán. Cuenta con 171 localidades, y una población de 66, 841 personas, representando el 2.8% de la población estatal (INEGI 2020).

Existe un porcentaje del 77.1% de las personas que se encuentran afiliadas a servicios de salud donde:

Afiliación a servicios de salud

Población afiliada*



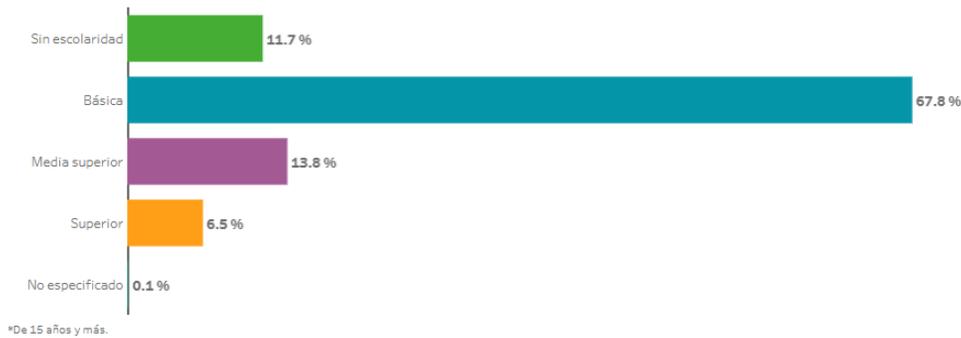
Fuente: INEGI, 2020

- Cuenta con una población de 66, 841 habitantes, donde 34,606 son mujeres y 32,235 hombres, es decir por cada 100 mujeres hay 93.15 hombres (INEGI 2020).
- En el mismo año había en el municipio 13,824 hogares (3.1% del total de hogares en la entidad), de los cuales 3,237 estaban encabezados por jefas de familia (3% del total de la entidad) (CONEVAL 2020).
- El grado promedio de escolaridad de la población de 15 años o más en el municipio era de:

Características educativas



Población según nivel de escolaridad*



Fuente: INEGI, 2020

- Las unidades médicas en el municipio eran 16 (6.5% del total de unidades médicas del estado) (CONEVAL 2020).
- El personal médico era de 54 personas (2% del total de médicos en la entidad) y la razón de médicos por unidad médica era de 3.4, frente a la razón de 11.1 en todo el estado (CONEVAL 2020).
- En el mismo año, el porcentaje de personas sin acceso a servicios de salud fue de 18.1%, equivalente a 13,200 personas (CONEVAL 2020).
- La carencia por acceso a la seguridad social afectó a 90% de la población, es decir, 65,541 personas se encontraban bajo esta condición (CONEVAL 2020).
- Dentro de las regiones mineras del país, el Estado de Querétaro figura como una de las regiones con potencial de crecimiento en este rubro, colocando a Amealco en el lugar número 7, por su importancia en la extracción principalmente de rocas dimensionables.

En 2013 se crea el CESSA (Centro de Salud con Servicios Ampliados), Amealco, el cual deriva de las recomendaciones de Alma-Ata para la Atención Primaria a la Salud, con alta capacidad resolutive. Se caracteriza por ofrecer servicios de especialidades, además de consulta externa y medicina tradicional.

La unidad cuenta con áreas de atención a urgencias, cirugía, consulta externa, consulta de especialidades médicas, hospitalización, laboratorio, servicios generales y áreas administrativas. Además, tomando en cuenta las investigaciones

antropológicas que se realizaron en la región, se incorporó el servicio de medicina tradicional a través del Programa de Interculturalidad y Medicina Tradicional.

En Querétaro, el Programa de Interculturalidad y Medicina Tradicional con limitaciones ideológicas y presupuestarias, realiza capacitación al personal de salud y en 2013 establece en Amealco una región con casi un 57% de población ñãño, (otomí) un centro de salud con hospitalización que añade un área de medicina tradicional que brinda consulta curanderil (curandero, huesero, hierbero y partera), temazcal, atención de parto y farmacia herbolaria (González, 2017).

Los terapeutas tradicionales son originarios y reconocidos en las comunidades del propio municipio, lo cual sustenta el uso, costumbres y esencia de la medicina tradicional indígena.

1.6 Aspectos Éticos.

- 1 De acuerdo a la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. DOF: 04-01-2013, se plantea la orientación hacia la garantía del cuidado de los aspectos éticos, del bienestar e integridad física de las personas que participen en el proyecto de investigación, del respeto a su dignidad y se constituya en la regla de conducta para todo investigador del área de la salud.
- 2 Esta investigación se realizó en la comunidad indígena ñãño, (otomí) de Amealco, Querétaro, evitando vínculos con instituciones de salud y manteniendo una participación voluntaria de los sujetos, recordando que las comunidades y grupos indígenas han sido vulneradas y excluidos históricamente por las instituciones de salud y grupos de poder, por lo cual se busca evitar la réplica de estas formas de autoridad y obligación que se tiene dentro de las instituciones; mantener contacto con la comunidad e informantes clave para la vinculación es de suma importancia para la recolección de información y para mantener una pertinencia cultural de acuerdo a las ideologías, significados y prácticas de la comunidad, respetando la libre autonomía de los pueblos originarios.

- 3 Los pueblos indígenas hacia quienes se han dirigido las políticas y programas de interculturalidad en salud, han sido históricamente relegados durante los procesos activos para el diseño y toma de decisiones, siendo principalmente actores políticos, grupos de académicos y del sector económico quienes diseñan e impulsan estas propuestas, imponiendo normas y leyes que regulan las prácticas en medicina tradicional, así como formas institucionalizadas para el control y acceso a los recursos humanos y materiales de sus territorios y de su conocimiento, imponiendo lógicas que perpetúan la colonialidad del poder, del saber y del ser.
- 4 Por lo tanto, realizar esta investigación fuera del ambiente institucional al cual se han incorporado algunos médicos tradicionales que deciden colaborar con los servicios de salud, resalta la importancia de mantener el respeto a su autonomía y desprenderse de la fuerza y obligación que se han impuesto hacia ciertos procedimientos en su práctica justificado bajo formas de modernidad y burocracia que imponen los servicios de salud.
- 5 Crear relaciones de interculturalidad desligada de la praxis institucional, política de lugar y espacio, retoma el significado comunitario e histórico de interculturalidad que guarda un significado muy amplio y que representa las luchas históricas y actuales así como la resistencia de los pueblos indígenas y negros en la construcción de proyectos sociales, culturales, políticos, económicos y epistémicos orientada a la descolonización y transformación de sus comunidades.
- 6 Esta postura nos permite crear formas para evitar el sometimiento y dominación estructural con orientaciones a clarificar respuestas sin ataduras a la hora de las entrevistas-semiestructuradas, que permiten pensar y posicionarse desde otro ambiente que promueva la participación del pensamiento indígena desde el ambiente colectivo e individual de los sujetos, logrando así minimizar el riesgo colectivo e individual que replique estas formas de subordinación y que de acuerdo al artículo 17 del “Reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud” (RLGSMIS), se considera una **investigación con riesgo mínimo**.

- 7 De acuerdo al punto 5.8 de la NOM-012-SSA3-2012, las fechas estimadas de inicio y término correspondieron al mes de **abril del 2023** para la intervención comunitaria a través de entrevistas semiestructuradas
- 8 De acuerdo al punto 6 que corresponde: De la presentación y autorización de los proyectos o protocolos de investigación y siguiendo el punto 6.2 de la NOM-012-SSA3-2012 se tomó el formato de los elementos que debe contener la solicitud de autorización para el proyecto o protocolo de investigación, por lo que este protocolo se adaptó a dicho formato.
- 9 Se tomaron en cuenta las consideraciones éticas que mantuvieron una pertinencia cultural adecuada, alejado de formas de discriminación y poder para el uso y análisis de información que pueda replicar el extractivismo del conocimiento, por lo que es importante informar sobre los resultados finales a la comunidad, así como, compartir la información capturada, procesada y analizada, para que a su vez pueda aportar algún tipo de idea y conocimiento útil a los practicantes de medicina tradicional en Amealco, Querétaro, quedando la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, como institución que respalda los conocimientos de esta propuesta de investigación.
- 10 De acuerdo con el artículo 14 del RLGSMIS, la investigación se adaptó siguiendo los principios científicos y éticos que justifican la investigación, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas sociales y al desarrollo de nuevos campos de conocimiento, bajo el entendido que aquellos recursos metodológicos que se plantea en el protocolo son la única vía para la recolección de la información que logre cumplir con el objetivo de dicha investigación. Esto sin vulnerar la integridad de los actores involucrados, manteniendo su privacidad y compartir los resultados obtenidos a quienes participen en dicha investigación compartiendo los resultados de manera digital o física, y contando con el consentimiento informado del sujeto que participa en la investigación (Anexo 2). Dicho protocolo fue aceptado el día 7 de mayo del 2023. (Anexo 3).

2. Marco teórico conceptual.

2.1 Servicios de Salud

Desde la publicación de *Invertir en salud* (Banco Mundial, 1993), que marcó el rumbo dominante de la reforma para los sistemas de salud en América Latina y otras partes del mundo, se abrió el debate en torno al discurso científico sobre la “política basada en evidencias” y las redes de referencia. Además de la propuesta a modificar la estrategia de “protección social” para transitar al concepto de Gerencia del Riesgo Social (GRS) y de la noción de “pobreza” a la de “vulnerabilidad”. Puso énfasis en las políticas intersectoriales y proponiendo, como áreas prioritarias, el mercado de trabajo, el empleo, la asistencia social a los pobres y las pensiones (Laurell, 2010).

La mezcla de distintas políticas (económica, social, laboral, etc.) no debe infringir los cánones de la nueva economía. Así, lo social solo se analiza con relación a la “trampa de la pobreza” y el “capital humano” (Laurell, 2010). Estos planteamientos sugieren que no se trata de un giro hacia una suerte del Estado de Bienestar con el reconocimiento de los derechos sociales y la obligación del estado de garantizarlos. Incluso, el tema del acceso a los servicios de salud pasa a ocupar un lugar poco importante y solo se considera como asistencia social a los pobres y en función de su impacto sobre el “capital humano”.

Los servicios de salud en casi todo México se han dado en la esfera política, es decir, los proyectos, programas e instituciones dominantes son organizadas e impulsadas desde el poder federal, perdiendo cada vez más autonomía el sector de salud local. Mientras en la esfera económico/política observamos un franco deterioro, (sobre todo a partir de finales de la década de 1940), en los procesos salud-enfermedad-atención-prevención (Guzmán, 2017). De tal manera que al analizar la práctica en los servicios de salud existe una severa medicalización de la vida, en el campo de la medicina y de las prácticas del personal de salud.

Desde la esfera global a la nacional, debido a que los conocimientos tradicionales siguen siendo un recurso ampliamente utilizado por las poblaciones indígenas (en su mayoría), ha motivado el interés de diversos actores políticos y agendas políticas;

lo cual ha transitado de un periodo marginal, social y científicamente a otro en el que se consideran centro de implicaciones sociales, científicas, comerciales e industriales (Morales, 2013), encaminando a que los conocimientos ancestrales queden bajo los lineamientos de las instituciones.

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, señalaba a los pueblos indígenas como grupo de atención prioritaria al vincular sus condiciones de inequidad al rezago de inversión pública, contemplaba incorporarlos al desarrollo social, cultural y económico, respetando sus tradiciones y enriqueciendo con su patrimonio cultural a la nación, la salud se reconoció como rezago, pero se atendería mediante el Seguro Popular sin contemplar la medicina tradicional (Guzmán, 2017).

Las comunidades indígenas son uno de los grupos con mayores desventajas y que para la política mexicana supone la integración de políticas interculturales después de reconocer a México como estado plurinacional, sin embargo, los estudios indican que los gastos para este grupo son escasos (Nigenda, 2001).

De modo que hoy, la idea de los servicios de salud presupone la existencia de un ámbito colectivo: lo público, como una dimensión de la actividad humana que requiere regulación gubernamental o social (Parsons, 1951). Poniendo por encima de la mesa las necesidades de la medicina científica y su intervención en las poblaciones indígenas, asumiendo que los procesos salud-enfermedad-atención son diferentes, no individualistas, frente al cual los servicios de salud oficial muchas veces no cuentan con los códigos necesarios para entender la etiología de los padecimientos tradicionales, ni su asociación a múltiples factores espirituales, comunitarios y ambientales (Hanzen, 2012).

La interrelación que se ve en las políticas de interculturalidad en salud entre la medicina tradicional y el modelo médico hegemónico en los servicios de salud como espacio de encuentro en comunidades indígenas, ha permitido que algunos autores aborden como los servicios de salud, basados en el pensamiento hegemónico, se vayan adecuando a la idiosincrasia cultural de esta población y presentan una serie de dificultades con las cuales se encuentran a la hora de ejercer la práctica de atención a la salud en contextos pluriétnicos, así como complicaciones para seguir

una adecuada epidemiología sociocultural (Hanzen, 2012) o perfil epidemiológico característico de las comunidades indígenas lo cual es un recurso que muchas veces se deja de lado a la hora de realizar planes y estrategias de intervención en salud.

Los servicios de salud en México están regulados por las intervenciones del modelo médico-hegemónico, el cual se despliega principalmente al sector público (hospitales, cajas de salud, postas de salud públicas), en el sector privado (hospitales, clínicas privadas y ONG), así como en el sector individual privado (consultorios privados). Esto representa las dificultades en el desarrollo de sistemas de atención médica digna, de calidad y sostenibles para comunidades indígenas mientras que, por otro lado, existen reivindicaciones políticas de los movimientos indígenas por el reconocimiento de su cultura e identidad étnica (Knipper, 2006). De tal manera que los procesos salud-enfermedad-atención quedan a cargo en su mayoría de las instituciones, reconociendo a este ente como la estructura más importante de la esfera social, relacionada con los bienes externos, es decir, necesitan conseguir dinero, así como otros bienes materiales, estructurándose en términos de jerarquía y poder para la distribución del dinero, siendo tan importantes que se han ganado el papel de ser el medio para que una práctica pueda existir a largo tiempo (Laurell, 2010).

2.2 Medicina tradicional

La medicina tradicional ha prevalecido a lo largo de la historia del ser humano como un camino hacia la práctica de diferentes métodos y técnicas de tratamiento, siendo está definida por la OMS como “La suma total de los conocimientos, habilidades y prácticas basadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, sean explicables o no, utilizadas tanto en el mantener la salud como en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades físicas y mentales” (OMS, 2013). Siendo además el pilar principal en la prestación de servicios de salud y de reproducción social de los pueblos indígenas, así como del entendimiento por el

medio ambiente y ecología a través de la construcción de conocimiento que constituye una base indispensable para la conservación de la biodiversidad que promueva su uso sustentable.

En el complejo mundo de la salud/enfermedad desde la realidad de los territorios indígenas de México, existe una diversidad de actores que realizan prácticas de medicina tradicional desde una concepción que deviene del conocimiento indígena que se ve reflejada en las ideologías, prácticas y significados de santiguadores, curanderos, chamanes, médicos científicos, enfermeras, predicadores, protestantes, parteras, hueseros etc. que ha sido influenciado por las condiciones de globalización y neoliberalismo de nuestra época actual. De esta manera existen muchas perspectivas culturales, visiones del mundo y prácticas terapéuticas distintas que, a veces, se complementan y chocan entre sí (Citarella, 2009), como resultado no solo de la interacción comunitaria de diversos actores, sino de factores históricos, culturales, sociales y económicos.

La medicina tradicional indígena es un recurso terapéutico de amplio uso que puede servir como elemento rescatable para nuevos planes de salud, sin subsumir el valor que adquiere el conocimiento tradicional-empírico ante el paradigma positivista, manteniendo una jerarquía que, dentro del contexto comunitario, se relaciona con la función social de cada uno de los agentes que en términos generales, mantienen características particulares de su cultura y de un territorio determinado. Esta estructura refleja la diversidad cultural de cada región y de cada país, albergando un origen local de conocimiento, que muchas veces es transmitido entre familiares, conserva una visión holística de los padecimientos y las enfermedades, por lo que la eficacia de la medicina tradicional se basa muchas veces en lo simbólico (Citarella, 2009). Por lo tanto, el funcionamiento del cuerpo dentro de las prácticas y representaciones de la medicina tradicional indígena, no está relacionado únicamente con los fenómenos biológicos, fisiológicos y bioquímicos, sino que está vinculado al ámbito espiritual, religioso, ecológico y social, interviniendo fenómenos como la dualidad, donde los pueblos indígenas

entienden el universo a partir de unidades conformadas por dos polos opuestos y complementarios que están en equilibrio dinámico permanente.

La medicina tradicional, al ser un elemento derivado del conocimiento indígena, es con frecuencia subestimada por el modelo médico-hegemónico en la atención a la salud, al considerarla desde sus criterios de objetividad perjudicial para la salud, sin embargo, también ha sido reconocida por su calidad, seguridad y eficacia, lo que asegura su uso y acceso para más personas en los procesos de atención. Aunque también son cuestionables los elementos que determinan la eficacia simbólica que se les otorga a las medicinas tradicionales, y el cómo los procesos S-E-A operan en las actuales sociedades latinoamericanas determinadas entre otros elementos por las desigualdades que generan procesos y relaciones de explotación económica y dominación política, dando como resultado, el incremento constante de la pobreza en México y de cómo estos mismos grupos que la padecen son quienes en su mayoría practican las medicinas tradicionales indígenas, para convivir con los procesos s-e-a, solucionarlos e incluso erradicarlos (Menéndez, 2017), aunque de manera histórica los grupos indígenas mantienen los indicadores más negativos de salud que el resto de la población.

Muchos países, incluido México, han reconocido la necesidad de crear políticas y estrategias con un enfoque intercultural y coherente para la conservación, ejercicio y difusión de la medicina tradicional, buscando facilitar el acceso de manera segura, asequible y respetuosa, sin embargo, las estrategias carecen de un análisis y diagnóstico más profundo con respecto a la población, conocer más a fondo las necesidades y problemática de los médicos tradicionales, con una racionalidad diferente al modelo médico-hegemónico. La cual parte desde la formación de los profesionales de la salud, determinando una barrera cultural que limita la participación e integración de los pueblos indígenas a los sistemas de salud, denotando un rechazo a las prácticas y hacia el personal de salud donde el proceso salud-enfermedad toma otro significado (Campos, 2010).

La medicina tradicional indígena, toma en cuenta principalmente el papel de la colectividad al desarrollar su propio sistema de medicina con pertinencia cultural,

con reconocimiento y accesibilidad de los diferentes métodos para la salud y el mejoramiento de las condiciones de vida en la atención, al adecuarse a las necesidades físicas, psíquicas y espirituales de la población. La relación entre cultura y salud es propia de cada conjunto sociocultural, el cual se desarrolla en el campo de la salud, teorías, técnicas, ideologías, significados y simbolismos que forman una matriz cultural como construcciones y productos de la reproducción social e histórica cultural, generalmente relacionadas con la concepción mágico-religiosa del mundo y del universo con una particularidad característica del mundo y del universo a través de significados que tiene la salud, enfermedad y la muerte, con informaciones e interpretaciones sobre sus terapeutas, tratamientos, el camino del enfermo y la autoatención (Verdugo, 2002).

La medicina tradicional forma parte de esa reconceptualización de la atención primaria a la salud al ser un elemento clave que contribuye a la transformación del sistema de salud, en un nivel primario que busca fortalecer las necesidades en salud de la colectividad, esto conlleva hacer una reformulación en la atención de acuerdo a la realidad concreta y a entender como el concepto incluyente de salud adquiere una multiconcepción desde los pueblos indígenas un tanto distante al concepto de la OMS (OMS, 2013), el cual alude a concepciones reduccionistas siguiendo la lógica imperante de la hegemonía y del predominio biológico, curativo, individual y ahistórico que llega a deshumanizar los servicios, y a partir de ello medicalizar, dimensión que se contrapone con la visión curativa de la medicina tradicional donde la fragmentación del cuerpo no separa el cuerpo físico de la mente y de la naturaleza manteniendo racionalidades más intuitivas.

De esta manera, se toma en consideración esta legitimación social de la medicina tradicional como institución que reproduce ideologías para poder relacionar este modelo con aquellas estrategias de una medicina de primer nivel, pues, es el primer contacto el que mucha de la población que recurre a este tipo de medicina obtiene, partiendo de esta idea se enfatiza en aquella concepción amplia e incluyente del primer nivel de atención en salud, que lo define como la articulación del conjunto de conocimientos y prácticas existentes en el ámbito institucional y comunitario local

que perteneciendo a diversas matrices o lógicas culturales se complementa en la curación-rehabilitación-prevención (Verdugo, 2002).

La medicina tradicional representa la determinación social del proceso S-E-A, entendido y dirigido hacia un perfil epidemiológico propio de las dimensiones de clase, económicas, culturales y sociales, creando una amplia diferenciación de los matices o elementos culturales occidentales para entender y abordar los procesos salud-enfermedad. Toma en cuenta la progresiva amplitud e inclusión del proceso salud-enfermedad que caracteriza a los pueblos originarios, a través de, matrices o elementos culturales donde la epidemiología sociocultural ha buscado la posibilidad de ampliar el conocimiento y la actuación ante diferentes problemas de salud-enfermedad concebidos a partir de teorías y técnicas provenientes de la diversidad cultural de los conjuntos sociales (Verdugo, 2002). Sin embargo, la medicina tradicional se ha enfrentado al poco análisis multidimensional y procesal de la S-E-A con limitantes que parten de la mirada epidemiológica clásica, que no ha logrado captar el fenómeno que representan las aún conservadas y reproducidas prácticas propias de la medicina tradicional.

Siendo así, existen diferentes perfiles epidemiológicos y epidemiologías específico-culturales que hacen referencia a determinados grupos socioculturales, partiendo de la idea de que en cualquier cultura sea hegemónica o subalterna, existen manifestaciones de los síndromes de filiación cultural característicos de procesos de enfermedad y terapéutica de acuerdo con la reproducción social de cada conjunto sociocultural.

Actualmente, la medicina tradicional ha tenido una importante inmersión en el nuevo sistema neoliberal, donde la forma de inserción de algunos de sus recursos en países desarrollados, han cambiado la forma de entender el proceso salud-enfermedad-atención, de tal manera que la medicina tradicional sigue representando un instrumento importante que cubre las necesidades de atención en salud para las comunidades indígenas de México y América Latina, a pesar de su presencia subordinada por el modelo imperante de los sistemas de salud oficial y la ilegalidad que se le atribuye, aun cuando, se han emitido múltiples

comunicados, políticas públicas y recomendaciones para la articulación de esta con los servicios de salud oficiales, aún existen limitaciones importantes que impiden su práctica dentro de estos planes y programas al no contar con una noción amplia y concreta del número de médicos tradicionales, la falta de información de las diferentes especialidades de los médicos tradicionales, así como del tipo de población que demanda estos servicios aunados a la nula regulación de un marco legislativo o en vías de su creación (Nigenda, 2001).

Esto también ha llevado a que la medicina tradicional, se encuentre en una crisis dados los extenuantes proyectos de documentación, clasificación y sistematización de plantas medicinales, de técnicas de partería tradicional y su profesionalización, entre otros (y en menor medida por la documentación de los síndromes de filiación cultural), con influencia de las ciencias biológicas (biología, fitoquímica y farmacología) avalado por algunas instituciones en México como la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Universidad Autónoma de Chapingo y algunas instituciones extranjeras, que han promovido no solamente la documentación y el estudio plantas medicinales, sino que en la década de 1990 impulsaron proyectos de bioprospección que se han vuelto muy controvertidos.

Los estudios etnobotánicos planteados desde esta perspectiva han desencadenado conflictos con comunidades, organizaciones y médicos indígenas, lo que ha alimentado el debate acerca de la propiedad intelectual de los recursos naturales y específicamente sobre quiénes tienen derecho de uso y de propiedad en cuanto a los principios activos de las plantas medicinales (Freyermuth, 2006). Así como de otros recursos terapéuticos que la medicina tradicional ha desarrollado, fundado y legitimado por décadas.

La medicina tradicional no niega las grandes aportaciones de la medicina occidental, pero si se reconoce los abusos y omisiones del poder colonial que con políticas de racismo y exclusión a conocimientos y abordajes como los elementos frío-calor, la relación fluidos-placenta-esperanza de la partería, entre otros elementos, aumenta las razones para que sea discriminada y descalificada por grupos de médicos

patriarcales y paradigmas positivistas. Por eso, las acciones colectivas en salud se han replanteado refundar el sistema de salud, o integrarse con ellas, construyendo otra relación donde el poder esté más equilibrado, rescatando el enfoque de interculturalidad crítica en salud (Viaña, 2010).

Desde una perspectiva teórica, plantea Kinpper, (2006) la Medicina Tradicional indígena es a la vez imagen y realidad o “existencia real”, recurriendo al “modelo cultural” propuesto por Knipper y que cita Geertz (1995: 53):

“Es un modelo que forma la percepción de la realidad según ciertos patrones culturales (“modelo de”), y sirve, a la vez, de patrón para la creación de la realidad (“modelo para”). Como “modelo de la realidad”, el concepto de “medicina tradicional” da significado a las observaciones muy heterogéneas y enigmáticas que se puede encontrar en las comunidades indígenas. Y como “modelo para la realidad”, influye sobre el desarrollo de nuevas estructuras y se convierte en instituciones, prácticas y conceptos (Knipper, 2006).

2.3 Interculturalidad en salud.

- **Interculturalidad como proyecto político.**

El debate que gira en torno a la interculturalidad en salud, surge desde entender las relaciones implicadas dentro de esta política pública puesta en marcha hace algunos años, primero sería importante definir que es una política pública, ya que en el sentido y la extensión que cabe otorgar al término política estatal (o “pública”) son controvertidos, esta se concibe como un conjunto de acciones y omisiones que expresan la modalidad de intervención del Estado frente a una cuestión (problema) que concita la atención, el interés, o la movilización de otros actores en la sociedad civil (O’Donnel, 1981). En este sentido, el concepto de políticas públicas se refiere al conjunto de iniciativas y respuestas manifiestas o implícitas que permiten conocer la posición predominante del Estado frente a los problemas, necesidades y demandas de la sociedad en su conjunto (Alvarado, 2002).

Esto implica que la formulación de políticas públicas es una declaración explícita del Estado de desarrollar algunas acciones ya sean programas y/o proyectos que afectan a determinado grupo social plasmado en planes de gobierno acompañado de acciones políticas que se entienden como la implementación y la ejecución de planes, programas y/o proyectos, que determinadas instituciones estatales realizan para solucionar problemas, demandas y necesidades sociales y concretar los objetivos y las metas planteados en las formulaciones de política; Para el caso de la Interculturalidad en salud como política pública el Estado ha desarrollado una serie de programas que sostienen el avance de la sociedad a través de la construcción de una sociedad intercultural (Alvarado, 2002).

En México construir la interculturalidad en sus múltiples escenarios (salud, educación, etc.) representan una forma de hacer política para el Estado y un principio ideológico de las comunidades indígenas, principio que se integra a las demandas que se plantean frente a un Estado monocultural, esto ha llevado a que desde la concepción política represente se integre como respuesta a las presiones del movimiento indígena y usada con sus fines políticos y el Estado ingresa al escenario de la interculturalidad asumiéndola como un deber que le concierne (Walsh, 2002).

Abordando el término de interculturalidad, ha tenido un uso en diversos escenarios, apareciendo con problemas en su significado, políticas y metas. Enraizado a los dispositivos sociales y políticos que generan debate dentro de lo que se denomina el nuevo orden mundial, donde la intervención de los intelectuales denominados interculturalistas han tenido gran cabida en su construcción y con discusiones profundas en el proyecto colectivo sobre “geopolíticas del conocimiento” (Walsh, 2002).

Se habla en términos críticos de que la interculturalidad va acompañada de intereses sociopolíticos desde tres dimensiones, relacional, funcionalista y crítica que se aborda en otro apartado (Walsh, 2012):

1. Relacional

Hace referencia, de forma más básica y general, al contacto e intercambio entre culturas, es decir, entre personas, prácticas, saberes, valores y tradiciones culturales distintas, los que podrían darse en condiciones de igualdad o desigualdad. De esta manera, se asume que la interculturalidad es algo que siempre ha existido en América Latina porque siempre ha existido el contacto y la relación entre los pueblos indígenas y afrodescendientes.

No obstante, el problema con esta perspectiva es que típicamente oculta o minimiza la conflictividad y los contextos de poder, dominación y colonialidad continuos donde se lleva a cabo la relación. Igualmente, limita la interculturalidad al contacto y a la relación –muchas veces a nivel individual- encubriendo o dejando, por un lado, las estructuras de la sociedad sociales, políticas, económicas y también epistémicas que posicionan la diferencia cultural en términos de superioridad e inferioridad.

2. Funcionalista

Esta perspectiva se enraíza en el reconocimiento de la diversidad y diferencia cultural con metas hacia la inclusión de esta al interior de la estructura social establecida. Desde esta perspectiva que busca promover el diálogo, la convivencia y la tolerancia, la interculturalidad es “funcional” al sistema existente; no toca las causas de la asimetría y desigualdad social y cultural, ni tampoco “cuestiona las reglas del juego” y por eso, “es perfectamente compatible con la lógica del modelo neoliberal existente”(Walsh, 2012).

Así forma parte, como hemos mencionado anteriormente, de lo que varios autores se han referido como la nueva lógica multicultural del capitalismo global, una lógica que reconoce la diferencia, sustentando su producción y administración dentro del orden nacional, neutralizándola y vaciándola de su significado efectivo, y volviéndola funcional a este orden y, a la vez, a los dictámenes del sistema-mundo y la expansión del neoliberalismo (Walsh, 2012).

En este sentido, el reconocimiento y respeto a la diversidad cultural se convierten en una nueva estrategia de dominación, la que apunta no a la creación de

sociedades más equitativas e igualitarias, sino al control del conflicto étnico y la conservación de la estabilidad social con el fin de impulsar los imperativos económicos del modelo (neo liberalizado) de acumulación capitalista, ahora haciendo “incluir” los grupos históricamente excluidos a su interior (Walsh, 2012).

La interculturalidad en salud es una plataforma conceptual para el desarrollo de políticas de salud que apunten, por un lado, a la adecuación de los programas y servicios a las necesidades específicas de la población originaria y, por otro lado, a la valorización y rescate de las tradiciones de la medicina originaria. Se trata entonces de políticas de sensibilización a las instituciones de salud para que reconozcan el elemento sociocultural y así orientar políticas y la práctica médica hegemónica (Citarella, 2009).

- **Interculturalidad en salud crítica**

Alejado de su dimensión política, la interculturalidad vista desde la dimensión crítica se entiende cómo la relación intercultural de la ciencia, la que da visión dialéctica de los procesos críticos desde una nueva subjetividad y que ayuda a construir una opción de salud contrahegemónica (Breilh, 2020).

Con esta perspectiva, no partimos del problema de la diversidad o diferencia en sí, sino del problema estructural-colonial-racial. Es decir, de un reconocimiento que la diferencia se construye dentro de una estructura y matriz colonial de poder racializado y jerarquizado, con los blancos y “blanqueados” en la cima y los pueblos indígenas y afrodescendientes en los peldaños inferiores (Walsh, 2012).

La interculturalidad no alude únicamente a comunidades indígenas o a la composición étnica como factor decisivo ante la presencia de desigualdades sanitarias, algunas organizaciones como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), retoman este concepto como elemento, para comprender y reducir las brechas sanitarias entre la población indígena y la población no indígena a través de esta dimensión de interculturalidad en salud. Así, el factor étnico se constituye como eje fundamental de la comprensión de la interculturalidad en salud (Guzmán-Rosas, 2016).

Desde la utilización del término de interculturalidad en salud ha estado inmerso en una continua construcción dialéctica, que por su definición y aplicación sigue creando espacios de críticas y diálogos. (Hansen, 2012). Una parte de lo que se ha ido construyendo como concepto abordado a la interculturalidad en salud, es entender una relación entre culturas dinámicas, donde existe necesariamente reciprocidad, voluntad y horizontalidad, reconociendo que hay espacios de encuentro donde se pueden negociar y otros donde se mantienen las especificidades, respetando las diferencias, mejorando la salud de ambos pueblos, ganándose espacios desde los pueblos originarios y cediendo espacio desde las instituciones oficiales (Hasen, 2012), esto en término de buenas voluntades.

Si bien, el planteamiento que busca una perspectiva de pertinencia hacia una interculturalidad en salud, dirigido a la valorización de conocimientos y prácticas diferentes al modelo biomédico hegemónico, a través del reconocimiento de otros modelos como el médico tradicional indígena, (Verdugo, 2002), no ha cumplido con las expectativas esperadas, dado la falta de profundidad en los análisis teóricos y dialécticos, sobre como las identidades de los sujetos que practican las medicinas tradicionales indígenas, ya sean curadoras o miembros de una comunidad, se forman ahora en procesos interétnicos e internacionales, entre flujos producidos por las tecnologías y las corporaciones multinacionales (Gracia, 2014), es decir, frente a una realidad que cada vez está más conectada y que transita al cambio de manera constante, así como a la enorme variedad de repertorios simbólicos y modelos de comportamiento que van creándose.

La interculturalidad en salud puede tomar una perspectiva amplia al concepto y a la práctica, encontrando su sostén a través de la razón en su aplicación y análisis desde las experiencias comunes que han marcado una historicidad y vivencia de los pueblos originarios, (subsumidos a un sistema hegemónico dominante derivado del colonialismo), ha ido moviéndose hacia repensar el concepto para denotar otras formas de pensamiento más justas orientados hacia configuraciones constitutivas

de un proyecto de movimientos indígenas considerando sus implicaciones y posibilidades para el proyecto participativo de corrientes críticas del pensamiento en la salud (García, 2014).

Los actores sociales juegan un papel relevante en la construcción de la historia y del desafío de las prácticas del estado, siendo la interculturalidad uno de los ejes de proyectos que parten del movimiento indígena ligado a la lucha de poderes, de colonialidad y de hegemonía dominante.

Reconocer la realidad social como reflejo para (re) pensar las políticas neoliberales nos permite identificar ciertas estructuras que colocan en desventaja a estos actores, como parte un proceso de transformación acelerado donde la clase social (como determinante social de la salud) resalta, considerar la poca participación de los pueblos indígenas en la toma de decisiones y en el ejercicio del poder económico, social y político, ha quedado bajo el dominio de poderes, que limitan transformar la realidad.

La interculturalidad crítica no sugiere una configuración conceptual con un giro epistémico tomando como base el pasado y presente de las realidades vividas de dominación, explotación, marginación que son simultáneamente consecutivas, esta reconstruye la respuesta social ante realidades que subsumieron las prácticas culturales de los pueblos, su lengua, medicina y conocimientos. La lógica de la interculturalidad crítica compromete un conocimiento y pensamiento que no se encuentra aislado de paradigmas y estructuras dominantes, este pensamiento conoce los paradigmas y las estructuras (García, 2014).

El proyecto epistemológico de la interculturalidad resurgió con especial énfasis a la necesidad de replantearse también el sujeto del conocimiento y dar paso a la anhelada integración de otros saberes que el positivismo ha desplazado (Breilh, 2020) retomo este concepto para el análisis posterior y la importancia que adquiere para la propuesta de interculturalidad crítica en salud.

Desde el pensamiento crítico en salud, la reconstrucción del objeto y del sujeto para la construcción de una interculturalidad crítica se ha tomado como punto de partida

(Breilh, 2020). Esto sin abandonar la idea de totalidad que se integra desde una teoría contrahegemónica que facilite la integración de la interculturalidad en salud a la reproducción social para la unificación de la medicina tradicional y de su reivindicación, que sirva como puente entre la mirada hegemónica pensándose como un apoyo entre el bloque que se ha impuesto con la mirada reduccionista de la medicina occidental.

Desde esta perspectiva, la interculturalidad se entiende como una herramienta y como proceso, un proyecto que se construye desde la colectividad y como demanda de la subalternidad. En contraste a la funcional que se ejerce desde arriba, apuntala y requiere la transformación de las estructuras, instituciones y relaciones sociales, y la construcción de condiciones de estar, ser, pensar, conocer, aprender, sentir y vivir distintas (Walsh, 2012).

La interculturalidad entendida críticamente aún no existe, es algo por construir. Por eso, se entiende como una estrategia, acción y proceso permanente de relación y negociación entre, en condiciones de respeto, legitimidad, simetría, equidad e igualdad. Pero aún más importante es su entendimiento, construcción y posicionamiento como proyecto político, social, ético y epistémico de saberes y conocimientos que afirma en la necesidad de cambiar no solo las relaciones, sino también las estructuras, condiciones y dispositivos de poder que mantienen la desigualdad, inferiorización, racialización y discriminación (Walsh, 2012).

- **Interculturalidad en salud institucionalizada.**

La interculturalidad en salud está dirigida al primer nivel de atención con la coexistencia entre medicina tradicional y medicina occidental de carácter público (estatal), con o sin fines de lucro, caracterizado por ser un ámbito formal de presentación y administración de servicios de salud que gozan generalmente de una estructuración e intencionalidad más estables y permanentes que las del ámbito comunitario, convirtiéndose en un ámbito institucional controlable y donde se parte de instrumentos planificados para su regulación aunque su regulación final depende

de la naturaleza del ámbito comunitario, de su concreción y las formas de articulación específicas entre ambos ámbitos (Verdugo, 2002).

La realidad objetiva de la interculturalidad en salud de los pueblos indígenas nos habla de intercambios muy distintos en la práctica comunitaria, como lo son los esfuerzos institucionales por parte de los servicios de salud, para el diseño y estrategias (DGMTDI, 2020), implantados en los hospitales mixtos dentro de la realidad institucional de los servicios de salud. Aun la subordinación hacia la medicina tradicional y sus actores dentro de estos hospitales sigue siendo parte del ejercicio de poder en la jerarquía epistémica y práctica ante la evidente violencia hacia otras formas de pensamiento. Admitir esta relación desigual y de subsunción es el primer paso para proponer la refundación de los sistemas de salud con una inclusión de los pueblos originarios (Nigenda, 2001), contrario a lo que se plantean grandes capitalistas que impulsan reformas, propuestas y demandas personales para beneficio de sus capitales.

La existencia del pluralismo médico abre el debate para ampliar la visión de los pueblos originarios y sus formas de vida desde los determinantes y la determinación sociales de la salud para encaminar la construcción de la interculturalidad crítica en salud (Benítez, 2015).

En México las políticas interculturales en salud y de la interrelación de las prácticas de medicina científica y tradicional, han llevado a generar espacios físicos compartidos como hospitales y clínicas (Duarte, 2004). Los resultados de estas políticas se han documentado en extenso y se han concretado en publicaciones diversas. Sin embargo, queda pendiente la evaluación del éxito de estos programas y de la eficacia terapéutica de los servicios prestados por la medicina tradicional (Freyermuth, 2006).

2.4 Modelo médico hegemónico.

Los conceptos de cultura, medicina, sistemas médicos, etc., han sido tratados en distintas formas, en las últimas décadas se ha creado un debate. En efecto, las diversas culturas han desarrollado métodos, creencias, conocimientos, percepciones culturales y sistemas organizativos para abordar el problema de la salud y la enfermedad (Citarella, 2009). Cada pueblo, por lo tanto, ha desarrollado históricamente un sistema propio de creencias, conocimientos, actitudes y prácticas alrededor de los problemas de salud-enfermedad-atención.

Por tanto, cuando se habla de medicina, entendida como saber médico, no se habla únicamente de ciencia dogmática, de verdades únicas, sino de una disciplina sujeta a cambios que dependen de las tradiciones y diversidades culturales particulares, del grupo étnico, de la estructura socioeconómica, del periodo histórico (Citarella, 2009). Esta diversidad cultural está configurada por varios elementos, destacando la influencia hispana, conformado por un modelo cultural occidental que se transformó en el modelo cultural dominante.

Este modelo cultural dominante occidental, o como Menéndez lo denomina Modelo-médico-hegemónico, ha generado desigualdad económica determinada por el capitalismo, la jerarquización social, concentración excesiva de poder y monopolio que fomentan las desigualdades.

- **Sistemas de atención medica.**

Existe una relación entre los diversos sistemas médicos y su contexto sociocultural. Un modelo médico se refiere al ámbito ideológico, más tradicionalmente vinculado con la cultura, ya que abarca conceptos y cosmovisiones en las que la esfera de la salud/enfermedad se entrecruza con la religión, la concepción de la vida y de la muerte, de la enfermedad, el vínculo entre el hombre y los medios natural y sobrenatural, del cuerpo, etc. (Citarella, 2009) para que los diversos sistemas médicos puedan desempeñar acciones ante los procesos salud-enfermedad-

atención requieren de la interacción entre agentes médicos (aquellos que realizan las prácticas de salud de acuerdo a su propia estructura organizacional, sus prácticas, saberes y concepciones), los cuales desempeñan una serie de acciones en determinados momentos a las cuales se les denomina prácticas médicas (en estas destaca el espacio donde y los escenarios muy diferentes en cada cultura).

- **Sistema médico occidental hegemónico.**

Desde aproximadamente la década de los setenta se ha desarrollado una crítica constante a la práctica de la biomedicina con algunos puntos negativos que van desde las iatrogenias, el gasto que ha repercutido en la salud, la medicalización en ciertos aspectos de la vida cotidiana, no solo en países capitalistas, sino en países con altos niveles de pobreza, cuestionando los abordajes que ha tenido, al generar implicaciones negativas o por el tipo de actividades aplicadas, haciendo exclusión de prácticas curativas como las tradicionales o bien el dominio de actividades asistenciales (Citarella, 2009).

El cuestionamiento hacia la biomedicina específicamente al modelo médico-hegemónico ha ido acompañado de actores sociales que formulan modificaciones y formas de subsunción de este modelo hacia ciertas prácticas a través de intervenciones que deberían realizarse únicamente dentro del campo de la biomedicina y bajo su supervisión, otras buscando un enfoque de complementariedad así como aquellos que proponen de manera radical su eliminación proponiendo a la biomedicina como institución hegemónica, dirigidas principalmente aquellas prácticas curativas de origen étnico como la herbolaria, partería, acupuntura, tomando en cuenta la mirada de múltiples actores (Menéndez, 1998).

La constitución, transformación y manifestación del modelo médico-hegemónico depende del sistema dominante como de los procesos transaccionales establecidos entre las clases dominantes y las clases subalternas (Menéndez, 2017). Estos

procesos llevan a la dominación de un sistema sobre otro en un proceso de expansión, estas prácticas alternas constituyen la medicina tradicional, la cual a través de los procesos históricos ha logrado cubrir ciertas necesidades en salud principales de las comunidades, lo cual a pesar de su expansión el modelo médico hegemónico no ha logrado eliminar por completo y que se desarrolla de manera práctica en los modos de vida de sectores sociales que la llevan a la práctica (Menéndez, 2022).

Mostrado de esta manera la biomedicina tomó una postura de rechazo refutando los cuestionamientos, producto de concepciones no científicas, por un lado, y por otro una aceptación reconociendo las críticas de ciertas intervenciones innecesarias, sin embargo, cabe resaltar que los aportes de la biomedicina han sido importantes en aspectos como aumento de la esperanza de vida, atención del dolor y disminución del sufrimiento físico, la perspectiva de las inmunizaciones, postulando a la biomedicina como la más eficiente comparada con otros sistemas médicos, producto en su caso de esta expansión alopática (Menéndez, 1998).

Las principales características estructurales de la medicina alopática actual son: a) el biologismo; b) una concepción evolucionista, dualista (mente/cuerpo), mecanicista, positivista del individuo y de la enfermedad; c) se centra en lo patológico; d) a-historicidad; e) a-sociabilidad; f) individualismo; g) exclusión de la subjetividad del individuo; h) hegemonía de lo clínico/asistencial/curativo; i) eficacia pragmática; j) la salud/enfermedad/atención como mercancía (en términos directos y/o indirectos); k) concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia; l) práctica curativa basada en la eliminación del síntoma; m) relación médico/paciente asimétrica; n) relación de subordinación técnica y social del paciente, que puede llegar a la sumisión (institución psiquiátrica); o) concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado; p) el paciente como responsable de su enfermedad; q) inducción a la participación subordinada y pasiva del paciente como "consumidor de acciones de salud"; r) producción de representaciones y prácticas técnicas que tienden a excluir al paciente del saber médico; s) dominio de actividades de prevención no estructural; t) no legitimación

científica de otras prácticas; s) profesionalización formalizada; t) identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otras concepciones y prácticas médicas; u) tendencia a medicalizar cada vez más aspectos de la vida cotidiana; v) tendencia a la escisión entre teoría y práctica médica; w) dominio de una orientación a la acción/intervención (Menéndez, 1990)

La medicina alopática no debería ser un bloque, ya que el proceso actual e histórico denotan evidencia de diferentes concepciones médicas, orientaciones ideológicas y políticas, hacia el rechazo de prácticas sin concepciones biológicas de la salud-enfermedad, excluyendo hasta cierto punto la palabra del paciente, el tipo de relación médico/paciente y la escasa visión preventiva de atención primaria a la salud con persistencia en el rechazo a actividades como la acupuntura, herbolaria, incluso algunas concepciones psicoterapéuticas, donde la misma medicina alópata cuestiona y fragmentan la relación biomedicina/salud-enfermedad/colectividad (Menéndez, 2022).

Los discursos dominantes por la medicina alopática son definidos por los responsables de diseñar las estrategias en política en salud a través del discurso racista, afirma, es una modalidad de la práctica social discriminatoria que se manifiesta tanto en el texto, como en el habla y la comunicación. El discurso racista que se ha ejercido en torno a las prácticas de cualquier modelo de atención en salud de origen étnico, junto con las otras prácticas discriminatorias, contribuye a la reproducción del racismo como una forma de dominación étnica o racial (Menéndez, 2022).

Al igual que la mayoría de los países latinoamericanos el sistema de salud está estructurado bajo este régimen de modelo médico hegemónico el cual se caracteriza por una concepción plenamente biomédica de la salud que coloca en posición de subalternidad los conocimientos y prácticas de otros modelos como aquellos provenientes de culturas indígenas (maya, náhuatl, otomí), pues al no incorporar los procesos socioculturales restringe a través de la mirada pragmática

aquellas enfermedades o padecimientos, grupos de población o formas de transmisión, enfoques de planificación y de reproducción social que la epidemiología clásica no reconoce (Verdugo, 2013).

El modelo médico-hegemónico ha manifestado la convivencia con la medicina tradicional (subordinada) de manera indirecta el cual no es un fenómeno exclusivo de México y en la mayor parte de las sociedades, aunque también mantiene relación con la medicina doméstica que se limita al ámbito restringido del hogar o al vecinal sin reconocimiento y con cierto grado de permeabilidad respecto a las ideas y prácticas del sistema médico hegemónico, mucho más notable (Zolla, 1995). Es en este otro modelo de atención que comienzan las acciones curativas, resultado de un primer diagnóstico que suele ser presuntivo y donde se establece el itinerario del enfermo. Esta propuesta resulta interesante al considerar que parte de los debates que surgen sobre la interculturalidad en salud plantean que una forma relación de interculturalidad en salud se encuentra en este tipo de modelo de atención, donde la automedicación se lleva a cabo en combinación con algún recurso de la medicina tradicional y además integra algún fármaco derivado de la medicina científica.

Este modelo (de la autoatención) es estructural a toda sociedad, suponiendo el primer nivel real de atención de esta. Este modelo está en la base de todos los anteriores (modelo médico-hegemónico y la medicina tradicional) y su estructura se basa en las funciones, no solo curativas, sino sobre todo socioeconómicas, que cumple para los grupos en que opera (Menéndez, 1984).

Después de una importante construcción teórica de las relaciones entre medicinas tradicionales y servicios de salud públicos, se plantea una permanente reflexión ante esta realidad. La reconstrucción histórica, epistémica y discursiva de los procesos requiere de análisis permanentes que permitan problematizar los escenarios entre las medicinas tradicionales indígenas y los servicios de salud. Ello implica los

planteamientos descritos desde la mirada crítica de la medicina social como horizonte que expresa ampliamente un paradigma colectivo.

Reconocer que se han creado marcos de comprensión que abordan las medicinas tradicionales, como la interculturalidad en salud, nos permite problematizar y colocarla en los debates epistemológicos, políticos, económicos y sociales que reconocen las condiciones de su existencia en comunidad y ahora en los servicios públicos de salud, como parte de una sociedad capitalista e impulsada por gobiernos neoliberales. Reflexionar la interculturalidad en salud, como marco de comprensión que existe para nombrarlas y entenderlas, es reconocer que las formas de atención en Amealco no solo se basan en el modelo médico-hegemónico, sino que, existen estas otras formas de mirar los procesos salud-enfermedad, que siguen permeando las condiciones de salud de las comunidades, lo que nos permite discutir estas relaciones entre las medicinas tradicionales indígenas y los servicios de salud públicos.

3. Procesos históricos de las relaciones entre medicina tradicional e instituciones.

3.1 Antecedentes internacionales

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1978, consideró la necesidad en salud a nivel comunitario como una acción urgente por parte de todos los gobiernos y que compete a todo el personal de salud de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, por lo cual hace la siguiente declaración:

VII.- La atención primaria a la salud: 4.- se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de **personas que practican la medicina tradicional**, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico,

para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad (DMTDI, 2023).

A partir de 1993, año en el cual se aprobó la iniciativa de Salud de los Pueblos indígenas, la OMS (Organización Mundial de la Salud) y los Estados miembros se comprometieron a trabajar con la población indígena, con el objetivo de mejorar su salud y bienestar, reconociendo el valor del patrimonio cultural y el saber ancestral de los pueblos indígenas y la necesidad de conservarlos.

En la 62ª Asamblea Mundial de la Salud del día 26 de enero de 2009, la OMS emitió la Resolución EB124.R9 sobre medicina tradicional en su punto 4.52 insta a los Estados miembros, de conformidad con las capacidades, prioridades y circunstancias y a la legislación nacional pertinente, en el punto número 4 establece:

“Considerar la posibilidad, cuando proceda, de **incluir la medicina tradicional en sus sistemas de salud**, sobre la base de sus capacidades, prioridad, circunstancias y la legislación nacional pertinente, así como de datos probatorios sobre seguridad, eficacia y calidad (DMTDI, 2020)”.

La política oficial se actualizó y ahora se cuenta con la “Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014–2023”. Para su difusión y homologación, la OMS organizó una serie de reuniones internacionales para su presentación. México participó en MACAO, China en 2013. En junio de 2017 se llevó una reunión continental en Managua, Nicaragua, organizado por OPS/OMS, para facilitar una retroalimentación y enriquecimiento entre los diferentes países, en torno a dicha estrategia, considerando también a las medicinas complementarias (DMTDI, 2020).

3.2 Antecedentes nacionales

Desde mediados de la década de 1980 hasta la actualidad en México se han creado una serie de propuestas, programas y acciones en colaboración con terapeutas indígenas, con el fin de dar un reconocimiento a sus prácticas, considerando que la práctica de la medicina tradicional en las comunidades indígenas ha representado

un modo de vida asociada a su reproducción social y como instrumento de convivencia con el medio ambiente e incluso la única alternativa para aquellas comunidades alejadas de los servicios de salud. Por lo tanto, el reconocimiento de las actividades curativas empezó a tomar relevancia dentro del campo jurídico y de incorporación a hospitales mixtos en zonas con territorio indígena, además de impartir cursos, talleres y diplomados con enfoque en la interculturalidad en salud o salud intercultural, hecho que fue desarrollado igualmente en otros países de América Latina como Chile (Campos, 2017).

El entonces INI (Instituto Nacional Indigenista) fue quien impulsó con poca relación la medicina biomédica en el ámbito indigenista esto con fechas de 1988-1994 para establecer una relación con los médicos indígenas donde se comienzan a encaminar algunas organizaciones y se crea la Biblioteca de Medicina Tradicional. Además de la modificación del hospital de Cuetzalan, Puebla, perteneciente al INI, para que pudiera servir como centro no solo de medicina biomédica, sino de atención por parte de terapeutas tradicionales, pertenecientes a organizaciones de médicos indígenas. Sin embargo, en 1990 se hace cargo la Secretaría de Salud y esta réplica algunos hospitales más con ese mismo modelo de atención en Puebla y Nayarit, ambos estados con población indígena (Campos, 2017).

Los Hospitales con espacios que incorporan la atención de terapeutas tradicionales, llamados mixtos o integrales iniciaron en México en 1990 con el Hospital Mixto de Cuetzálan, Puebla, bajo el concepto de una red integrada de médicos tradicionales. Posteriormente, modalidades similares se desarrollaron como hospitales y como unidades de salud en el mismo Estado de Puebla, Nayarit, Durango, Campeche, Michoacán, Oaxaca, Chiapas, Estado de México y Querétaro. (DMTDI, 2020).

Según lo planteado al inicio de esta estrategia, consistía en invitar a las parteras y terapeutas tradicionales de la región con influencia a donde está instalado el hospital y/o el centro de salud, y participar en un espacio contiguo del hospital (en Puebla lo denominan módulo integral), para trabajar en forma individual o coordinada si es el caso, con el personal médico y de enfermería de la misma unidad (DMTDI, 2020).

En el periodo de 2000-2006 en respuesta al plan Puebla-Panamá en el año 2001 se crea el área de Planeación Estratégica y Desarrollo Regional y la Coordinación General del Plan Puebla-Panamá y la comisión Sur-Sureste de México con representación en algunos estados como Puebla, Tabasco, Veracruz, Chiapas Campeche, Quintana Roo y Oaxaca, integrando más hospitales con medicina tradicional (Campos, 2007). Posteriormente, se crea la Coordinación de Salud de los Pueblos Indígenas, que más adelante cambia de denominación y conforma la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural en agosto del 2022 a cargo del Dr. José Alejandro Almaguer González (DMTDI, 2020).

Sin embargo, es en el periodo de 2002-2005 cuando se pone en marcha la recuperación histórica del programa en medicina tradicional iniciado con la etapa denominada de diagnóstico y fortalecimiento del marco legal y de reconocimiento a la medicina tradicional como un sistema completo de atención a la salud, se realiza un primer acercamiento con los médicos tradicionales en estados como Michoacán, San Luis Potosí, Chiapas, Oaxaca, Chihuahua y Veracruz algunos de estos con alta población indígena, es aquí donde se empezó a hablar sobre una regulación legal de la medicina tradicional y de una inclusión a la Ley General de Salud, creando además conceptos propios de la medicina tradicional, se crean grupos de académicos y se busca una sistematización de la medicina tradicional bajo el modelo médico-hegemónico para favorecer la sensibilización del personal de salud, así como de las parteras tradicionales las cuales ya años anteriores habían sido partícipes de este nuevo régimen (DMTDI, 2020).

En 2013 se instala en Amealco, Querétaro el programa de interculturalidad y medicina tradicional donde además de ser un centro de salud con hospitalización se añade el área de medicina tradicional con diversas áreas que incluyen a: hierberos (as), hueseros (as), curanderos, (as), temazcal y salas de parto vertical, a cargo de parteras. Aquí se busca visibilizar a los y las terapeutas tradicionales, hacer notar su presencia desde la diversidad de prácticas e ideologías que representa la heterogeneidad de sus conocimientos. Estos centros de salud son evaluados, a través, de una serie de indicadores como “unidades culturalmente

competentes”, donde, entre otras cosas, se capacita al personal de salud, incluye promotores de salud bilingües (ej. español-otomí), difunde información en lengua originaria, establece criterios de respeto-amabilidad entre personal de salud y pacientes, respetando sus creencias y cultura.

Bajo el recurso herbolario surgen el Centro de Investigación Biomédica del Sur de las plantas medicinales y fitomedicamentos, así como el Herbario medicinal del IMSS este último estuvo a cargo de la Dra. Abigaíl Aguilar Contreras, el cual tiene bajo resguardo 16,000 ejemplares de 2 mil especies de plantas medicinales que se han recopilado alrededor del país (Aguilar, 2009).

Mientras en el periodo comprendido del 2004-2015 se impulsa la recuperación de los aportes de la partería tradicional y su relación con los servicios de salud, donde se capacitó a las parteras desde la mirada occidental sobre cómo debe ser la atención al parto y se gestionó ante recursos humanos el reconocimiento que faculte la contratación en el sistema nacional de salud, pues al igual que con algunos médicos tradicionales su práctica dentro de los hospitales mixtos se consideraba como un trabajo de voluntariado recibiendo a cambio un apoyo económico y no un salario. Posteriormente, los encuentros, capacitaciones y talleres con las parteras pasaron a tener el nombre de atención al parto humanizado, intercultural y seguro, tomando los conocimientos de las parteras traducidos a un conocimiento con bases científicas, institucionalizadas y de aspecto neoliberal (Almaguer, 2014).

En 2013 se propone la primer Guía de implantación para el fortalecimiento de salud con medicina tradicional, donde se establecen ciertos lineamientos para la incorporación de la medicina tradicional (DMTDI, 2020).

Es importante mencionar que desde estos periodos no se encuentra una revisión más reciente en los avances de interculturalidad, pues la Guía de implantación y la propuesta de avanzar en la mirada de interculturalidad en salud no ha tenido cambios significativos desde su implementación; a pesar de seguir en marcha ha

sido poco evaluada, existen áreas de medicina tradicional sin ser utilizadas y se sigue sin consultar de manera seria a los médicos tradicionales para la elaboración de planes y programas, siendo así que la práctica de estos es guiada bajo el pragmatismo mediático de las autoridades en salud.

3.3 Marco legal

En 1992, en México, se llevó a cabo la reforma constitucional que estableció que “La Nación Mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas” y que se continuó con las de los años 2001 y 2004. Con ello, en la Constitución Política de nuestro país y con la modificación del artículo 2º, se reconocen los derechos de los pueblos indígenas a preservar todos los elementos de su identidad cultural, así como a aprovechar debidamente la medicina tradicional.

En 2006 se modifica la Ley General de Salud para integrar el reconocimiento, respeto y promoción de la medicina tradicional indígena, señalando que la atención a la salud indígena se adaptaría a sus concepciones, estructuras sociales y administrativas (Guzmán, 2017). En México, el reconocimiento de la medicina tradicional está sustentado en los artículos 1º y 2º de la Constitución Mexicana, como en los artículos 6º y 93 de la Ley General de Salud (LGS).

Pasando a otro periodo del 2006-2009 se busca una legalización e institucionalización de la medicina tradicional más formal, con la argumentación nuevamente de su incorporación a la Ley General de Salud donde, se reconoce por el Sistema Nacional de Salud en el año 2008, del cual se habla sobre una consulta con quienes practican la medicina tradicional siendo aproximadamente unos 300 médicos tradicionales los consultados, aunque no se especifica qué tipo de médicos tradicionales fueron, cabe destacar que dentro de la cosmovisión indígena existe

una categorización de médicos tradicionales de los cuales pueden ser parteras, hueseros, hierberos, temazcaleros, etc. (Corell-Doménech, 2019).

En ese mismo periodo se realizan una serie de foros nacionales de consulta sobre medicina tradicional para la definición del Programa de Acción Específico en MT y Sistemas Complementarios (SC), se realizan encuentros con médicos tradicionales bajo la coordinación del IMSS-Oportunidades, además de comenzar con un modelo de auto sistematización de la MT aplicándose principalmente en universidades interculturales, se realizan foros en MT, durante esta etapa se realiza un diagnóstico de los hospitales mixtos con MT, en Puebla, Nayarit y Durango, de los cuales no hay registro alguno de los resultados obtenidos al momento de la búsqueda documental. En este punto se busca convalidar la MT en instituciones académicas, siendo la universidad intercultural de San Luis Potosí una de las primeras en hacerlo.

En el periodo de 2009-2018 se considera a los terapeutas indígenas, sujetos activos para el fortalecimiento de los servicios de salud con la medicina tradicional, donde se continúan realizando encuentros regionales de MT, en este periodo se busca sistematizar las prácticas en MT desde la visión médico-hegemónica (DMTDI, 2020).

En 2006 se presentan una serie de observaciones al PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-248-SSA1-2006, “Buenas prácticas de fabricación para establecimientos dedicados a la fabricación de remedios herbolarios” a su vez que se fundamenta el desacuerdo con esta NOM por parte de un grupo de médicos tradicionales. Mientras se elaboran talleres, diplomados, para capacitar el uso de plantas medicinales usadas como remedios herbolarios e integrar el uso de estos mediante las denominadas Farmacias verdes, además de elaborar una propuesta sustentada bajo el régimen biologicista de un cuadro básico de remedios herbolarios con evidencia científica de la cual poca ha sido la investigación considerando la diversidad biológica del país y de utilidad de los diversos pueblos originarios (González L. 2017).

Sin embargo en contextos más recientes el marco legal del Plan Sectorial de Salud que comprende del periodo 2019-2024 enmarca dentro de los Objetivos Prioritarios principalmente los temas de “pertinencia cultural, trato no discriminatorio, digno y humano, así como temas de interculturalidad”, mientras que dentro de los objetivos y estrategias se encuentran: los procesos para atender las necesidades, las políticas de interculturalidad y trato digno”, pensando en que dentro del eje de interculturalidad esta la estructura de medicina tradicional.

Dentro de la Estrategia Prioritaria se encuentra el apartado para Fomentar la participación de comunidades en la implementación de programas y acciones, bajo un enfoque de salud comunitaria para salvaguardar los derechos de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, personas adultas mayores, mujeres, comunidad LGTBTTTI, personas con discapacidad, comunidades indígenas y afromexicanas, donde menciona la incorporación de elementos propios de la medicina tradicional en los servicios de salud igualmente descrito en el Programa Sectorial Derivado del Plan Nacional de Desarrollo (2019-2024).

Otro punto que menciona el Programa Sectorial Derivado del Plan Nacional de Desarrollo (2019-2024). en esta categoría son los mecanismos y procedimientos relacionados con la adopción de un enfoque de interculturalidad y sin discriminación para propiciar una atención adecuada y digna a mujeres víctimas de violencia, comunidades indígenas y grupos históricamente discriminados. Planteando promover la atención integral de población indígena, considerando las contribuciones de la medicina tradicional.

En 2020 se propone una nueva Guía de implantación para el Fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional, implementada por el actual presidente Andrés Manuel López Obrador, está sin grandes modificaciones ni cambios, se rige bajo los mismos principios, objetivos, etc. (DMTDI, 2022).

4. Resultados.

4.1 Encuentros entre ideologías “tradicionales” e institucionales.

Existen diversos factores que configuran las relaciones humanas en situaciones y contextos diversos, para el caso de la interacción entre dos modelos de salud que conforman filosofías y procesos distantes para las intervenciones en salud en contextos institucionales, se ha establecido la interculturalidad en salud, como idea dominante para inspirar los discursos de políticos, académicos y de la misma comunidad.

Para aquellos que habitan los pueblos y comunidades indígenas existen categorías que corresponden a los determinantes sociales de la salud como el género, la clase, por supuesto la etnia, entre otras, que dan muestra de cómo los paradigmas de la cultura dominante pueden convertir relaciones de respeto en relaciones de poder como expresión compleja para la construcción de espacios institucionales dirigidos a las y los médicos tradicionales indígenas, que, históricamente han operado en condiciones de “autonomía” dentro de sus comunidades y, que contrasta con el funcionamiento e ideologías positivistas a los procesos salud-enfermedad de quienes pertenecen al modelo medico-hegemonico, forjados en instituciones académicas bajo reglas y normas sistematizadas; elementos que llegan a obstaculizar la adaptación de médicos y médicas tradicionales indígenas a espacios que les son otorgados y que por situaciones de educación, cultura y representaciones, resulta difícil afrontar una existencia bajo dinámicas institucionales. .

Esto se vuelve complejo para los actores tradicionales que, se ven constantemente obligados a demostrar sus conocimientos a través de exámenes, constancias, títulos profesionales y aprobación de cursos, como expresión del autoritarismo, discriminación y racismo que se ejerce a la escasa formación profesional que concierne no solo a los y las médicas tradicionales sino a las comunidades indígenas y que se expresa a través de un sentimiento de desprecio a sus prácticas, con una postura de supersticiosos e ignorantes por la forma en como adquirieron

sus conocimientos, modos de actuar, de hablar y de enfrentar las problemáticas en salud, desde la vivencia de una yerbera que solo cursó la primaria, durante la entrevista relata lo siguiente:

“Ya le mandé a “X” que tomé dos cursos, pero no los aprobé, tengo 7.5 en cada uno y tenía que ser con 8 para que me dieran la aprobación. Y como todo es de médicos entonces, pues dime, si yo voy a poder hacer eso, esos eran para médicos realmente. Yo si le dije a mi hija - “no pues, no voy a pasar” porque le dije a “X” que trae muchos términos médicos que uno no puede” ...

Retomo este fragmento por la manera en como se ignoran y subsumen las ideologías que desde el ámbito comunitario y de manera histórica se han creado como respuesta a formas de supervivencia y de atención a la salud, donde los médicos tradicionales construyen sus conocimientos, a partir de sueños, dones y mandatos. Aunque esta misma forma de ignorar sus conocimientos ha sido la que impulsa a buscar legitimidad institucional, encaminándolos a tomar cursos, capacitaciones y demostrar que sus conocimientos son certeros, para encontrar aceptación, por razones individuales, que bien podría ser la empleabilidad en un trabajo remunerado que contribuya a cubrir sus necesidades.

Cabe resaltar que, hemos ignorado el hecho de que estos grupos son personas que han estudiado y se han involucrado en procesos académicos autodidactas, alejados de la presión institucional, aunque éstas se inclinen más a formas de medicina complementaria y biomédica.

[]...“también hay, hay algunos que aunque digan que no, si se han metido a estudiar si lo han hecho, porque por ejemplo, el huesero me dice, “es que hay, hay un libro que te dice esto y esto” y digo “bueno entonces si estás estudiando”, dice, -“sí, es que hay cosas que, el mismo paciente te lo exige”, “a lo mejor uno no conoce lo que tiene y hay que investigar y entonces yo también he leído libros”. De alguna forma ellos se están formando, pero no, no lo dicen abiertamente por qué, pues las críticas y pena“”.

Más allá de las orientaciones que se han formado sobre como se percibe a los y las médicas tradicionales, resulta importante reconocer que la comprensión de los procesos salud-enfermedad-atención, desde la aportación sociocultural indígena, es parte de un proceso de influencia donde intervienen contextos diversos, contruidos desde la comunidad hasta llegar a marcos que devienen del pensamiento científico moderno en salud como única forma de validar los conocimientos y saberes en salud.

Hablar de procesos de interculturalidad en salud, en ambientes institucionales, en México y específicamente en Amealco, es reconocer que, responde a procesos de escala mundial y que devienen de manera potencial de situaciones económicas (Menéndez, 2023), sin embargo, en un nivel local esto se vuelve aún más complejo por situaciones de violencia, corrupción y extractivismo, cuyas consecuencias tienen impacto en lo social, cultural, político, económico, espiritual, ecológico, siendo más impactante en las minorías o grupos subalternos.

Un determinante que se ha vuelto evidente son las formas burocráticas que los practicantes de medicina tradicional indígena tienen que cumplir y que devienen de normas y reglas descritas por las instituciones de salud, como forma de organización interna para mantener todo bajo control y bajo sistemas de productividad óptimos que reflejen la funcionalidad del servicio. Para la biomedicina, representa una forma cotidiana de realizar su trabajo, para los actores tradicionales ha representado un reto enorme, considerando que algunos o no tienen una educación formal, no saben leer y/o escribir, desconocen el uso de la tecnología, etc. Donata, una persona que se identifica como curandera, menciona parte de su experiencia en el CESSA, ya que a pesar de identificarse como tal, se encontraba en el papel de traductora, debido a que ella sabe hablar su lengua originaria. Ella me compartió a través de su experiencia, las subjetividades a las que se enfrentó en una posición ajena a lo que conocía como curandera: .

“Ya tienen un sistema donde hay que registrar... capturar todo, entonces, le digo yo, no sé, ya siento la vista cansada, no sabía ni usar

la computadora, pero había que llenar los datos, la CURP, era un lugar muy frío para mí”.

Si bien, la característica de productividad se ha vuelto una forma constante de exigencia para demostrar la capacidad de ocupar los espacios institucionales, en el caso del área de medicina tradicional del CESSA, es además la forma de (Re)organizar los conocimientos, a través de la división del trabajo que determina la conservación de ciertas prácticas, mientras subsume otras.

Siguiendo la lógica que los gobiernos neoliberales implementaron en México se hablan de una constante evaluación a los procesos en la eficacia de los servicios médicos, aunque, signifique contradicciones importantes (Menéndez, 2022), en la cual se han apoyado los instrumentos de intervención médica concebida como una guía para la interpretación e intervención a los procesos salud-enfermedad-atención. Con los pacientes existen formas de estructura y clasificación, percibida por el estado a través de organismos de pago y de una estructura reglamentaria como manera de hacerse cargo de la salud.

Todas estas contradicciones en relación con las medicinas tradicionales en el contexto del CESSA, Amealco encaminan al área a normas, a verse obligados a justificar ciertos tratamientos e intervenciones, aunque no sean las indicaciones y/o procedimientos que giran en torno a las ideologías comunitarias para tratar los padecimientos particulares de cada paciente.

El impulso continuo hacia la sistematización de los procedimientos que abordan el conocimiento en medicina tradicional indígena es un proceso que la norma institucional vuelve obligatoria, asumiendo que dentro de las prácticas e ideologías indígenas no existe una diversidad de códigos y representaciones. Este tipo de actividades modifican las concepciones en torno a la medicina tradicional, generando a su vez que los practicantes de las medicinas tradicionales pierden esa autonomía, que es precisamente lo que justifica su estatuto, categoría de reconocimiento y legitimidad comunitaria. No obstante, estas sistematizaciones adaptativas favorecen y resultan útiles para la adaptación práctica a contextos biomédicos.

4. 2 La institución como nuevo espacio de la medicina tradicional.

Reconocer el papel tan importante que desempeñan los modelos en la descripción de sucesos y plantearnos perspectivas críticas que ponen en discusión los análisis (Breihl, 2023), nos permite colocar las experiencias compartidas por los médicos y médicas tradicionales, desde el conocimiento, las actitudes, las normas, los valores e ideologías que se han evidenciado en el CESSA, como institución pública que otorga servicios de salud no solo en medicina alópata, sino ahora también en medicina tradicional, y es importante señalarlo, puesto que a pesar de otras experiencias similares que han fracasado, desaparecido y/o medio en operación, el CESSA continua con intervención de médicos tradicionales indígenas y no indígenas.

En este punto cuando retomo no solo los discursos del programa de “Medicina tradicional en los servicios de salud”, también retomo los testimonios de las personas situadas en los contextos del CESSA (médicos tradicionales), considerando que, partir de la comprensión de ideologías y representaciones en la transición que ha tenido la medicina tradicional indígena a la no indígena es una de las coyunturas a considerar, ayuda a responder la pregunta de investigación y de lo que significa la interculturalidad en salud, como vía para retomar los conocimientos “tradicionales” en instituciones públicas de salud.

Considero esencial el papel de las instituciones, a través, del aparato médico-hegemónico y político que encabeza los programas y propuestas de interculturalidad en salud, que han dispuesto de recursos simbólicos de las comunidades, lo que permite tener el acceso preferente a los sistemas de discursos que operan hoy en día sobre el entendimiento para abordar la medicina tradicional indígena y por consiguiente las prácticas que claramente han transitado a dejar elementos que desde la lógica de las instituciones son incompatibles, validando o no el conocimiento tradicional.

Ya no es necesario que la comunidad coloque a los médicos tradicionales el estatuto de sanadores, curanderos, parteras, hueseros, a través, de la instauración de ciertos dispositivos administrativos, el estado busca controlar ese reconocimiento, con ciertas normas de práctica y de sistematización de saberes. Ya no es la salud, ni el bienestar comunitario el objetivo, sino más bien cumplir con el objetivo de la norma, la inevitable y continua aceptación de estos saberes por la ciencia hegemónica para su posterior mercantilización y entrada al mercado de la salud, situación que se ha vuelto inevitable pero también transformadora del conocimiento tradicional indígena, por lo tanto, la medicina tradicional, ha pasado a ocupar espacios educativos en instituciones de educación pública, donde las prácticas de medicina tradicional son vistas desde un posicionamiento académico y científico.

En el área de medicina tradicional del CESSA, existen personas que han profesionalizado las prácticas de medicina tradicional, a esta área se ha denominado “Salud Intercultural” o “Medicina Intercultural”, siendo estos profesionales de la salud egresados de instituciones de educación pública, los cuales han ido formando una identidad y habitado sus espacios:

“La licenciatura (salud intercultural), ha sido muy buena, tiene una amplia variedad de herramientas para desempeñar en el trabajo, también siento que es una licenciatura a futuro, este, el hecho de la medicina tradicional, las plantas toda esa parte, siento que va agarrando cada vez más auge y las personas lo están solicitando más, además ya la medicina tradicional se ve con otra visión más científica y no se queda en lo tradicional...[]”

El surgimiento de lo intercultural como núcleo de un pensamiento de Estado, ha caracterizado las medicinas tradicionales desde la idea de comprobar cualquier tipo de conocimiento y saber que devenga de este, pese a las resistencias de algunos grupos principalmente actores indígenas, se han elaborado nuevos marcos de interpretación y práctica que incluya los saberes indígenas, proponiendo la “medicina intercultural”, como aplicación de conocimientos diversos que fija relaciones de complementación entre las medicinas tradicionales y la biomedicina.

En Amealco, se ha reproducido esta área como dominante al resto, pues se argumenta bajo el pensamiento científico moderno ante cualquier forma de intervención en salud; “Javier”, se identifica como médico tradicional y aunque su relación con esta deviene de herencia familiar, él no se dedica a practicarla dado que en el CESSA, se le han otorgado las actividades de servir como traductor y como asistente, además de guiar su formación académica profesional a otras áreas de estudio profesionales, dedicándose a la docencia.

La mayoría de mis compañeros, médicos tradicionales, no son como, “estudiados” o no sé cómo yo que, no tienen ese dominio para poder hacer una nota médica como tal en sus consulta, entonces, ellos no están de acuerdo en que tengan que alinearse a un protocolo médico, porque ellos dicen que no lo dominan, y que no es necesario para ellos, entonces nuevamente han comentado, que, el área se está volviendo más a medicina intercultural, refiriéndose a que por ejemplo, se está dando más espacio y más peso a la medicina intercultural, por ejemplo, a la Medicina China, acupuntura y a la fitofarmacia.

La compatibilidad que buscan enmarcar estas formas de pensamiento médico-hegemónico, intenta encontrar dominadores comunes entre culturas, pensadas desde del otro y no desde los actores indígenas, introducir prácticas a un área que en apariencia es “tradicional”, donde la reproducción de esta no han sido continua, sino adaptable al entorno institucional y realidad actual, resignifica símbolos, prácticas, ideologías y saberes de la práctica tradicional indígena a una más orientada a lo biomédico.

Cuando retomamos la propuesta de entender la medicina tradicional como “modelo de la realidad” (Kinpper, 2006), el concepto de “medicina tradicional” da significado a las observaciones muy heterogéneas que se puede encontrar en las comunidades indígenas e influye sobre el desarrollo de nuevas estructuras convirtiéndose en instituciones, prácticas y conceptos. En Amealco, existe además un entendimiento situado que permite mirar la realidad de las medicinas tradicionales como, aquella

que se ha visto influenciada por políticas e instituciones desde marcos de poder, pero que aún resiste como proceso histórico en la memoria colectiva y en el CESSA.

Las orientaciones que se tienen con respecto a como debería organizarse el marco legal y jurídico para la práctica en Medicina Tradicional, ha sido algo que es totalmente del desconocimiento de médicos y médicas tradicionales en Amelaco, a pesar de que en algunos puntos del país existen ciertos movimientos étnicos que las impulsan y/o rechazan. Para quienes han laborado en el CESSA, las ideologías que permean, han sido aquellas impregnadas por las instituciones y por supuesto de compañeros que han egresado de instituciones que promueven la salud intercultural, pues partiendo del desconocimiento de estas, ellos aseguran que sería un gran avance para la medicina tradicional, debido a su posición como voluntarios.

“Uno quisiera aprovechar la política de las autoridades, mi intención era buscar o lograr que se hiciera un contrato formal porque pues tú ves aquí estamos como voluntarios, decía yo, yo no me siento como voluntaria porque no lo estoy haciendo de forma voluntaria. Estoy recibiendo un poquito de dinero, pero me estoy acabando la vida con un horario y me estoy cansando y de esa forma no se compensa la voluntariedad; hicimos el intento ya nos explicaron que no es posible”.

Esperando a que esta, sea una forma de tener mayor retribución a su trabajo y de conservar el conocimiento tradicional indígena, sea o no ejercido por personas pertenecientes a grupos originarios, aunque ello implique seguir la lógica de subsunción, mercantilización del conocimiento, medicalización y uso de simbologías propias de la cultura indígena, pues las propuestas así como este programa suelen ser ahistóricos.

La legitimidad que tienen las instituciones de salud a través de los miembros de un grupo blanco y de poder puede transformar experiencias personales en experiencias de grupos, sugiere que acción debe ser ejercida en situaciones de conflicto étnico, decidir la afiliación y lealtad a su propio grupo étnico resaltar sus valores e intereses compartidos, ejecutar el dominio de grupo y, finalmente, fomentar la reproducción del racismo (Van Dijk, 2007). Los miembros de las

instituciones de salud que retoman la medicina tradicional como discurso crean contradicciones en sí mismos, refuerzan desigualdades en salud y la persistencia de discriminaciones culturales, asumen que, si la medicina tradicional se articula en espacios institucionales existirá un equilibrio de saberes y que, por lo tanto, la medicina tradicional puede hacer frente a cualquier proceso salud-enfermedad, mientras que las comunidades indígenas demandan servicios de salud biomédicos que responden a la dimensión socio-histórica que resalta la falta de atención sanitaria debido al escaso reconocimiento hacia el perfil epidemiológico y geográfico de las comunidades.

Como finalidad última, las relaciones horizontales que se proponen, quedan bajo estatutos de poder diferenciados y asimétricos; hablando específicamente de prácticas que han dominado incluso la misma medicina tradicional, existe un reconocimiento público y político, inclinado hacia las prácticas de partería, no a las sujetas que la practican, sino, a lo que estas practican aportan para cumplir con las recomendaciones, centralizados en herencias coloniales, raciales y capitalistas en sus diversas fases(Basile, 2018).

Así, los procesos que determinan una interculturalidad en salud agrupada en concepciones políticas y de extractivismo hacia la medicina tradicional indígena, no solo de saberes, sino de territorios, están definidas por: un sistema neoliberal que perduró por varios años en México; por los mandatos del mercado global que impulsa indirectamente estas acciones de mercantilización, patologización y medicalización constante de los procesos salud-enfermedad-atención; por la colocación de actores hegemónicos y grupos de poder que promueve estas acciones a nivel nacional; y por la deficiente intervención a situaciones de atención a la salud que presentan estos grupos indígenas. Aunque este último resulta aún sin intervenciones gubernamentales que mejore las condiciones de vida.

4. 3 (Re) Construcción de los saberes tradicionales indígenas a partir de la interculturalidad en salud.

Dentro de las instituciones las intervenciones a los procesos salud-enfermedad de las y los curanderos se fundamenta en la mezcla de prácticas de medicina tradicional y biomédica, no podemos negar que el conocimiento evoluciona con la historia y que existe variables dentro de la definición según se trate de individuos, subgrupos de minorías, épocas diversas y circunstancias socioculturales o políticas cambiantes (Van Dijk, 2003). Lo que resulta en una transmisión de prácticas e ideologías constantes.

Por un lado, las ideologías y saberes de las y los médicos tradicionales ha evolucionado transitando de dos formas: una desde la capacitación y cursos que las instituciones de salud han empleado para poder lograr su contratación perdiendo así elementos clave que se utilizan en las comunidades como los elementos frío:calor; la segunda ha sido a partir del sincretismo que se hace presente una vez que, se integran prácticas indígenas a espacios legitimados por el modelo médico-hegemónico y que desde, la adopción e imposición de nuevas formas para entender los procesos salud-enfermedad-atención, buscan lograr la aceptación y la continuación de sus trabajos, ya que el no comprobar sus conocimientos, significa no cumplir con los requisitos de las instituciones tanto para ingresar como para mantenerse activos. Proceso que los ha llevado a comprobar sus conocimientos.

“Cuando entramos nos hicieron o nosotros como si fueran exámenes este para ver qué tanto sabíamos, y, y nos ponían a las personas a curarlas de susto, de empacho, de nervios, por decir hasta personas que ´taban mal de una torcedura y eso, sin tenernos que decir nada para saber qué tanto sabíamos”.

Si bien esta actitud, deviene del hecho de que esto les permitirá acceder a un mejor sueldo, (el cual en sí mismo ya es precario), el discurso que permea es que si logran comprobar sus conocimientos existe una posibilidad de aumentar sueldos, además de crear una competencia interna por conservar sus trabajos y no ser desplazados

por nuevos profesionales de salud que estudian medicina tradicional en instituciones de educación.

Retomando el sincretismo, ha sido un elemento configurado desde diversos aspectos, no obstante contribuye de manera precisa, al los sujetos, entrar en contacto con las instituciones pues, se enfrentan a situaciones de superioridad y discriminación por parte del personal de salud, dejando de lado ciertas creencias y/o conocimientos debido a que estos resultan muchas veces descartadas y atrasadas, resultado de choques culturales y juicios por el personal de salud. Entonces el esfuerzo por algunos médicos tradicionales de ser aceptados, los encamina a dejar de lado ciertas ideologías y acercarse al uso de técnicas modernas de atención para un mejor abordaje que los médicos puedan acreditar y aceptar como el caso de las parteras que acompañan los partos en el hospital. Lo que implica el reforzamiento de las medicinas tradicionales, con elementos de la biomedicina.

El uso de ciertos recursos, como son las plantas medicinales, ha transitado para su obtención en los mercados. Lo que ha generado, el tránsito a una menor extracción y producción en huertos, milpas, y/o jardines botánicos, esta práctica deviene a la promesa de las instituciones por proveer recursos y negar la introducción de este recurso como aportación de la comunidad (Eroza, 2019). El área de farmacia verde, ha sido una de las propuestas que visibiliza la inclusión de la medicina tradicional de mayor interés, lo cual no se niega sea importante, al contrario, da aportes muy interesantes para el uso de este recurso, sin embargo, no se han explorado las dimensiones culturales que giran en torno a los saberes tradicionales; desde esta área se impulsa la sistematización de este recurso, sin consultar a los actores subalternos que la practican e ignorando ciertas técnicas de transformación y usos de este recurso, el cual suele ser muy variado y con connotaciones empíricas diferenciadas.

“En laboratorio y farmacia verde, ya es como más científico. A lo mejor si, algunos médicos tradicionales aquí me enseñan para que se pueda usar cierta planta, como la conocen, con que nombre y así...” [ahorita llevo poco

tiempo en el área y casi no he interactuado con los demás, porque me la he pasado aquí en mi área, porque me la he pasado reestructurando toda el área, hay muchas cosas que las hacían de forma empírica, pero pues tienen un sustento científico”.

La transformación en el entendimiento de las prácticas en medicina tradicional ha sido modificada por un sistema que busca la adaptabilidad y el funcionalismo de estas ante un sistema de prácticas en salud ya establecido, buscando no solo que los médicos tradicionales se adapten a prácticas e ideológicas, sino que además en esta adaptación se han ido cambiando la forma de mirar a los pacientes. Recursos como el uso de instrumentos de diagnóstico (estudios de laboratorio y gabinete), son elementos característicos de un modelo biomédico hegemónico que busca patologizar y medicalizar a los usuarios de los servicios y que han sido introducidos en las prácticas de medicina tradicional, dejando de lado las otras formas de diagnosticar como lo eran, el uso del pulso, de la intuición, etc.

Los saberes sometidos según Foucault, se refiere entre otros puntos de debate a aquellos saberes que están descalificados como saberes no conceptuales, como saberes insuficientemente elaborados, saberes jerárquicamente inferiores, saberes por debajo de la científicidad exigida, ese saber que se puede llamar “saber de la gente”, (Foucault, 2000). Este saber se trata del conocimiento histórico que representa las luchas de los médicos indígenas que se han organizado frente a la escasez de servicios de salud, a la ausencia del estado para hacer frente a otorgar servicios de salud, en comunidades rurales y territorios marginados.

La interculturalidad en salud a manera de práctica y de relaciones de respeto ha ido creando desde las instituciones formas de homogeneizar el conocimiento indígena, para que este pueda no solo convivir con la medicina biomédica, (sin que esta tenga que crear algún tipo de modificación a su lógica), sino que además busca que esta pueda entrar a un mercado global y de demanda, donde quienes practican las medicinas tradicionales ya no son miembros de una comunidad indígena, sino que, ahora son sujetos de zonas urbanas, quienes se interesan en el aprendizaje de estas medicinas, para poder capitalizar, transformando la forma de aprendizaje de

estas medicinas que para muchos médicos tradicionales indígenas aún deviene de sueños, mandatos o dones.

Vivir en comunidad mantiene un significado colectivo y también individual en los sujetos, hablando específicamente de los y las médicas tradicionales de Amealco estos se han visto envueltos en procesos que reproducen una inmensa variedad de repertorios simbólicos y de representación cultural, que han ido moldeando su comportamiento, sería innegable no discutir las formas en que se mira a estos actores, pues muchos de ellos ya no hablan la lengua originaria, no se reconocen como pertenecientes a la cultura ñhañhu, e incluso algunos obtuvieron sus conocimientos a partir de cursos, talleres y no por herencia, sueños, etc. Esta deconstrucción de los sujetos ensimismados y conscientes, ligados a un territorio, se radicaliza en un mundo en red (Gracia, 2014).es decir, principalmente las instituciones han omitido esta parte de transformación del conocimiento y de la identidad de los sujetos.

Hablar sobre cómo se ha configurado la (re)existencia y resistencia de la medicina tradicional, devenga o no de un conocimiento indígena, es reconocer los conocimientos, prácticas y saberes como elementos que han sido estimulados por procesos tanto de la biomedicina, como por procesos de migración y medios de comunicación que traen consigo y configuran otras formas de conocimiento, identificando como hoy en día los procesos de globalización son el reflejo de una sociedad cada vez más conectada.

Todos estos elementos (re)configuran las interpretaciones que se tienen de la medicina tradicional, cuando los médicos tradicionales indígenas han migrado y/ o estudiado, estos no solo están cambiando la forma de aplicar sus conocimientos, van reconvirtiendo su patrimonio grupal y personal (García, 2004). En un contexto institucional como el CESSA, la tarea del médico tradicional indígena es convivir con el paradigma científico inmerso en la medicina tradicional a través del área de Fitofarmacia, convivir con sujetos que practican una medicina tradicional institucionalizada, medicina alternativa y Medicina China, aumentado así la heterogeneidad e inestabilidad de referencias identitarias que incrementan la

capitalización socioeconómica de una medicina tradicional “indígena” que pierde esta connotación y se inclina más a ser alternativa.

Los saberes tradicionales se han situado en contextos destinados al cliente, a una sociedad que demanda estos servicios como forma “alternativa” de atención, tan es así que un médico tradicional mencionaba el cómo se ha percatado de cómo no son los individuos pertenecientes a las comunidades con identidad indígena los que asisten a los servicios, sino, aquellos que parecieran pertenecer a otra clase social, lo que pone en evidencia como las personas pertenecientes a comunidades indígenas tienen otras necesidades en salud. Mientras que al ser la medicina tradicional una forma “desmedicalizada” de abordar los procesos salud-enfermedad, es funcional y reproducible para un sistema capitalista-neoliberal.

Pero también el trabajo de campo en Amealco demostró que la comunidad se sigue atendiendo con médicos y médicas tradicionales de la región, porque el servicio está más cercano a sus localidades y el reconocimiento comunitario sigue estando presente, se siguen atendiendo personas en espacios locales como sus casas, sin las condiciones adecuadas y con los pocos recursos que tienen al alcance, reconociendo el contexto social, geográfico y económico de sus pacientes, pero también por el desconocimiento en la complejidad de ciertos padecimientos, por la causalidad espiritual que se tiene, por las formas de tratar los padecimientos desde lo comunitario y por el mal trato que reciben durante la interacción con el personal de salud.

Hoy practicar medicina tradicional bajo una connotación indígena o no, describe las formas en cómo se han formado los sujetos, la cultura en la que nacieron (que también se ha transformado), aunado a la inmensa variedad de estímulos externos, en tránsito y cambiantes hacia una supuesta modernidad como única vía para la subsistencia, y es aquí donde las prácticas de medicina tradicional pierden la connotación de indígena. Abordar las transformaciones que rodean la (re)existencia de la medicina tradicional indígena y la resistencia del pueblo Otomí, representa en los sujetos nuevas formas de buscar pertenecer a un sistema, tener derechos y enfrentar violencias institucionales.

Entender los procesos de transformación y (re)definición de la medicina tradicional, a partir del estado actual de los saberes, no significa reducirlo al estudio de herbolaria y/o partería, que es hacia donde se ha dirigido la atención de los sistemas oficiales de salud, instituciones de educación y del sistema neoliberal, quienes han determinado que conocimientos son útiles para su reproducción y quienes serán los nuevos sujetos encargados de estudiar y practicar estos saberes sean o no pertenecientes a un grupo indígena. Esto, aunque no se tenga un indicador certero del consumo de plantas medicinales en el país, de las prácticas de temazcal, etc., a pesar de los esfuerzos que la epidemiología sociocultural ha hecho por dar seguimiento a estas prácticas.

En Amealco, se han abierto espacios privados donde se practican ciertas técnicas de medicina tradicional, con un concepto blanqueado y mercantilista, que presupone lógicas integracionistas de "interculturalidad", como forma de intervención a la salud, utilizada fuertemente como discurso para pensar las medicinas tradicionales desde la lógica de mercado. En esta forma de reproducción la medicina tradicional es para el consumo únicamente, la concepción cultural existe desde el capital, cosificando elementos y reproduciéndolos en contextos de apropiación que se salen del contexto sociocultural y atribuyéndose cualidades místicas inexistentes que cambia la realidad de los actores indígenas y legitima la práctica de la medicina tradicional a su forma capitalista.

En el contexto del CESSA, existe un área de medicina Intercultural, la cual está atravesada por prácticas de medicina alternativa y tradicional, como una propuesta holística de abordaje a la salud. A esta propuesta hay que pensarla, como el reflejo del mensaje que busca emitir de interculturalidad, bajo el punto de encuentro donde, la configuración de interculturalidad está encaminada a pensarse en una construcción de relaciones de respeto entre diversas formas de abordar al paciente, pero principalmente como único espacio donde se practica la interculturalidad, omitiendo la representación y existencia cotidiana que ha existido históricamente en en los entornos comunitarios de vida.

4.4 Debates, realidades y experiencias de la interculturalidad en salud.

La interculturalidad en salud ha sido un concepto que en sí mismo genera debate, aun cuando este sea planteado desde su concepción más progresista, ha tomado diversos significados, interpretaciones y aplicaciones distintas de acuerdo con los intereses de quienes la usan. Desenredar la complejidad del concepto de interculturalidad es tomar en cuenta las representaciones sociales y culturales que permean las ideologías dentro de imaginarios sociales que configuran la realidad de los espacios, en este caso instituciones de salud.

Las relaciones institucionales, específicamente entre el sector salud y las medicinas tradicionales indígenas, desde la propuesta de interculturalidad en salud no ha logrado dimensionar los problemas estructurales que existen en esta relación, si bien, existen ciertos grupos educativos y culturales, de los mismos grupos indígenas que han impulsado la dimensión de interculturalidad en salud como política y como sentido normativo, no ha logrado reconocer de manera profunda la complejidad de los problemas que busca abordar con la interacción de dos modelos de salud.

La interculturalidad en salud, ha encaminado las relaciones y encuentros que existen entre formas específicas a las prácticas de lo que se ha construido como medicina tradicional, esto nos permite dar un giro conceptual y problematizar un tema mucho más profundo y complejo que solo buscar estos encuentros entre lo que se percibe como medicina tradicional y medicina biomédica.

“me tuve que ir adaptando al... al medio igual este esté..., pues ya se trata a veces de explicar las cosas, principalmete a los médicos científicos, a veces ellos piensan que solo hacemos limpias o sobadas, te hacen bromas”.

A través de las entrevistas realizadas se puede evidenciar lo que Menéndez (2016), ha señalado previamente y con esto corroboramos que la interculturalidad en salud que sirve como política para el Estado, a mí también me sirvió como objeto de estudio y de conocimiento para indagar las problemáticas y situaciones que giran

en torno a la particular realidad de los y las médicas tradicionales de Amealco, a través de mecanismos de subordinación y discriminación así como de extractivismo ideológico que viven a diario.

A su vez, esta interculturalidad en salud a ellos les ha servido como imaginario para crear expectativas del reconocimiento a su trabajo y por supuesto de mantener una fuente de empleabilidad que permita cubrir las carencias económicas que se vive en las comunidades indígenas, así como de insistir en evidenciar el uso efectivo de sus prácticas dentro de las instituciones, aunque estas sigan siendo utilizadas como ejemplo por el Estado para justificar acciones en torno al asistencialismo en salud de las comunidades indígenas y que estas, más que acercarse al uso efectivo sigan cuestionándose y negando la eficacia de estas. Tal como lo dice una de las parteras:

“Cuántas mujeres necesitan nuestra ayuda, digo y eso fue por lo que empecé y por eso sigo aquí, porque estamos aquí como voluntarias, yo ya no estoy nada más por el dinero, sino más por ayudar a las mujeres, porque todavía hasta ahorita hay muchas mujeres con problemas de que no se acercan con los médicos o con sus maridos tienen problemas familiares y ya vienen y se desahogan con nosotros y ya les platicamos, les orientamos, eso es una satisfacción, al final sale el parto, todo bien, aunque no se alivien conmigo, pero participo en todas las asesorías que yo le pude dar”.

Esta recapitulación de “contextos interculturales en salud”, me pone a pensar en cómo se han articulado las relaciones, desde donde se construyen estas narrativas y para quienes se han construido, dado que las formas de mirar la interculturalidad en salud las entiendo desde tres actores diferentes: políticos, médicos tradicionales y académicos, y, aunque estas tres se articulan, cada uno de los actores la entiende y aplica de diferente manera en su cotidianidad. La interpretación de esta forma puede ser muy abstracta, pues la noción de los sujetos y el análisis empírico de las modalidades particulares de cada uno en cada contexto, está cada vez más intensificado por los procesos de globalización que modifica e impacta de diferente manera la forma de configurar a los sujetos (García, 2004) y actores.

Desde el contexto de los actores políticos: ha servido como discurso para la búsqueda de un orden social dominante que necesita reproducirse en las comunidades indígenas, a través de la creación de ilusiones desde diversas formas, tratando de forjar ideologías de poder y control, sobre formas de organización subalternas e impedir que los integrantes de las comunidades se reconozcan como una clase dominada (Breilh, 2020), con ayuda de la creación de conceptos epistemológicos que parecieran incluyentes y de respeto, aunque estos estén llenos de contradicciones.

Para pensar en cómo ha funcionado este dispositivo, desde la creación de ciertas dependencias de Estado, no existen acciones concretas que permitan visualizar los objetivos de la interculturalidad en salud. La rapidez con la que comunidades indígenas integran más la medicina biomédica a sus formas de atender la salud es impresionante, dado los procesos de globalización y capitalismo, y esto es algo que los políticos han omitido a la hora de pensar en cómo aplicar la interculturalidad en salud.

“Es lamentable que se tiene una idea errónea de lo que hacemos, mucha gente llega porque piensan que solo hacemos sobadas, mandados a veces por los mismos médicos de aquí, entonces los mandan para zafarse los y es la forma en que convivimos con los médicos”

El discurso en relación a la interculturalidad en salud de las instituciones y del Estado, ha constituido experiencias y sentimientos individuales e interpersonales para quienes participan, quedando como algo que tiene que surgir de manera espontánea entre estos dos modelos de atención a la salud el “tradicional” y el “hegemónico”. Narrativas que a su vez ignoran la existencia de los médicos tradicionales indígenas y justificando actos de subordinación, racismo y discriminación.

Para algunos médicos tradicionales significa una vía para la emancipación de sus saberes, legitimación ante el estado, un pensamiento contrahegemónico que facilita la apertura a espacios de trabajo, a recibir un salario, aunque este no tenga cierta

oficialidad, dado que el trabajo en contextos comunitarios no es un trabajo que pueda generar los ingresos para sustentar sus necesidades y, por lo tanto, buscan una segunda fuente de ingreso. Esta visión de interculturalidad en salud puede llegar a entenderse incluso como no dominante e integradora, en ese sentido para algunos es el resultado de las mismas ideologías y discursos de estado, mientras que para otros es simplemente la vía para crear espacios de trabajo y de legitimación.

Las y los médicos tradicionales indígenas de Amealco, han sido permeados por discursos que mantienen asimetrías culturales y de dominación, impulsada por un limitado reconocimiento a sus prácticas desde el imaginario simbólico y cultural, que perpetúan la desigualdad estructural.

Cada uno de los entendimientos de la interculturalidad en salud requiere aún cambios conceptuales y metodológicos que conlleven una potencia de amplificar el poder de penetración del conocimiento (Breilh, 2020) de la interpretación y de la aplicación como política de estado que busca subsanar las deficiencias en salud de grupos históricamente vulnerados como los pueblos y comunidades indígenas, tomando en cuenta los alcances y limitaciones medibles y críticos.

Así desde una dimensión sociocultural anclada en el discurso del multiculturalismo neoliberal (Hale, 2004), la estrategia intercultural de integración capitalista se ha hecho presente desde el discurso de despatologizar y desmedicalizar la salud a través de narrativas donde los saberes y usos de la medicina tradicional, llevan a cotizar la fuerza de trabajo de los médicos y médicas tradicionales indígenas, aunque no de forma homogénea para todas y todos.

“yo corría en la comunidad a dar vacunas, o sea, que tuve muchos problemas en la comunidad, después de que me capacité, tuve problemas con la gente porque no querían vacunarse, todos querían que les atendiera su parto, pero que no viera el centro de salud o que lo publicáramos. Después de que yo entre a capacitación, me proponen como auxiliar de la comunidad”

En este contexto situado de Amealco, ha resaltado el trabajo de las parteras indígenas tradicionales, justificando esta forma de integración/apropiación, las cuales representan el vehículo para acceder y controlar el cuerpo, sexualidad y fecundidad de las mujeres, identificadas como idóneas para continuar y apoyar la lógica neoliberal al ser conocedoras y sujetas estratégicas en el ámbito comunitario. Algunas de ellas tienen el antecedente de trabajo con acciones de promoción a la salud, vinculadas a la salud sexual y reproductiva, específicamente para convencer a las mujeres de la comunidad a usar algún método anticonceptivo, campañas de vacunación y para acudir a las instituciones en el caso de control de embarazo, etc.

Estas acciones políticas de integración/apropiación neoliberales, estructuradas y dirigidas al sistema médico de los pueblos indígenas, (Izunza, 2015) devienen de instancias internacionales, han dirigido posturas que expresan agresividad simbólica y cosificación a ciertos grupos étnicos, en la búsqueda para la desintegración de saberes.

- **Más allá del significado de Interculturalidad en salud.**

Dentro de estos esquemas de integración intercultural tanto institucionales como comunitarios existen mestizajes étnicos acompañados de sincretismos, así como nuevas formas para entender y abordar los procesos salud-enfermedad-atención, que apenas reconocen formalmente, el papel participativo de los y las médicas tradicionales para la construcción de una agenda pública sobre medicina tradicional indígena. Los acuerdos se reducen a lo que arreglan las cúpulas empresariales y gubernamentales (Gracia, 2004). Mientras que la participación activa de los pocos representantes de la medicina tradicional en su mayoría suele ser por personas ajenas a la comunidad, han ido destinando a las medicinas tradicionales a ser imitadas fuera de su contexto y pertenecer a los mandatos del capitalismo.

“Pues yo se que hay compañeros curanderos que han ido a las reuniones que hacen, pero, a nosotros nunca nos han invitado, solo a la jefa del area (Licenciada en Salud Intercultural)”

Como era de esperar, el discurso que dictan instituciones locales e internacionales sobre la interculturalidad en salud permite que este razonamiento perpetúe ciertas

desigualdades e ignore las condiciones en las que se han construido los médicos tradicionales indígenas, y que estas desigualdades sean la clave para mantener la función de las estructuras de clase.

La necesidad imperante de relaciones de respeto desde la igualdad y horizontalidad refuerza los prejuicios y las injusticias más grandes de las sociedades neocoloniales y del capitalismo periférico (Viaña, 2010). En México la interculturalidad en salud se ha traducido de una forma casi imperceptible al pensar que, estos serían los preceptos que marcarían históricamente la forma de reproducir un concepto que serviría para buscar que las medicinas tradicionales se practiquen en condiciones de igualdad y respeto con la biomedicina, en espacios que históricamente le han pertenecido al modelo médico-hegemónico y que han borrado la memoria comunitaria y a los actores que practica medicina tradicional indígena.

Así, lo fundamental de la interculturalidad en salud, en su forma más neoliberal, es negar y ocultar la existencia de diferencias estructurales y sistemáticas que colocan a las medicinas tradicionales en objetos de mercantilización, invisibilizando la participación de sus representantes pertenecientes a comunidades y territorios indígenas, donde el extractivismo y desplazamiento no solo ha sido de conocimientos, sino que también ha sido de territorios, agua, minerales, etc.

“Yo pienso que la interculturalidad nos puede ayudar a que no se pierda la medicina de plantas, para que los jóvenes se sientan entusiasmados en aprender, practicamente estamos en espera de que las autoridades tengan interes en apoyarnos..[]”

Discutir estos dilemas, antes que buscar relaciones de igualdad y horizontalidad, nos llevaría a entender que los elementos bajo los que están construidos los discursos, legitimados por el estado, se siguen construyendo bajo sistemas de poder y dominación. Por lo tanto, es reconocer que no se pueden construir estas relaciones de horizontalidad, cuando los determinantes sociales de la salud, pasan desapercibidos por las autoridades.

Aunque los verdaderos desafíos de la interculturalidad en salud, no se han resuelto después de varios años de su diseño, objetivos e implementación. Se debería empezar por entender donde se generan las causas de subordinación de otros conocimientos, la acumulación de riqueza para ciertos grupos, la propiedad privada, el racismo y la discriminación como formas de dominación conservadora que perpetúa condiciones de desigualdad, entonces, nos encontramos en ambientes que generan narrativas de discriminación y subordinación:

“se decía precisamente que la interculturalidad, era eso yo te respeto y tú me respetas, pero, a nosotros nunca nos toman en cuenta, hacen reuniones y no nos invitan, yo me siento rechazada porque no se lo que los medicos, mi conocimiento es diferente, no es de universidad”.

Asumir una posición de respeto e igualdad, es algo que recae en las buenas intenciones de las personas como sujetos individuales, pero en conjuntos sociales más grandes y de poder, estos no están en condiciones de dialogar y mucho menos de escuchar las peticiones de los subordinados y dominados. Cuando se ponen estos análisis de por medio, podríamos discutir las características que tienen los procesos de interculturalidad en salud, que es de donde salen los “interculturalistas”, con pretensiones de universalidad del llamado mundo “globalizado” (Viaña, 2010). Estos procesos de igualdad y respeto en lo político, social y económico, reconstruye los procesos de interculturalidad en salud, y para la medicina tradicional, representa la construcción de narrativas que permitan la continua subordinación e imposibilita la posibilidad de diálogo y respeto que pueda surgir de esta.

Al profundizar en cómo se ha ido construyendo la interculturalidad en salud, entendida como entornos de respeto y horizontalidad, aunque surge únicamente de los médicos tradicionales, y subordinados, no explora la cosificación que se ha generado de manera histórica a cuerpos de personas que habitan en comunidades y pueblos indígenas, a través del extractivismo en sus territorios, pero también de conocimientos, de la folklorización a sus prácticas y rituales que han perdido el carácter de íntimo pasando a ser un espectáculo económico y político, siendo esta la matriz de una estructura capitalista.

“Cuando viene el director o el enlace intercultural, siempre nos piden que vengamos con el traje típico para la foto y, pues si, traemos nuestras plantas, se prende el temzcal, pero despues se olvidan”

Un elemento de análisis precisamente es la exposición de como la cultura dominante exige ciertas características, comportamientos, prácticas y conocimientos estandarizados para la diversidad de conocimientos.

Cuestionarnos el hecho de que, en los mismos grupos indígenas, donde se implementan las políticas de “interculturalidad”, existe una diversidad de conocimientos, pero también situaciones de desigualdad, violencia, poder, y cosificación a otros en los mismos territorios, estas últimas dinámicas suelen ser negadas. Precisamente hay grupos que no han logrado de manera interna escuchar, comprender, y respetar a otras culturas, lo cual sucede tanto en grupos pequeños como en sociedades más grandes, las situaciones de conflicto interno son innegables.

Las políticas de interculturalidad en salud buscan, comprender las culturas originarias a través de la medicina tradicional y de los curadores, que expresan la construcción histórica de identidad, pertenencia y autonomía cultural de los pueblos originarios. Algunas de estas orientaciones sirven para, justificar objetivos económico-políticos y, especialmente, ideológicos. (Menéndez, 2022). La mayoría de estas orientaciones envuelven y omiten que la medicina tradicional de las comunidades indígenas lleva también impregnadas ciertas ideologías, que pueden llevar de por medio violencia de género y etnocentrismo, imposibilitando cualquier forma de respeto e igualdad, expuestas en una visión que continúa reproduciéndose.

Más allá del concepto de interculturalidad en salud, está la construcción de procesos sociales, políticos y culturales, que permiten la interrelación del pensar y actuar estratégicamente. Con propuestas que parten de y desde la diferencia, dominadas por el poder, racismo y discriminación a los “otros”, para construir, deconstruir y contra construir (Breilh, 2020), paradigmas, que han orientando una práctica política, que presupone el respeto y la igualdad, pero que perpetúa un colonialismo

e ignoran las orientaciones fundamentales que determinan la salud de las comunidades y pueblos indígenas, mientras que establece un sistema neoliberal, configurando una práctica y un pensamiento capitalista de subsunción y destrucción de otros pensamientos.

4. 5 La permanente reflexión de las medicinas tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud.

Desde el discurso de los actores neoliberales que promueven las medicinas tradicionales, se plantea una crisis cultural y de salud, (las cuales no se pueden negar); respondiendo de manera parcial; desde la mirada capitalista para rescatarla y/o salvarla, fundamentada en una propuesta discursiva desde el Estado que no ha tenido esa fluidez y justicia para los actores indígenas.

El estado ha promovido una monoculturalidad de saberes e ideologías dentro de las medicinas tradicionales indígenas, proponiendo una única forma de conocimiento y percepción entre la diversidad de pueblos que existen en México, incluso en el mismo contexto de Amealco, donde las formas de practicar y percibir la medicina tradicional que ha sido diversa, se ha centrado en incorporar otros saberes y a su vez construir un único saber legítimo para ser reproducible dentro del contexto denominado intercultural ante las políticas sanitarias neoliberales.

Al realizar la intervención en campo, solamente dos personas hablan la lengua originaria ñañju, lo que nos permite reflexionar sobre las tensiones que está experimentado la medicina tradicional y la continua construcción de identidades y conocimientos a través del despojo de la lengua originaria. Si bien algunos se identifican como indígenas, otros y otras más lo niegan, mientras que frente a la caracterización política de la medicina tradicional en Amealco, las personas que practican medicina tradicional deben portar ciertos elementos que politizan las prácticas en medicina tradicional (vestimenta, elementos de trabajo, etc.) para poder difundir una imagen, sin embargo, cuando preguntaba si se reconocían como personas pertenecientes a un pueblo originarios, la mayoría de las respuestas fue que no:

*“no ya no, y así aprendí la medicina tradicional, por mi abuelo,
que él sí hablaba otomí”*

Los médicos y médicas tradicionales indígenas históricamente han construido acuerdos colectivos y de comunidad, donde existen códigos que permiten la herencia del conocimiento y una de ellas es la lengua materna, la defensa del territorio y de sus identidades que han sido arrebatadas para construir una imagen que permite la llegada de turistas a Amealco. Estos conocimientos acumulados en la propia comunidad se han construido de manera pacífica y también por conflictos que expone formas de organización colectiva y a su vez violencias sistémicas, estructurales y de género, llegando a ser muy evidente el caso particular de las mujeres como sujetas a lo doméstico, dado que el papel reproductivo que implica una dificultad mucho mayor por ser una región mayoritariamente rural y además muy pobre.

La interculturalidad en salud, busca entre sus objetivos discursivos *“la identificación de la capacidad resolutoria de la medicina tradicional para su reconocimiento en el sistema nacional de salud...(DMTDI, 2022)”*, sin embargo, esta ha carecido de voluntad política. En tanto, el reconocimiento a las intervenciones que parten de un conocimiento indígena, como la medicina tradicional, se ha guiado a la subordinación de los conocimientos e ideologías de las y los actores tradicionales, en el orden de la hegemonía que encaminan la desconfianza colectiva y la ruptura del tejido comunitario en la medida que se han ido restringiendo y regulando las prácticas curativas.

Por lo tanto, hablar de un reconocimiento de prácticas e ideologías de la medicina tradicional resulta complejo y parcial, ya que existen acciones de algunos curadores tradicionales que se relatan como mínimas, a lo cual, considero que resultan plausibles. Hablando específicamente de las parteras, retomo el relato de una de ellas:

“Aquí tenemos el área de vertical, aunque ya casi no los hacemos, casi siempre son allá atrás (se refiere al área biomédica) y, me he acomodado con los médicos, podemos

atender el parto, pero el médico está supervisando, o ellos atienden el parto y yo estoy apoyando, el médico revisa que todo esté bien con la mamá y yo recibo al bebé o me dejan darle masaje a la mamá para que se relaje”.

Se trata de casos en los que se les permite a las parteras que participen en el parto, solicitando algunas acciones como: control del embarazo en el área de medicina tradicional, siempre bajo la supervisión de alguien de la medicina biomédica, siempre que se recurra al mismo en caso de cualquier anomalía, recayendo nuevamente en acciones plausibles que son determinadas por el aparato médico-hegemónico. Aunque el área más evidente o más fácilmente identificable es el de partería, esto sucede con el resto.

Esta caracterización de sujetos subsumidos ha sido ampliamente reproducible en cuanto a las formas de curar en los sistemas de salud indígenas; aunque aún se puede reconocer el carácter emancipador que se sostiene en la comunidad y que involucra valores epistémicos lejos de principios capitalistas y extractivismos, contribuyendo a la legitimación comunitaria e identitaria.

Las y los médicos tradicionales indígenas resisten a las estructuras institucionales y capitalistas, reproduciendo sus conocimientos en contextos locales, en un nivel simbólico, promoviendo ritualidades y cosmovisión a los saberes tradicionales, pero, también ocupándose de la población donde se conservan prácticas comunales alejadas de la ciencia como institución política que regula los saberes desde la interculturalidad en salud.

La medicina tradicional indígena en las comunidades de Amealco, conserva un papel impórtate y aunque pareciera que ahora es una práctica institucional, las y los médicos tradicionales, continúan otorgando servicios de partería, curandería, etc., en las regiones donde señala una de las curanderas, la gente no logra aún tener acceso a los servicios de salud públicos o bien porque no entienden las lógicas de tratamiento e intervención a los padecimientos que ellos presentan, los cuales mantienen características culturales propias de la región y aunque considero importante ahondar un poco más en los datos estadísticos sobre el número de

personas que se atiende con médicos tradicionales en la comunidad, estos no existen.

Esta construcción social de la salud desde lo comunitario se sigue reproduciendo en Amealco, incluso es el primer recurso de la comunidad para la atención de padecimientos específicamente de filiación cultural (JOrand, 2008) y/o como alternativa para procesos SEA que no tuvieron éxito en alguna institución de salud. Y esta importancia explica el papel insustituible de los y las médicas tradicionales en las comunidades. La comunidad se sigue acercando a las parteras, hueseros, curanderas, hierberas.

En mi acercamiento con médicos y médicas tradicionales alejadas del ámbito institucional, reconocen el papel que han tenido como estrategia de atención a la salud en la comunidad y existe además una preocupación por la comunidad misma:

“aquí vino a buscarme un antropólogo y me ofrecieron ir al hospital, no, yo no quise, me dio un documento que para que esté protegida, quien sabe donde esta [...] dime si me voy quien va a estar aquí, quien va a ver a toda esta gente que me busca”.

El vínculo entre comunidad-medicina tradicional, lo practica y reproduce la comunidad, el papel de las instituciones de salud ha contribuido a cierto proceso de cambio, que ya he mencionado. Este vínculo se expresa a través de la búsqueda constante de parte de la comunidad por una validación cultural a sus padecimientos y a la unidad compartida de conocimiento colectivo que se construye en comunidad y que permite la legitimación comunitaria sobre las prácticas sanitarias de la localidad, constituyendo ya un núcleo importante en la atención primaria de las zonas rurales.

“Eso sí, la gente ya ha dejado de acercarse para algunas cosas porque pues como aquí no es lo mismo. Antes no nos faltaba planta, pero yo tenía muchos donadores. ¡Ah! Peros llegó un día en que no dejaron entrar a una señora que me llevaba planta, y pues ya no me volvió a llevar, cuando yo salí, ya no me dejaron recibirla los policías, que por

órdenes de dirección; entonces tenemos ahí mucho escasez de plantas”.

La ruptura en los procesos comunitarios que se han ido perpetuando desde la institucionalización en Amealco, ha generado un determinado control de saberes con las dinámicas comunitarias. Reconocer y repensar la necesidad e inevitable construcción de espacios avanza a nuevas identidades sociales para los campos del saber tradicional, pero, surge el cuestionamiento, de que esta institucionalización se ha ido alineando en el centro del control y manipulación al organizar y reproducir, estas dinámicas sociales, omitiendo la pertinencia cultural, como característica hacia la universalización de los servicios de salud y del derecho a la salud, que parte del fortalecimiento al sistema de salud oficial que reconoce la diversidad de prácticas.

Todo este planteamiento pone en el debate como la “adecuación cultural”, ha limitado la coordinación entre las instituciones y las medicinas tradicionales indígenas, poniendo sobre el centro nuevamente el criterio de adaptación que implica ser “lo más adecuado” de reproducir, sin que exista una complementación de conocimientos, lo cual, tampoco ha sido el objetivo de la interculturalidad en salud, al menos desde la experiencia de los actores tradicionales.

Para concluir este apartado, analizar la realidad política, social y económica que envuelve bajo sometimiento a los médicos y médicas tradicionales, que parte de un supuesto que permitirá el avance en la Atención Primaria a la Salud de las comunidades con el uso de las medicinas tradicionales, denota la conveniencia de incorporar saberes seleccionados a los servicios de salud, reflejando la estructura y jerarquización de unos saberes sobre otros.

Es decir, los médicos y médicas tradicionales indígenas ya no heredan sus conocimientos a familiares y/o personas cercanas a su entorno, por lo tanto, existe un número menor de nuevos portadores de los saberes tradicionales, mientras que, a su vez, cada vez menos personas están interesadas en aprender directamente de ellos, así como de todo aquello que envuelve las prácticas indígenas. Esta realidad va acompañada de un intercambio entre las diversas instituciones públicas y

privadas que, legitiman el aprendizaje de medicina alternativa con cierto grado de reconocimiento con o sin validez oficial.

5.1 Colonialidad del conocimiento tradicional indígena.

El despojo de los conocimientos tradicionales, ha sido parte de un extractivismo ideológico que deviene muchas veces de la academia positivista, a través, de posicionamientos científicos que no lo validan, para posteriormente adueñarse de ciertos saberes y/o técnicas de sanación, legitimando de este modo una sola cultura y saber desde lo occidental, medicalizando condiciones como el embarazo, el parto y la vida comunitaria en sí misma, mientras se van descalificando otras prácticas que bajo esta lógica se reducen a supersticiones.

Los saberes de la medicina tradicional han quedado inmersos en la lupa occidental, de tal manera que alguno de estos se han ido modificando o bien olvidando, y aunque otras se mantienen, en un ambiente institucional existe cierto rechazo, desconocimiento y cuestionamiento continuo sobre la eficacia de las mismas, reduciendo el contacto e intercambio entre las áreas de medicina tradicional y medicina científica. Las relaciones de convivencia entonces se ven limitadas y al ser la medicina biomédica, practicada por el modelo médico hegemónico, la gente ya no duda en acudir al centro de salud para incluso ser atendidos por ambas medicinas.

Ciertas medidas de preservación de la medicina tradicional son vínculos de influencia de la cultura dominante, evidencian la tarea poco extenuante de exhibir la identidad culturalista de las medicinas tradicionales inclinadas a formas pobres, a punto de la extinción, a lo alternativo, lo natural que no produce efectos secundarios y, por lo tanto, que puede usarse de manera libre y sin restricciones. Todo esto da forma a un actual pensamiento en salud indígena e impulso a reconocer ciertos saberes que, se involucran con la visión hegemónica y monocultural de las orientaciones hacia una interculturalidad en salud promovida desde el Estado.

Estas prácticas de racialización, categorizan a las y los médicos tradicionales como la otredad subordinada dentro de las instituciones de salud, la cual muy sutilmente

se ve expuesto en el texto de “Guía de implantación: fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional (2020)” y que a su vez se va perpetuando de manera simbólica.

Este discurso ha categorizado a la diversidad de sujetos y sujetas que practican los conocimientos tradicionales como “terapeutas tradicionales y parteras”, lo cual ha generado un debate importante, ya que nombrar a cada uno de estos actores por su nombre tradicional “partera, huesero, hierbero”, incluso en su lengua originaria va perdiendo cada vez más significado, ya que, considerando la diversidad de categorías que existen en las comunidades indígenas, el componente cultural, simbólico se va perdiendo.

Para Breilh (2009), la construcción de una epidemiología crítica se basa en fomentar una relación de contra-hegemónica, que reconozca la diversidad cultural y respete las diferencias con fines emancipadores. De ahí que la subsunción de saberes para algunos médicos y médicas tradicionales ha significado el olvido, transición e imposición de conocimientos y en esa discusión, el nombramiento de cada una de las formas particulares de reconocer la existencia de identidades diferenciadas para la atención a los procesos S-E-A. Esta acción viene acompañada de procesos de clasificación y coloniales como, la pérdida de la lengua y del nombramiento continuo de cada especialidad existente en los sistemas curativos tradicionales indígenas.

En el nombramiento a cada uno de los y las representantes indígenas de la medicina tradicional ha traído una serie de denominaciones que categorizan y unifican a los sujetos, algunos de estos nombramientos desde la lógica académica, política y científica han sido: curadores (Menéndez, 2019), sanadores (Velimirovic, 1978), especialistas (Jorand, 2008) y terapeutas (DGMTDI, 2022), y médicos tradicionales, ignorando u omitiendo la pertenencia a una comunidad indígena. La colonización de los saberes pone en evidencia la construcción y cosificación de los sujetos y sujetas indígenas a su vez capitaliza y racializa los cuerpos e ideologías bajo enfoques subordinantes que reducen la diversidad de conocimientos, mientras vulnera el saber tradicional que deviene de las comunidades y pueblos indígenas.

Estas construcciones y formas de denominación a las y los sujetos despersonaliza la diversidad de actores que han construido una identidad cultural legitimada por sus prácticas y reconocimiento en contextos comunitarios, retomando a Paredes, (2016) me permiten reflexionar sobre como la capitalización de los cuerpos e imagen de médicos y médicas tradicionales, expone la destrucción y reconstrucción de subjetividades, muchas veces apartada de las ideologías y saberes bajo los cuales han sido construidos. Una médica tradicional comentaba lo siguiente:

“Desde que inicie a trabajar ahí traigo bata, siempre las hemos tenido. De hecho, tenemos batas bordas [...], te acostumbras a todo, porque es un espacio en el que debes tener un uniforme que te identifique, que sepa que eres una trabajadora de ahí, de hecho, cuando hay algún evento ya nos ponemos nuestro traje del pueblo”.

Con la lógica de interculturalidad en salud, se ha impuesto una agenda para incorporar las medicinas tradicionales en los sistemas de salud de México, aunque se esencialice una cultura, en la que muchas veces los actores comunitarios no participan y/o acompañen en la toma de decisiones, basta con usar la imagen, el idioma, los cuerpos, etc. Para buscar un espacio dentro de los discursos. Ignorando las complejas relaciones de subordinación y desigualdad que se siguen reproduciendo.

La monoculturalidad y homogeneidad que se ha impuesto tanto a las medicinas tradicionales indígenas como a quienes la practican desde, la mirada interculturalista, implica la reproducción de racismo, discriminación y subsunción. Entonces, lo que realmente se necesita es asumir que existen procesos de historicidad en nuestras sociedades, describir y discutir que las medicinas tradicionales que se practica en territorios indígenas y rurales, han experimentado un incremento de la biomedicina, que la absorbe tanto para “impulsarla” como para “reconocerla”, bajo su perspectiva capitalista.

La omisión de ciertos procesos de una realidad situada bajo la diferencia estructurada, promueve incompatibilidades de origen racial, desde la cultura

dominante hacia el interior de los saberes indígenas que dan forma a las medicinas “tradicionales” como algo estático y no como algo que se encuentra en transición.

Admitir la diversidad de saberes y ubicar las categorías de “medicina tradicional indígena” e “interculturalidad en salud”, desde la ambigüedad de las instituciones, contribuye a la fragmentación y debilitamiento del inmenso campo de exploración y acción que se requiere en las comunidades indígenas. Seguir construyendo y nombrando estas categorías, reconoce la inevitable existencia de una definición concreta, y con ello, la construcción de relaciones multidisciplinarias e interculturales para la formación de propuestas.

5. Discusión.

5.1 Interculturalidad en salud: discurso neoliberal para la Medicina tradicional indígena.

No existe una sola mirada sobre las formas de atender los procesos salud-enfermedad atención, pero existe un discurso dominante que representa las formas de poder y hegemonía sobre las luchas y resistencias de los pueblos y comunidades subsumidos, en Amealco, como en gran parte de México se crearon formas dominantes de nombrar las medicinas tradicionales como homogéneas.

A lo largo del tiempo los discursos de interculturalidad en salud han tomado un papel relevante dentro del pensar político dominante, no como forma de emancipar a las medicinas tradicionales, sino como paradigma que ha dejado vacíos dentro de las formas de abordar la salud de comunidades vulnerables.

La construcción de la interculturalidad en salud conforma una matriz de significados colectivos, ideas, símbolos, métodos y modelos de acción que no asume los compromisos éticos y de autonomía de las medicinas tradicionales, pero que, si las ha encaminado a responder a intereses estratégicos de un sistema neoliberal, aun cuando estos se pueden difundir a través del discurso como intereses de los médicos y médicas tradicionales indígenas.

Los modos de pensar las medicinas tradicionales indígenas han sido determinados por instituciones que responden a modelos científicos, condicionadas por conocimientos que se encuentran profundamente establecidos bien sea por imposiciones del poder, económico-político o, contrariamente, por los anhelos de sustentabilidad, soberanía, equidad y seguridad que inspiran a los pueblos (Breilh, 2023).

El intento de homogeneizar, institucionalizar y comercializar las formas de atender los procesos salud-enfermedad-atención que la medicina tradicional indígena aborda desde su filosofía, ha sido resultado de diversas estrategias que se han ido construyendo desde una interculturalidad en salud configurada desde el Estado, mediada por regímenes neoliberales, aun cuando existe una diferencia significativa de conceptos, saberes y de poder entre los diversos saberes y conceptos internos en la medicina tradicional y de cada grupo.

La interculturalidad construida en México, ha ido de la mano de procesos de racismo, discriminación y subordinación inmersos en los discursos y en la vida de las personas, a través de propuestas de autonomía cultural y política que reconocen parcialmente y de manera importante las diferencias existentes de los grupos étnicos con el resto de la sociedad, las cuales pueden resultar paradójales, por un lado, contribuye a buscar propuestas que reconozcan y aborden las necesidades de cada grupo y con base en ello poder intervenir en los procesos salud enfermedad, mientras que esta misma diferencia ha reforzado la idea de incompatibilidad cultural y el impulso hacia una homogeneización, aunque esta conlleve la eliminación de ciertos saberes, ideologías y prácticas culturales, además de ocultar procesos de conflicto y dominación que podrían generarse.

5.2 Fortalezas y limitaciones de la interculturalidad en salud para el estudio de las medicinas tradicionales.

Para poder entender y (re)pensar este abordaje a las medicinas tradicionales desde la interculturalidad en salud, fue importante retomar las experiencias del CESSA, no

como experiencias aisladas, sino como parte de la complejidad que significa mantener la existencia del área de medicina tradicional en instituciones de salud publicas, pese a que es de los pocos hospitales mixtos que continúan bajo ese modelo.

Existen procesos de interculturalidad en salud que, han sido determinados históricamente como forma de expresión para abordar las medicinas tradicionales, sin embargo, los esfuerzos por construir una interculturalidad en salud ha quedado limitada por posturas políticas que la utilizan como discurso para legitimarse, quedando en los imaginarios colectivos la superación de las desigualdades en salud, racismo, discriminación y colonialismo que se pensaba la interculturalidad podía ayudar a transformar.

El análisis y discurso de la interculturalidad en salud sigue resonando en espacios y personas de diferentes espacios internacionales, gubernamentales y/o comunitarios, así como académicos, ya sea por sus repercusiones, sus avances limitados, o por ser un concepto retomado como forma de emancipación para los subalternos, y que con frecuencia se buscan abordar la compleja salud de los pueblos y comunidades indígenas, así como el quehacer y futuro de las medicinas tradicionales.

La exigencia de organismos internacionales que han impuesto una agenda de interculturalidad en salud para el reconocimiento de las medicinas tradicionales, no reconoce las desigualdades ni los contextos locales que experimentan aquellos que practican las medicinas tradicionales indígenas, más aún perpetúan el poder y la subordinación ante las exigencias positivistas de las instituciones de salud pública a través del modelo médico-hegemónico, es decir el interculturalismo global no reconoce las situaciones de discriminación, racismo y extractivismo que históricamente han experimentado aquellos que practican las medicinas tradicionales desde el Estado.

Al interior de las políticas interculturales de salud hay, por tanto, un conflicto de intereses donde el poder es una categoría central; por el otro, existen conflictos de orden epistemológico que determinan procesos cognitivos donde resulta necesario

deconstruir la racionalidad que impregna los discursos y prácticas expresadas a nivel individual e institucional como obstáculo para las acciones destinadas a la disminución de las desigualdades (Spinelli, 2008). La interculturalidad en salud ha permitido la construcción de las medicinas tradicionales en varios aspectos:

- La transformación del conocimiento de las medicinas tradicionales, para que responda a las exigencias del modelo médico hegemónico.
- La incorporación a un mercado capitalista de las medicinas tradicionales, aun cuando los representantes pertenezcan o no a un grupo indígena.
- La construcción de ideologías que no reconocen la diversidad de prácticas que rodean a las medicinas tradicionales indígenas, bajo una mirada de especialización hacia la diversidad de conocimientos y con enfoque al reconocimiento de las prácticas en herbolaria, partería, temazcal y masaje.

Sostener una mirada crítica al estudio de la interculturalidad en salud ha sido compleja, implica entender que el posicionamiento y discurso sociopolítico de las instituciones que han ido construyendo la forma de pensar y aplicar el concepto asimétrico para las colectividades. Esto significa que la interculturalidad es una forma de organizar políticamente la diversidad real (Castro, 2021). Transformando los conocimientos, pensamientos y prácticas que perpetúan estructuras de poder y desigualdad aún más evidentes, pero sin cuestionarlas.

Mientras que, desde el entendimiento de quienes practican las medicinas tradicionales, principalmente aquellos que pertenecen a las comunidades indígenas y rurales, continúa siendo la vía que permitirá el reconocimiento a sus prácticas y conocimientos no solo comunitario, sino también constitucional.

Entender qué tipo de interculturalidad estamos abordando, nos permite entender las fortalezas y limitaciones del concepto que deriva de posturas sociales, económicas y políticas, de sujetos situados en contextos diferenciados. Cuestionar el tema de la interculturalidad en salud como vía para subsanar la salud de los grupos indígenas,

plantea el análisis de perfiles epidemiológicos y considerar la determinación social de la salud, que visibilice el estado de salud actual de estos grupos, reconociendo que las medicinas tradicionales no logran cubrir todas las necesidades en salud que tiene la población.

La diferenciación cultural que remarca la interculturalidad en salud en términos de respeto ha generado que los procesos dominantes, no cuestionen las relaciones de poder y desigualdad social, perspectiva que Walsh (2010), retoma como funcional. Asimilando que, en el caso de la salud, la diversidad de las medicinas tradicionales se practique a través una postura conservadora y de subsunción al modelo médico hegemónico.

Las medicinas tradicionales desde la mirada de los interculturalistas, ha ganado espacios y, si bien es cierto, también ha permitido y seleccionado a quienes son los representantes y divulgadores de estas para que se abrieran estos espacios, que claramente no son pertenecientes a la comunidad, sino que es a través de personas con poder, muchas veces pertenecientes a sectores comerciales, que llegan a utilizar la imagen, símbolos y representaciones de los integrantes de la comunidad, para llegar a personas que no pertenecen a grupos indígenas, sino para aquellas que pertenecen a cierta clase social privilegiada, colocando a las medicinas tradicionales indígenas en categoría de medicinas alternativas y en mercancía para la clase alta, evidenciando el racismo y clasismo que puede surgir de estos nuevos espacios de atención a la salud.

5.3 (Re)pensar la interculturalidad crítica en salud para abordar las medicinas tradicionales.

Las diversas posturas que puede tomar la interculturalidad en salud aplicada a las medicinas tradicionales influyen en la forma en cómo se plantean las políticas y programas, muchas veces bajo la reducción de la realidad y de la omisión de los determinantes sociales de la y de la determinación social de los pueblos y comunidades indígenas.

El debate crítico que emerge de la interculturalidad en salud, es indispensable para mirar las posibilidades de avanzar en otras propuestas como la interculturalidad crítica en salud, o bien categorías nuevas que retomen estos análisis:

- La transformación del conocimiento tradicional indígena.
- La representación de médicos tradicionales indígenas en toma de decisiones
- La determinación social de la salud y el perfil epidemiológico de las comunidades indígenas.
- Las condiciones de desigualdad, racismo, discriminación y subordinación a las prácticas de medicina tradicional indígena y a sus actores.
- El reconocimiento de las violencias y conflictos que se viven dentro de las comunidades y grupos sociales.

Mucho de lo que señala la interculturalidad en salud desde sus objetivos viene a reducir todos estos aspectos, excluyéndose la evaluación de la efectividad en las intervenciones que se hacen en el área de medicina tradicional y en el programa mismo, así como la eficacia y seguridad.

Es por ello, que un componente fundamental de la interculturalidad en salud es la participación de las comunidades y organizaciones indígenas que den cuenta de las necesidades en salud, pero que también sean escuchadas y abordadas.

Describir como las medicinas tradicionales pueden ser abordadas desde otras formas derivadas de procesos críticos, abre espacios de transformación para entender los procesos salud-enfermedad desde la autonomía de las comunidades, para que se busquen diálogos con el Estado donde, se pueda decidir sobre sus relaciones con la biomedicina, transformar las relaciones de subordinación y dominación impuestas por un sistema capitalista, para eventualmente evitar los procesos de homogeneización que se ha impuesto.

La interculturalidad en salud crítica, donde las lógicas integracionistas sean anuladas, debería avanzar en reconocer la autonomía de las comunidades y pueblos indígenas, la pluralidad de conocimientos y las distintas maneras en que se

organizan y gestionan desde lo político, económico y social que muchas veces funciona distinta a la del Estado y a la del sistema capitalista.

Reconocer los beneficios de las medicinas tradicionales indígenas desde la dimensión crítica de la interculturalidad en salud, en los servicios de salud públicos no dependen únicamente de abrir espacios limitados a áreas que siguen bajo el control del modelo médico-hegemónico, es establecer espacios donde las prácticas no se vean limitadas por las imposiciones hegemónicas, mantener la participación activa de los pueblos y comunidades indígenas así como de los médicos y médicas tradicionales indígenas para la definición de políticas y programas que involucren la salud de las comunidades.

Discutir el desarrollo de aspectos políticos, legales y éticos para el respeto y la revitalización de las identidades Indígenas, así como, de la protección social a las personas adultas mayores que han participado en las acciones de atención y promoción de la salud en coordinación con las instituciones de salud y que hoy en día se encuentran desprotegidas debido a la falta del reconocimiento por su trabajo en el ejercicio de la medicina tradicional.

Conclusiones.

El pensamiento sobre interculturalidad en salud, a pesar de ser abordado desde diferentes posturas, continúa teniendo deficiencias, no da cuenta de los procesos de transformación mismos de las comunidades y de la medicina tradicional indígena, asumiendo que esta mantiene un papel muy importante en la transformación de estos conocimientos.

Reducir las medicinas tradicionales indígenas a homogéneas, reconociendo que solo ciertos saberes son válidos, centrando la atención en ellos e ignorando a otros, es una contradicción a la realidad histórica que se ha articulado en las comunidades como estrategia de supervivencia a los procesos salud-enfermedad, enraizada a la construcción de territorios y caracterizada como una forma de hacer política para la representación de los pueblos originarios, transformando su realidad aun cuando se ha intentado reinterpretar el significado colectivo.

La práctica biomédica institucional ha tenido una expansión muy importante en las comunidades, sustituyendo y transformando los conocimientos tradicionales indígenas, pero también ha resuelto los procesos salud-enfermedad que la medicina tradicional no logra resolver, lo cual permite esta expansión y aceptación.

Plantear propuestas que reconozcan de manera coherente la necesidad de una perspectiva crítica y ética que aborde la dimensión política, económica y social de las medicinas tradicionales, no debe encubrir los procesos de racismo, discriminación y subordinación que configuran relaciones asimétricas y de poder, que operan desde la agresividad simbólica a estos grupos.

Habernos situado en Amealco nos permitió cuestionarnos como entender los procesos comunitarios para problematizar las medicinas tradicionales indígenas que han configurado las dinámicas de reproducción social, lo cual constituye (re)-pensar estas dinámicas, respecto a las construcciones ideológicas de quienes practican las medicinas tradicionales y también de quienes hacen propuestas sobre estas, con tendencias a ocultar que entre estos mismos grupos existen conflictos internos y de poder que reproducen hegemonías desde el discurso de la interculturalidad en salud, misma que no reconoce que las ideologías que existen dentro de las comunidades han elaborado significados colectivos de violencia de género y reproducción del patriarcado.

La institucionalización de las medicinas tradicionales indígenas representa la constitución de conocimientos academizados, que anulan y/o restringe la participación de los actores comunitarios para la toma de decisiones, inclinando cada vez más a estos a su exclusión y participación de espacios que desde el discurso fueron establecidos para las prácticas de estos conocimientos, y que han servido para incorporar prácticas de medicina alternativa (acupuntura, homeopatía, quiropraxia).

Pensar la interculturalidad en salud como discurso que democratiza las voces de los médicos tradicionales indígenas, oculta formas de colonialismo y racialización a ideologías que son reconocidas únicamente si un profesional de la salud las valida desde la lógica positivista, empujando a las medicinas tradicionales indígenas a ser

producto de consumo e ignorando la categoría “indígena” como construcción sociohistórica.

La interculturalización de las medicinas tradicionales como proyecto de Estado en las instituciones ha ido sustituyendo, administrando y negando la existencia de ideologías y conocimientos diversos que existen dentro de las medicinas tradicionales, afectando directamente con la capacidad de agencia y gestión que puedan tener los actores indígenas.

Retomar la perspectiva de interculturalidad crítica en salud, aplicada a las propuestas que se han hecho para abordar las medicinas tradicionales, nos permite pensar que los escenarios de participación comunitaria, se gestionan bajo lineamientos de poder, hegemonía y subordinación, por lo tanto, pensarla como proceso y percepción nos permitan explicar y abordar las relaciones que determinan los procesos salud-enfermedad-atención que han sido excluidos de los análisis, para reconocer como estas categorías están atravesadas por cuestiones políticas, económicas y sociales.

Los sistemas de salud han sido reproductores de las desigualdades para los practicantes en medicina tradicional indígena por lo que es urgente una reconfiguración y reapropiación de los sistemas de salud, construir un horizonte que nos permita dialogar entre la diversidad de culturas (Basile, 2020). Por lo tanto, el estudio de los sistemas de salud interculturales desde la perspectiva crítica de la medicina social es necesaria para la interpretación de categorías culturales como la interculturalidad en sí misma, que nos permita superar la cosificación que envuelve a las medicinas tradicionales indígenas y a sus actores.

Algunos de los retos que quedan para la construcción de una interculturalidad en salud crítica como propuesta de la medicina social en su construcción crítica, debe avanzar a la problematización de las realidades culturales que reflexionen sobre la determinación social de la salud, el derecho a la salud y la construcción de sistemas de salud interculturales, como bases para cuestionarnos y pensar que categorías construidas como la de indígena, género, multicultural, pobre etc. Y sus

contradicciones, se han traducido en términos de exclusión y desigualdad de manera muy profunda.

Abordar la reconstrucción del sujeto histórico de la medicina tradicional indígena, desde sus interpretaciones epistemológicas y políticas para una valoración justa de las alteridades que los atraviesan, para que, la representación de las medicinas tradicionales sea un acto político que retoman sus mismos actores, esto sin caer en una construcción de sucesos que termine rescatando y perpetuando el avance de hegemonías interculturalistas.

Estos encuentros entre servicios de salud y medicinas indígenas tradicionales, constituye un proceso complejo que problematiza y coloca las fisuras de las medicinas tradicionales indígenas como sistemas de atención médica que adquieren un carácter sociopolítico frente al modelo neoliberal en el que surgen.

Referencias.

- Aguilar, A, López. M., Xolalpa S. (2009) Plantas medicinales y farmacopea indígena: los tratamientos populares y el personal de salud: Relevancia de la herbolaria en Citarella M, L. Zangari. (Ed.), Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina. (3° ed., pp. 163-172). Editorial Gente Común.
- Almaguer G, JA. Vargas V, V. García R, H, J (2014) Interculturalidad en salud: Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud, secretaria de Salud, México.
- Álvarez, Jurgenson, J.L. (2003). Como hacer investigación cualitativa: fundamentos y metodología. Paidós Educador (pp13-38).
- Alvarado, Virgilio (2002), Políticas públicas e interculturalidad. En Fuller Norma (editora) Interculturalidad y política: desafíos y posibilidades. (1° edición, pp 31-50) Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú.
- Banco Mundial, 1993. Invertir en Salud, Washington D.C.: Banco Mundial.
- Bajtín M.M. (1982), Estética de la creación verbal, Primera edición en español, Siglo veintiuno editores.

- Basile, G. (2018). Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre sistemas de salud en Latinoamérica y Caribe. En Cuadernos del pensamiento latinoamericano. Biblioteca CLACSO.
- Breilh, J. (2020). Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora E interculturalidad. Lugar Editorial.
- Breihl, J. (2023), Epidemiología crítica y la salud de los pueblos. Ciencia ética y valiente en una civilización malsana. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.
- Benítez Escobar K.A (2015) el poder curativo de mi comunidad, análisis de la práctica de la promoción de la salud en la región costa-montaña de Guerrero [Tesis de Maestría, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco].
- Citarella M, L. (2009). Algunas reflexiones sobre modelos y sistemas médicos en Citarella M, L. Zangari A. (Ed.), Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina. (3° ed., pp. 75-86). Editorial Gente Común.
- Campos-Navarro, R. (2007). Las políticas públicas y la salud intercultural en el marco de los derechos humanos e indígenas en América Latina. Seminario-Taller “Pueblos Indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?”. CEPAL, Santiago de Chile. Recuperado de <http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/8/29208/RCamposD.pdf>
- Campos-Navarro R, Peña E, Paulo-Maya A. (2017). Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016). *Salud Colectiva*, 13(3), 443–455. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1115>
- Campos-Navarro, R. (2010). La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: del indigenismo culturalista del siglo XX a la interculturalidad en salud del siglo XXI. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(1), 114–122. <https://doi.org/10.1590/s1726-46342010000100016>
- Carrillo C. E., Molina R. J.F. Saucedo Valenzuela A. L., Poblano Verástegui O. (2006) Utilización de servicios de salud en México. (vol. 12, número 001) Secretaría de Salud del Estado de Tabasco Villahermosa. pp. 427-432.

- Castro, Ana Rita. (2021). Hacia una tipología de la Interculturalidad en salud: alcances, disputas y retos. *Andamios*, 18(45), 535-552. Epub 27 de septiembre de 2021. <https://doi.org/10.29092/uacm.v18i45.829>
- Corell-Doménech M (2019) Terapeutas alternativos en México y la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023: Comunicación, creencias y factores socioeconómicos. *Perspectivas de la Comunicación* Vol. 12 · N.º 1 · pp. 59-77.
- Duarte-Gómez, M.B., Brachet-Márquez, V., Campos-Navarro, R. y Nigenda, G. (2004) Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla. *Salud Pública México*, 46(5), pp. 388-398. ISSN 0036-3634.
- Freyermuth, G. Sesia P. (2006) Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica. *Desacatos*. (20). pp. 9-28.
- García-Canclini, N. (2004). *Diferentes, desiguales y desconectados. Mapas de la interculturalidad*. España: Gedisa.
- Hale, Charles (2004), "Reflexiones hacia la práctica de una investigación descolonizada", Departamento de Antropología, Universidad de Texas,
- García Linera, A., Mignolo, W. and Walsh, C., (2014). *Interculturalidad, descolonización del estado y del conocimiento*. 2nd ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones del signo, pp.17-51.
- Guzmán-Rosas, SC. (2016). La interculturalidad en salud: espacio de convergencia entre dos sistemas de conocimiento. *Gerencia Y Políticas De Salud*, 15(31). doi: 10.11144/javeriana.rgyps15-31.isec
- Guzmán-Rosas SC (2017), La inclusión del conocimiento tradicional indígena en las políticas públicas del Estado mexicano. *Gestión y política pública*, vol. XXVI, núm. 2, pp. 297-339, 2017.
- González L. (2017) El proceso terapéutico en la medicina tradicional mexicana. algunas claves para su interpretación. *Nueva Antropología*, vol. XXX, núm. 86, January-june, pp. 9-34.
- Gordon-López A. J. Serrano, A. (2008) *En Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social*, PEARSON EDUCACIÓN, (PP 3-21, 214-218)

- Hasen Narváez, F. N. (2012). Interculturalidad en Salud: Competencias en prácticas de Salud con población indígena. *Ciencia y Enfermería (Impresa)*, 18(3), 17–24. <https://doi.org/10.4067/s071795532012000300003>
- Izunsa Vera, A. (2015). Discriminación en el marco legal del derecho a la salud con enfoque intercultural en México: una aproximación crítica. *Salud Problema Segunda época*, 9(17).79-94
- Izunsa Vera A. (2015) Derecho a la salud de los pueblos indígenas: estudio crítico de las políticas y prácticas de la salud intercultural en el hospital comunitario de Tonalapan, Veracruz [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma Metropolitana].
- Knipper, Michael (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*. Quito: Abya-Yala, pp. 413-432.
- Laurell, A.C. (2010). Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina. *Medicina Social* 5 (1), pp. 79-88. Recuperado de <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/403/816>
- Menéndez E. L (1984) El Modelo médico hegemónico: transformaciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu D’etnografia de Catalunya*, N° 3.
- Menéndez, E.L. (1990). *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. Cuadernos de la Casa Chata. México: CIESAS
- Menéndez, L. Eduardo, (1998), *Modelo Médico Hegemónico: Reproducción técnica y cultural*. *Natura Medicatrix*. Revista médica para el estudio y difusión de las medicinas alternativas, N°. 51 (ISSN 0212-9078) págs. 17-22.
- Menéndez Eduardo, (2017). Interculturalidad en salud: dudas, limitaciones y repliegues, En Gil García, F. Vicente Martín, P, *Medicinas y cuerpos en América Latina: Debates antropológicos desde la salud y la interculturalidad* (1st ed., pp. 53-98). Quito, Ecuador: Abya Yala.

- Menéndez, E, L. (2022) De los usos pragmáticos de la medicina tradicional por parte del sector salud a las exclusiones ideológicas de las orientaciones antropológicas: el caso mexicano (1930-2022). *Salud colectiva*. 18: e4051. doi: 10.18294/sc.2022.4051
- Dirección de Medicina tradicional y desarrollo intercultural (2020), *Guía de implantación. Fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional*. Secretaria de Salud, (2020).
- Morales López, L., & Seminario Námuch, G. (2013). *Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina*. Burlada, Navarra: Medicus Mundi, págs. 45-49.
- Nigenda, G., Mora-Flores, G., Aldama-López, S., & Orozco-Núñez, E. (2001). La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia. *Salud Pública De México*, 43(1), 41-51. doi: 10.1590/s0036-36342001000100006.
- *Secretaría de Salud (SSA), (2012) NOM-012-SSA3-2012*, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos: SSA.
- Organización Mundial de la Salud, (2013) *Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2022*.
- O'Donnell G., Oslak O (1981). Estado y políticas estatales en América Latina: Hacia una estrategia en investigación. Centro de estudios de Estado y Sociedad (CEDES) CLACSO, Vol. 4.
- Parsons, T. (1951) Estructura social y proceso dinámico. El caso de la práctica médica moderna. En: *El sistema social*, Madrid: Ed. de la Rev. de Occidente, págs. 430-478.
- Peräkylä A. (2011). Análisis de la conversación y el texto. En *El campo de la investigación cualitativa*. Manual de investigación cualitativa Denzin, N. y Lincoln, I. (comps.). Vol. I. Gedisa. (461-492).
- Spinelli H. (2011), La acción de gestionar y gobernar frente a las desigualdades: un nuevo punto en la agenda del pensamiento crítico en América Latina. En: Eibenschutz C, Tamez González S, Gonzáles Guzmán

R. (comp.). ¿Determinación Social o Determinantes Sociales de la Salud? México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2011. p. 113-131.

- Programa sectorial derivado del plan nacional de desarrollo 2019-2024, Secretaria de Salud. DOF 17/08/2020.
- Tancara Q, Constantino. (1993). LA INVESTIGACION DOCUMENTAL. *Temas Sociales*, (17), 91-106. Recuperado en 21 de octubre de 2022, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004029151993000100008&lng=es&tlng=es.
- Viaña J., Tapia J., Walsh, C. (2010) Construyendo interculturalidad crítica. Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello.
- Van Dijk, T. (1994). Discurso, Poder y Cognición Social. Cuadernos. No 2, Año 2. Maestría en Lingüística. Escuela de Ciencia del Lenguaje y Literaturas. Cali, Colombia: Universidad del Valle
- Van Dijk, T. (2007a). Discurso racista. En: Juan José Igartua y Carlos Muñiz (Eds.). Medios de comunicación, inmigración y sociedad. (pp. 9-16). España: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Van Dijk, T. (2007). Racismo y discurso en América Latina: una introducción. En Van Dijk, T. (Coor.) Discurso y racismo en América Latina. (pp. 21-34). España: Gedisa
- Van Dijk, T. (2008), El estudio del discurso. En Van Dijk, T. (Compilador). El discurso como estructura y proceso. (pp. 21-66). Gedisa.
- Van Dijk, T. (2003), Racismo y discurso de las élites. (pp.79-156). Gedisa.
- Verdugo, J., (2002). Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente – *Bases y lineamientos*-. 1st ed. Guatemala: Instancia Nacional de Salud.
- Verdugo, J., Carbone, F., Carbone, M., Lema, C., Bedriñana, E., & Román, J. et al. (2013). *Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina*. Burlada (Navarra): Medicus Mundi Navarra.
- Velimirovic, Boris, (1978), La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense, (pp4-11), Organización Panamericana de la Salud.

- Walsh Catherine. (2012). Hacia una comprensión de la interculturalidad. En Walsh Catherine (editor). Interculturalidad crítica y (de)colonialidad Ensayos desde Abya Yala (pp. 90-95). Ediciones Abya-Yala.
- Walsh Catherine (2002), (De) Construir la interculturalidad. Consideraciones críticas desde la política, la colonialidad y los movimientos indígenas y negros en el Ecuador. En Fuller Norma (editora) Interculturalidad y política: desafíos y posibilidades. (1° edición, pp 115-142) Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú.
- Zolla, C., & Mellado, V. (1995). LA FUNCIÓN DE LA MEDICINA DOMÉSTICA EN EL MEDIO RURAL MEXICANO. En S. G. Montes (Ed.), *Las mujeres y la salud* (1st ed., pp. 71–92). El Colegio de México.
<https://doi.org/10.2307/j.ctv512s4d.7>

Anexos.

Anexo 1. Guía de entrevistas

Guía de entrevista para médicos tradicionales. MT: Medicina Tradicional	
Objetivos	Preguntas
Preguntas generales:	¿De dónde es usted? ¿Con qué cargo se reconoce dentro de la medicina tradicional? Desde su opinión, ¿Qué es la medicina tradicional (MT)? ¿Cómo aprendió la MT? ¿Cuánto tiempo lleva practicando la MT dentro y fuera de la institución?
1. Lograr la coordinación entre la medicina institucional y la medicina tradicional en un plano de respeto y apoyo mutuo hacia la complementariedad.	¿Cómo ha sido su experiencia en las instituciones de salud? ¿Cómo fue su acercamiento con las instituciones de salud? ¿Dónde prefiere practicar la MT en la comunidad, en el CESSA o en ambas?
2. Ampliar la cobertura de atención a la salud en forma coordinada y mejorar la accesibilidad y calidad de los servicios.	¿Cómo cree que el servicio de MT en el CESSA acerca a la comunidad? ¿Su familia/ conocidos/ amigos, etc. han asistido al servicio de MT? ¿Considera necesaria la práctica de la MT dentro del CESSA o cree que solo debería estar en la comunidad?
3. Promover el desarrollo de la Medicina Tradicional, identificando, conservando, difundiendo y protegiendo sus recursos y la libre participación del terapeuta indígena tradicional como autoridad social.	¿Cómo es su relación con otros médicos tradicionales que no se encuentran dentro de la institución? ¿Con quién y cómo comparte sus conocimientos? ¿Cómo ha incorporado a sus prácticas elementos de la medicina científica?

<p>4. Mejorar y proteger la salud de la población, identificando las prácticas nocivas de las dos medicinas.</p> <p>5. Garantizar la referencia y contra referencia de enfermos de acuerdo con las necesidades de especialización de la medicina, considerando la capacidad curativa de cada medicina y las enfermedades que cada modelo maneja.</p> <p>6. Identificar la capacidad resolutoria de la medicina tradicional para su reconocimiento en el sistema nacional de salud, con el fin de difundir los remedios tradicionales de eficacia terapéutica comprobada para la complementación de la medicina Institucional.</p>	<p>¿Alguna vez se ha sentido vulnerada por sus prácticas dentro del CESSA? ¿Cómo?</p> <p>¿Alguna vez han limitado sus prácticas en cuanto a diagnósticos y tratamientos de la MT? ¿Cómo?</p> <p>¿Considera que la comunicación con los médicos facultativos en turno le permite relacionarse con ellos e intercambiar saberes?</p> <p>¿Algún paciente de los que ha atendido ha tenido alguna complicación? Si es así, ¿Qué acciones realiza?</p> <p>Cuando atiende a algún paciente, ¿le recomienda que asista con el médico científico?</p> <p>¿Cómo se siente con las instalaciones y el espacio que CESSA le proporciona para desarrollar las prácticas de MT?</p>
<p>7. Promover el apoyo y la relación intercultural con los médicos tradicionales, para la libre circulación y empleo de recursos curativos, vegetales, animales, minerales y simbólicos de sus comunidades, en la interacción con autoridades sanitarias, civiles y judiciales.</p>	<p>¿Cuáles con los padecimientos que más atiende en su práctica?</p> <p>Cuando atiende a un paciente, ¿puede realizar todos los tratamientos que considera necesarios y cuáles son los más frecuentes?</p> <p>¿Con qué elementos le permiten poder llevar a cabo sus tratamientos?</p> <p>¿Considera que utiliza los necesarios?</p>
<p>8. Identificar y promover, donde sea una demanda sentida por los médicos tradicionales reconocidos por las comunidades, los puntos de encuentro hacia legalización.</p>	<p>¿Usted cree qué es importante tener un marco legal de la MT? ¿Por qué?</p> <p>¿Cómo ha sido su participación en los foros de consulta, mesas de diálogo, etc., donde se hable sobre la legalización de la MT?</p> <p>Desde su experiencia y perspectiva, ¿Cómo podría definir la medicina tradicional?</p>
<p>9. Fomentar la participación comunitaria en los procesos de planeación, ejecución, control y evaluación de las acciones en salud aplicados en zonas indígenas.</p>	<p>¿Alguna vez le han preguntado las necesidades de su comunidad y de lo que sabe hacer?</p> <p>¿Cómo considera que toman en cuenta las características de la comunidad para brindar los servicios de salud?</p> <p>¿Cuándo atiende pacientes les habla en su lengua originaria?</p>
<p>10. Complementar recursos y conocimientos a favor de la sociedad.</p>	<p>En su opinión, ¿cree que la MT debería ser parte de los servicios de salud?</p> <p>¿Cómo ha sido su experiencia trabajando para una institución pública?</p>

11. Apoyar y facilitar la sistematización del modelo médico tradicional en cada grupo étnico para enriquecer el conocimiento de los médicos tradicionales y facilitar la enseñanza de nuevos médicos tradicionales, a través de escuelas de medicina y partería tradicional.	¿Piensa que es importante que existan escuelas donde enseñen medicina tradicional? ¿Le gustaría participar? ¿Le ha enseñado a alguna persona lo que sabe hacer?
12. Promover la difusión de la cosmovisión sistematizada a toda la población de cada grupo étnico para dar significado a sus prácticas y fortalecer su cultura, lo cual repercute también en mayor reconocimiento, uso y fortalecimiento de la medicina tradicional.	¿Cree necesarios este tipo de programas para la comunidad? ¿Usted considera que las capacitaciones y el trabajar en el CESSA ha modificado sus prácticas? ¿De qué manera?
13. Fomentar la organización colegiada de los médicos tradicionales, para que estas organizaciones recuperen, y enriquezcan su medicina tradicional, validen su práctica y refuercen su identidad cultural.	¿Usted mantiene comunicación, amistad o algún otro tipo de relación con médicos tradicionales fuera de la institución? ¿Cómo fue su acercamiento al CESSA? ¿Qué opina de las certificaciones de las parteras y de los médicos tradicionales? ¿Cuáles han sido los retos a los que se ha enfrentado durante el tiempo que lleva en el CESSA?
14. Consolidar un modelo propio de prevención y atención a la salud, considerando nuestra identidad y diversidad cultural.	¿Qué actividades realiza para compartir su conocimiento? ¿Alguien más de su familia práctica la MT?

Anexo 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN

Título de la investigación: “Medicina tradicional en los servicios de salud del CESSA, Amealco, a través de la interculturalidad en salud”.

PRIMERA PARTE: INFORMACIÓN

Se me ha informado que esta investigación es importante porque busca comprender la respuesta de los médicos y médicas tradicionales ante la integración de la medicina tradicional a los servicios de salud en México. Esta integración se guía bajo el programa de “Fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional”, derivado de políticas sobre interculturalidad en salud y dirigidas a grupos indígenas.

Esta investigación tiene varios objetivos que sirven para el análisis y la creación de propuestas teóricas que ayuden a comprender las relaciones que surgen en torno a la integración de la medicina tradicional en los servicios de salud que provee el Estado. Además, ayudará a interpretar el significado de creencias y prácticas que tengan los y las médicas tradicionales.

Para poder cumplir con los objetivos propuestos, se plantea realizar una serie de entrevistas (semiestructuradas) a quien desee colaborar, por lo que me piden participar respondiendo una entrevista. Esta intervención no tiene ningún interés político y/o económico, ni relación con gobiernos ni partidos políticos. La participación no pone en riesgo mi salud, dignidad ni derechos humanos; además, al final habrá un beneficio para mi comunidad, ya que los resultados serán compartidos a cada uno de los participantes. Además, se elaborará un resumen en lengua hñahñu (otomí).

Se me ha informado para que sea posible realizarme la entrevista, se requieren los siguientes puntos:

- Responder, algunas preguntas que corresponden a una entrevista (semiestructurada), a manera de conversación; en ellas se recabará información desde mi experiencia y cómo algunas cosas (cualquiera que sea mi respuesta en las preguntas, se me ha explicado que las respuestas no son correctas o incorrectas, y que no existe ningún tipo de juicio moral sobre lo que yo diga, cuidando y respetando en todo momento mi autonomía).
- Disponer de un tiempo aproximado de 40 a 50 minutos, en un espacio que sea de mi agrado y donde me sienta con comodidad.
- Grabar la conversación en forma de audio para poder transcribir mis respuestas para su análisis.
- Mis datos se manejarán de forma confidencial, a menos que esté de acuerdo en hacer uso de su nombre y/o categoría que corresponde en la diversidad de médicos tradicionales bajo su consentimiento.
- Mi participación en esta investigación no implica recibir alguna remuneración económica (ni en especie), ya que lo hago libre y voluntariamente; así mismo, no me generará gastos.
- Tendré derecho y acceso a la información que se obtenga durante el estudio como participante de la investigación.
- No existirá consecuencia, represalia y/o castigo alguno por sus respuestas a la entrevista, dentro y fuera de un marco institucional, respetando en todo momento su dignidad y sus derechos humanos.
- No existe el riesgo de presentar algún tipo de lesión física o psicológica durante la fase de entrevista ni después de esta; si alguna pregunta me resultara incómoda,

puedo decidir libremente si la respondo o no, o si no continuo con el resto de las preguntas.

En caso de aceptar estos puntos, lo haré libre y voluntariamente, sabiendo que puedo retirarme en cualquier momento y negarme a seguir participando, aun cuando no sea por indicación del investigador responsable, sin tener ningún tipo de afectación.

SEGUNDA PARTE: ACEPTACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN

Después de haber recibido una explicación clara sobre mi participación y habiendo sido resueltas todas mis dudas:

Acepto participar •

No acepto participar •

Nombre completo y firma de la persona participante:

(Nota: No se va a utilizar en el resto de la investigación, solamente es para registrar el permiso otorgado para la participación. Todos sus datos de identificación personal son estrictamente confidenciales, respetando en todo momento la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados)

Nombre (Testigo 1)

(Nombre) Testigo 2

Fecha: _____

Lugar de la entrevista: _____

Investigadora principal

Alma Benita Cruz González, UAM Xochimilco

Datos de contacto: 2212802538@alumnos.xoc.uam.mx

Anexo 3. Aprobación de protocolo por el Comité de Bioética en Investigación.



7 de mayo del 2023
CEI.2023.006

Dr. Jorge Ismael Castañeda Sánchez
Secretario Académico de la DCBS
Unidad Xochimilco

Presente

Asunto: Dictamen como **APROBADO** de las consideraciones éticas del proyecto de investigación con N° de referencia **CEI.2023.006**.

Por este conducto el Comité de Ética de la DCBS se permite presentar a Usted, en respuesta a su oficio DCBS.SA.033.23 en relación con las Consideraciones Éticas del proyecto con número de referencia **CEI.2023.006** titulado "**Medicina tradicional en los servicios de salud del CESSA, Amealco a través de la Interculturalidad en salud**" que presenta la alumna de la Maestría en Medicina Social Alma Benita Cruz González.

El Comité de Ética en Investigación dictaminó el proyecto como **APROBADO** de las consideraciones éticas.

Agradeciendo su amable atención, quedo de Usted.

ATENTAMENTE
"CASA ABIERTA AL TIEMPO"



Dr. Jorge Alberto Álvarez Díaz
Presidente del Comité de Ética en Investigación
División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Unidad Xochimilco

Abreviaturas.

- CESSA: Centro de Salud con Servicios Ampliados.
- MT: Medicina Tradicional
- S-E-A: Salud-enfermedad-atención.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- MTI: Medicina Tradicional Indígena.
- INI: Instituto Nacional Indigenista.