



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Filosofía
Maestría Estudios Antropológicos en Sociedades Contemporáneas

"Medicina tradicional y prácticas curativas; sanar en territorio ñáñho. Un estudio de caso en San Ildefonso Tultepec, Amealco"

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de Maestro en Estudios Antropológicos en Sociedades Contemporáneas

Presenta:
Mayte Solís González

Dirigido por:
Dr. David Alejandro Vázquez Estrada

SINODALES

Dr. David Alejandro Vázquez Estrada
Presidente

Firma

Dra. Adriana Terven Salinas
Secretario

Firma

Dra. Diana Patricia García Tello
Vocal

Firma

Dra. Beatriz Utrilla Sarmiento
Suplente

Firma

Mtro. Antonio Flores González
Suplente

Firma

Dra. Ma. Margarita Espinosa Blas
Directora de la Facultad

Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña
Directora de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Octubre del 2018

RESUMEN

La presente investigación aborda la relación que existe entre la medicina tradicional (MT), los procesos de salud-enfermedad-atención y la organización comunitaria en San Ildefonso Tultepec, Querétaro. México. Teniendo como brújula el trabajo etnográfico se describen las distintas maneras de concebir la salud y la enfermedad en las comunidades indígenas y los sistemas de salud del Estado. El trabajo recupera las formas de atención, las prácticas curativas de salud e identifica la visión de la interculturalidad en las instituciones de salud pública en la implementación de políticas públicas y programas a nivel local vinculados a la lógica global. Finalmente, se analizan las tensiones y divergencias que existen entre la MT en la comunidad y la salud intercultural, para construir lineamientos de salud pertinentes al contexto de la población hñãño en el municipio de Amealco, Querétaro.

(Palabras clave: salud-enfermedad-atención, prácticas curativas, ñãño, medicina tradicional e interculturalidad)

ABSTRACT

The present investigation addresses the relationship between traditional medicine, the health-sickness-attention process, and the community organization in San Ildefonso Tultepec, Querétaro, México. Having the ethnographic work as a compass, the different ways in conceiving health and sickness in the indigenous communities and in the State health services are described. This work recovers the forms of attention, the health healing practices and identifies the interculturality vision among the public health institutions in the implementation of public policies and local level programs linked to global logic. Finally, the existing tensions and divergences between traditional medicine in the community and intercultural health to build health, guidelines pertinent to the ñãño population context in Amealco, Querétaro are analyzed.

(Key words: health-sickness-attention, healing practices, ñãño, traditional medicine, and interculturality)

DEDICATORIA

La investigación está dedicada a mujeres y hombres que cuidan, procuran y resguardan la vida. A los espíritus, las montañas, las plantas, los astros, las deidades, al agua y todo aquello que posibilita la existencia y nos hace consiente de ella.

A la comunidad de San Ildefonso Tultepec y sus barrios, que nos muestran como caminar a otro ritmo.

A mi bisabuela Pascuala que fue curandera, no la conocí, pero la encontré en mis sueños. A mi abuelo Armando, que siempre procuro la vida y me enseñó a escuchar a las y los otros.

A Camila, partera de San Ilde que compartió con su comunidad y con nosotras la vida, la lengua y la historia de un pueblo presente en sus bordados. Camila vive en la medicina que nos regalan las plantas y en los sueños que nos susurra el viento.
Gracias, por tanto.

A mi familia, mamá, papá y hermanos, por sostenerme y acompañarme siempre que hace falta. Y a mi Juan, que ahora es mi familia, compañero y uno de mis lugares favoritos.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primera instancia las compañeras hñãño que compartieron la medicina. A Lucía, Feli, Camila, Francisca, Ángela, Guadalupe, Yolanda, Alicia, Roberta, Francisca, Engracia, Epifanía, Donata, Francisca, Maribel, Isabel y a los compañeros Guillermo, Anselmo, Pedro, Atanacio y Mario.

Agradezco a las y los profesores que me permitieron construir en libertad y acompañamiento. A mi director, Alejandro Vázquez por tomar la propuesta y ayudarme a mirar con otros ojos y corazón la investigación, acompañada de la maravillosa Antropología. Gracias por su trabajo y conocimiento. A Adriana Terven por las sugerencias que nutrieron la investigación. A Diana Tello, Beatriz Utrilla y Angélica Álvarez por la paciencia y el cariño. A los queridos Evelyn Siquin y Antonio Flores que se dieron el tiempo de leerme y por enseñanzas en otros procesos académicos.

Gracias a quienes escribieron otros trabajos y dieron luz teórica, conceptual y metodológica. A Juan Ramón Gallardo Ruiz, Lidya Van De Fliert, Jaques Galiner, Gisela Sánchez, Cathia Huerta, Vianey García y muchas otras y otros que han explorado en la cosmovisión indígena.

Agradezco a la Universidad Autónoma de Querétaro, a la Facultad de Filosofía, a quienes retroalimentan la MEASC, al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por el compromiso y el apoyo para realizar esta investigación. Finalmente, a mis compañeras Daniela, Romina y Mónica por las experiencias compartidas, la escucha, la comprensión y sobre todo el cariño y el cuidado.

INDICÉ

RESUMEN.....	I
ABSTRACT.....	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTOS.....	IV
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. CONTEXTO DE LA MEDICINA TRADICIONAL.....	9
1. Marco normativo de la MT, acuerdos internacionales.....	9
2. El sistema de salud en México y las políticas de interculturalidad.....	12
3. El sistema de salud en Amealco de Bonfil.....	17
4. San Ildefonso Tultepec.....	19
El Centro de San Ildefonso.....	21
CAPÍTULO II. DISCUTIENDO EL CONCEPTO DE MEDICINA TRADICIONAL.....	33
1. La MT como categoría de análisis.....	33
2. La interculturalidad en el marco de la MT.....	40
Construcción de la interculturalidad.....	40
La MT en el marco de interculturalidad.....	44
3. Prácticas comunitarias.....	47
CAPÍTULO III. QUEDARSE EN CAMPO.....	54
1. La mirada de la investigadora.....	54
Quedarse en campo.....	56
Visitas inesperadas.....	59
2. El trabajo de campo y su metodología.....	60
Instrumentos.....	64
Construcción del trabajo de campo.....	66
3. El proyecto de aplicación.....	68
4. Las interlocutoras.....	72
CAPÍTULO IV. SANAR EL TERRITORIO ÑAÑHO.....	77
1. Medicina tradicional. Las concepciones sobre la MT en la comunidad.....	77
Ser partera en la comunidad.....	79
Ser curandera en la comunidad.....	81
Procesos de salud-enfermedad-atención en la comunidad.....	83

La MT y la comunidad.....	91
2. La inclusión de la MT en los sistemas de salud.....	95
El Centro de Salud con Servicios Ampliados.....	95
Los procesos de salud-enfermedad-atención.....	99
Relación entre la MT y el sistema biomédico.....	102
3. Análisis de las tensiones entre el sistema biomédico y las prácticas curativas	104
Narrativa de salud.....	105
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES.....	111
1. La construcción de la salud en la comunidad y en las instituciones.....	112
Recuperar la salud en la comunidad.....	112
La relación con el sistema biomédico.....	114
2. La interculturalidad en los programas de salud pública.....	115
3. Lineamientos para construir procesos de salud intercultural.....	116
BIBLIOGRAFÍA.....	119
ANEXOS.....	124
ANEXO 1. PROYECTO DE INTERVENCIÓN: ENCUENTRO DE MEDICINA TRADICIONAL Y SALUD INTERCULTURAL.....	124
ANEXO 2. SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA.....	125

INTRODUCCIÓN

El bienestar y malestar son elementos que nos acompañan a todos los seres vivos, las formas de salud y enfermedad moldean la manera en la que establecemos relaciones con el espacio de lo cotidiano, con lo humano y lo no humano. Acercarnos al tema de la medicina tradicional y las prácticas curativas nos permite tener en cuenta el sentido y los significados que envuelven la salud y comprender la dimensión cultural de un lugar.

La presente investigación tiene como objetivo general comprender la relación que existe entre la medicina tradicional (MT), los procesos de salud-enfermedad-atención y la organización comunitaria en San Ildefonso Tultepec, para construir lineamientos de salud intercultural pertinentes al contexto de la población hñãño en el municipio de Amealco, Querétaro.

El objetivo general se acompañó de tres objetivos específicos: 1) describir los procesos de salud-enfermedad-atención, a través del trabajo etnográfico; 2) identificar la visión de las instituciones de salud pública con respecto a la MT en la implementación de sus políticas a nivel local y 3) analizar las tensiones y divergencias que existen entre la MT y la salud intercultural.

El estudio antropológico sobre los procesos de salud-enfermedad-atención es pertinente y actual, debido al uso e incremento de la MT, la constante regulación las instituciones de salud pública y las transformaciones en el ejercicio de las prácticas curativas, dentro y fuera de las localidades indígenas. Además, la mirada construida desde la etnografía nos ha permitido establecer un proceso de investigación cercano y honesto con las y los interlocutores.

Al interior de los espacios comunitarios, las prácticas de salud y tratamientos procedentes de la MT son un ejercicio cotidiano en la esfera del cuidado doméstico; familiar y comunitario. Las parteras, las hueseras, las hierberas, los curanderos y los rezanderos, comparten su Don y la medicina con los habitantes de las comunidades y con personas externas que generalmente se acercan por recomendaciones de voz en voz.

La regularización de la MT se ha colocado en las agendas políticas internacionales, nacionales y programas locales: la Organización Mundial de la

Salud (OMS) y Secretaría de Salud (SSA) buscan organizarla a través de recomendaciones, políticas públicas y programas. Esta regularización se traduce en la reestructuración y homogenización de las prácticas de salud en los contextos locales.

El trabajo que presentamos contempla la influencia de esta regularización en el espacio local; las transformaciones, en cierta medida, se derivan de proyectos externos, direccionados por instituciones gubernamentales y secundados por organizaciones civiles. Dichas transformaciones han llevado a la MT por procesos de regularización en distintos momentos históricos. Identificamos la década de los setenta como el punto de partida para dicho ordenamiento; el término de *salud intercultural* es utilizado en el lenguaje de las políticas de regulación, mismo que sustituye a la definición de *medicina indígena*.

Los alcances de las políticas que regulan la MT son observables en el cotidiano de las comunidades de Amealco: la conformación de grupos comunitarios interesados en capacitaciones para elaborar y comercializar productos derivados de los conocimientos empíricos de salud, la prohibición y el control sobre los recursos herbolarios, la búsqueda de profesionalización por parte de médicos tradicionales originarios de las comunidades, el incremento en la demanda de servicios tradicionales de población que se identifica a sí misma como no indígena y la construcción de un Centro de Salud con servicios especializados y área de MT son algunos de los efectos.

Los efectos y transformaciones nos muestran a la MT rodeada de elementos que no le permiten ser estática, y que cuestionan su carácter *tradicional*, pensando que lo tradicional se entiende como un algo que es inamovible y necesariamente dicotómico. Sin embargo, los cambios sociales van transformando lo *tradicional* y las prácticas de salud combinan elementos *tradicionales* y *modernos*, tanto en espacios comunitarios como en instituciones de salud pública. Este ejercicio de investigación identifica cómo se posiciona la MT en la comunidad y en las instituciones de salud pública, recuperando las diferencias sustanciales.

Para comprender las diferencias entre la construcción en comunidad y en instituciones de salud pública, es fundamental señalar la siguiente distinción y tener en cuenta que no sólo se trata una diferencia en el lenguaje, sino en la construcción epistemológica. La MT que se construye y se transforma en las comunidades es entendida como prácticas curativas, en tanto que la MT que se produce en las instituciones de salud pública la nombramos como *medicina intercultural* o *salud intercultural*. Para conceptualizar la MT tradicional en un contexto pluricultural como el mexicano, el concepto de salud intercultural ha servido como un canal de comprensión para las instituciones educativas y de salud pública.

Las prácticas curativas son recogidas y conceptualizadas como MT por investigadores e instituciones académicas, que posteriormente se conectan y son implementadas en los programas de salud pública bajo la categoría de interculturalidad. Este proceso se acompaña de políticas públicas y programas institucionales coordinados por organismos como la SSA, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) e instituciones de educación superior públicas.

Las siguientes preguntas guían las inquietudes de la presente investigación, además de justificar su relevancia: ¿Qué elementos conviven en la construcción de la MT para la medicina de comunidad y para el sistema biomédico? ¿Por qué es importante estudiar la MT partiendo de las prácticas curativas y la organización de la comunidad? ¿Cuál es el papel de las instituciones en la regulación de la MT y la generación de dinámicas comunitarias específicas? ¿La MT puede impulsar el desarrollo comunitario?

La relevancia de esta investigación radica en mirar con claridad los distintos elementos que construyen el concepto de la MT, para acercarnos al sentido y significado que reflejan las prácticas curativas. Posicionar la mirada desde la lógica comunitaria en compañía de metodologías participativas nos otorga la posibilidad de recuperar la voz de los actores que intervienen y viven el proceso de salud-enfermedad-atención, además de acercarnos a la organización social que se desprende de estas prácticas.

Como se da cuenta en esta tesis, la organización que se desprende de las prácticas curativas implica un ordenamiento que nace y se sustenta en la comunidad, es así que conocer la organización puede impulsar la construcción de procesos colectivos de salud que resguarden y revitalicen los conocimientos curativos, marcando la línea entre la medicina de comunidad y la institucional, alejándose del lazo de dependencia con las instituciones de salud pública.

Otro elemento relevante fue reconocer la construcción epistemológica de las prácticas curativas y los procesos de salud-enfermedad-atención desde la horizontalidad, el reconocimiento y el respeto, sin subordinar los conocimientos. Bajo la mirada de la interculturalidad crítica, el papel de los interlocutores involucrados, incluyendo a la investigadora, se acompaña de un ejercicio de autocrítica frente a los propios esencialismos, teóricos, metodológicos y personales.

Mirar la MT como un conjunto de saberes que buscan la sanación y el equilibrio de los individuos y su entorno, coloca sobre la mesa de análisis aquellos elementos que acompañan la cosmovisión, como el tiempo, los cuerpos celestes, las llanuras y algunos otros elementos materiales y espirituales que construyen bienestar individual y colectivo. La cosmovisión que interviene en los procesos de salud-enfermedad-atención es sustancialmente distinta a las bases del sistema biomédico, el cual contempla la construcción del conocimiento desde una base científica y positivista, que posiciona a la salud como un elemento individual y si acaso contempla en entorno social, se entiende desde una posición dicotómica.

El campo de investigaciones sobre la cosmovisión indígena es inherente a los estudios antropológicos, pues esta disciplina tiene como base la interpretación de otras culturas y en sus inicios clásicos y positivistas tomó por campo la observación de los grupos considerados *exóticos* o nativos. Afortunadamente las ciencias sociales han modificado su práctica disciplinar, estableciendo mecanismos con mayor horizontalidad.

En el marco de los estudios relacionados con la MT, otras y otros investigadores voltean la mirada hacia el municipio de Amealco. En seguida planteamos de manera breve los trabajos publicados entre 1990 y 2016. La

finalidad de estas investigaciones consistió en recuperar los aportes y las visiones desde distintas áreas del conocimiento: antropología,¹ políticas públicas en salud,² lingüística³ y sociología.⁴ Los trabajos se acercan a distintos elementos, tales como validar el conocimiento empírico herbolario a través del conocimiento científico, sistematizan las enfermedades más comunes y el uso de las plantas medicinales, transmisión de conocimientos empíricos por medio de historias de vida, análisis de las enfermedades más comunes abordadas desde la perspectiva de género y la valorización del trabajo de las y los médicos tradicionales.

Presentamos de manera breve las aportaciones más significativas que contribuyen al análisis y rumbo de la investigación que estamos introduciendo. Las siguientes líneas rescatan las principales aportaciones de otros investigadores a este trabajo. Desde el campo antropológico, Lydia van de Fliert (1998), y el en el área de salud pública, Vianey García Galicia (2015).

1 El trabajo de Román Sauza López (2011) *Persistencia sociocultural de la medicina tradicional en tres poblaciones de Querétaro* comparte su quehacer cotidiano, la forma en la que aprendieron a sanar y las practicas más comunes. La investigación recupera la historia de sanadores en Amealco de Bonfil, Tolimán y El Marqués. Cathia Huerta Arellano (2016) recupera la experiencia de médicas y médicos tradicionales de distintas comunidades de Amealco: Chitejé del Garabato, El Picacho, Presa de Tecolote, El Bhoté, El Rincón, Galindillo, San José Itho, Santiago Mexquititlán, El Lindero, El Varal, San Miguel de Deheti y San Ildefonso Tultepec. Su análisis se construye desde la perspectiva de género, las formas de curar y la violencia presente en la enfermedad.

2 El trabajo de Valentina Serrano, Filogonia Sánchez Vega y Ricardo Pelz (1997), *Plantas medicinales Amealco Querétaro*. Es un recetario que reúne diversidad de plantas para uso medicinal, utilizadas y preservadas por las comunidades indígenas. El recetario: en el marco de la riqueza, variedad de plantas y el incremento de la industria farmacéutica, realiza estudios para validar científicamente el uso de las plantas medicinales en Querétaro. El texto se escribe con ayuda de la historia oral y busca transmitir el uso de las plantas curativas como una práctica alternativa y complementaria para la salud.

3 Roberto Aurelio Núñez López (2014), *Fitonimia hñãhño: una aproximación a la etnotaxonomía de la flora útil del pueblo hñãhño de Amealco*. Rescata la lengua hñãhño y los saberes ancestrales en relación con ellas. Uno de los apartados recupera de 40 plantas medicinales el uso y los tratamientos en enfermedades más comunes.

4 Laura Arciga Hernández (2013), *El cortometraje y su utilidad metodológica en procesos de investigación de salud intercultural: El caso del Centro de Salud con hospitalización de Amealco, Querétaro*. Expone los procesos de salud-enfermedad-atención que realiza la MT; por medio del cortometraje promueve la MT ante instituciones gubernamentales.

En el texto “Otomí en busca de la vida. Ar ñãño hongar nzaki” (1998), Van de Fliert recupera la cosmovisión de la comunidad hñãño, describe la relación que existe entre los mensajeros de la naturaleza y el lenguaje humano, así como la relevancia y representatividad de la cosmovisión hñãño en las actividades mágico-religiosas comunitarias. Sin duda, este texto es indispensable para remover el pensamiento de cualquiera que pretenda indagar en contexto pluriétnicos como Amealco. La experiencia de investigación retoma la mezcla biocultural, presente en el proceso de salud-enfermedad-atención que nos permite reflexionar sobre los elementos naturales en la construcción del significado de la MT.

En la investigación *Perfil epidemiológico sociocultural en el uso terapéutico de plantas medicinales en comunidades rurales del municipio de Amealco de Bonfil, 2012 -2013* (2015), García Galicia examina el manejo de las plantas medicinales de uso más frecuentes y define las enfermedades más importantes en tres localidades: Amealco centro, San Idefonso Tultepec y Santiago Mexquititlán.

Entre los principales resultados del trabajo se encuentran los siguientes hallazgos: se comprobó la congruencia entre los saberes de la comunidad y la medicina hegemónica sobre el uso de las plantas; se ubicaron elementos simbólicos basados en el catolicismo como ingrediente de curación; se identificaron tensiones entre la medicina hegemónica y la tradicional; se reconoce la necesidad de generar estrategias en el sistema biomédico con un enfoque intercultural real. Dicho trabajo nos permitió visualizar el contexto actual de la MT respecto de la relación que establece con el sistema biomédico.

La presente investigación realiza aportaciones situadas en el campo metodológico y en el análisis entre componentes macroestructurales y microsociales inmersos en el tema de la MT. Sobre el análisis entre componentes estructurales y microsociales, la investigación indagó el sentido de la MT para las instituciones de salud pública y para la comunidad, logrando identificar las tensiones entre el sistema biomédico y los procesos de salud-enfermedad-atención en la comunidad.

En el campo metodológico, se rescata el principio de reflexividad, que permitió el monitoreo constante de la propia subjetividad y el rescate de metodologías polifónicas como un elemento que entreteje las distintas voces, presente en el trabajo de campo y a lo largo de la escritura del documento.

Las implicaciones de una metodología colaborativa se relacionan con las distintas estrategias y caminos que se tomaron a lo largo de la investigación. En este sentido los actores marcaron la pauta del proceso; si bien los tiempos de campo, síntesis y análisis estaban delimitados, el intercambio en buena medida lo establecieron los interlocutores.

Como parte de la construcción metodológica y el trabajo en campo, la investigación se acompañó de un proyecto de aplicación, el Encuentro de Medicina Tradicional y Salud Intercultural, que rescata elementos sobre los procesos locales de organización. Este ejercicio consistió en la organización de un foro, que convocó a médicas y médicos de la comunidad, jóvenes y habitantes en general, interesados en el cuidado y rescate de los saberes tradicionales en salud. El Encuentro permitió identificar los retos y posibilidades de la MT en un contexto hñãñho, a través de las voces de las y los médicos tradicionales de comunidad y de su ejercicio cotidiano.

Además de los retos para la MT, se abordó parte de la historia de las y los médicos: como descubrieron su Don, quién les enseñó, las mejores y peores experiencias, el reconocimiento comunitario y las diferencias al nombrar las plantas en hñãñho y en español. Realizar un proyecto de aplicabilidad a la par de la investigación contribuyó al análisis de la organización comunitaria y aportó horizontalidad en la construcción metodológica.

Es importante mencionar que en un lugar como San Idefonso Tultepec los habitantes están acostumbrados a la mirada externa: puede ser de investigadores, agentes de organizaciones civiles que buscan realizar un proyecto o implementación de programas gubernamentales. Esto se manifestó en desconfianza y resistencia por parte de algunos interlocutores, modificando el trabajo de campo. En el ámbito de la MT, la SSA realizó procesos de intervención relacionados con la búsqueda de médicas y médicos tradicionales para evaluarlos

y capacitarlos con la finalidad de ser incorporados al Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA). De esta intervención se desprenden algunos efectos: el nivel de competencia entre médicos tradicionales, la idea de recibir certificaciones y la sospecha ante el despojo de los conocimientos en salud.

Esta investigación se presenta en cinco apartados: 1) Contexto de la MT, 2) Discutiendo el concepto de MT, 3) Quedarse en campo, 4) Sanar en territorio ñaño y 5) Conclusiones.

El capítulo I describe las condiciones de la MT, con énfasis en su relación con las políticas de interculturalidad. El capítulo II establece la relación entre las categorías de MT, interculturalidad y prácticas comunitarias. El capítulo III escenifica las estrategias metodológicas y de interlocución, con hincapié en la descripción de la cultura investigada a través del trabajo etnográfico. El capítulo IV describe los procesos de salud-enfermedad-atención para los y las médicas tradicionales en la comunidad y la perspectiva de las instituciones de salud pública frente a la MT, la implementación de políticas y el análisis de las tensiones entre el sistema biomédico y las prácticas comunitarias. El apartado conclusivo desarrolla las diferencias entre la comprensión de la salud y los lineamientos pertinentes para construir procesos interculturales en salud.

CAPÍTULO I. CONTEXTO DE LA MEDICINA TRADICIONAL

El siguiente capítulo delimita y describe el contexto de San Ildefonso Tultepec, con énfasis en la relación que mantiene la medicina tradicional (MT) con las políticas de interculturalidad y las instancias de salud en Amealco.

Los elementos considerados son los referentes a la concepción y a la regulación de la MT: 1) acuerdos internacionales y marco normativo de la MT, 2) desarrollo del sistema biomédico en México y su relación con políticas de interculturalidad, 3) servicios de salud intercultural en Amealco y 4) radiografía de la cotidianidad de San Ildefonso Tultepec.

1. Marco normativo de la MT, acuerdos internacionales

Para comprender el marco normativo de la MT es necesario revisar cómo se entrelazan los lineamientos nacionales e internacionales, así como sus implicaciones y alcances en el ámbito local. En México este marco es antecedido por políticas nacionalistas y acuerdos internacionales.

Sobre los antecedentes internacionales identificamos los siguientes elementos: la declaración de Alma-Ata en 1979; el convenio de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) emitido en 1989; las propuestas de Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre Medicina Tradicional y Terapias Alternativas emitida en 1992; las propuestas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitidas en 2005; la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de 2007; y la Declaración de Pekín de la OMS en 2008:

La intención abierta de aprovechar las experiencias y conocimientos de la población para considerar la inclusión de sus conocimientos y prácticas en los sistemas de salud en el mundo, inició oficialmente con la declaración de Alma-Ata (URSS) en 1979, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) invitó a los países miembros a buscar y lograr la participación activa de la población, aprovechando sus conocimientos en medicina tradicional.

Desde entonces se han emitido diversos acuerdos y propuestas internacionales para reconocer los derechos de los Pueblos Indígenas incluyendo su derecho a la salud y derivado de ello, a ejercer sus medicinas, como el artículo 25 del convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1989), las propuestas de la Organización Panamericana de la Salud sobre Medicina Tradicional y Terapias Alternativas, incluyendo las resoluciones respecto a la salud de los Pueblos Indígenas incorporadas en la iniciativa SAPIA. En la presentación del tema, se afirmaba que una iniciativa en materia de salud de los pueblos indígenas “quizás sea el tema de salud técnicamente más complejo y políticamente más difícil del momento actual” (OPS, 1992). Este proceso generó elementos para la elaboración de la propuesta de la OMS en 2005 sobre medicina tradicional, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas en el año 2007 y la Declaración de Pekín de la OMS en año 2008 (Almaguer, 2009, p. 3).

Las instituciones internacionales y sus políticas buscan construir acuerdos con países miembros para integrar y regular los conocimientos tradicionales, echando mano de los programas de salud nacional.

En 2002 la OMS publicó *Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*, que propone lo siguiente:

- Integrar la medicina tradicional y medicina complementaria (MT/MCA) en los sistemas de salud nacionales, según sea apropiado, mediante el desarrollo e implantación de políticas y programas nacionales de MT/ MCA.
- Fomentar la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA, ampliando la base de conocimientos sobre MT/MCA y proporcionando asesoría sobre pautas, normativas y controles de calidad.
- Aumentando la disponibilidad y asequibilidad de la MT/MCA, según sea apropiado, enfatizando el acceso a la misma de las poblaciones pobres.
- Fomentando el uso terapéutico sólido y apropiado de la MT/MCA tanto de proveedores como de consumidores (OMS, 2002, p. 47).

En 2009 se construye la propuesta de Ley Marco en Materia de Medicina Tradicional, elaborada para el Parlamento Latinoamericano, que reconoce la creciente utilización y la necesidad de proteger los recursos para mejorar la vida de las personas. Para ello emiten una serie de recomendaciones a los ministerios de salud en América Latina, con pretensiones de uniformidad, entre las que destacan:

- Buscar estrategias para cumplir con el derecho a la salud.
- Regular la práctica, enseñanza e investigación de la MT indígena.
- Reconocer promover y proteger los derechos de los pueblos indígenas.
- El Estado debe proteger los conocimientos tradicionales.
- Lineamientos específicos que determinan quiénes son y quiénes no son médicos tradicionales.
- Los médicos tradicionales tienen la obligación de seguir las pautas marcadas por la legislación: capacitación, registro de constancias, revocación de constancias y control de insumos.
- Protección de los recursos tangibles e intangibles: plantas, animales, investigaciones.

En 2014 se publicó el documento *Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*, donde se señala que:

La estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 ayudará a las autoridades sanitarias a encontrar soluciones que propicien una visión más amplia respecto del mejoramiento de la salud y la autonomía de los pacientes. La estrategia tiene dos objetivos principales, a saber: prestar apoyo a los Estados Miembros para que aprovechen la posible contribución de la MTC a la salud, el bienestar y la atención de salud centrada en las personas, y promover la utilización segura y eficaz de la MTC mediante la reglamentación de productos, prácticas y profesionales. Mismos que se

alcanzarán por medio del establecimiento de tres objetivos estratégicos, a saber: 1) desarrollo de una base de conocimientos y formulación de políticas nacionales; 2) fortalecimiento de la seguridad, la calidad y la eficacia mediante la reglamentación; 3) fomento de la cobertura sanitaria universal por medio de la integración de servicios de MTC y la autoatención de salud en los sistemas nacionales de salud (OMS, 2013, p. 8).

En este sentido, la MT se coloca en las agendas internacionales debido al incremento en el consumo de productos y prácticas de la medicina tradicional y complementaria (MTC).⁵ Actualmente los lineamientos de la OMS, en compañía de instituciones en cada país miembro, inciden en los programas de salud.

En México las instituciones encargadas de instrumentar la regulación de la MT a través de sus programas son la Comisión Nacional para el Desarrollo de los pueblos Indígenas (CDI) y la Secretaría de Salud (SSA). La forma de instrumentación se abordará en apartados posteriores.

2. El sistema de salud en México y las políticas de interculturalidad

Desde el periodo colonial (1521-1821), los diferentes sistemas de salud, educativo y político fueron administrados por el clero, sector interesado en constreñir y regular las prácticas de la población bajo un marco ideológico concreto. Campos-Navarro (2009), en sus reflexiones sobre interculturalidad, indica que el sistema de salud se introduce durante 1551, impulsado por el surgimiento de las universidades:

La medicina académica se introdujo desde el mismo siglo XVI y XVII en las recién creadas universidades americanas (la de San Marcos en Lima: 1551; la Real y Pontificia de México, 1551; la Real y Pontificia Universidad de San Francisco Xavier fundada en Charcas, en 1624) (Campos-Navarro, 2009, p. 57).

⁵ Medicina tradicional y complementaria fusiona los términos *medicina tradicional* y *medicina complementaria*, y abarca productos, prácticas y profesionales (OMS, 2013, p. 14).

Con la preparación de personal médico y el surgimiento de hospitales, las prácticas curativas buscaron ser transformadas, especialmente en las interpretaciones mágico-religiosas, “los hospitales cumplían con una doble función: una de índole médico-curativa y otra de carácter ideológico-político-religioso” (Campos-Navarro, 2009, p. 58). La intención de transformar las prácticas culturales buscó impactar de manera directa en las formas de interpretar el mundo desde la cosmovisión indígena. Campos-Navarro (2009) señala que:

Por un lado, se proscribió el conocimiento empírico de los indígenas acerca de las propiedades terapéuticas de las plantas medicinales, y por otro lado se procedió a reprimir el aspecto religioso, ideológico y ritual del modelo que fundamentaba la práctica de los médicos indígenas (Campos-Navarro, 2009, p. 60).

A pesar de la modificación en las prácticas, la población indígena construyó estrategias y resignificó el nuevo marco ideológico, combinando interpretaciones de mundo. Galinier (1990) explica la combinación entre elementos católicos y la cosmovisión otomí. La estrategia de resistencia en los procesos curativos mágico-religiosos consistió en cambiar el nombre de las plantas que utilizaban con fines empíricos, pero también en rituales.⁶ Esta herencia aún es observable en comunidades indígenas de Amealco, las plantas que son nombradas en lengua propia toman un sentido distinto al ser nombradas en español, especialmente cuando se habla de procesos curativos que implican ritualidad y cosmovisión, por ejemplo: el *thó* significa “fuerza en hñãñho” y en español uno de sus nombres es “buena mujer”.

El sistema de salud, administrado durante siglos por el clero católico, construyó una visión de los procesos de salud-enfermedad-atención cercano al

⁶ Otra de las estrategias de los curanderos fue cambiar la denominación de las plantas medicinales en lengua vernácula por nombres de santos relacionados con Cristo o la Virgen; por ejemplo, hierva de Santa María o de San Juan, que tenían usos empíricos, pero también religiosos (Campos-Navarro, 2009, p. 60).

sistema biomédico. Posterior a la Independencia de México, con las disputas entre conservadores y liberales, la restauración de la República, el Porfiriato, la Revolución Mexicana y la posterior consolidación de las instituciones nacionalistas no se delimitó claramente una política en salud. Fue hasta el Congreso Indigenista que se establecieron acuerdos generales para unificar a la población indígena. El resultado del Congreso consintió en establecer las líneas de acción institucionales para la unificación de un país pluriétnico.

El Congreso, celebrado en 1940, que tuvo como sede el municipio de Pátzcuaro, Michoacán, brindó la oportunidad de discutir y establecer el camino de las políticas públicas indigenistas:

dirigidas a los pueblos originarios, aunque todavía sin la participación de los interesados. Se darían los primeros pasos para la construcción de las estrategias indigenistas en toda América Latina, con la creación de organismos e instituciones afines en Perú, Guatemala y México (Campos-Navarro, 2009, p. 61).

Posterior a la reunión de Pátzcuaro se formalizan los trabajos para la apertura del Instituto Nacional Indigenista (INI). En 1948 se logra su apertura bajo la dirección de Gonzalo Aguirre-Beltrán.⁷ Con el desarrollo de la política indigenista

⁷ Aguirre-Beltrán perteneció a la generación de antropólogos de la posrevolución preocupados por el nacionalismo y el diseño de políticas indigenistas a partir de estrategias de Estado basadas en investigaciones sociales. Como muchos antropólogos mexicanos de esa época, según Palerm, desde sus primeros escritos Aguirre-Beltrán manifestó una posición de compromiso con las ciencias sociales y los grupos que estudiaba. Nacido en Tlacotalpan, Veracruz, en 1908, estudió la carrera de médico cirujano y más tarde decidió dedicarse a la antropología. En 1945 realizó estudios de doctorado en Estados Unidos, en la Universidad Northwestern, bajo la asesoría de Melville J. Herskovits, destacado investigador de las culturas africanas en las Américas. Aguirre-Beltrán perteneció a la generación de antropólogos de la posrevolución preocupados por el nacionalismo y el diseño de políticas indigenistas a partir de estrategias de Estado basadas en investigaciones sociales. Como muchos antropólogos mexicanos de esa época, según Palerm, desde sus primeros escritos Aguirre-Beltrán manifestó una posición de compromiso con las ciencias sociales y los grupos que estudiaba. Nacido en Tlacotalpan, Veracruz, en 1908, estudió la carrera de médico cirujano y más tarde decidió dedicarse a la antropología. En 1945 realizó estudios de doctorado en Estados Unidos, en la Universidad Northwestern, bajo la asesoría de

emergen los programas de salud, que introdujeron el concepto de *interculturalidad* como le conocemos actualmente.

La visión de interculturalidad tiene su génesis en las aulas universitarias de instituciones como el Instituto Nacional Politécnico (IPN), la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH) y el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).

Campos-Navarro (2010) dice que “La formación, adiestramiento y capacitación en el terreno de la antropología médica y la salud intercultural en México es un tema íntimamente articulado con el emergencia, crecimiento y desarrollo de la disciplina antropológica en nuestro país” (p. 114). Las instituciones educativas, orientadas y apoyadas por la política indigenista, incorporan en sus planes de estudio del área médica la perspectiva antropológica, lo que permitió al sistema biomédico pensar en la pluriculturalidad de México.

El Estado posrevolucionario mexicano estableció caminos para consolidarse, impulsado por instituciones. Para los procesos de salud-enfermedad-atención el sistema educativo formaba a los profesionales y las instituciones de salud con sus programas gubernamentales, que fungían como espacios de cobijo y distribución de ideales nacionales.

Campos-Navarro (2009) señala que durante la década de 1960 se impulsa un programa dentro del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) dirigido a zonas rurales:

Dicho programa establece contacto con las parteras, y desde 1982-1983 consolida un exitoso programa de interrelación con la medicina tradicional mexicana, con cuantificación más o menos precisa de los recursos humanos y herbolarios en todos aquellos lugares donde estuvieran presentes las Unidades Médicas Rurales y Hospitales de Campo (Campos-Navarro, 2009, pp. 61-62).

Melville J. Herskovits, destacado investigador de las culturas africanas en las Américas” (Velázquez, 2014, p. 41).

Dichas Unidades Médicas Rurales y Hospitales de Campo vincularían de manera oficial el modelo médico y la MT.

Para 1970 y 1980 se implementa la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), cuya finalidad es construir estrategias de desarrollo en espacios rurales. Así es como surgió el programa IMSS-COPLAMAR:

la extensión de la cobertura llevada a cabo por el IMSS-COPLAMAR — seguramente una de las empresas más ambiciosas realizadas en América Latina durante la presente década— generó una dinámica de atención mixta en la salud y, consecuentemente, de acceso diferencial a los servicios ofrecidos por el equipo de salud y los terapeutas tradicionales (Zolla, Bosque, Tascon y Mellado, 1998, pp. 11-12).

La relación de la SSA como instancia federal encargada de administrar la salud con la MT se reafirma en 1970, extendiéndose hasta 1990, cuando el INI introduce programas experimentales como los Hospitales Mixtos en algunas regiones de Puebla y Michoacán, posteriormente en Nayarit, Durango, Campeche, Oaxaca, Chiapas, Estado de México y Querétaro. En 2013 se inaugura el Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) en el municipio de Amealco, Querétaro. Este Centro se deriva de la experiencia de los Hospitales Mixtos. El CESSA está catalogado por la SSA como un centro de atención primaria, cuenta con área de general de consulta y servicios especializados. El espacio ofrece tanto servicios biomédicos como MT.

Actualmente la SSA opera el Programa de Acción Específico 2013-2018, que busca implementar estrategias y políticas interculturales en salud como parte de los acuerdos entre la OMS y sus países miembros. El CESSA ha implementado estas políticas de interculturalidad.

3. El sistema de salud en Amealco de Bonfil

Amealco de Bonfil es uno de los 18 municipios del estado de Querétaro. El Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2015), establece que, por el número de habitantes en Amealco, ahí se concentra el 3.01% del total de población del estado. Los habitantes en Amealco son 61 259, las mujeres representan 51.9% y los hombres 48.1%.

El INEGI establece que 63.61% de la población de Amealco se considera indígena, 1.45% en parte indígena y 33.70% no se considera indígena. Otro elemento que nos permite pensar en Amealco como municipio indígena es la lengua hñãñho, pues construye identidad y establece formas de relación con el mundo. De acuerdo con el INEGI las personas mayores a tres años hablantes hñãñho representan 21.0% y los hablantes sólo de lengua indígena y no de español representan 1.67%.

Sobre la salud, la Encuesta Intercensal de INEGI (2015) identifica que la población afiliada a algún servicio de salud representa 90.08% y la no afiliada 9.54%; estas afiliaciones son al IMSS, al Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Pemex-Defensa-Marina, Seguro Popular, servicios privados y otras. El 7.7% pertenece al IMSS, 1.86% al ISSSTE, 0.16% a Pemex-Defensa-Marina, 80.68% al Seguro Popular, 1.07% a seguro privado, 0.39% a otro servicio y no afiliados 9.54%.

El Anuario estadístico y geográfico del INEGI (2016), que presenta información sobre Querétaro, revela que los principales servicios otorgados por las instituciones públicas de salud son: consultas, estudios diagnósticos, sesiones de tratamientos, egresos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas, defunciones hospitalarias, partos, abortos, pláticas de salud, dosis de biológicos aplicados y consultas de planificación.

La información presentada por el INEGI (2016) arroja que el personal médico disponible en Amealco es de 69 personas, 65 de ellas coordinadas por la

SSA y 4 por el IMSS. El personal se refiere a médicos generales, especialistas, odontólogos, residentes, pasantes y en otras labores.

Los servicios de atención a la salud en Amealco se dividen en 1) unidades médicas y 2) casas de salud. Los datos del INEGI indican que las unidades médicas son 18, divididas IMSS (1), ISSSTE (1) y SSA (16). Las casas de salud son 45 (INEGI, 2016). Estos espacios son monitoreados por SSA y atendidas por personas oriundas de las localidades (Comunicación personal, agosto de 2017), conocidas como *técnicas en salud*. Generalmente son mujeres quienes se hacen cargo de las casas de salud, donde reciben algunas capacitaciones, promueven actividades como campañas de vacunación y distribuyen en la comunidad los medicamentos que el Estado provee.

Una particularidad de los servicios de salud en Amealco es el CESSA. Dicho centro de atención primaria permite a los pacientes elegir entre servicios biomédicos y MT. El área del CESSA asignada a la MT alberga los consultorios de huesero, partera, temazcalero, curandero y farmacia verde.

El proyecto del CESSA inició en 2011, cuando la SSA realizó una investigación para localizar a terapeutas oriundos de las comunidades de Amealco, que serían evaluados y capacitados para incorporarlos al centro.

Para el proceso de selección de terapeutas tradicionales, la Dirección de Servicios de Salud (2011) de la SSA utilizó metodologías cualitativas y cuantitativas. Lo cuantitativo a través de una encuesta aplicada a terapeutas y lo cualitativo con diario de campo y observación participante. La investigación de SSA se realizó en 4 microrregiones⁸ de Amealco, en Santiago Mexquititlán, San Miguel Tlaxcaltepec, San Ildefonso Tultepec y Chinteje del Garabato:

La estrategia de trabajo de campo para realizar la identificación, la encuesta de caracterización, el trabajo de observación y subsecuentemente las demás actividades, de tal forma que por los tiempos exentes se priorizarán las localidades con más de 200 habitantes, que pertenezca a una de las

⁸ Las microrregiones están catalogadas por la Secretaría de Desarrollo Social como aquellas con mayor índice de vulnerabilidad.

cuatro microrregiones y que cuenten con un subdelegado(a) y/o auxiliar de salud (Dirección de Servicios de Salud, 2011, p. 5).

Con la investigación de la SSA se establece la incorporación de personal al área de MT dentro del CESSA. En 2013, con la apertura del Centro, se integraron 18 personas al área de MT, entre ellos médicas y médicos tradicionales, traductores y encargados de la farmacia verde.

Para 2017 continuaban trabajando nueve de las personas que entraron al Centro desde su apertura. Las razones por las cuales algunas personas dejaron de trabajar en el Centro son distintas: embarazo, fallecimiento o no renovación de contrato. Actualmente quienes atienden el área de MT son originarias de San Juan del Río, Estado de México, San Ildefonso Tultepec, Mesillas y Santiago Mexquititlán.

4. San Ildefonso Tultepec

La comunidad de San Ildefonso contaba en 2010 con una población de 3 204 habitantes. La población menor de 15 años es de 1 413 habitantes, la de 15 a 64 años es de 1 670 y la población de 65 o más años es de 119 personas. San Ildefonso se conforma por 10 barrios y el centro (Comunicación personal, febrero de 2018): El Cuicillo, El Bothé, Mesillas, La Piní, El Rincón, Tenasdá, El Tepozán, Xajay, Yosphi, El Saucito y San Ildefonso Centro.

La Ley de Derechos y Cultura de los Pueblos Indígenas del Estado de Querétaro (2011) señala que existen distintos grupos étnicos; ñañah-otomí chichimeca, teneek-huasteco, hñãñho-otomí del sur y xiói-pame. La etnia que pobló Amealco es identificada como hñãñho-otomí del sur, misma que habita la comunidad de San Ildefonso Tultepec y que ocupa el interés particular de esta investigación.

Sobre la fundación de San Ildefonso, Van de Fliert (1998) recupera la Leyenda del Águila, que narra a través de la historia oral cómo las poblaciones indígenas se asentaban en los lugares donde el águila se posaba:

El pueblo otomí, siguiendo su estela, decidió construir en el valle la primera casa de adoración y sembrar maíz en las zonas aledañas [...] cuando los indígenas comenzaron la construcción de su nuevo edificio sagrado, el águila volaba en dirección a México. Ahí reposó sobre un pantano y los aztecas siguieron su ejemplo, poblaron el Valle de México (Van de Fliert, 1998, p. 42).

San Ildefonso centro cuenta con dos capillas principales: la antigua, ubicada rumbo a Tenasdá y la nueva, en el centro de la localidad. De acuerdo con el mito de fundación, el águila primero se posó en la antigua capilla y como no podía extender las alas con libertad voló a un nuevo lugar donde edificaron la nueva iglesia (Figura 1).



Figura 1. La antigua capilla. Fuente: Acervo personal.

Prieto y Utrilla (2006) nos dicen que después de la caída de México-Tenochtitlán los ñãñho buscaron la expansión. Migraron hacia el norte y formaron ciudades como Huimilpan, San Juan del Río, Querétaro, San Juan Dehedó, San Miguel el Grande, Tolimán, Tolimanejo, Tierra Blanca y Xichú. En “La región otomí

de Amealco el asentamiento se configuró básicamente como una extensión natural del poblamiento otomí preexistente en la zona del norte del Estado de México (Jilotepec) y el sureste de Hidalgo” (Prieto y Utrilla, 2006, p. 33).

Los habitantes de San Ildefonso recuerdan llegar a Querétaro siguiendo el águila desde Hidalgo, “dicen provenir de Ixmiquilpan, Hidalgo. Se acuerdan cómo siguieron el águila y cómo al final comenzaron a edificar el pueblo” (Van de Fliert, 1998, p. 47).

Samperio (1998) recupera los testimonios de la fundación de Amealco en 1538. Con la llegada de los conquistadores la población otomí migró a distintos espacios, entre ellos Querétaro, es así como se conforma una Villa, que comprenderá los poblados de San Juan Dehedó, San José Ithó, San Miguel de Dehetí, San Bartolomé del Pino, San Miguel Tlaxcaltepec y San Ildefonso Tultepec.

El Centro de San Ildefonso

En San Ildefonso existen espacios comunes que congregan las principales actividades de los habitantes de la zona centro y los distintos barrios. La iglesia nueva, la delegación, el auditorio, el centro de capacitación, las escuelas, el comedor, la biblioteca, los espacios de salud y los comercios que ofrecen variedad de productos son los sitios más representativos para la comunidad, mismos que serán descritos en los siguientes párrafos.

Para los habitantes de San Ilde⁹ el punto de reunión más representativo es la iglesia nueva (Figura 2).¹⁰ El atrio de la iglesia resguardaba, hasta antes de 2018, el viejo cementerio,¹¹ que es testigo de las festividades religiosas más importantes para los ñãño, entre ellas, la fiesta patronal y el cambio de cargos.

9 Expresión coloquial y afectiva para referirse a San Ildefonso Tultepec.

10 “En la mayoría de las comunidades otomíes se identifica un centro (*ar dame*) del pueblo o de la comunidad, el cual casi siempre se considera el lugar de origen de todas las rancherías circundantes. Suele ser el centro político (cabecera, delegación o subdelegación), el centro religioso (donde se ubica el templo católico con mayor tamaño) y ritual (donde se realiza la fiesta principal y donde se hallan los cargos religiosos más importantes)” (Utrilla y Heiras, 2012, p. 116).



Figura 2. Iglesia nueva de San Ildefonso Tultepec. Fuente: Acervo personal.

La fiesta del santo patrono San Ildefonso Tultepec se realiza del 22 al 24 de enero. Los bautizos, las confirmaciones y las primeras comuniones colectivas son parte de los festejos religiosos. Las familias de quienes reciben el sacramento preparan como plato central mole, guajolote y tortillas de maíz. Entre las principales bebidas están el pulque y la cerveza. Además de festejar a San Ildefonso llegan otros santos del Estado de México para ser celebrados.

La fiesta contempla ritos religiosos e incorpora otros elementos: juegos mecánicos de feria, puestos ambulantes que ofrecen artículos para cocina elaborados de barro, peltre y plástico, puestos de ropa y cobijas, comida (elotes, pan, pizzas, tacos) y la quema de castillo pirotécnico. El festejo también representa intercambio económico, para quienes cuentan con algún negocio será el espacio donde ofrecen sus servicios. Los padrinos realizan un gasto significativo, visto como un regalo que vincula afectivamente a las familias.

Durante estos días las escuelas suspenden de manera extraoficial algunas actividades, debido a la relevancia de la festividad. Incluso las personas que trabajan fuera del municipio suelen pedir permiso para asistir a la fiesta.

11 En una asamblea efectuada en 2015 por los cargueros y la comunidad de San Ildefonso se decidió llevar a cabo la remodelación de la iglesia. El trabajo consistió remover el panteón, colocar loza en el atrio y remodelar las jardineras (Comunicación personal, 27 de febrero de 2018).

Además de la fiesta patronal, la iglesia nueva es testigo de la entrega de cargos que se realiza los días de Semana Santa. Las y los cargueros son autoridades indígenas cuyo servicio es voluntario y se relaciona con la organización de actividades comunitarias, principalmente festividades religiosas:

En el México colonial, fue sobre todo a partir del siglo XVII que los sistemas de cargos conocieron su más fuerte expansión, al tiempo que se revelaron con mayor claridad los mecanismos de la economía ritual. Si se juzgan a partir del sitio que hoy ocupan en la economía comunitaria y la participación social que suscitan, es muy probable que, desde los primeros tiempos de la Colonia, los rituales “no cristianos” hubieran alcanzado la amplitud con la que se les conoce actualmente. De cualquier manera, es alrededor de estos complejos rituales centrales en la veneración del fuego, de los cerros, de los ancestros, que la cohesión cultural de las “congregaciones” otomíes pudo cristalizar con tanta fuerza. Las conexiones entre linajes pudieron mantenerse, pese a los procesos de reconstrucción del hábitat impuestos por los españoles, y gracias a la extrema flexibilidad de una organización social basada hasta entonces en una regla de dispersión en la ocupación del territorio (Galinier, 1990, p. 65).

Los sistemas de cargos hacen evidente la organización que se gesta en la comunidad, y la combinación de elementos que entre la organización indígena y componentes de la Conquista. Es sencillo pensar que una visión se subordinó totalmente ante otra, sin embargo, aún en nuestros días observamos un mosaico en las prácticas culturales.

Entre febrero y abril las y los cargueros realizan reuniones en sus casas para agradecer el año de servicio y entregar al siguiente carguero. En estas reuniones quienes entregarán el cargo ofrecen una comida para los que tomarán el puesto, se les invita a cocinar y degustar garbanzos, mole, tortillas y atole.

Para la entrega de cargos los habitantes de los distintos barrios llegan a la iglesia nueva. La festividad se lleva a cabo en el marco de la Semana Santa.

Después de realizar el recorrido del Viacrucis y visitar el Cerro del Calvario en procesión, se regresa a la iglesia, donde se realiza el ritual de entrega (Figura 3).

Durante el ritual los y las cargueras se colocan en dos filas delante de la cruz que está en el centro del cementerio; la ceremonia se acompaña del sumerio y el copal, que humea hacia los cuatro puntos: las dos filas de cargueros se colocan frente a frente, quienes entregan pronuncian palabras en idioma hñähñu; posteriormente se extiende una felicitación y se procede a compartir la comida; antes de repartir los alimentos se coloca un mantel sobre el piso, “se pone la mesa” y entonces pasan los nuevos cargueros a repartir la comida, mientras toca un grupo musical en vivo.



Figura 3. Atrio de la iglesia nueva. Fuente: Acervo personal.

En las orillas de la iglesia se ubican las familias de aquellos que recibirán el cargo, preparando y calentado la comida que ofrecerán a los asistentes: mole, tortas de camarón y huevo, tortillas, frijoles y pulque.

Al cruzar la puerta de la iglesia se ubica la explanada, los días martes y domingos se convierte en espacio para el comercio itinerante. Los días de mercado se ofertan algunas hortalizas producidas en casa, verduras, frutas, comida, pan, queso, artículos de plástico para el hogar, postres, frituras y manojos de plantas para uso medicinal, como manzanilla o epazote. Los productores

proviene de los distintos barrios de San Ildefonso, del centro de Amealco y algunos otros de Aculco. De acuerdo con datos proporcionados por el delegado de San Ildefonso, los días de mercado los productores entregan una cooperación voluntaria destinada para actividades comunitarias acordadas entre las y los cargueros (Comunicación personal, 2018).

La explanada alberga el quiosco, la función de esta estructura toma relevancia para las personas ajenas a la comunidad, como investigadores, agentes de gobierno e integrantes de organizaciones civiles. El lugar es el punto de encuentro para recibir capacitaciones de organizaciones civiles, apoyos y reuniones de programas gubernamentales,¹² y se establecen los primeros contactos con personas externas a la comunidad. Reunirse en el quiosco, sitio público, permite entender el tipo de relación y contacto que se tiene con los externos a la comunidad, relaciones que se interpretan como pasajeras.

La delegación de San Ildefonso se compone de tres oficinas, patio y baño. Las oficinas están ocupadas por la Fiscalía de Asuntos Indígenas, el Registro Civil y la oficina del delegado, adjunto a la delegación donde se ubica la comandancia. Este espacio es el punto común para realizar actividades que vinculan a los habitantes con instituciones gubernamentales: recibir apoyos de programa, registro de nacimientos y defunción de habitantes, actas de matrimonio, pago de recibos y demandas legales.¹³

El delegado de San Ildefonso nos comparte que pertenece a la comunidad y que uno de los requisitos indispensables para ocupar el cargo es ser hablante de náhuatl: “Así las personas se sienten más cómodas, porque les puedes entender de cualquier manera” (Comunicación personal, 27 de febrero de 2018). Este

12 Durante el recorrido en campo llegaron agentes del municipio, reunieron a 18 mujeres para la conformación de grupo que desarrollaría un proyecto productivo. La reunión duró poco más de una hora, en ella se eligieron representantes para entregar máquinas de costura. Observar esta actividad da cuenta de la manera en la que instituciones gubernamentales y habitantes de San Ildefonso se relacionan. La organización propuesta por estas instancias consiste en asignar, con autorización y consenso, sin discusión, los cargos de representatividad del grupo (Diario de campo, 21 de junio de 2017).

13 La fiscalía atiende principalmente asuntos de robo y problema de tratos entre familiares. Quien se encarga de prestar servicios permanece dos días en San Ildefonso y los demás en Santiago Mexquititlán.

puesto se adquiere por votación y se renueva cada tres años; cada barrio cuenta con un subdelegado. El papel de coordinación en la delegación está representado por varones, mientras que las mujeres cumplen con la función de secretarías, sin embargo, quienes visitan este espacio para atender sus demandas son principalmente mujeres acompañadas por niños y niñas.

El auditorio es el espacio que alberga las reuniones con mayor número de participantes, por ejemplo, la entrega de apoyos y firmas de programas federales como Oportunidades, así como para realizar ceremonias oficiales. En relación con temas de salud, este espacio se utiliza para campañas, por ejemplo, las de vacunación dirigidas a habitantes que no están afiliados al Seguro Popular: “Como tres veces por año vienen del DIF o del gobierno del estado y atienden a los que no están afiliados” (Comunicación personal, 27 de febrero de 2018). Para esta actividad la Delegación ofrece el auditorio y se encarga de la promoción.

El centro de capacitación actualmente brinda formación de programas sociales derivados del Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y del Instituto Nacional para la Educación de Adultos (INEA). Este espacio funciona gracias al trabajo de promotores comunitarios. Treinta años atrás este centro de capacitación tenía la función de albergue y estaba administrado por una compañía

de religiosas, cuyo objetivo fue brindar educación básica a los niños de San Ildefonso. Los infantes que vivían retirados del centro, en situaciones familiares complejas o bajo condiciones económicas más precarias, se quedaban de lunes a viernes en el albergue al cuidado de las religiosas.

Las instituciones educativas comprenden preescolar, primaria, secundaria, nivel medio superior y superior. De acuerdo con el INEGI la media de educación para San Ildefonso es quinto año de primaria. En preescolar indígena público la escuela Ya Nfadi ¹⁴ imparte clases en horario matutino; en primaria indígena la escuela Escuadrón 201 en el turno matutino y la Ricardo Pozas Arciniega ¹⁵ en el vespertino; la secundaria técnica¹⁶ Rafael Ramírez en el turno matutino; en

14 En 2011 aparece por primera vez en un plan de estudios la atención a la diversidad a partir de marcos y parámetros curriculares de la educación indígena, documentos normativos que plantean los enfoques, las didácticas y las metodologías para trabajar con niñas y niños de manera pertinente cultural y lingüística. El *Marco Curricular de la Educación Preescolar Indígena y de la población migrante* es un referente necesario en el aula para reconocer, orientar y apuntalar la labor que se realiza tanto en el ámbito de la educación nacional general, como en aquellas escuelas en donde convergen diversidad de lenguas y culturas, como el caso específico de la educación que requieren los grupos originarios y migrantes. (SEP, 2010, p. 9).

15 Ricardo Pozas Arciniega fue un destacado investigador mexicano, con formación en ciencias sociales, áreas de antropología y sociología. Investigador oriundo de Amealco, que se interesó en trabajar con el sector indígena, “las numerosas generaciones de profesionales de las ciencias sociales a cuya formación profesional contribuyeron sus obras, una aportación valiosa para los investigadores de la cuestión indígena, y, principalmente, su ejemplo al dedicar toda su capacidad, esfuerzo y trabajo a la comprensión de las características de la población indígena, así como el de haber asumido siempre el compromiso de dar a conocer esa realidad social” (Federico, 1996, p. 193).

16 A partir de la Segunda Guerra Mundial, se adoptó en México la política de “Industrialización para la Sustitución de Importaciones” (ISI) como una estrategia prevaleciente en toda la economía para lograr la autosuficiencia industrial. Esta política produjo una mayor oferta para la mano de obra calificada y gracias a ella se destinó un mayor presupuesto al sector educativo. En el mismo sentido, la demanda de técnicos de diferentes niveles originada por la política de ISI dio origen a la difusión y expansión de la enseñanza técnica en todo el país. En 1958, el presidente Adolfo López Mateos, al crear la Subsecretaría de Enseñanza Técnica y Superior, hace evidente la importancia que ya había alcanzado la educación técnica en el país. Un año más tarde, la Dirección General de Enseñanzas Especiales y los Institutos Tecnológicos Regionales, que se separaron del IPN, conforman la Dirección General de Enseñanzas Tecnológicas Industriales y Comerciales (DGETIC). En este mismo año, se estableció en los planteles de la citada Dirección General, el ciclo de enseñanza secundaria con actividades tecnológicas llamado “Secundaria Técnica” ([DGETI](#), 2018).

educación media superior Colegio de Bachilleres #17 San Idelfonso y el video bachillerato San Idelfonso Tultepec; en el nivel superior, el Instituto Intercultural Nõño imparte la licenciatura Emprendimientos de Económicas Solidarias, como escuela privada.

El comedor comunitario es una construcción a manera de bodega, con cuatro paredes de concreto y techo laminado. Es un espacio abierto a cualquiera, habitantes de San Idelfonso y personas que van de paso. El menú tiene un costo de 12 pesos e incluye frijoles, arroz, guiso del día (con proteína), tortillas y agua de fruta. El comedor es un programa de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), como parte del Sistema Nacional de la Cruzada contra el Hambre. Quienes cocinan y administran el lugar son habitantes de las comunidades de Amealco.

Sobre la carreta principal existen variedad de comercios que ofrecen distintos productos y servicios: materiales de construcción (como banco de tepetate, venta de sillar), carpintería, vidrierías y ferreterías. Algunos comercios ofrecen pulque y productos locales, como artesanía en barro, bordados en cintilla, servilletas. También hay locales de comida (taquerías, torterías, barbacoa, carnitas, pollerías y tortillerías), servicios como cibercafé, papelerías, baños públicos, taller mecánico, gasolinera, zapatería, ropa, vulcanizadoras, renta de sillas y mesas, farmacias y tiendas de abarrotes que distribuyen frutas, verduras y productos procesados.

Además de los comercios con locales, sobre la avenida se colocan negocios que ofertan artículos para el hogar, como trastes y cestos de basura, además de plantas y árboles frutales. La venta de estos artículos se da principalmente durante los horarios de entrada y salida de las escuelas, cuando además se ofrecen productos de manera itinerante: frituras, helados, pan y elotes.

Sobre la oferta en servicios de salud, San Idelfonso cuenta con dos farmacias. En la primera farmacia de la comunidad, la más cerca a la iglesia, se puede leer un letrero que dice “Venta de productos naturales”; sin embargo, los medicamentos que ofrecen son de patente, debido al poco interés en comprar preparados naturales. La segunda farmacia del centro cuenta también con

productos de patente. Adjunto a dicha farmacia hay un taller de artesanías, visitado por escuelas de distintos municipios de Querétaro para observar el proceso de elaboración de muñecas hñähñu y venta de bordados en blusas, carteras, cojines y caminos de mesa (Figura 4).



Figura 4. Taller de muñecas. Fuente: Acervo personal.

Para tener acceso a servicios del sistema biomédico, los habitantes pueden atenderse en el sector privado o público. En el sector privado se puede acudir con el único médico en San Ildefonso centro o visitar en Amealco la cadena comercial de Farmacias Similares que ofertan consultas. Para el servicio público es necesario visitar el centro de salud ubicado en el centro de San Ilde o llegar a la cabecera municipal donde se encuentra el CESSA.

Los centros de salud públicos están representados en dos modalidades: 1) el espacio de capacitación, monitoreo y prevención y 2) el centro de atención.

El espacio de capacitación se encuentra en el centro de San Ildefonso, sobre la carretera principal; actualmente el lugar recibe habitantes de distintos barrios afiliados al programa Prospera. En este lugar se reciben pláticas de prevención sobre enfermedades crónico-degenerativas, cuidados durante el embarazo, atención a adultos mayores y campañas de vacunación. La asistencia se otorga principalmente para los habitantes de las comunidades de Yospí y El

Rincón, se les da prioridad por considerarse las más alejadas de la zona centro. Además de las charlas, se realizan revisiones mensuales de rutina para todos los integrantes de la familia afiliados al programa; dicho monitoreo determina el nivel nutricional de las familias. Las campañas generales de vacunación de febrero, mayo y octubre se realizan en este espacio (Figura 5).



Figura 5. Centro de capacitación, monitoreo y prevención. Fuente: Acervo personal.

El Centro de Salud se ubica rumbo al barrio de Mesillas, su función es otorgar consultas médicas a toda la población de San Ildefonso. Anteriormente el Centro de Capacitación, Monitoreo y Prevención ocupaba el puesto de Centro de Salud, sin embargo, el incremento de la población trajo la necesidad de ampliar el espacio y contar con mayor número de personal biomédico para cumplir con los estándares evaluación, así es que el nuevo centro se inauguró en 2007 (Figura 6).



Figura 6. Centro de Salud. Fuente: Acervo personal.

Los médicos encargados del Centro de Salud son cuatro: dos son practicantes y dos médicos asignado por la SSA. Las enfermedades que se atienden con mayor frecuencia son las crónicas-degenerativas, infecciones en vías respiratorias, hipertensión, sobrepeso, infecciones estomacales, control de embarazos y heridas expuestas (Comunicación personal, 28 de febrero de 2018). Los habitantes a los que se brinda atención pertenecen a las comunidades de El Rincón, Cuisillo, Tesquedó, Yospí, San Ildefonso, San Pablo, El Bothé y Mesillas.

La formación académica de algunos médicos al frente del Centro de Salud no contempla asignaturas sobre interculturalidad, ni algún tópico que les forme para trabajar en contextos pluriculturales: “Para mí ha sido difícil adaptarme a una nueva cultura, otra forma de vida, adaptarme a un espacio donde no hay nada, pues en Querétaro tienes todo a la mano. Sobre su lengua no me ha tocado nadie que no hable español, y los que no hablan vienen con alguien que puede traducirlos, a veces un familiar adulto o algún niño” (Comunicación personal, 28 de febrero de 2018).

Aun cuando el Centro de Salud únicamente brinda atención biomédica, los aspectos culturales de la zona se destacan, por ejemplo, los medicamentos que ofrece se combinan con tratamientos alternativos a base de plantas, que no son necesariamente originarias de la región, pero que se utilizan por sugerencia de los propios habitantes de su comunidad. Los pacientes del Centro de Salud se acercan a los médicos para saber si el tratamiento herbolario no reduce la

efectividad del tratamiento biomédico y validar así su eficacia, sin embargo, al no existir sensibilización por parte del personal médico las prácticas comunitarias de salud quedan totalmente subordinadas.

La relación que guarda el Centro de Salud con el CESSA es de referencia, es decir, los casos que no puede atender el Centro de Salud se canalizan al CESSA, por ejemplo, pediatría, ginecología y cirugía.

Hasta aquí hemos podido describir algunas de las distintas escalas en las que San Ildefonso se contextualiza. En términos empíricos, vemos cómo se construye la conformación de un paisaje cultural en donde el tema relacionado con la MT se mantiene de manera marginal en la esfera de lo público, puesto que no se cuenta con espacios que lo muestren, sin embargo, vemos que, en los espacios privados, dentro de la escala doméstica, la MT es parte de la vida cotidiana y se reconoce en términos positivos por la mayoría de los habitantes de la comunidad. Incluso, en las viviendas visitadas se pudieron observar espacios habilitados para el manejo de plantas asociadas con prácticas medicinales.

Lo anterior es interpretado como el resguardo de la MT entre los habitantes oriundos de la comunidad, así es como estos saberes de salud continúa siendo un recurso de sanación en San Ildefonso. Además de las viviendas se pueden encontrar espacios destinados a las plantas medicinales en algunos sitios educativos, como el Instituto Intercultural Ñoño (IIÑ), que como parte de las actividades escolares recolectaron, con la guía de madres y abuelas (Comunicación personal, 29 de julio de 2017), plantas medicinales, para tener una farmacia viva, procesar las plantas que les permitan elaborar tinturas, jabones o pomadas y así poner en práctica los cursos sobre MT que ha ofrecido el IIÑ. Este caso es relevante, pues permite observar el papel de las instituciones educativas y la inquietud de algunos jóvenes en preservar este conocimiento.

El trabajo de campo dio cuenta del interés por parte de algunos grupos organizados de mujeres, jóvenes e integrantes de organizaciones políticas locales, en preservar y compartir saberes sobre la MT.

CAPÍTULO II. DISCUTIENDO EL CONCEPTO DE MEDICINA TRADICIONAL

Este capítulo nos acerca conceptualmente a las categorías *medicina tradicional (MT)*, *procesos de salud-enfermedad-atención y organización comunitaria*. Contempla la relación entre dichas categorías, abordando los conceptos de *medicina tradicional, interculturalidad y prácticas comunitarias*. La interculturalidad en el marco de la

Contiene los siguientes apartados: 1) La MT como categoría de análisis, 2) La interculturalidad en el marco de la MT y 3) Prácticas comunitarias.

1. La MT como categoría de análisis

El apartado recupera la construcción e interpretación de la MT desde las ciencias sociales, específicamente de la antropología, así como su incorporación a las instituciones y programas nacionales de salud.

El concepto de MT, al menos como se construye desde las ciencias sociales, tiene antecedentes durante la Conquista. Durante el mal llamado descubrimiento del Continente Americano las prácticas de sanación y ritualidad guardaron primordial interés para los primeros observadores extranjeros, considerando que estas primeras observaciones describen las distintas manifestaciones y formas culturales que guardan una relación estrecha con las formas más clásicas de hacer antropología, los estudios que hacen referencia a la MT son vastos.

Las observaciones etnográficas situadas en Mesoamérica inician con la descripción detallada de prácticas culturales a través narrativas escritas por misioneros. Aguirre-Beltrán (1986) nos cuenta que los misioneros religiosos dedicaban gran parte de su tiempo a mirar las prácticas mágicas indígenas:

El acopio de materiales sobre religión nativa al que dedican gran parte de su tiempo libre los frailes inquisidores les conducen de la mano al conocimiento de los conceptos que modula la teoría y la práctica de la

medicina indígena tan inextricablemente ligada a las creencias y ceremonias mágicas (Aguirre-Beltrán, 1986, p. 11).

Las narrativas escritas por los frailes recuperan la ritualidad y el misticismo que acompañan a la MT. En las prácticas mágico-religiosas puede mirarse de manera más cercana la cosmovisión de la cultura indígena, diferenciada de la construcción epistemológica eurocéntrica.

Luis Villoro (1950) recupera las historias de Hernán Cortés, fray Bernardino de Sahagún, Francisco Javier Clavijero, fray Servando Teresa de Mier y Manuel Orozco Berra con la finalidad de analizar los grandes momentos de indigenismo en México. El primer momento identificado es la negación y el rechazo de lo indígena, el segundo evoca un alejamiento, se mira como “algo” histórico diferente de esta realidad y el tercer momento es la purificación, cuando se valora de manera positiva aquello que se rechazó y se acepta siempre y cuando esté purificado.

Para la investigación es importante identificar el indigenismo en México, pues la construcción de instituciones nacionalistas y la vinculación con los programas y políticas moldean el significado de la MT. La pregunta sugerida a través de la reflexión de Villoro es ¿cómo se relacionan momentos del indigenismo en México con la construcción del concepto de MT?

El primer momento nos hace pensar en las prácticas de salud entendidas como algo salvaje, curioso y mágico-religioso; el segundo momento correspondería a querer reconocer estos conocimientos como históricos, un paso necesario como parte de un proceso evolutivo; el tercer momento habla sobre la purificación, cuando existe el reconocimiento de la MT como saberes ancestrales que provienen de las comunidades indígenas y que por seguridad y protección es preciso que sean regulados y controlados por las instituciones de salud pública. El momento de la purificación da cuenta de cómo se construye la política indigenista.

Existe reconocimiento histórico que mira lo indígena como el pasado y el presente: el pasado que constituye, pero no determina, como aquello que necesita ser regulado, que se reconoce, pero se entiende como algo ajeno. A partir de esta

visión, investigaciones académicas, instituciones educativas y políticas de salud construyen la categoría *medicina tradicional, saberes ancestrales y prácticas de sanación*.

Es a partir de 1920 que en México se comienza a construir fundamentación teórica sobre la MT. En 1926 llega a México Robert Redfield, quien realiza un estudio de caso en Tepoztlán, Morelos, poblado nahua cercano a Cuernavaca, discutiendo los conceptos de medicina y magia “Redfiel produce un artículo intitulado ‘Plantas curativas de Tepoztlán: un herbario folk mexicano’, primera de sus aportaciones científicas a la antropología médica” (Aguirre-Beltrán, 1986, p. 27). Recupera la medicina folk, entendiendo lo folk como las transformaciones sociales y organizativas de ciertos grupos que van de lo urbano a lo moderno. “La sociedad urbana representa todo lo que la sociedad folk niega; su influencia es deteriorante para esta, el contacto urbano rompe con el aislamiento de lo aldeano y pone en marcha el proceso de cambio” (Aguirre-Beltrán, 1986, p. 28).

Aguirre-Beltrán (1986) señala a partir del 2º Congreso de Higiene Rural efectuado en 1938 se plantea la necesidad de generar médicos que se ocuparan de mejorar las condiciones de salud en el contexto rural. “El presidente Cárdenas, al conocer la recomendación, la apoya y ordena la fundación de la Escuela Superior de Medicina Rural, como parte del IPN, con la encomienda de producir médicos para el servicio social” (Aguirre-Beltrán, 1986, p. 41). La construcción del concepto de MT a nivel nacional se desarrolla a partir de los estudios antropológicos y la incursión de médicos capacitados con enfoque rural. Campos-Navarro (2010) realiza un análisis sobre la enseñanza de la antropología médica y salud intercultural en México y plantea cómo la antropología médica se va sustentando y estableciendo a partir de los procesos políticos.

Con el surgimiento del Instituto Nacional Indigenista (INI) en 1948, se da continuidad al proyecto de homogenización y consolidación nacional:

El INI asumía oficialmente una política de investigación y acción, que tenía como meta la aculturación de la población indígena; adoptaba así, un concepto clave de la antropología estadounidense de la época, que las

obras de Redfield y otros estudiosos mexicanistas habían ayudado a acuñar (De la Peña, 2008, p. 11).

Es así como la antropología médica se desarrolla y da continuidad a sus investigaciones en contextos indígenas. Con la política indigenista cobijada por una institución y la figura de Manuel Gamio abanderándola se “representó el primer intento nacionalista por establecer una política pública de incorporación de los pueblos indígenas a la modernidad. Sería el inicio informal del llamado indigenismo como un instrumento del Estado para la integración de los indígenas a la vida nacional” (Campos-Navarro, 2010, p. 115) y busca incorporar a los pueblos indígenas a la modernidad nacionalista a través de la homogenización en educación y la atención biomédica. En Carapan, Michoacán (1932-1933) aparecen los esfuerzos educativos vasconcelianos del maestro Moisés Sáenz, quien propone una antropología social aplicados a la política indigenista de incorporación del indio a la vida nacional. Y tal asimilación cultural se lograría, entre otros programas, mediante la introducción de la educación generalizada y la atención biomédica en pueblos purépechas (Campos-Navarro, 2010, p. 115).

Entre la década de 1940 y 1950 toma fuerza la figura de Aguirre-Beltrán, médico, antropólogo, investigador, funcionario y catedrático. Él mantiene visión indigenista y la incorpora a los espacios de enseñanza y gestión que dirige. Como discípulo de M. Herskovits y de M. Gamio, sería el intelectual indigenista más reconocido de la corriente culturalista o relativismo cultural en México, publicaría libros ya clásicos de la antropología médica como: *Los programas de salud en la situación intercultural* (1955), *Magia y medicina. El proceso de aculturación en la estructura colonial* (1963) y *Antropología Médica. Sus desarrollos teóricos en México* (1986). Como funcionario fue director del primer Centro Coordinador Tzeltal-Tzotzil del INI en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, director del Instituto Indigenista Interamericano, rector de la Universidad Veracruzana. Fue pionero de la enseñanza de la antropología médica del IPN y de la Escuela de Salud Pública (Campos-Navarro, 2010, p. 116).

En 1960, frente al contexto mundial y nacional que cuestiona los paradigmas universalizantes, surge una fuerte crítica al indigenismo y a sus políticas públicas de supuesto desarrollo “surge en la ENAH la corriente crítica al indigenismo oficial, sobre todo el que representa Aguirre-Beltrán, y a los programas de Antropología Aplicada generados por la corriente culturalista norteamericana” (Campos-Navarro, 2010, p. 116). Durante este periodo y hasta 1980 los trabajos académicos toman como eje central la recuperación del significado de la MT, la herbolaria, la sanación, la ritualidad y el misticismo.

Los estudios de antropología médica resurgen durante 1980, cuando la ENAH impulsa estudios de antropología médica desde una visión crítica. Campos-Navarro (2010) señala que en 1990 el espectro de la antropología médica se vuelve más amplio, las investigaciones se extienden a contextos urbanos y analizan enfermedades contemporáneas.

Con el giro en la antropología médica se posicionan otros investigadores que se convertirán en referentes, como Carlos Zolla y Eduardo Menéndez. Carlos Zolla, profesor de la UNAM, enfoca sus investigaciones a los espacios rurales y nos dice sobre la MT:

Al intentar asociar la medicina tradicional a la noción de recurso para la salud se perciben dos perspectivas diferenciadas, aunque complementarias: Una de ellas permite vislumbrar la composición de un cuadro más realista de la situación sanitaria en México; la otra señala el riesgo de reducir la medicina tradicional a lo que estrechamente se entiende por un recurso. Las prácticas, conceptos y creencias de la medicina tradicional son más que un recurso para la salud; pero simultáneamente incluyen apoyaduras específicas para la prevención y el combate de diversos padecimientos. Entre estos dos polos se sitúa, a nuestro parecer, el estudio de la medicina tradicional desde el punto de vista desde la epidemiología, la salud pública y sus correlatos de estadística médica (Lozoya y Zolla, 1983, p. 16).

Zolla cuestiona la postura de sistema médico al pretender que la MT se reduzca a un conocimiento complementario. La figura de Eduardo L. Menéndez¹⁷ cuestiona el análisis reduccionista de las dicotomías, analiza los procesos de salud-enfermedad-atención y sobre la MT se posiciona contra los esencialismos y la define como:

La medicina tradicional, en manos de un grupo determinado de gentes no debe ser analizada en sí misma, si no como un sistema cultural, del cual un grupo utiliza representaciones y prácticas producto no sólo de la “medicina” si no de un conjunto de saberes que redefinen continuamente el sentido significado y uso de la “medicina tradicional (Menéndez, 1994, p. 74).

La crítica de Menéndez va en dos sentidos; el primero, por la rotunda separación que se establece entre la medicina popular o tradicional y la biomédica, pues ambos comparten características sobre la forma de pensar e intervenir en los procesos de salud-enfermedad e institucionalizan el conocimiento. El segundo es sobre la forma en de estudiar lo *tradicional*, pues tiende a ideologizar, ignorando la existencia de un sistema relacional.

En el marco de la historia de la institucionalización de la MT, Campos-Navarro (2010) recupera que durante el año 2000 se establecieron acuerdos internacionales que buscaban unificar y regular la salud. Como parte de esta unificación se impartió un diplomado en Bolivia, cuyo objetivo fue otorgar herramientas sociales y cualitativas para construir proyectos de investigación-acción que incorpora temas como investigación-acción-participativa, salud intercultural, MT, pensamiento mágico-simbólico, servicios de salud multicultural e intercultural, plantas regionales, relación médica-paciente, epidemiología, programas de educación en salud y nutrición intercultural.

El diplomado se replicó en México en 2003 y 2004 con ayuda de organismos gubernamentales y organizaciones no gubernamentales (ONG). “Se

¹⁷ “Si bien E. Menéndez estaba como investigador en el CIESAS, en el posgrado de la ENAH descarga sus habilidades docentes en la formación de antropólogos médicos” (Campos-Navarro, 2010, p. 116).

crea en el año 2001 la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural en la estructura de la Secretaría (o ministerio) de Salud y en los años 2003 y 2004” (Campos-Navarro, 2010, p. 119). La capacitación internacional incide de manera directa en el proceso de formación de las y los médicos asignados a la atención pública. Para el caso de las ONG a través de la educación popular se van instaurando la visión de los procesos de salud-enfermedad-atención en las comunidades rurales indígenas.

De esta forma se incorpora al terreno de la salud la visión de interculturalidad. Para el caso de San Ildefonso Tultepec se hace evidente el contacto con estas políticas públicas nacionales y el trabajo de base de las ONG en la formación de las y los líderes interesados en los temas de salud, el contacto con los discursos y las prácticas de salud intercultural se refleja en la combinación de las formas de atención a la salud.

Entre las distintas definiciones de MT encontramos puntos de coincidencia que hace referencia al conjunto de conocimientos en busca de sanación provenientes de los pueblos originarios. La SSA la define como: “la concreción de un cúmulo de saberes en torno a la salud y enfermedad que los pueblos indígenas de nuestro país han acopiado y organizado a lo largo de milenios” (Almaguer, Vargas y García, 2014, p. 135). La definición de SSA se presenta en una investigación que realiza sobre salud intercultural, avalada por instituciones de educación pública como la UNAM, el Consejo Nacional para la Cultura y la Artes (CONACULTA), el CIESAS, la Secretaría de Educación Pública (SEP) y el IPN. En dicha publicación se recupera el trabajo de académicos y especialistas en temas de salud intercultural.

A partir de estos puntos de coincidencia, la investigación construye la categoría de MT reflexionando en torno a los siguientes aspectos: conocimientos inamovibles indígenas y persistencia de las prácticas curativas de salud.

Si bien la MT es identificada como un conjunto de conocimientos indígenas, el conocimiento se va modificando a través del intercambio entre culturas. Desde los tiempos de la Conquista la interacción entre las distintas prácticas y formas de interpretar el mundo se fueron mezclando. El conocimiento se modifica a partir de

intercambios entre distintas culturas, como señala Rojas (2009): “la medicina tradicional es producto de una sociedad en particular. En cada momento histórico se establece un tipo de sociedad, y se crea con ella un sistema médico-tradicional específico” (p. 20). Es así que el acopio y la organización de estos saberes ancestrales se va transformando, las prácticas curativas y el conocimiento no son estáticos.

A pesar de modificación en el uso y las formas de acercarse a los conocimientos sobre MT, existe continuidad en estas prácticas de sanación. “La MT se caracteriza, sobre todo culturalmente, al poner en manifiesto un marco cultural específico que activa los códigos de la comunidad, en este caso, los relativos al conocimiento y creencias etnomédicas compartidos por el curandero y el enfermo” (Pérez, 2010, p. 28). Debido a la carga cultural, la continuidad de estas prácticas son relevantes en la construcción de la identidad asumida en el espacio local y persisten debido a la significación.

Cuando hablamos de lo tradicional es común comprenderlo de manera inamovible, pero con esta visión se corre el riesgo de idealizarla y la imposibilidad de mirar a la MT desde una perspectiva crítica, que identifique las relaciones de poder existentes entre los sistemas de salud pública, y las y los médicos tradicionales de las comunidades. Desde la mirada de esta investigación, la MT está atravesada por elementos étnicos, históricos y *tradicionales* no esencialistas. Vista de esta manera la categoría de MT nos permite mirar con profundidad los procesos de salud-enfermedad-atención en la organización comunitaria y los sistemas biomédicos, además de recuperar el sentido el sentido y el significado de la MT en la comunidad y su posición y construcción desde las instituciones de salud pública y sus políticas interculturalidad.

2. La interculturalidad en el marco de la MT

Estas son algunas preguntas que guían el presente apartado: ¿Cómo se construye el concepto de interculturalidad para las ciencias sociales? ¿Qué relación existe entre la interculturalidad y la MT? ¿Qué es la interculturalidad en salud?

Construcción de la interculturalidad

El análisis sobre interculturalidad en ciencias sociales se centra principalmente en dos posturas: 1) el reconocimiento de la diversidad cultural que busca dialogar y 2) la que reconoce la diversidad asumiendo las asimetrías que existen entre culturas. La primera concepción se acerca al discurso de tolerancia, mientras que la segunda se ocupa de la deuda histórica y propone la transformación social para desdibujar las asimetrías entre culturas.

La discusión sobre interculturalidad no es exclusiva de América Latina, pues Europa y Estados Unidos también reflexionan sobre esta categoría para lograr incorporar y entender la relación y la convivencia entre distintas culturas. El análisis de los países occidentales se acerca a la visión de multiculturalidad, que busca el diálogo y el reconocimiento, pero no modifica la estructura, a diferencia de América Latina, que sostiene la discusión de interculturalidad desde la transformación y hace evidentes las asimetrías debido a los procesos de colonización que involucraron la supremacía de un grupo frente a otro, provocando relaciones asimétricas.

Catherine Walsh (2004) propone la interculturalidad crítica y genera tres categorías de interculturalidad: relacional, funcional y crítica. La relacional parte del intercambio de culturas que tienden a idealizar y a ocultar relaciones de poder. La funcional reconoce la diversidad y las diferencias culturales, con la apertura de establecer un diálogo entre los actores implicados, sin embargo, no indaga en las causas de la desigualdad y busca controlar el conflicto étnico “incluyendo” a los excluidos. Finalmente está la interculturalidad crítica, que analiza a las instituciones, quienes mantienen una mirada colonial que sustenta y reproduce el racismo; esta visión demanda visibilizar la exclusión de los grupos subalternos y propone el reconocimiento de formas no occidentales de construir el conocimiento.

Con el análisis de la interculturalidad crítica se pretende construir alternativas frente a la globalización, entre indígenas y no indígenas, generando espacios que contengan la voz de todos los implicados. Walsh señala que la interculturalidad crítica aún no se ha terminado de construir como categoría

analítica, pues cada ejercicio de incorporar esta visión a nuevos contextos va produciendo nuevos aprendizajes que nos plantean otras posibilidades y nuevos retos en la aplicabilidad del concepto.

Las discusiones sobre interculturalidad han tomado distintos rumbos, para el caso de América Latina se discute lo siguiente:

En cambio, Juan C. Godenzzi (2005), Luis Arturo López (2001) y Tubino (2005), todos ellos especialistas en interculturalidad, insisten en destacar el origen latinoamericano del concepto. Godenzzi (2005), por ejemplo, analiza las diferencias entre el multiculturalismo y la interculturalidad, y considera que desde la perspectiva latinoamericana la propuesta intercultural no se limita a luchar por el reconocimiento y la reivindicación de las diferencias, ni por establecer medidas que contribuyan a facilitar cierta asimilación de los pueblos indígenas, o comunidades afroamericanas (como lo hace multiculturalismo, en diversos grados y formas según el país), sino que apunta a cambiar las condiciones y las modalidades en las que se dan las relaciones e intercambios sociales; es decir, se encaminan a refundar las naciones (Pérez, 2009, p. 269).

Para América Latina pensar desde la interculturalidad sugiere redundar el Estado, así como cambiar las estructuras y las formas de relación entre los distintos grupos culturales que habitamos un mismo territorio. Campos-Navarro (2009) señala que el concepto de *interculturalidad* en México tiene su antecedente en el término *aculturación* que Gonzalo Aguirre-Beltrán definió como el contacto entre diferentes culturas y que actualmente se inscribe en el análisis de la multicultural.

En el marco multicultural, la interculturalidad se refiere al contacto, respeto, reconocimiento y convivencia entre culturas diferentes, desde la ética. Sin embargo, el proceso de interculturalidad transforma las estructuras. “El rediseño de políticas internas del país basado en reorganizaciones culturales [...] aceptar la existencia de grupos culturalmente diferenciados y con derecho a ejercer la singularidad histórica y social configurada en relación con el ámbito residencial”

(Bartolomé, 1997, p. 33). El Estado refundado no sólo “purifica” y reconoce los conocimientos ancestrales, también modifica las estructuras para dar cabida a las distintas formas culturales y procesos de autonomía.

La categoría de interculturalidad ha sido muy socorrida en contextos donde existe pluralidad de culturas. México es un país con pluralidad étnica. Cuando discutimos la construcción del concepto de MT, la mirada de la interculturalidad es fundamental para analizar la deuda histórica que se tiene con la construcción epistemológica indígena:¹⁸ “la interculturalidad, y el diálogo entre sistemas de conocimiento, es un campo de debate y construcción, desde el cual se cuestiona la racionalidad que se promueve como universal desde las ciencias de occidente, y se lucha por propuestas pluralistas para la generación y aplicación de conocimientos” (Pérez y Argueta, 2001, p. 41) y provocar diálogos críticos y horizontales.

Pérez y Argueta (2001) reflexionan sobre los saberes indígenas y el diálogo intercultural y abordan la construcción del conocimiento científico frente al conocimiento tradicional. Señalan que la interculturalidad puede ser el punto de encuentro entre estas formas epistémicas y nos dice que:

Para la construcción de un proyecto intercultural, no folclorizado, no expropiatorio y no demagógico, es importante el reconocimiento de los sistemas de saberes indígenas con un estatuto epistemológico, capaz de interactuar de forma horizontal con las ciencias llamadas occidentales, en el marco de la convergencia y el acuerdo entre diversos actores; y en ello juegan un papel estratégico las alianzas entre indígenas, científicos y políticos, y el avance conjunto sobre espacios diversos, tanto en ámbitos locales, regionales y no dejar de insistir en espacios internacionales (Pérez y Argueta, 2001, p. 49).

¹⁸ “Reconocer, respetar y promover el potencial creativo de las sociedades nativas será un paso fundamental y necesario para la configuración de sistemas que articulación interétnica cuya simetría los oriente a ser igualitarios” (Bartolomé, 1997, p. 34).

La verdadera interculturalidad no podrá ser un elemento discursivo, su ejercicio establece el compromiso de poner a dialogar el conocimiento sin asimetrías, fortalecer redes y construir espacios que sostengan las relaciones que surjan de este diálogo.

Esta perspectiva es cercana a nuestra investigación, pues se establece un intercambio entre las prácticas de salud en la comunidad y los procesos de atención en el sistema de salud pública. Otro aspecto relevante para contemplar el sentido de interculturalidad latinoamericana es la construcción de lineamientos de salud pertinente a la población hñãñho que coloque en el mismo nivel el conocimiento indígena y el científico, plateada como un objetivo de la investigación.

En el plano social de nuestro país podemos apuntar que los estudios vinculados con la interculturalidad tienen como foco de atención a los pueblos indígenas y sus relaciones interétnicas con los colectivos no indígenas. Las ideas vinculadas con la interculturalidad nos permiten observar la construcción dinámica de lo indio, lo mexicano y lo mestizo. A lo largo de distintas épocas del Estado-Nación se observan los momentos por los cuales ha transitado lo indígena y lo no indígena en los distintos ámbitos: la educación, el trabajo y la salud.

Entonces, la interculturalidad es una categoría teórica que nos sirve de herramienta para hacer evidentes las relaciones de poder y las asimetrías que se producen en los procesos de salud-enfermedad-atención y en la construcción conceptual de la MT, tanto en espacios comunitarios como en las instituciones de salud pública.

La MT en el marco de interculturalidad

Para entender la necesidad de introducir el análisis de la interculturalidad a los procesos de salud-enfermedad-atención es indispensable entrelazar la reflexión con el surgimiento de modelo médico de salud, pues como hicimos evidente en los apartados anteriores, la categoría de MT se constituye como tal a través del reconocimiento científico, las políticas de construcción del Estado-

Nación y la incorporación a los sistemas educativos, de salud biomédica y modernos.

La medicina biomédica se expande en las sociedades modernas con la intención de mantener sanos a los trabajadores, pues son identificados como el capital humano que moverá al progreso:

El modelo médico instituido durante el siglo XIX en países europeos y americanos, donde el sistema alopático representa una solución para las clases subalternas que enferman y se curan de acuerdo con hechos estructurales, que evidente el sector biomédico no contempla en sus diagnósticos (Menéndez, 2005, p. 11).

El modelo médico establece los servicios para las clases subalternas, mientras que mercantiliza la salud y la convierte en algo intercambiable que condiciona la humanidad de los trabajadores. La edificación del modelo médico (MM), tiene como principal característica el biologismo, que desde un enfoque evolutivo sustenta el racismo y por supuesto coloca a las clases subalternas como ciudadanos de segunda, cuya humanidad depende de su productividad. Eduardo Menéndez (2005) establece las siguientes características:

Las principales características estructurales del MM son su biologismo, individualismo, ahistoricidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática, y si bien dichos rasgos pueden ser observados en la medicina practicada antes del siglo XIX, durante este siglo se profundizarán y potenciarán esos rasgos hasta convertirse en las características dominantes de la biomedicina (Menéndez, 2005, p. 12).

Este modelo surge como respuesta a la necesidad de mantener trabajadores sanos que mejorarán la productividad de las empresas, por ello se buscó resolver de forma inmediata las de enfermedades y mantener sin pausa el sistema económico. En cierta medida el Estado legitima el MM a partir de los

mecanismos y las formas de comprender y atender los procesos de salud-enfermedad. La idea de progreso coloca a los individuos en una dinámica moderna de tiempos establecidos, resolución inmediata y eficiente de problemáticas para continuar produciendo.

La enfermedad desde el MM se atiende como una situación individual y descontextualizada, además de que busca una rápida atención que sólo contempla la parte física y material. En este sentido, la enfermedad se concientiza como algo que desequilibra los procesos de productividad y desarrollo y se busca la resolución inmediata del problema.

Desde esta lógica de modernidad se instauran los sistemas de salud en el mundo y México no es la excepción. Sin embargo, la particularidad de un contexto pluriétnico obliga a las instituciones de salud creadas por el Estado-Nación a mirar las prácticas culturales de la MT para incorporarlas, es así como el término de interculturalidad se va posicionando en la esfera de los programas de salud.

Para Menéndez (1994), el saber popular de la MT continúa siendo excluido del modelo biomédico, si acaso se incorpora a los sistemas de salud es interpretada como conocimiento de segunda. Para que exista un ejercicio de interculturalidad en salud se requiere establecer relaciones que vinculen a las y los médicos tradicionales y las áreas biomédicas; teniendo en cuenta la deuda histórica, buscando transformar las asimetrías y fomentando la construcción de conocimiento horizontal, lo que aún no sucede.

Campos-Navarro (2009) analiza los sistemas de salud intercultural en México y nos dice que: “Los hombres y mujeres originarios de América latina saben perfectamente que no reciben un trato igualitario en los centros de salud, clínicas y hospitales, ya sean privados o públicos” (Campos-Navarro, 2009, p. 32). A pesar de la incorporación de la categoría de interculturalidad el diálogo, no se posiciona horizontalmente, pues bajo la característica del biologismo se mantienen las asimetrías. “La discriminación es evidente y descarada: se tratan como ciudadanos de segunda o tercera categoría” (Campos-Navarro, 2009, p. 32) y los conocimientos *tradicionales* se subordinan.

Sobre la interculturalidad en salud, Aguirre-Beltrán (1986) nos dice que: “La medicina intercultural requiere tomar en cuenta las múltiples relaciones, para que el trasplante de las técnicas modernas en los moldes tradicionales pueda ser llevado al cabo con probabilidad de éxito” (p. 382). La propuesta de Beltrán es que el modelo médico hegemónico se adapte a diferentes contextos y transforme las condiciones no sólo de enfermedad, también de vivienda y servicios. De esta manera, la salud no se concibe como un elemento que no está aislado, sin embargo, el concepto de Aguirre-Beltrán de adaptar el MM continúa dando peso a características que no posibilitan un verdadero diálogo intercultural.

Por otro lado, Campos-Navarro (2007), define la interculturalidad en salud como:

La incorporación explícita de la carga cultural colectiva del paciente en la relación que se establece con el trabajador de salud. En otras palabras, la interculturalidad no sólo atañe la relación médico-paciente, sino que está presente en la relación total que establece el enfermo con el servicio de salud, sea público o privado. El proceso intercultural incluye desde el portero del hospital, al chofer de ambulancia, el auxiliar de intendencia que limpia las salas hasta la enfermera, el dentista y el médico tratante, sin olvidar a los planificadores de salud, los ingenieros y arquitectos que diseñan las unidades médicas, hasta los administradores del Centro de Salud u hospital (Campos-Navarro, 2007, p. 4).

Como da cuenta la definición de Campos-Navarro, la interculturalidad atraviesa a todas las personas que son parte del proceso salud-enfermedad-atención, además de la cultura material de espacio. La interculturalidad en salud no sólo es la relación con pueblos originarios, pero tampoco es exclusivo de las relaciones con la MT. Este concepto surge de la relación que se establece entre el personal médico, el paciente y el contexto.

3. Prácticas comunitarias

Este apartado explica la construcción de la identidad étnica en el marco de un contexto pluricultural y su relación con el concepto de comunidad.

Primero definiremos el concepto de *comunidad*, mismo que ha provocado un amplio debate sobre los distintos elementos que pueden definirle. La categoría de comunidad ha sido muy desarrollada por la antropología desde sus orígenes británicos y norteamericanos, centrándose en temas vinculados con el parentesco, la identidad, la organización social y el ritual.

Roca (2010) nos dice que la noción de comunidad se construye principalmente de dos elementos: 1) del alemán *geneinschaft*, que se refiere a la comunidad espontánea; desde este enfoque se construye de intereses y sentimientos compartidos por medio de una experiencia; y 2) del inglés *community*, donde se considera como un espacio para desarrollar relaciones sociales a través de la organización:

El concepto científico de comunidad proviene en buena medida de la mezcla de ambos conceptos —*geneinschaft* y *community*— y la fuente de las diferentes nociones actuales del término suelen ser resultado de su correspondiente combinación en grados y porciones diferentes (Roca, 2010, p. 217).

El autor realiza una revisión de múltiples definiciones identificando tres elementos centrales: 1) los condicionamientos materiales, que refieren a la territorialidad y relaciones sociales institucionalizadas; 2) el concepto de totalidad que implica hablar de comunidades abiertas o cerradas; y 3) la homogeneidad que plantea la conciencia de pertenecer a una cultura específica.

Nuestra investigación plantea que la comunidad se construye como un espacio territorial-histórico, conformado por sujetos con agencia que comparten símbolos y significados y establecen acuerdos que orientan su conducta. Los tres elementos considerados por Roca (2010) se concretan de la siguiente manera:

- *Materialidad*. Se observan símbolos y significados como elementos culturales, que se traducen en acciones concretas y construyen formas específicas de organización, así como acuerdos que con el paso del tiempo se institucionalizan.
- *Totalidad*. La vida cotidiana de una comunidad no sólo depende de los hechos que ocurren en su interior, pues están ligados a otros grupos sujetos con agencia que permiten la transformación y la re-creación del espacio.
- *Homogeneidad*. Se construye desde la conciencia de pertenecer a un grupo determinando.

El recorrido en la construcción del concepto de comunidad para la antropología mexicana aporta al mundo distintas referencias analíticas a nivel etnográfico, producto de su vinculación con los pueblos indígenas del país.

Bonfil-Batalla (1991) investiga sobre el pluralismo étnico en México, ubicando distintos planteamientos de concepto: la escuela anglosajona con la categoría de contacto cultural y el continuum folkurbano, el modelo de sociedades duales, que se transformó en estudios de colonialismo interno; el concepto de regiones de refugio; el esquema marxista que explica las diferencias culturales a partir de la clase social; y el análisis de frentes de expansión.

El autor encuentra algunas similitudes, argumentando que los estudios sobre el pluralismo étnico en México se han elaborado a partir de dos variables: 1) los pueblos indios frente al papel dinámico de la sociedad y 2) considerarlos pasivos en la construcción de sus sistemas.

Bonfil-Batalla apunta su comprensión de que la comunidad se articula hacia la configuración de fronteras, es decir, se constituye a través de la diferencia que puede ser delimitar una cultura de otra o un elemento de discriminación:

La diversidad étnica y algunas formas de diferenciación regional, son el resultado de procesos históricos de larga duración que han generado sistemas sociales portadores y creadores de culturas propias y distintivas.

Aquí resulta indispensable establecer una clara distinción conceptual entre desigualdad y diferencia [...] En América Latina existe la desigualdad, pero también la diferencia. Esta última se expresa con mayor claridad en la pluralidad étnica, porque los grupos étnicos (y en particular los pueblos indios) se definen precisamente por poseer una cultura propia, diferente a la dominante y a la de otros grupos étnicos (Bonfil-Batalla, 1999, p. 37).

El autor analiza cómo se articula la comunidad al relacionarse con las otredades, y las transformaciones que surgen de esta relación, permitiendo entender lo comunitario como un constructo en movimiento.

Al abordar la pluriculturalidad en contexto indígena surge el concepto de identidad. Roberto Cardoso de Oliveira (1976) construye la categoría de identidad étnica y etnicidad. Cardoso recupera la crítica de Frederick Barth sobre el grupo étnico, pues este concepto da mayor peso a la forma específica de organización y deja al margen el proceso de la autoidentificación:

La identidad contrastante parece constituir la esencia de la identidad étnica, es decir, la base sobre la cual esta se define. Implica la afirmación del nosotros frente a los otros. Cuando un grupo o una persona se definen como tales, lo hacen como medio de diferenciación en relación con algún grupo o persona a los cuales se enfrentan. Es una identidad que surge por oposición; que no se puede afirmar en aislamiento (Cardoso de Oliveira, 1976, p. 55).

La construcción de la identidad étnica no es pasiva: existe una afirmación al nivel individual, al interior del grupo¹⁹ y entre otros grupos,²⁰ existen elementos que asocian y disgregan.

La visibilidad y las transformaciones de las identidades étnicas están ligadas a procesos históricos de lucha: “La etnicidad se manifiesta en forma exponencial a través de las rebeliones y movilizaciones tradicionales o de las nuevas organizaciones etnopolíticas, es decir aquellas configuradas para establecer demandas o reivindicar derechos étnicos” (Bartolomé, 1997, p. 64). En el marco de estas rebeliones se manifiesta una identidad frente a otra. La etnicidad es definida como “la expresión y afirmación protagónica de una identidad étnica específica” (p. 62) y representa la relación de un grupo étnico frente al entorno social, la etnicidad delimita la pertenencia.

El municipio de Amealco es clasificado como indígena, pero como señalamos anteriormente la identidad étnica es una construcción constante: “la identidad étnica no se refiere necesariamente a un momento histórico específico, si no al estado contemporáneo de una tradición [...] las bases culturales de la identidad son sumamente variables y expresan tanto modelos culturales vigentes como referentes ideales” (Bartolomé, 1997, p. 76); la identidad étnica implica procesos históricos de interacción e intercambio y confrontación, mismos que construirán la etnicidad.

La complejidad de un contexto indígena que no es estático ni esencialista da cuenta de las relaciones culturales vinculantes con entre la identidad, el territorio y la historia que modifican aquello que se nombra desde lo *tradicional*, tal es el caso de la MT.

Regresando al concepto de comunidad se visualizan dos posturas: la primera cercana al aspecto territorial y organizativo, y la otra con mayor cercanía a

19 “El carácter contrastante de la identidad étnica y su fuerte contenido de oposición con fines de afirmación individual o grupal” (Cardoso de Oliveira, 1976, p. 88).

20 “Su manipulación en las situaciones de ambigüedad, cuando se presentan al individuo o al grupo alternativas para la selección (de identidades étnicas) con base en el criterio de ganancias y pérdidas (como criterios de valor y no como mecanismos de aculturación) en la situación de contacto” (Cardoso de Oliveira, 1976, p. 88).

la construcción simbólica. Para Prieto y Utrilla (2006) la organización social de los otomíes en Querétaro se sustenta en el grupo doméstico y la comunidad. Los autores nos dicen que:

unidad social, territorial, identitaria y política que se caracteriza por compartir una memoria, un sentido de pertenencia y territorialidad, un sistema de autoridades, una red heterogénea de lealtades y una serie de representaciones simbólicas y religiosas-rituales que dan a la comunidad, como configuración étnica y socio-espacial determinada, cohesión, centralidad y significado (Prieto y Utrilla, 2006, p. 43).

Siguiendo a estos autores, la comunidad está integrada por dimensiones sociales y territoriales, que van desde la familia, el parentesco y el barrio. En estas dimensiones definen las relaciones al interior y con otros espacios regionales, nacionales e internacionales.

Por otro lado, Martínez y De la Peña (2004) plantean el concepto de comunidades morales. Los autores recuperan a Anthony Cohen, quien sostiene cómo las comunidades trascienden el espacio territorial. Analizan dos comunidades de migrantes en zonas metropolitanas, una del poblado de Santa Anna en los Altos de Jalisco y otra en Santiago Mexquititlán, Amealco, Querétaro: “En ninguno de los dos casos el traslado a la ciudad representó una ruptura con la pertenencia a la colectividad de origen (familias, redes sociales, grupos rituales)” (Martínez y De la Peña, 2004, p. 219). Explican que el traslado a otro espacio físico no desvanece los lazos comunitarios.

Desde otro enfoque, Vázquez y Prieto (2013) realizan un estudio de indígenas que migran a la ciudad. Sobre el concepto de comunidad nos dicen que:

Cuando hablamos de comunidad hablamos del conjunto de relaciones sociales, históricas, territoriales y epistemológicas, que construyen una estética, una ética, y una política, que ponen en juego un conjunto de

significados y símbolos que definen un determinado colectivo (Vázquez y Prieto, 2013, p. 207).

En este sentido, las comunidades morales son entendidas como aquellas que resignifican los modelos culturales vigentes en sus comunidades de origen; comprenden su nuevo mundo desde las categorías significativas con las que fueron socializados, las aplican y negocian con las nuevas experiencias. Entonces, la comunidad puede definirse como el espacio territorial-histórico que comparte símbolos y significados y determinada cosmovisión que les permiten identificarse, diferenciarse y relacionarse con otras comunidades.

Los símbolos y significados que se comparten y constituyen a la comunidad se ven reflejados en las prácticas, es así que las prácticas comunitarias son el espacio de referencia para la identidad. Bartolomé (1997) nos dice que la identidad es observable en la cotidianidad:

El desarrollo de la identidad social en el marco de la vida cotidiana supone la construcción de un yo y de otro generalizado, ya que es la conciencia posible la que refleja la pertenecía a una colectividad [...] bajo esta óptica lo cotidiano adquiere una dimensión, al proporcionar una aproximación a la vida cotidiana en la que los significados culturales son visibles como conductas concretas. De esta manera una de las facetas de toda configuración identitaria puede ser entendida en términos de su carácter de representación ideológica de la vida cotidiana (Bartolomé, 1997, pp. 84-85).

El sentido y significado de la MT puede observarse en los procesos de salud-enfermedad-atención, que son parte de las prácticas cotidianas. A partir de acciones performativas específicas se refleja un conjunto de saberes y creencias dispuestas en el plano de la persona y la colectividad:

El conocimiento se resguarda en diferentes niveles; Individual, familiar, regional. [...] los conocimientos revelados en un solo productor, en realidad

son la expresión individualizada de un bagaje cultural que, dependiendo de la escala, se proyecta desde la colectividad a la que dicho productor pertenece: el núcleo o unidad familiar, la comunidad rural, la región y, en fin, el grupo étnico o cultural (Toledo y Barrera, 2008, p. 71).

La MT y sus prácticas en el nivel familiar, de barrio o regional constituyen un lugar de pertenencia y transmisión de conocimientos, que delimitan la barrera de la etnicidad y construyen la identidad. La MT se define y reconstituye bajo las distintas lógicas y dimensiones que componen a la comunidad. A pesar de la institucionalización y regulación de la interculturalidad sin sentido crítico, la MT se transforma, se adapta y se visibiliza en las prácticas de salud comunitarias.

CAPÍTULO III. QUEDARSE EN CAMPO

Este capítulo plantea las estrategias de interlocución y la construcción metodológica situada en el marco de lo cualitativo, que apremia la descripción detallada de la cultura donde se investiga a través del trabajo etnográfico, posibilitando el diálogo entre investigador e interlocutores.

El capítulo metodológico se compone de cuatro apartados que acercan al lector al proceso de trabajo en campo: 1) La mirada de la investigadora: este primer espacio hace refiere a las experiencias y retos personales de la investigadora al quedarse en campo, así como la relación que estableció con interlocutores más constantes; 2) El trabajo de campo y su metodología: el segundo espacio expone en términos formales los insumos y pasos necesarios que nos permitieron obtener el siguiente capítulo; 3) El proyecto de aplicación: en este apartado se detalla el proceso de organización del Encuentro de Medicina Tradicional y Salud Intercultural; y 4) Las interlocutoras: descripción de las y los interlocutores más constantes durante el proceso de investigación.

1. La mirada de la investigadora

Para la investigación los primeros intercambios se presentaron en el quiosco de San Ildefonso, sitio de paso indispensable para los primeros acercamientos con personas externas a la comunidad. Fue el domingo 5 de febrero de 2017 que me encontré con Lucía Blas,²¹ compañera originaria de la comunidad, interlocutora constante y promotora de derechos y salud.

Al término de la misa nos sentamos en los escalones del quiosco, me pidió que le hablara sobre los intereses de la investigación para poder definir la forma en la que ella podría contribuir. Le platiqué brevemente los objetivos en términos académicos y el posicionamiento político;²² la conversación se centró, sobre todo, en los sentires sobre la MT y en el interés de conocer y rescatar dichos saberes.

21 La descripción de los interlocutores se ubica en el apartado de interlocutores.

22 El posicionamiento político se refiere a la defensa y preservación del territorio.

Hablamos de la medicina en la cotidianidad de nuestras vidas y sobre algunas experiencias personales que me permitieron voltear la mirada hacia este tema: “Mi bisabuela Pascuala curaba, yo no la conocí, pero de niña mi papá me curaba de espanto con huevos, plantas y oraciones”, comenté. Lucía expuso su interés en conocer a profundidad la medicina de su comunidad y poder recuperarla desde la lengua hñähñu: “Me interesa saber cómo curan, pero sobre todo los nombres que utilizan de las plantas y rituales en hñähñu, yo pienso que si se dice en lengua tiene otro sentido” (Comunicación personal, 5 de febrero de 2017). Finalmente intercambiamos información sobre las médicas y médicos tradicionales que ubicábamos en la zona y acordamos reunirnos en próximas fechas para visitarlos. Los primeros acercamientos con algunas médicas tradicionales de San Ildefonso y sus barrios los realicé en compañía de Lucía, mi compañera les platicaba quién era yo y cuál era mi interés en visitarles, algunos de estos acercamientos se mantuvieron durante el trabajo de campo y en otras visitas se manifestó una negativa desde el inicio.

A la primera que visitamos fue a Camila González,²³ partera con mayor edad y experiencia de la zona. Camila es una mujer indígena hñähñu de 98 años, constante interlocutora que compartió sus percepciones sobre la medicina, conocimientos sobre herbolaria y cosmovisión hñähñu.

Con las visitas a San Ildefonso el contacto con Lucía, su familia y los vecinos se fue incrementando; caminatas por la tarde, invitaciones para preparar comida y degustarla, presencia en eventos comunitarios, como la entrega de cargos y fiestas religiosas durante la Semana Santa son algunas de las actividades que representaron la antesala a quedarme en campo con mayor constancia.

Para mayo de 2017 Lucía me ofreció la posibilidad de ser huésped en su casa y así facilitar la investigación. En visitas previas a su ofrecimiento, le había externado mi interés en rentar algún espacio en Amealco, cabecera municipal, para estar más cerca de San Ildefonso y dar continuidad a las visitas a médicas y médicos tradicionales. El ofrecimiento me tomó por sorpresa, pero me dio cierta

²³ La descripción de los interlocutores se ubica en el apartado de interlocutores.

tranquilidad, pues ser invitada de alguien oriundo de la comunidad implicó mayor acercamiento a su cotidianidad y cierto respaldo que me hacía sentir segura. El día que llegué con Lucía y su hija me entregó con confianza las llaves de su casa, para poder entrar y salir dependiendo las actividades que tuviera planeadas. El 20 de junio de 2017 me instalé e inicié formalmente el trabajo de campo que me permitiría acercarme a la forma de vida hñähñu y ser partícipe de las actividades.

Quedarse en campo

El martes 20 de junio Lucía me citó en su casa, que queda rumbo a Tenasdá.²⁴ Para llegar a la vivienda se recorren aproximadamente 2 km pavimentados desde la iglesia en el centro San Ildefonso hasta el entronque que conduce a Tenasdá. Al inicio del entronque se ubica una tienda de abarrotes y el banco de tepetate. Durante el recorrido del camino se observan mujeres y hombres trabajando; los hombres trabajan en el banco de tepetate, mientras las mujeres se ocupan de pastorear vacas y borregos, ambos géneros se observan trabajando en la siembra.

El paisaje son casas separadas entre sí, el material de construcción es tabique gris, distinto de las casas del centro, que son más grandes y están construidas con sillar. Las casas más pequeñas, que no están cercanas al camino principal pavimentado son más antiguas y están construidas de adobe, con techos de lámina o madera. Es común encontrar en este tipo de vivienda gente mayor. Las habitaciones de adobe están como cocinas con fogón, resguardo la cosecha anual o como taller para fabricar artesanías de barro. Las construcciones de adobe y tabique conviven en un mismo terreno; se edifican nuevas construcciones de tabique gris, ocupadas por la segunda y tercera generación familiar.

Los terrenos familiares se distribuyen en vivienda construida y parcela para siembra de maíz, frijol y calabaza. Dentro del terreno se ubica el lugar asignado a los animales: para crianza y consumo, gallinas y borregos; de carga y yunta, los burros. Además, cada vivienda cuenta con uno o dos perros que resguardan y

²⁴ Localidad de Amealco que no se considera indígena, Alicia, hija de una partera, nos dice: “De San Ildefonso para atrás es gente de costumbre, a partir del cruce a Tenasdá está la gente de razón” (Comunicación personal, 23 de julio de 2017).

acompañan el espacio. Las plantas con propiedades medicinales que albergan las casas siempre están cerca del espacio con agua, por ejemplo, donde se lava la ropa.



Figura 7. Maíz de temporal. Fuente: Acervo personal.

Al interior de las habitaciones de concreto se encuentran las camas, de base de madera o metal y colchón. Estas habitaciones albergan algunos aparatos electrónicos, como estéreos, electrodomésticos como estufa y refrigerador y un ropero de madera. Ser invitado a la habitación para continuar con alguna charla representa un nivel de confianza mayor.

La vivienda de Lucía comparte terreno con el hogar de su papá y su hermana menor (familia extensa): “Mi papá nos vendió un pedazo a cada quien, yo quiero que me venda otro poquito, si no, después cuando venda todo ya no voy a tener dónde sembrar” (Comunicación personal, jueves 25 de enero 2018). La construcción de la casa se distribuye con dos recamadas, sala, comedor y cocina; el área del baño tiene la función de bodega, en ella se resguarda alimento para

conejos de engorda, que son parte de un proyecto productivo; para ir al baño es necesario salir a la milpa o pedir permiso en la casa de su papá.

Llegué a la casa minutos antes de lo acordado, más tarde se asomaron por el camino de las milpas mi compañera y su hija, venían del centro de San Ildefonso, donde trabaja Lucía. La niña corrió a abrazarme: “¡Mayte! Te compré un chicle, ¿ahora sí te vas a quedar?”, me preguntó (Comunicación personal, 20 de julio de 2017). Le dije que sí y la abracé, su mamá comentó que a las 6 de tarde ya daba hambre. Antes de preparar la comida la anfitriona indicó el lugar donde podría guardar mis cosas y dormir, el lugar de almacenamiento de agua indicada para beber, lavar y bañarse; finalmente me entregó la llave para entrar y salir cuando lo necesitara.

El menú consistió en quesadillas, tacos de chicarrón, frijoles con nopales, tortillas y la salsa que yo misma preparé. Lucía colocó tres chiles verdes y dos jitomates en el comal para asarlos, les quité la piel a los chiles y al jitomate, incorporé un poco de sal y los trituré en el molcajete, mientras tanto ella preparaba las quesadillas. De una olla sirvió los frijoles con nopales: “Mi papá los preparó ayer, a veces yo hago y le mando un taco y él me manda cuando yo no preparo nada” (Comunicación personal, 20 de julio de 2017). Colocamos la comida sobre mesa de madera. Lucía, su hija y su hermano (que estaba de visita colocando unos cables para tener luz) y yo nos dispusimos a comer.

Minutos después llegaron los vecinos: Yolanda, Juan, Enrique y Daniel, la mayor de nueve años y el menor de cinco. Después de sus clases en la primaria Ricardo Pozas Arciniega los niños visitan la casa para jugar fútbol con Lucía y su hija, o dar caminatas por el cerro. Hablamos sobre el grado que cursaban en la primaria y los juegos que les gustaban mientras se comían unas quesadillas: “Estos niños nunca se van, me estoy bañando y me esperan afuera para jugar. Todos son hijos de la vecina, ella es menor que yo” (Comunicación personal, 20 de julio de 2017).

Terminamos de comer, lavamos los platos y recogimos la cocina; los vecinos de Lucía y su hermano abandonaron la casa. Después nos fuimos en el

vehículo al barrio de Bothé a visitar a Francisca,²⁵ curandera de San Ildefonso, quien en días anteriores comenzó a tratar el susto de la niña de Lucía. Cuando llegamos con la sanadora atendía a otras personas, esperamos 2 horas aproximadamente. Durante la curación, Francisca preguntó si la niña había comenzado a comer mejor; levantó su blusa, revisó las marcas de las curaciones, en el pecho y estómago en días pasados y realizó el procedimiento de curación. Mientras realizaba la curación oraba en español y en hñähñu, finalmente le indicó regresar en dos o tres días para revisar el progreso. Después de la curación regresamos a casa.

Visitas inesperadas

Las noches en San Ildefonso son frías, durante los meses de junio y julio el maíz de temporal comienza a crecer, quedando en espera de la lluvia que refresca el ambiente. Las primeras noches no logré dormir más de cuatro horas, el viento alborotando la milpa, el ladrido de los perros y despertar de manera constante entre sueños sin sentido me agotaron con rapidez.

Las jornadas iniciaban a las 7:00 de la mañana. Durante el día realizaba recorridos de zona, visitas a parteras y gestión con autoridades locales; por la tarde había convivencia con las anfitrionas, preparábamos la comida y hacíamos algunos juegos y paseos.

Al finalizar la semana, con el cansancio acumulado y las defensas bajas mi cuerpo, tomé la decisión de tomarme un descanso. Comencé con dolor de cabeza, temperatura elevada y molestias en la garganta. Visité el consultorio privado de un médico alópata en la ciudad de San Juan del Río,²⁶ el diagnóstico biomédico fue infección en garganta y estómago, por lo que me recetaron medicamento inyectable por cinco días y tres días de reposo.

Al regreso continuaron las visitas y charlas con médicas tradicionales. Una de estas conversaciones me llevó a pensar en los sueños de las noches anteriores

25 La descripción de los interlocutores se ubica en el apartado de interlocutores.

26 Municipio de Querétaro.

y la relación con presencias no humanas: “Sabes que son brujas por los efectos en tu cuerpo, el dolor por la presión en los brazos y piernas no te dejan descansar bien, las presencias que son hombres te dejan marquitas en las piernas y las mujeres en los brazos” (Comunicación personal, 22 de junio de 2017).

Días después de mi regreso a campo comenté con Lucía las dificultades que tenía para dormir, manifestó que no era poco común para los visitantes aquella dificultad. Habló sobre la experiencia de un compañero que trabaja con ella en la compañía de teatro indígena y los sueños que tenía sobre de ser expulsado de la casa por la ventana de la habitación, empujado desde dentro y jalado desde fuera por figuras no humanas. Además de esta historia en una tarde de juegos la hija de Lucía me contó una historia sobre las brujas: “Mayte, las brujas sólo bajan de noche, porque en las mañanas les gusta dormir, ellas vienen a jugar y a comer, les gusta pararse en los techos y se ponen a brincar, también les gusta comer manzanas. Que no te den miedo, ellas no hacen nada, sólo jugar, casi siempre se paran en el techo de mi tía” (Comunicación personal, 4 de julio de 2017).

En otra ocasión una sanadora de Chitejé de Garabato, comunidad de Amealco, diagnosticó las energías que me acompañaban como responsables de mi agotamiento, me entregó una protección en forma de pulsera. Después de relacionar las historias, los sueños y los efectos de cansancio supe lo importante de pedir permiso a otras energías para estar en el lugar y continuar con la investigación.

2. El trabajo de campo y su metodología

Para esta investigación, la antropología y su análisis fenomenológico están ligados a sujetos con agencia, que construyen sus condiciones de existencia y prácticas culturales a través del intercambio con sociedades distintas a la propia. Cuando hablamos de investigaciones en contextos indígenas no es poco común obviar la *cultura* de aquellos con quienes se interactúa y mirarla de manera esencialista. Sin embargo, la manera en la cual se construyen las relaciones al interior y al exterior de sus localidades no es inamovible, se va transformando, por

eso es imprescindible mirar a las y a los interlocutores en movimiento y como constructores de sus propios procesos.

Respecto de la investigación cualitativa Terven (2012), ella señala que habrá que establecer una serie de tácticas que construyan nuestro acercamiento metodológico que guíe, contextualice y posicione la mirada:

- La mirada guiada establece lo que se está observando, en este caso, las prácticas de salud-enfermedad-atención en el uso de la MT como estrategias de cuidado y atención.
- La mirada contextualizada se refiere a observar expresiones que pueden ser explícitas y no explícitas sobre lo cotidiano. Esta investigación observa cómo se construye la idea de salud en el marco de la MT desde la comunidad y el contraste con la idea de salud que se sostiene en las instituciones públicas.
- La mirada posicionada, donde intervienen las percepciones y las relaciones de poder. En este sentido se identifica la organización que existe en el espacio comunitario respecto de la salud-enfermedad-atención de frente a un sistema de salud intercultural.

Otro componente que nos permitió no dejar de mirar elementos implicados en los procesos de salud-enfermedad-atención fue la propuesta analítica de la categoría interculturalidad, pues cuestiona las posiciones jerárquicas y direccionarnos a la horizontalidad:

la complejidad de las situaciones etnográficas nos muestra la importancia de tener en cuenta la pluralidad de voces que, desde la perspectiva de los actores sociales, configuran una realidad social multifacética, plural, que nos habla de la heterogeneidad de roles y perspectivas de las personas. Esto significa que debemos esforzarnos en buscar voces diferenciadas, que muestren interpretaciones discrepantes de una misma realidad (Pujadas, Comas y Roca, 2010, p. 84).

Desde la mirada de la interculturalidad, el trabajo etnográfico se potenció para identificar las distintas voces de los actores involucrados y construir un diálogo entre médicas y médicos tradicionales, instituciones e investigadora. Respecto de las reflexiones metodológicas en salud, es importante señalar que la construcción de una metodología que recupere las distintas voces es un trabajo complejo, debido a las jerarquías construidas en el campo de la salud.

Haro (2010) señala que el modelo biomédico construye explicaciones homogenizantes que no toman en consideración el contexto y explican la enfermedad de manera individual:

En nuestra óptica esto se relaciona con insuficiencias teóricas y epistemológicas concomitantes al positivismo biomédico de la disciplina y a su reducción a factores explicativos biológicos y conductuales, en detrimento del papel de lo político, lo socioambiental y lo sociocultural, cuyo papel causal en las enfermedades transmisibles, y también crónico degenerativas, adicciones, accidentes y violencias, entre otras, ha sido progresivamente evidenciado por diversos aportes de las ciencias sociales aplicadas a la salud; del mismo modo, por la dudosa aplicación de los hallazgos epidemiológicos a la salud pública, los cuales son derivados generalmente al ámbito de las conductas individuales (Haro, 2010, p. 23).

La construcción del sistema biomédico interpreta con la mirada moderna y universalista, que valida al conocimiento científico, posicionándolo como superior frente a otros saberes. En este sentido, las metodologías para los estudios en salud han tenido críticas debido a su carácter positivista. Las ciencias sociales, específicamente el quehacer de la antropología con sus espacios ganados en instituciones educativas y programas curriculares, han cuestionado esta universalidad metodológica.

América Latina, como contexto pluricultural, gesta modelos metodológicos que no individualizan los procesos de salud ni desdibujan las relaciones de poder. De esta reflexión surge la propuesta de la epidemiología sociocultural:

la propuesta de una epidemiología sociocultural representa el interés de profundizar en el estudio de los factores de riesgo con un enfoque preventivo «estructural» (social), considerando a la biología y al ambiente físico en íntima relación con la cultura y las relaciones sociales y políticas (Haro, 2010, p. 32).

Como parte de estas nuevas propuestas metodológicas para la interpretación de la salud surgen las narrativas etnográficas, que nos permitieron observar los procesos de salud-enfermedad-atención. Las narrativas etnográficas de salud recuperan el antes, durante y después de la enfermedad, explorando el marco contextual que acompaña el proceso de estar sano, enfermar, recuperarse o morir:

nos ayudan a traducir o interpretar los diferentes lenguajes en la medicina, algo inherente al quehacer antropológico desde su nacimiento, para poder establecer puentes de comunicación y entendimiento entre los distintos sistemas terapéuticos, pero sobre todo entre los usuarios/pacientes y los prestadores de salud (Argüello y García, 2013, p. 171).

Esta herramienta ubica a los sujetos en la cotidianidad de sus vidas, las relaciones que establecen con otros, las posibilidades de sanar o enfermar, las búsquedas y modos de atención, además de que proporciona elementos contextuales como el porqué de la enfermedad, las consecuencias en su entorno, el proceso atención y las secuelas permanentes en el colectivo inmediato.

El ejercicio de hacer etnografía, y su estrecha relación con el trabajo de campo, nos permite comunicación directa con los interlocutores, además de que

exige dejar la comodidad del diván y posicionarse en el territorio.²⁷ El trabajo de campo se puede sentir, oler, tocar y pensar aquello que se está mirando; en resumen, permite el quehacer antropológico.

La etnografía posibilita profundizar en las prácticas culturales construyendo el conocimiento a través del intercambio entre interlocutores, investigador y territorio. Siempre que el investigador tenga en cuenta su propia subjetividad y realice el ejercicio reflexivo podrá trabajar en el nivel explicativo e interpretativo.

Instrumentos

Entre los instrumentos pertinentes para el registro podemos mencionar: diario de campo, observación participante, entrevista y el taller-foro.

Diario de campo. Herramienta indispensable para realizar etnografía, exige disciplina y rigurosidad. Restrepo (2016) nos dice que el diario de campo sirve “para registrar aquellos datos útiles a la investigación, pero también es utilizado para ir haciendo elaboraciones reflexivamente sobre la comprensión del problema planteado, así como sobre las dificultades por resolver y tareas por adelantar” (p. 45). El diario de campo permite registrar la realidad, tomando en cuenta las categorías analíticas que se establecieron previamente, organizar la información pensado en la forma de sistematizarla, y redactar los procesos de comunicación y vínculos con los interlocutores a través de la escritura como una práctica constante. Malinoswki (1972) nos dice que:

27 “La primera etnografía está marcada por una distancia considerable entre el investigador y su objeto de estudio. Hasta el fin del siglo XIX, los materiales antropológicos no estaban basados en estudios de primera mano sino la lectura de documentos, informes y cartas de viajeros, aventureros, exploradores, misioneros, administradores coloniales, militares, miembros de expediciones científicas, incluso cronistas que interpretaban espontáneamente lo desconocido —el comportamiento de otros seres humanos— con los términos de lo conocido —su propio comportamiento y el de sus pares—. Las informaciones obtenidas por estos observadores de la diferencia con dedicación parcial eran rápidamente abordadas, una vez más, por otros (filósofos, teóricos evolucionistas). Los primeros antropólogos estaban movidos por el deseo de dominar la totalidad de los hechos escenográficos en sus formulaciones teóricas” (Ghasarian, 2008, p. 3).

Una fuente etnográfica tiene valor científico incuestionable siempre que podamos hacer una clara distinción entre, por una parte, lo que son los resultados de la observación directa y las exposiciones e interpretaciones del indígena y, por otra parte, las deducciones del autor basadas en su sentido común y capacidad de penetración psicológica (Malinowski, 1972, p. 21).

Los métodos activos serán guiados por los objetivos y la orientación teórica previa a campo, de tal suerte que cuando el investigador genera los antecedentes va construyendo las preguntas que orientan el ejercicio etnográfico.

Observación participante. Podemos mencionar que la capacidad de observar y describir es parte de nuestra cotidianidad, pero, ¿cuál es la diferencia de la observación común y la observación participante a nivel científico? Rolando Sánchez (2001) señala:

Lo principal será que el investigador delimite previamente lo que se va a observar, esto permitirá realizar un mejor ejercicio de investigación. La comprensión de los fenómenos sociales se pretende lograr mediante el uso de métodos cualitativos y uno de ellos es la observación participante, que permite dar cuenta de los fenómenos sociales a partir de los contextos y situaciones que se generan en los procesos sociales (Sánchez, 2001, p. 99).

Al tener claridad en qué se tiene que observar y registrar, será menos complicado el ejercicio de sistematización. Para Geertz (1973) el método etnográfico se acompaña indispensablemente de la descripción densa. Esta puede entenderse como “jerarquía estratificada de estructuras significativas atendiendo a las cuales se producen [...] como categoría cultural” (p. 22). Durante la observación participante se necesita estar atento a los pequeños detalles, que nos

permitirán aproximarnos y ser parte de sus prácticas cotidianas para comprender e interpretar el significado.

Entrevista. Es fundamental rescatar la parte de la orientación, pues las entrevistas suelen confundirse con charlas casuales durante el trabajo de campo. Tendrán que ser previamente diseñadas, tomando en cuenta la recuperación de la información que se va surgiendo en campo y los objetivos de la investigación. Terven (2012) expone un ejemplo que otorga mayor comprensión sobre la entrevista etnográfica.

Pongamos el ejemplo de la entrevista, las preguntas deben abordar el tema de estudio sin desviarse a otras cuestiones que distraigan la atención del entrevistado a otros temas. Hay que cuidar que las preguntas sean claras, tanto en su formulación como en las palabras empleadas, se recomienda utilizar un lenguaje sencillo, sin hacer uso de conceptos propios de las disciplinas. Evitar que las preguntas induzcan la respuesta, y que su formulación incomode a la gente, es decir, que no se sientan cuestionados, y así evitar actitudes evasivas (Terven, 2012, p. 110).

Taller-foro. En última instancia el taller se puede definir como una herramienta que permite diseñar previamente una intervención grupal. Esta intervención establece anticipadamente los objetivos y las metas de cada sesión, el taller se diseña a partir de una metodología participativa, donde los actores sociales son parte del proceso, pues establecen los ritmos de trabajo y sus inquietudes son incorporadas debido a la flexibilidad en los contenidos, orden y formas de llegar a las metas. Desde su perspectiva, Ezequiel Ander-Egg (1991) nos dice: “En el taller todos tienen que aportar para resolver problemas concretos y para llevar a cabo determinadas tareas” (p. 17). El taller es una actividad que se realiza de manera grupal donde se “aprende haciendo”, es un ejercicio colaborativo.

Construcción del trabajo de campo

El proceso etnográfico inició en noviembre de 2016 y finalizó en mayo de 2018. Los primeros encuentros con los interlocutores suceden en febrero de 2017, fecha a partir de la cual se mantuvieron visitas esporádicas. Durante los meses de junio, julio y agosto de 2017 el trabajo de campo se intensifica y para finales de 2017 e inicios de 2018 las visitas fueron esporádicas. El trabajo de campo se compone de cinco momentos:

- 1) El primer momento consistió en identificar a líderes comunitarios interesados en el tema de MT, a quienes se planteó el interés personal y académico de realizar la investigación con la finalidad de encontrar un punto de interés en común.
- 2) En el segundo momento comenzamos a buscar la experiencia de médicas y médicos tradicionales de San Ildefonso y sus barrios, esta interlocución fue constante durante la investigación (se realizaron visitas periódicas con nueve médicas de la zona).
- 3) El tercer momento corresponde a la vinculación del Centro de Salud con Servicios Ampliados y Medicina Tradicional (CESSA), lo que consistió en conocer el trabajo que ofrecen y el sentido que se tiene de la salud intercultural.
- 4) El cuarto es el acercamiento con autoridades gubernamentales y educativas, informándoles sobre la realización de la investigación.
- 5) Finalmente, la realización de un Encuentro sobre Medicina Tradicional y Salud Intercultural, cuyo objetivo el intercambio sobre el significado de la MT, sus retos y posibilidades.

El trabajo reúne las voces y experiencias de médicas y médicos tradicionales, líderes locales, jóvenes interesados en recuperar conocimientos ancestrales y funcionarios del sector salud. Los actores que participan en la investigación son habitantes de las siguientes localidades: Yosphí, La Concepción, San Ildefonso centro, San Pedro Tenango, Mesillas, El Rincón, Saucito, Cuisillos, El Bothé, Tenasdá y Chinteje del Garabato.

En la Tabla 1 describe de manera general el trabajo de campo:

Tabla 1. Descripción del trabajo de campo. Amealco, Querétaro, 2017-2018			
<i>Etapa</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Actividades realizadas</i>	<i>Técnicas empleadas</i>
Acercamiento	Buscar la interlocución con actores claves: líderes comunitarios, grupos interesados en el tema de MT, autoridades en salud.	(3) Reunión de presentación (8) Entrevistas informales	Observación no participante Entrevista semiestructurada
Medicina tradicional	Describir los procesos de salud-enfermedad-atención en el espacio comunitario.	(14) Entrevistas formales (2) Narrativas etnográficas de salud. (1) Encuentro de medicina tradicional y salud intercultural.	Observación participante Entrevista semiestructurada Historia de vida Taller-foro. Sesión de trabajo grupal
Interculturalidad en Salud	Identificar la postura de las instituciones de salud pública sobre los procesos de salud-enfermedad-atención respecto de la MT a nivel local.	(5) Visita al Centro de Salud con Servicios Ampliados y Medicina Tradicional (CESSA) (5) Entrevista semiestructurada	Observación no participante Entrevista semiestructurada
Fuente: Elaboración propia			

Para describir el sentido de la MT y los procesos de salud-enfermedad-atención se realizaron: entrevistas dirigidas, observación participante en tratamientos curativos y actividades comunitarias, narrativas etnográficas de salud y un taller-foro con grupo focal.

Las y los médicos tradicionales que participaron en la investigación se ubican en el rango de 45 a 100 años, son hablantes de hñähño y español, además son oriundos de Amealco. Los médicos, pertenecientes al sistema biomédico, tienen entre 20 y 55 años, son hablantes de español y son foráneos.

3. El proyecto de aplicación

El Encuentro de Medicina Tradicional y Salud Intercultural tiene un formato de taller-foro. El proyecto fue apoyado por el Fondo de Proyectos Especiales de Rectoría (FOPER), de la Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ), durante 2017. El apoyo permitió elaborar un cuadernillo (ver Anexos) que explica el proceso de organización del Encuentro y difunde los principales retos de la MT identificados por los habitantes de Amealco.

El Encuentro fue realizado el 26 de agosto del 2017 en la localidad de San Ildefonso Tultepec, Amealco. El objetivo fue promover la participación de médicas y médicos tradicionales y de la comunidad en general, a través de un espacio que permitiera conocer más sobre el ejercicio de la MT y reconocer los saberes ancestrales en salud de parteras, hueseros y curanderos.

Reunió médicas y médicos tradicionales, estudiantes de Instituto Intercultural Ñoño (IIN), profesores y estudiantes vinculados con la UAQ, comunidad en general e integrantes de Salud y Género AC, permitiendo la compartición de conocimientos, además de fortalecer procesos de organización e incrementar la conciencia del derecho a la salud intercultural.

El Encuentro logró la participación de médicos tradicionales, jóvenes, profesores y estudiantes de las comunidades de Amealco provenientes de las localidades de Yosphí, La Concepción, San Ildefonso, San Pedro Tenango, Mesillas, El Rincón, Saucito y Querétaro. Los participantes oscilaban entre los 18 y los 60 años, hablantes de hñãhño y español, la mayoría los originarios y habitantes de las comunidades de Amealco.

Los principales temas abordados nos permitieron conocer las condiciones de la MT para el contexto hñãhño, rescatando el sentido, las necesidades y las posibilidades que se tienen para construir procesos de salud intercultural que reconozcan desde la horizontalidad los saberes de médicos tradicionales.

El carácter colaborativo del Encuentro identificó como primera necesidad tener en cuenta las distintas voces de los actores involucrados. El diseño de ejecución implicó reuniones de planeación y seguimiento, además de visitas periódicas con quienes asistieron al Encuentro, como grupos organizados

trabajando el tema de MT en la zona de Amealco, estudiantes de IIÑ, líderes comunitarios, autoridades en la administración pública e integrantes de organizaciones civiles.

Para iniciar este proceso se presentó la iniciativa a los distintos actores para identificar el interés y la forma de participación, además de diseñar estrategias que permitieran alcanzar los objetivos. Al transcurrir los días y el contacto con los interlocutores la propuesta inicial se fue transformando, finalmente se decidió que la convocatoria se extendería sólo a habitantes del municipio de Amealco que se relacionaran con el tema de MT para escuchar y fortalecer los procesos internos. Este acuerdo se estableció debido a las resistencias que se mostraron durante la gestión. Resistencias resultantes de los procesos externos de intervención traducidos en el despojo de saberes y desconfianza.

El proyecto de aplicabilidad se construye en distintos momentos:

- *Gestión.* La solicitud de espacios con autoridades locales y comunitarias implicó un ejercicio de presentación, explicación e invitación al proyecto con directivos escolares, regiduría indígena y delegado municipal.
- *Convocatoria al Encuentro.* Difusión e invitación a especialistas locales, grupos interesados en el tema y líderes comunitarios.
- *Encuentro de Medicina Tradicional y Salud Intercultural.* Tuvo lugar el 26 de agosto de 2017 en las instalaciones del IIÑ. Los anfitriones pertenecen a la localidad de San Idefonso Tultepec. La dinámica consistió en el intercambio entre especialistas y asistentes, donde especialistas compartieron sus sentires sobre el significado de ser médica y médico tradicional, los retos que enfrentan y las posibilidades de continuar sanando.
- *Sistematizar de la experiencia.* Recuperar camino que se siguió para la organización del Encuentro y las distintas voces de quienes fueron parte del proyecto.
- *Entrega de resultados.* Regresar a la comunidad y entregar los resultados de la sistematización como contribución para analizar el contexto y las posibilidades.

Los Encuentros de Medicina Tradicional y Salud Intercultural son una manera de promover los derechos de los pueblos indígenas, en particular el artículo 44 de la Ley de Derechos y Cultura de los Pueblos Indígenas y Comunidades Indígenas del Estado de Querétaro (2011), que dice: “Las comunidades indígenas tienen derecho a la utilización de la medicina tradicional y a utilización de la herbolaria, para uso medicinal y ritual” (p. 50).

Este ejercicio se realizó en las instalaciones del IIN. Con la ayuda de algunas estudiantes interesadas en la MT se gestionó el espacio. Para iniciar el Encuentro se realizó un ritual de bienvenida dirigido por compañeras de San Ildefonso. Se prendió el sahumador con ocote y carbón, ya prendido se colocó en su interior el copal,²⁸ y la hierbera Francisca se dispuso a sahumar el espacio. Al inicio del taller-foro los participantes nos colocamos en círculo, mientras Francisca dirigía el sahumero hacia los cuatro puntos cardinales para pedir permiso y bendecir la jornada de trabajo. El olor y la medicina del copal fueron compartidos con cada integrante del círculo.

A la par que se recorría el sahumero, se efectuó la presentación, cada asistente manifestó su interés en participar y el significado de la MT en la vida cotidiana. Al finalizar su presentación se les entregaba un collar de dulces que representaba la ofrenda de bienvenida por parte de los anfitriones. Durante el ejercicio los participantes hicieron referencias a la importancia de la MT para su cultura, la necesidad de cuidar la salud y los lazos afectivos que los vinculan y familiares que los vinculan con la MT.

Al terminar la presentación se abrió el foro para escuchar a las parteras, hueseros y curanderos sobre sus experiencias como médicas y médicos

28 “La literatura de la Nueva España abunda en la descripción de innumerables actos, principalmente religiosos, donde era indispensable el uso del copal o incienso en este país, como resina blanca o en sahumero para reverenciar a las deidades que representaban la tierra, el sol, las montañas donde hace la lluvia, las plantas, la fertilidad, etc. [...] Pero no sólo se usaba el copal en los ritos religiosos, también se consumía para solemnizar, conmemorar, bendecir y sacralizar distintos eventos cotidianos y ocasiones de importancia para la población, familia o la persona” (Monúfar, 2007, p. 29).

tradicionales. Los temas generales que abordamos durante el taller-foro²⁹ fueron: las dificultades de su quehacer como médicas y médicos, así como los retos y posibilidades de la MT. Los espacios de coincidencia resultantes del ejercicio representan el llamado a la comunidad, instituciones y población en general para atender los retos y necesidades de la medicina tradicional: rescatar, revalorar y compartir el conocimiento ancestral. Los elementos de este intercambio serán compartidos en el siguiente capítulo.

4. Las interlocutoras

La parte más compleja y nutrida de la investigación se construye en el ejercicio de intercambio de experiencias con las y los interlocutores, mirar con detalle a los actores nos acerca a la comprensión de las estructuras significativas que Geertz (1973) menciona. Este apartado describe, en términos culturales, a quienes formaron parte de este proceso, la descripción de las y los interlocutores con quien se estableció mayor contacto durante la investigación, algunos nombres se han cambiado por petición de las y los interlocutores.

María Lucía Blas Pascual, mujer indígena de 27 años, originaria de San Ildefonso, del barrio de Tenasdá y egresada del IIÑ. Desde temprana edad Lucía se vinculó con actividades comunitarias, sobre todo a través de la religión, pues igual que muchos niños de San Ildefonso su educación formal fue impartida por las religiosas encargadas del albergue. Con mayor edad Lucía decide estudiar en la licenciatura en Emprendimientos de Económicas Solidarias en el IIÑ y de esta manera se va vinculando con otras organizaciones locales, como Salud y Género AC, CREASOL, compañías de teatro comunitario e instituciones gubernamentales (como CDI, por mencionar alguna). El intercambio fortaleció su proceso de formación como promotora comunitaria en temas de salud sexual y reproductiva, prevención de violencia de género, así como del rescate y fortalecimiento de la cultura hñähño. Lucía se ha desempeñado como promotora, tallerista, docente del IIÑ, coordinadora de un grupo de un teatro comunitario, gestora de proyectos productivos, además ser mamá de tiempo completo. Su experiencia y la destreza

²⁹ En anexos se adjunta la carta descriptiva del taller.

con la que asume una identidad y se coloca en varios sitios para realizar gestiones es motivadora, sin embargo, cabe señalar que el camino recorrido no ha sido sencillo.

Actualmente su interés está en el teatro comunitario, en los procesos de curación y de MT. Como parte de su interés en la MT, Lucía es parte de un grupo de mujeres que se están capacitando en la elaboración de tinturas, jarabes, pomadas y tés medicinales que curan los malestares más comunes de la comunidad (espanto, estrés, diabetes, dolor de estómago): “En estos días tuvimos una capacitación con la doctora, enfermera o no sé qué sea de UAQ” (Comunicación personal, 25 de enero de 2018).

La medicina elaborada por el grupo de mujeres se presentó y promovió durante el Festival de la Muñeca, en noviembre de 2017. La intención es registrar la marca de los productos para poder distribuirlos en otros espacios y proteger el conocimiento local: “Hacemos la recolección y nosotras sólo utilizamos plantas de la región” (Comunicación personal, 25 de enero de 2018). Lucía se interesó en la curación a raíz de un curso sobre fitoterapia que tomó durante la licenciatura, comenzó a utilizar la medicina de las plantas para su consumo personal, posteriormente con el nacimiento de hija se acercó a su tía materna, quien le compartió algunos saberes sobre plantas y tratamientos para el empacho y el susto y ella a su vez comenzó a aplicar este conocimiento con las hijas e hijos de sus compañeras: “Cuando estaba en Querétaro curaba de espanto y de empacho a los chamaquillos, les decía cómo se curaba, y qué tenían que hacer, sólo en la plática les decía cómo y me los traían” (Comunicación personal, 25 de enero de 2018). Actualmente Lucía forma parte del grupo comunitario de mujeres de San Ildefonso, su interés específico en este puesto es la especialización en la partería.

Ma. Casimira González Albino, “Camila”, mujer indígena de 100 años, originaria de San Ildefonso, del barrio de Tenasdá, partera, hablante de hñähñu. Nació en 1918 y creció cerca de cerro del Tepozán. Durante su infancia la asistencia médica no existía, los partos eran atendidos en casa. Fue su madre, Juanita Albino Bartola, de quien aprendió a acomodarse los bebés: “Mi difunto esposo, que descanse en gloria, me dijo ‘¿cómo ves que traiga a una persona

para ver cómo éstas?', se fue por ahí a buscar, regresó y me dijo que cobraba 25 por venir, entonces como yo había visto a mi mamá cuando estaba cargado, se movía para acomodarlo y ya salía el niño, entonces me ayudó mi cuñado deteniéndome el pecho para tener fuerza y ya se chispó la muchacha, bajó la bebé, después del primero ya nadie me ayudó; como el primero no me dolió nada, estaba chiquita la bebé, ahora la gente tiene la panza bien grande" (Comunicación personal, 3 de junio de 2017). De los ocho hijos e hijas que concibió Camila, siete fueron recibidos por ella.

Camila es reconocida por los habitantes oriundos de San Ildefonso, como la partera más longeva y de gran experiencia. Quienes la visitan provienen de Amealco, San Juan del Río, Querétaro y Aculco. La medicina que proporciona, además de la partería, es curar el susto, hacer limpias, acomodar los huesos y recetar plantas para los malestares comunes sencillos, como aire o empacho. Además de la sanación, se dedicó al bordado, a hacer servilletas, fajas de lana y ponchos para el frío. La habilidad de bordado fue transmitida a sus hijas e hijos, uno de los hijos menores actualmente se dedica al bordado y tiene un negocio próspero.

Hasta hace seis años Camila aún visitaba las casas de las mujeres de los barrios de San Ilde para ayudarlas en el trabajo de parto, desafortunadamente su visión ha disminuido, por esta razón los traslados fuera de su parcela son complicados. Su visión disminuyó por la edad, también por un aire que le dio cuando "La señora visitó a mi mamá aquí en la casa, la revisó y le dijo que volviera cuando empezaran los dolores, la señora no hizo caso y le agarró el bebé a medio camino y mi mamá la atendió al aire libre, ese día agarró un aire y fue que perdió la visión del ojo derecho" (Comunicación personal, 3 de julio de 2017). En este momento ya no atiende partos, pero sí acompaña a las mujeres que la buscan durante el embarazo y acomoda a los niños.

La figura de conocimiento que ella representa no sólo es reconocida por los miembros de la comunidad, también es referente para los agentes externos que buscamos establecer interlocución para conocer y revalorar la cosmovisión hñähño. Lydia Van de Fliert, Ewald Ferdinand Rufolf Hekking y Valentina Serrano

son algunos de los investigadores que ocupan un espacio en los relatos cotidianos de Camila y sus familiares.

Alicia Pérez González, mujer indígena de 67 años, originaria de San Ildefonso, hablante de hñähñu y madre de tres hijas. Alicia ha salido y regresado de San Ilde varias veces, los sitios donde más tiempo ha pasado son el Estado de México y Estados Unidos, casi siempre por trabajo: “Yo les dije a mis hijas ‘si ustedes quieren, yo les voy a ayudar a estudiar’” (Comunicación personal, 3 de julio de 2017). Tiene experiencia trabajando en oficinas y fábricas. Actualmente está al cuidado de Camila, su madre. Como hija de una partera, el acercamiento con la MT fue inevitable y aunque sabe de plantas y algunas prácticas curativas, como sacar el susto, aunque no se identifica como médica tradicional: “No, pues, yo no curo a las personas, pero mi mamá sí y por lo regular yo veo qué les da ella y entonces como ella ya no ve, voy a buscar las plantas, me dice qué y cuánto, y ya ella se los da a las personas y así, pero por lo regular ella es la que cura, ella es la que tiene el Don, yo conozco las plantas y sé para qué sirven, pero no ejerzo el Don” (Comunicación personal, 3 de julio de 2017).

Ángela Quirino Miguel, mujer indígena de 48 años, originaria de San Ildefonso y habitante de El Rincón, hablante y traductora del hñähñu, técnica asistente de una casa de salud, partera en la comunidad y partera en el CESSA. Ángela se ha dedicado a trabajar en el espacio comunitario y a reivindicar la cultura otomí, el intercambio con instituciones gubernamentales es una constante para ella. Como encargada de la Casa de Salud en el barrio de El Rincón, fue capacitada por SSA en principios básicos del sistema biomédico para dar primeros auxilios, facilitar tratamientos en enfermedades más comunes, como respiratorias e intestinales, y organizar a la comunidad al recibir campañas de vacunación. Actualmente, con la construcción de carreteras se facilita el desplazamiento a los centros de salud, sin embargo, el dispensario de medicamentos continúa activo. Como traductora fue capacitada por el CDI para asistir a juicios con población hablante del hñähñu.

Sobre el ejercicio de partería, Ángela aprendió mirando a su abuela y a su madre, aunque ella sabía realizar algunas prácticas curativas, no lo hacía por no

sentirse confiada de los conocimientos y de su Don, fue hasta su primer parto que se decidió y se sintió segura para poder compartirlo con los demás. Como partera en el CESSA Ángela ingresó desde su apertura en 2013 y participó en el proceso de selección desde 2011: “A nosotras nos buscaron en todo San Ilde, fueron un equipo de antropólogos, la capacitación fue más o menos de un año y medio, entramos como 200 y nos quedamos como 15” (Comunicación personal, 22 de julio de 2017). Continúa participando en el CESSA durante el horario nocturno tres veces por semana.

Roberta, mujer indígena de 70 años, originaria de San Ildefonso y habitante de Cuisillo, hablante del hñähñu, partera y curandera de comunidad. Ella aprendió prácticas curativas por la herencia de su suegro, él fue quien le explicó de plantas y qué cosas se tenían que hacer después del parto: “Después del parto la costumbre es quemar la placenta, si no, el niño se enferma o se infecta” (Comunicación personal, 23 de julio de 2017). Durante algunas conversaciones con Roberta, una de sus hijas nos acompañaba con la intención de traducir sus palabras, debido a que su lengua principal es el hñähñu. Las prácticas curativas de Roberta hacen mayor referencia a elementos de la naturaleza: “Le estaba bajando la sangre, yo le digo agua” (Comunicación personal, 22 de julio de 2017). Por ejemplo, en el ritual de petición de fertilidad hace uso del copal y de plumas de pájaro. Además de atender partos en la comunidad y recetar tratamientos, Roberta viaja a Querétaro los jueves por la mañana y permanece hasta el domingo para vender los bordados que elaboran sus hijas en casa.

Francisca, mujer indígena de 51 años, originaria de San Ildefonso y habitante de La Loma, hablante del hñähñu, hierbera y artesana. Sabe de plantas y cómo utilizarlas para curar algunos padecimientos relacionados con las temporadas climáticas, frío y calor. Los saberes que posee los aplica en su contexto familiar. Francisca se dedica a elaborar bordados, criar borregos, sembrar maíz, cuidar a su nieto y a sus tres hijos. Las experiencias familiares que recuperamos de la vida de Francisca representan las tensiones entre el sistema biomédico y las prácticas de MT, estas tensiones se presentan durante el proceso

de enfermedad-atención de una de sus hijas, las causas de enfermedad y los modos de atención se viven de diferente manera en la comunidad y en el hospital.

Además de las interlocutoras descritas ya descritas, otros actores que formaron parte de la investigación fueron: Pedro, el temazcalero; Guillermo, el traductor; Engracia, la hierbera; Atanacio, el huesero; Anselmo, el curandero; Francisca, la hierbera; Francisca, la partera; Juliana, la huesera, y médicas y médicos del CESSA y del Centro de Salud de San Ildefonso. También a algunas autoridades comunitarias como la regidora indígena, el coordinador del IIN y el delegado de San Ildefonso.

CAPÍTULO IV. SANAR EL TERRITORIO ÑÑÑHO

El presente capítulo contiene tres apartados, que tratarán acerca de los siguientes puntos: 1) la descripción de los procesos de salud-enfermedad-atención para los y las médicas tradicionales en la comunidad, 2) la perspectiva de las de las instituciones de salud pública frente a la MT y la implementación de políticas y 3) el análisis de las tensiones entre el sistema de salud biomédico y las prácticas curativas en la comunidad.

El primer apartado define el sentido de la MT desde las voces locales: recupera la especialización en áreas de sanación, enfermedades más comunes, modos de atención, transmisión de conocimientos, uso medicinal de las plantas y reconocimiento de médicas tradicionales frente a la comunidad.

El segundo apartado expone el sentido de interculturalidad para el sistema de salud y su incorporación en programas locales. Describe las principales características del Centro de Salud con Servicios Ampliados, con área de MT, modos de atención y la vinculación entre la MT y el sistema biomédico.

El tercer apartado expone las tensiones que entre el sistema biomédico y la MT, tomando como ejemplo una narrativa de enfermedad. En ella, se transmite las implicaciones de ser una mujer indígena hñähñu en un sistema hospitalario.

1. Medicina tradicional. Las concepciones sobre la MT en la comunidad

Esta sección recupera las experiencias de quienes brindan la medicina, explica las enfermedades más frecuentes y la relación que existe entre la salud-enfermedad-atención y naturaleza. La atención desde lo tradicional se relaciona con la cercanía y el acompañamiento que los médicos tradicionales brindan a sus pacientes: “Una partera está con ella en su momento: animándole, dándole masaje, como que una la acaricia, la chulea y así ya no se siente tanto el dolor, como cuando se están con los médicos” (Comunicación personal, 26 de agosto 2017).

Para los médicos tradicionales generar cercanía con quien se atiende involucra un nivel afectivo, además de ocuparse de la enfermedad y el malestar físico se ocupa de recobrar la salud y atender las emociones. En este sentido, la atención desde el área tradicional se asocia con la completitud en el tratamiento.

La constancia en el tratamiento da continuidad a la relación entre la MT y el paciente, construye cercanía y la posibilidad de relaciones afectivas: “Yo les digo a mis pacientes, si quiera regresen por segunda ocasión para que me avisen que ya están mejor y no me quede con el pendiente” (Comunicación personal, 26 de agosto de 2017). Recuperar la salud no es un hecho individual, está vinculado con las relaciones comunitarias y los afectos que producen.

Las atenciones principales consisten en ayudar a las mujeres con sus problemas de concepción, acomodar bebés y acompañar en el momento del nacimiento, controlar y prevenir abortos, acomodar matriz y ovarios, desaparecer tumores en cuello y cabeza, sacar el aire de espalda y pecho, limpiar el pulmón pegado, curar de espanto, regresar la tripa a su lugar, aliviar la calentura, eliminar la falta de sueño, curar de alcoholismo y acomodar huesos.

Las técnicas que utilizan son el masaje, barridas o limpias, protecciones y chupar el susto. Algunos materiales para estos procesos son el preparado de plantas, huevo, aceite, velas, plumas y copal; además se utilizan elementos textiles, como vendas, fajas y cobijas.

En San Ildefonso quienes realizan prácticas curativas se identifican a sí mismas como parteras, hierberas, hueseras y curanderos, no como médicos tradicionales, este término se integra al imaginario colectivo a partir de procesos externos relacionados con capacitación y proyectos productivos. Sólo a aquellas y aquellos que han tenido acercamiento con instituciones de salud pública o programas específicamente para población indígena les es familiar el término médica o médico tradicional, sin embargo, para efectos prácticos de esta investigación serán nombrados como médicas y médicos tradicionales.

Ser partera en la comunidad

El ejercicio de la partería es considerado como el conocimiento máximo en el espacio comunitario, quienes poseen el Don son capaces de realizar distintas prácticas curativas, conocen de plantas, saben sobre los tiempos de la naturaleza y están en constante contacto con divinidades que les permiten compartir la medicina. Si pensáramos en la MT desde una posición jerárquica, sin duda las parteras ocuparían la cumbre.

La partería es exclusiva de las mujeres, primero porque el conocimiento surge a partir de la experiencia propia de la maternidad y segundo por son las mujeres quienes acompañan a otras mujeres; la división sexual del trabajo que enmarca los roles de género y posiciona a las mujeres en el ámbito de lo privado y de los cuidados.

La participación masculina durante el parto en comunidad se ve representada en las parejas afectivas de la parturienta. El varón tiene la misión de brindar su ayuda en caso de tener que sostener a la mujer; se abraza por la espalda a ella, colocando las extremidades dejado del busto: “A veces las tienes que detener con fuerza para que salga y no se le caiga toda la sangre a la mujer” (Comunicación personal, 3 de julio de 2017).



Figura 9. Camila González, partera con 70 años de experiencia, 2017.

Fuente: Acervo personal.

Las situaciones más comunes que atiende y sanan las **parteras** son los dolores durante el periodo menstrual, la dificultad de lograr embarazos con buen término, subir la matriz y los ovarios, acomodar a los bebés para que desarrollen y crezcan con comodidad durante la gestación y así prepararlos para el nacimiento, dar masajes y reducir la incomodidad de las gestantes y por supuesto acompañar a las mujeres durante el parto: “El otro día llegó una muchacha que no podía quedar embarazada, ya había tenido intentos y nada. La mandé por unas plantas,

le preparé un té, le pedimos que se pusiera de pie y debajo de la falda le pusimos copal y plumas. Después de eso ya pudo tener chamaquitos” (Comunicación personal, 23 de julio de 2017).

La concepción para la cosmovisión hñähñu tiene muchísima relevancia, dar vida es algo fundamental. Durante una de las visitas a campo, la hija de una partera hablaba sobre su vida y los obstáculos presentes en ella, me preguntó sobre mi edad y cuándo pensaba convertirme en madre: “De nada sirve ser reconocido por el mundo si no se llega a dar vida, es como el tejocote, ya soltó hueso, y mira, en esas cubetas crecieron más tejocotes, y así se va procurando la vida. Es como nosotros los otomíes, tenemos que continuar dando vida para mantenernos en nuestro territorio, porque si ya nadie quiere, pues esto se queda sin nosotros y llegarán otros, pero ya no serán indígenas” (Comunicación personal, 20 de junio de 2017).

Ser curandera en la comunidad

El ejercicio de ser **curandero** es ocupado por mujeres y hombres, este trabajo se relaciona con afectaciones intencionadas, así la enfermedad surge de manera inesperada y sin ninguna explicación: “A veces las personas no saben por qué comienzan a tomar, sólo lo hacen y se sienten mal, entonces me vienen a ver y los comienzo a tratar, me doy cuenta que es algo que le provocaron, lo trabajo y se logra curar. Una persona que curé después me volvió buscar y me contó que se sentía mal porque ahora su vecino tenía problemas, yo acomodo lo que está mal y siempre se regresa de donde salió” (Comunicación personal, 14 de agosto de 2017).

En la experiencia de los habitantes el mal intencionado proviene de la propia comunidad, es algún integrante que le desea el mal a otro. Aunque el enfermo recupere la salud es importante sanar los lazos comunitarios para regresar al equilibrio.

Los curanderos diagnostican enfermedades que son identificadas por el sistema biomédico como cáncer, alcoholismo asociado a la cirrosis, o anemia. La principal razón de buscar la atención de un curandero es por no encontrar una

explicación. Los curanderos además de identificar de dónde surge la mala intención que se traduce en enfermedad, realizan protecciones, limpiezas y pueden curar de espanto. En algunas zonas de Amealco los curanderos son muy buscados por pacientes de otras poblaciones: San Juan del Río, Querétaro o Estado de México, su popularidad depende de la acreditación de la comunidad.

Ser huesera en la comunidad

Las y los **hueseros** acomodan las articulaciones fuera de lugar y calman los dolores intensos de músculos y huesos. La manera de curar es sobando el hueso con pomadas, se va tocando y el mismo contacto indica en qué sentido se debe dar el tirón para acomodar el hueso, los implementos que utilizan para el tratamiento son pomadas, vendas y ventosas para sacar el aire guardado en las articulaciones.

La fabricación de las pomadas es cada vez menos frecuente, puesto que la práctica de recolección de plantas y procesamiento implica dedicar mayor tiempo y las horas del día se van dividiendo en más y más actividades. Las pomadas no son elaboradas por la huesera: “Es más rápido comprarlo en la tienda” (Comunicación personal, 14 de agosto de 2017).

Generalmente quienes se dedican a curar no lo hacen como una actividad exclusiva; sobre todo en el caso de las mujeres que además de sanar, trabajan en la siembra, producen algún tipo de artesanía, realizan trabajo doméstico y cuidan hijos, nietos y animales.

La atención se brinda a personas de todas las edades; por ejemplo, las niñas y niños se lastiman por descuidos al jugar. Otro grupo de atención son los varones, los jóvenes, dedicados al área de la construcción, sufren lesiones debido al esfuerzo físico y las condiciones laborales, y los varones adultos sufren golpes y torceduras a causa del alcoholismo: “Mi hijo es albañil y se acomoda unas chingas, cuando mi esposo vivía era alcohólico y se lastimaba por las caídas” (Comunicación personal, 14 de agosto de 2017). Las mujeres asisten por caídas o golpes que reciben por parte de sus esposos e hijos.

Ser atendido por una huesera nos permite mirar algunas situaciones de desequilibrio que dan pie a la enfermedad como una consecuencia de la violencia de género, el alcoholismo o condiciones socioeconómicas que expulsan a los jóvenes de su contexto para trabajar en condiciones que desgastan sus cuerpos.

Procesos de salud-enfermedad-atención en la comunidad

La enfermedad se produce cuando sucede algo que impacta de manera negativa en la cotidianidad de los individuos y produce desequilibrio. Cuando un adulto enferma de gravedad, incluso hasta morir, se asocia con un mal intencional: “Yo ayudo a la gente, hay gente que te toma que eres buena y otra que eres mala [...] me enfermé porque a mí me hicieron daño, pensaron que era cáncer, pero en realidad tenía aire [...] después vinieron a pedirme disculpas por lo que habían hecho” (Comunicación personal, 26 de agosto de 2017).

Conservar o perder la salud se vincula con los deseos que se emiten por parte de los integrantes de la comunidad. Cuando se está en riesgo por una enfermedad direccionada, los animales que guardan cercanía con la persona afectada son los primeros receptores: “El primero es saber sobre el accidente de mi hija fue su conejo, se fue enfermando; cuando supimos del accidente no lo encontramos” (Comunicación personal, 12 de septiembre de 2017). Aquel ser vivo no humano percibe primero el desequilibrio, la enfermedad.

Para el caso de las niñas y niños la enfermedad se presenta debido a algún sobresalto en la vida cotidiana: golpes, regaños y sueños, en este caso lo más común es curar de espanto. Cuando un infante se espanta el sobresalto trae como consecuencia que el alma salga del cuerpo, quedando incompleto; al curar de espanto se regresa el espíritu al cuerpo, entonces el infante recupera el apetito, el ánimo y la alegría.

Existen diferentes métodos para realizar esta práctica curativa: chupar el pecho para extraer el mal, un baño de agua caliente con la hierba del burro o sobarlo con aceites y exponerlo al sol. Para que cualquiera de los tratamientos funcione es necesario repetir el procedimiento hasta que el infante mejore; la

constancia en el tratamiento es parte de la completitud como práctica comunitaria de salud.

En el caso de sobar y exponer al sol, se ve representado el papel de la naturaleza frente a la enfermedad y la ritualidad; la partera utiliza aceites que unta sobre el cuerpo desnudo de niño, además de sobar realiza oraciones que buscan tranquilizarlo, le repite al oído: “Que todo lo que has vivido, sentido o soñado se aleje” (Comunicación personal, 22 de julio de 2017). Posterior a sobar y a la oración realizan una invocación colocándose detrás de la cabeza del niño y repitiendo su nombre varias veces, con la intención de reunir la parte que salió de su cuerpo, después se tapa el cuerpo del infante con una cobija y se deja recostado al aire libre hasta que el aceite se evapore. El procedimiento se realiza un día caluroso para que sol se lleve la enfermedad.

En el marco de la MT, la enfermedad del individuo no se puede mira en sí misma; los animales, las plantas, incluso los deseos de quienes son parte de la comunidad participan en el proceso de salud-enfermedad-atención. Por lo tanto, la atención no puede ser enfocada exclusivamente en el paciente, es necesario contemplar el contexto que le rodea y determinar las causas de la enfermedad y su tratamiento.

Al generar el diagnóstico, quienes ejercer el oficio de sanación utilizan elementos externos al individuo y observan su reacción; por ejemplo, si se pega la planta al pecho entonces tendrá aire, si se hunde la mano entre los huesos entonces la cadera está abierta, si cuerpo chupa el alcohol entonces el veredicto es espanto. La enfermedad y la curación no están aisladas, el diagnóstico y las formas de atención se realizan a la par.

Existen otros métodos para identificar si las enfermedades son “de hospital”,³⁰ algunos curanderos hacen uso de las cartas, los números les indican si es un aire³¹ que ellos puedan atender o si es necesario visitar al médico de hospital: “Se mira en las cartas y los números dicen” (Comunicación personal, 26 de agosto 2017). Otros diagnostican a través de sueños o visiones. Las visiones

30 Las enfermedades “de hospital” se refieren a cirugías, cáncer.

31 El aire mal atendido tiene efectos similares al cáncer.

guían sus manos al sobar, ubicando la enfermedad, y los sueños indican los elementos para curar, como plantas, cuarzos u oraciones.

Los saberes que poseen las y los médicos tradicionales están asociados con dos elementos: la transmisión de conocimientos como herencia familiar aprendida por medio de la observación y poseer el Don, otorgado por designio divino. Esta asignación sólo se manifiesta en aquellas personas dispuestas a utilizarlo en favor de la comunidad. El Don se manifiesta en marcas de nacimiento, sueños recurrentes o eventos que colocan a las personas entre la vida y la muerte.

Sobre las marcas de nacimiento, se habla de símbolos en las extremidades del cuerpo, por ejemplo, cruces formadas en la palma de las manos y pies: “Mi hijo nació con las manos unidas por el cordón umbilical, en forma de rezo” (Comunicación personal, 22 de agosto de 2017). También existe una señal del Don cuando se nace de manera distinta.

Los sueños representan el puente entre lo que se sabe y lo que se intuye, son la conexión con aquello que no se asume y no se puede mirar desde la conciencia y la lógica científicas: “Los sueños me lo indicaron, no dejé de soñar con lo mismo hasta que me puse a curar” (Comunicación personal, 22 de agosto de 2017). Los sueños de sanación se repiten hasta que el Don es asumido por el médico tradicional, en algunas ocasiones relatan estar cansadas de dedicar su vida a la sanación, sin embargo, regresan a su labor, ya sea por la insistencia desde el plano de los sueños o por las necesidades en el plano comunitario.

Sobre la vida y muerte se hace referencia a algún familiar cercano: “Yo lo descubrí después de que falleció mi niña, es como si alguien se paró enfrente de mí y me dijo tienes que hacer esto” (Comunicación personal, 26 de agosto 2017). O de la propia muerte cuando ocurre algún evento relacionado con la naturaleza, por ejemplo, sobrevivir a la descarga de un rayo. También existen casos donde se descubre la capacidad de sanar frente a un evento en el cual no existe otra posibilidad más que actuar, por ejemplo, la huesera de Tenasdá cuando a su nieta se le dislocó en brazo y no había nadie más para atenderla.

El Don es parte de las y los médicos tradicionales y ha sido otorgado por un ser superior que identifican como Dios. Si bien, el conocimiento se puede compartir y otros pueden aplicarlo, el Don es algo que no se transfiere, las personas lo poseen por designio divino y es su responsabilidad utilizarlo en función del bien: “Es un bien social que se comparte con la comunidad (Comunicación personal, 22 de agosto de 2017).

La figura de Dios, la Virgen y santos es fundamental en el proceso de sanación: “Sentía que no podía curar del espanto si no tenía una imagen a algo así, y pues ya, digo, todavía no le daba importancia hasta hace poco que ya me metí, hasta hace poco empezamos a hablar entre las compañeras y acordamos que para curar tiene que ser algo religioso y tiene que haber un ritual para hacer ciertas curaciones” (Comunicación personal, 25 de enero de 2018). La atención en casa o en espacios privados³² se reviste de imágenes religiosas. Durante la práctica curativa se hace referencia a la fuerza de la divinidad: “Mi mamá sí sabe, pero dice que le da miedo, qué tal que lastima a alguien, yo le digo ‘¿por qué miedo?’, sólo tiene que encomendarse a Dios” (Comunicación personal, 22 de agosto de 2017). Siempre se encomiendan a un ser supremo para sanar. Dios es quien otorga el Don y los conocimientos necesarios para sanar.

Las y los médicos tradicionales van descubriendo sus habilidades para sanar desde la infancia, la cercanía con el conocimiento de la medicina queda manifiesto en los juegos y es adquirida por el contacto con personas de edad, generalmente sus las abuelas³³ y abuelos: “Yo crecí con mi abuelo, que me enseñaba de las plantas mientras cuidábamos las vacas y mi mamá sí sabía de partería” (Comunicación personal, 3 de marzo de 2017). Posterior a los juegos de infancia, y con el curso socialmente establecido, vendrá la gestación y después la crianza de hijos y también de nietos.

32 Establecemos la distinción entre consultorios privados y públicos, pues algunas médicas atienden en sus casas y en el CESSA.

33 Debido a la temporalidad, las abuelas de las pateras con quienes se trabajó nacieron entre 1940 y 1960, cuando el sistema de salud era más lejano y la posibilidad de parto era en casa.

Con la llegada de los embarazos las médicas buscaron atender en casa el nacimiento, al menos de los primeros hijos, además de monitorear el crecimiento y acomodo del bebé con alguna partera de la comunidad. Finalmente, con la llegada de las y los hijos se busca realizar prácticas curativas en casa para atender los malestares más comunes, ya sea por la cercanía con estos saberes ancestrales, por las implicaciones económicas de asistir a algún Centro de Salud³⁴ o por las diferencias culturales que pueden provocar tensiones en el servicio.

Además de y construir la ejercerlo, la conocimiento de fundamental, este realiza a través de empírea.

Observar a utilizar las plantas saber el momento cantidad del conocimiento no se un recetario, los cantidades

quién se trata, de en como se llevó a

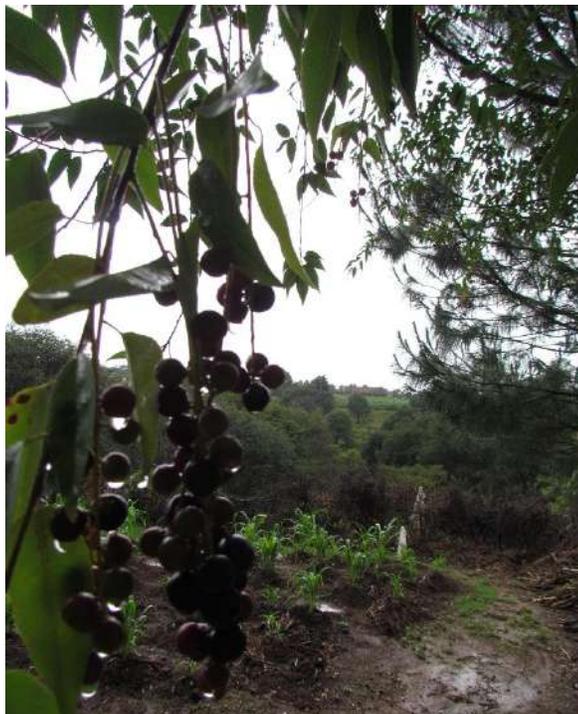


Figura 10. Planta medicina, 2017. Fuente: Acervo personal.

recolección de la planta, además de la guía de una divinidad para sanar.

descubrir el Don seguridad de transmisión de los mayores es ejercicio se la oralidad y la

sus abuelas les ha permitido justo y la remedio. El transmite como tiempos y las dependen de a la forma y tiempo cabo la

En este sentido, la temporalidad es importante, saber qué medicina contienen las plantas es común para la vida cotidiana de San Ildefonso, sin

³⁴ Da acuerdo con el INEGI (2015), el Seguro Popular cubre 90.7% de la población de Amealco, sin embargo, los costos de traslado y los horarios de atención no empatan con las actividades cotidianas.

embargo, el tiempo exacto y la cantidad es algo que se obtiene a partir de la experiencia y gracias al Don. La medicina de las plantas tiene un sentido doble, puede incitar o detener, por eso es importante el saber el momento adecuado, se debe ser cuidadoso.

El conocimiento sobre las plantas puede resultar confuso, pues las y los médicos tradicionales reconocen el nombre, sin embargo, la traducción al español es distinta: “Si usted me dice qué tiene, yo le traigo la planta, pero no sé su nombre en español” (Comunicación personal, 26 de agosto de 2017). Esto debido a la transmisión de conocimientos como herencia de los mayores: “Yo hablaba con mi abuela puro otomí, ella no hablaba español” (Comunicación personal, 26 de agosto de 2017). Cuando los conocimientos de una médica de la comunidad son evaluados por un sistema de salud que no contempla su lengua, no se están logrando procesos de interculturalidad, sino que se está subordinando la construcción epistemológica del conocimiento indígena.

Las plantas, además de los elementos curativos, resguardan la ritualidad. Cuando el nombre de una planta se traduce al español cambia su sentido, por ejemplo, el thó en hñähñu significa “fuerza” y al traducirla es nombrada como “buena mujer”. El significado se transforma dependiendo la lengua en que se nombran y el sentido se transforma en la práctica curativa.

La recolección de las plantas tendrá que ser por las mañanas, pues con el aumento del sol la fuerza de las plantas disminuye y con ello sus efectos medicinales. Si bien las plantas poseen elementos curativos, son ellas quienes tienen que regalar sus efectos, para este fin es necesario hablarles y pedir su permiso, no todas las plantas se pueden ingerir, algunas sólo se pueden untar o ritualizar. Muchos de los habitantes de San Ildefonso conocen y consumen algunas plantas, sin embargo, para efectos de prácticas curativas es necesario tener mayor conocimiento, de lo contrario, el consumo podría resultar venenoso para el organismo.

Para la MT de San Ildefonso los ciclos naturales y las enfermedades guardan una relación, es común que las dolencias de aire se presenten en la

época más fría del año y durante la época más caliente³⁵ se sufra tos y calentura. La época más caliente es conocida como la canícula, durante ella las propiedades y efectos curativos de las plantas desaparecen, los animales son ponzoñosos y los efectos de sus picaduras son más severos y las plantas pierden sus efectos. Al terminar esta época adquieren nuevamente sus propiedades curativas. Para estos fines habrá que esperar la primera lluvia que limpiará todo y ahora sí volver a recolectar.



Figura 11. San Ildefonso El Rincón, 2017. Fuente: Acervo

personal.

Si bien actualmente se tiene mayor acceso a la medicina alópata,³⁶ el lugar común de sanación es la casa:³⁷ “En ese tiempo no había carro, y si se necesitaba ayuda médica se tenía que ir caminando hasta Aculco, no había trabajo, ni dinero” (Comunicación personal, 26 de agosto de 2017). En general, la población

35 La canícula es la temporada del año cuando hace más calor, va del 14 de julio al 14 de agosto.

36 La localidad de San Ildefonso Tultepec cuenta con un Centro de Salud.

reconoce las propiedades curativas de algunas plantas que encuentran creciendo en la milpa, en huertos domésticos o en los lugares comunes, como el cerro o la loma.

Cuando se llega a recurrir al sistema biomédico es para recuperarse con mayor rapidez, sin embargo, al momento de la recaída se busca la medicina de las plantas: “Mi niño se enferma bien seguido de la garganta, yo ya sé qué le tengo que dar árnica, menos cuando hace calor porque es una planta caliente y le puede hacer daño. Una vez que se me enfermó lo llevé al hospital y le pusieron unas inyecciones que no me lo curaron bien, nada más lo dejaron bien espantado, no quería ni comer, por eso cuando se pone malito de su garganta no lo llevo, ya sé qué darle” (Comunicación personal, 21 de julio de 2017). Lo anterior es un tratamiento común.

El conocimiento, resguardo y manejo de plantas medicinales ha representado una relación tensa entre el modelo biomédico y la comunidad de médicos tradicionales, debido a la prohibición de algunas plantas y el control sobre el manejo de los recursos herbolarios: “Tendrían que quemar todo el cerro y aun así volverían a retoñar y aun así nosotros las tenemos en nuestras casas” (Comunicación personal, 14 de junio de 2017). Durante los primeros acercamientos con las médicas y médicos tradicionales no hablan sobre el conocimiento y propiedades curativas de las plantas, pues es un tema sensible que ha traducido en vigilancia y amenazas por parte de las instituciones de salud pública.

A pesar esta prohibición, las plantas continúan utilizándose, aunque con cierto recelo y precaución, la desconfianza e incertidumbre se hacen presentes e impactan en la relación de las y los médicos con la comunidad, específicamente para la partería.

Si bien actualmente no se aseveran los conflictos por los recursos naturales, los habitantes de Amealco actualmente se están desarrollando

37 Salvador Pérez Ramírez (2010) argumenta que la MT se ubica primordialmente en los espacios rurales e indígenas, pues es el lugar donde radica la mayoría de los especialistas, además, por la falta de atención y de servicios de la medicina hegemónica.

reglamentos para proteger el agua, las plantas y el conocimiento que resguardan los bordados.

Para la partería se prohíben plantas que se utilizan desde antes que existiera el Centro de Salud, sin embargo, el regaño y las advertencias de no ser tratadas por una partera o no consumir ciertas hierbas es constante por parte de los médicos alópatas. La imagen de peligro y sospecha sobre la labor de las parteras ha generado un alejamiento de la población indígena a esta forma de atención: “Yo creo que sus maridos no las dejan” (Comunicación personal, 3 de julio de 2017).

Antes del Seguro Popular las mujeres asistían con la partera, actualmente las visitas a las parteras son para acomodar al bebé, los nacimientos ocurren en el CESSA de Amealco o el hospital en San Juan del Río, casi siempre en el área biomédica.

La MT y la comunidad

La MT es parte de la vida en San Ildefonso Tultepec y se sustenta en el ejercicio de la cotidianidad: “Haber escuchado el saber de una partera me hace feliz, ya que gracias a una partera yo estoy aquí, y muchos de nosotros también (refiriéndose a la comunidad) y quisiera aprender más sobre lo que ellas saben” (Comunicación personal, 26 de agosto de 2017). Además, esto reafirma la identidad y construye o fortalece el sentido de pertenencia.

Las prácticas curativas se van transformando con la implementación de recursos que ya no sólo responden a la lógica de lo tradicional, sino que incorporan elementos de la modernidad, como volver más eficiente el tiempo o lógicas del sistema biomédico. Lo tradicional y lo moderno combinan algunos elementos.

Las personas que busca ser atendidas por médicos tradicionales llegan a su encuentro por recomendaciones hechas de boca en boca, se puede encontrar personas originarias de El Rincón, Cuisillos, Tenasdá, Yosphí, La Concepción, San Pedro Tenango, Mesillas, El Saucito, Aculco, San Juan, México y Querétaro en busca de MT.

La disponibilidad de atención no está condicionada a un horario, de noche o de día se atiende al que solicita ayuda: “A veces ya no quiero curar en mi casa, los mando para el hospital, pero ya están acostumbrados a mí, más que nada llegan en la noche o con bebés y no los puedo regresar” (Comunicación personal, 3 de marzo de 2017). Las médicas relatan la imposibilidad de negar la atención: “Si una sabe cómo decir que no, aun cuando el trabajo en casa o fuera de ella es extenuante, continúan sanando a quienes llaman a su puerta”.

Al principio es común que las y los médicos tengan miedo de poner en práctica lo que saben, razón por la que sólo atienden a los familiares más cercanos. Con el tiempo van compartiendo su medicina y abriéndose a otras personas, mismas que las recomiendan con integrantes de la comunidad, y es así como se va dando a conocer e incrementando el reconocimiento a nivel comunitario.

Los habitantes de cada barrio reconocen quiénes son las y los médicos tradicionales de la zona, sus tratamientos y su eficacia. Los médicos se reconocen entre sí, identifican los saberes y las diferencias de procedimientos que llevan a cabo: “Tenemos diferentes formas, pero todos vamos a lo mismo” (Comunicación personal, 26 de agosto de 2017). Existe una especie de legitimidad y respeto entre médicas y médicos.

La contraparte del reconocimiento queda manifiesta en la desaprobación de los habitantes y la crítica a ciertos procedimientos: “Yo fui con él, que según me sacaría el aire y un dolor que tengo, pero nada, a mí me siguió doliendo” (Comunicación personal, 12 de agosto de 2018). Para el caso de los curanderos, las personas buscan vincularse con médicos de otras comunidades, pues en la atención de enfermedades de mal intencionado, es muy probable que la afectación surgiera de los mismos integrantes del barrio.³⁸

Además de servicio individual que otorgan médicas y médicos tradicionales, en las comunidades indígenas existen grupos que trabajan el tema de MT. Están

38 La composición territorial de San Ildefonso se establece por familias, por ejemplo, la Loma de los Blas se identifican así porque el apellido de todos coincide en esa zona.

integrados principalmente por médicas tradicionales³⁹ vinculadas con el proceso de conformación des CESSA, ya sea durante la selección o como parte del equipo inicial del Centro.

Esto ha construido diferentes discursos al interior de los grupos: quienes buscan vincularse con instituciones de gubernamentales para obtener recursos y trabajar a la par con ellos, y aquellos que ubican la MT como una práctica que tiene que ser impulsada por el Estado, pero desde la libertad de las comunidades, pues las formas distintas de concebir y atender la salud son distintas.⁴⁰

Los grupos organizados además de vincularse a la MT buscan capacitarse en: finanzas sanas, violencia de género, derechos humanos y educación para la paz, a través de ciertos liderazgos establecidos para obtener financiamiento de instituciones gubernamentales como el Instituto Queretano de las Mujeres (IQM), el CDI y la oficina de Culturas Populares de Querétaro.

Organización comunitaria y MT

Con la intención de conocer y considerar el contexto aplicamos un proyecto colaborativo. Tal como planteamos en el capítulo metodológico, la investigación se acompañó de un Encuentro de Medicina Tradicional y Salud Intercultural; los principales actores fueron médicas y médicos comunidades y habitantes de Amealco interesados en dialogar sobre los retos y las posibilidades de la MT.

El proceso de gestión y organización fue de seis meses, entre la primera vista y el día del evento. El nivel de interés de los actores involucrados fue cambiando, en ocasiones mostraban entusiasmo y realizaban propuestas para participar, después parecían dudar en asistir. Durante la organización se presentaron situaciones que dieron cuenta de los conflictos y alianzas entre distintos grupos indígenas de Amealco.

Cuando alguien externo a la comunidad busca vincularse, lo hace desde la vigilancia, debido a experiencias de despojo y saqueo por parte de gobierno,

39 Algunas jóvenes aún no son médicas tradicionales, pero están aprendiendo.

40 “Las formas de sanar son diferentes en la comunidad” (Comunicación personal, 14 de junio de 2017).

académicos y organizaciones civiles. Los liderazgos indígenas juegan un papel importante al delimitar quién es parte de la comunidad y quién no lo es: “Yo si soy desconfiada porque nos han robado mucho, llegan, sacan información y no regresan nada. Una vez llegó una señora a aprender de mi mamá que es partera, ella le enseñó, sacó libros y todo y aquí nada. ¿Quién sabe cuánto ganará con eso?” (Comunicación personal, 20 de julio de 2017).

Otro elemento de reflexión alrededor de la organización fueron las diferencias en la construcción del conocimiento entre la comunidad y los agentes externos, pues esta diferencia ha implicado la subordinación del conocimiento indígena: “Ahora resulta que nos quieren venir a enseñar a cortar hongos” (Comunicación personal, 20 de julio de 2017). Existen fuertes liderazgos que pugnan por el resguardo y el reconocimiento de los saberes propios. Al interior de esos liderazgos existen tensiones relacionadas con el reconocimiento de la etnicidad entre los habitantes de Amealco.

La percepción y la desconfianza sobre los agentes externos y las relaciones de poder entre distintos grupos de la comunidad representaron modificaciones y contratiempos en la organización del Encuentro. Dos semanas antes del evento se modificaron los acuerdos, esto implicó no contar con el espacio prestado previamente para el evento y retirar la invitación a ciertos grupos como condicionante para su realización.

A lo largo del trabajo de gestión se identificó el manejo de la identidad como una herramienta política, reflejada en liderazgos y grupos. Lo anterior permite el acceso a recursos, que si bien les permite trabajar también les condiciona, genera saturación de trabajo para los líderes comunitarios, construye tensiones entre los distintos grupos que trabajan el tema de MT y genera dependencia hacia las instituciones gubernamentales.

Sobre los resultados del Encuentro se rescatan las dificultades en el ejercicio de la MT:

- A pesar de la existencia de un marco legal⁴¹ que promueve la libertad de elegir entre la biomedicina y la MT y los centros de salud con perspectiva intercultural como CESSA, la figura institucional de médicos tradicionales es inexistente y se les coloca como un grupo subordinado. Sin una figura legal y legítima no es posible establecer horizontalidad entre el conocimiento empírico y el científico.
- La desigualdad ejercida por el sistema médico no se reconoce y se disfraza en los discursos de interculturalidad. Al no ser reconocida se naturaliza; además, la falta de legalidad complica la denuncia y la exigencia de derechos.
- Otro de los retos para construir procesos de interculturalidad en salud es la legua. En el espacio de salud no se considera este elemento, pues aun cuando se cuenta con un traductor en el CESSA, el sentido de nombrar las plantas en hñähñu o en español cambia el proceso y la eficacia en la atención.

Sobre los acuerdos construidos a partir del diálogo que permitió el Encuentro se identifican tres actores pertinentes para atender los retos y necesidades de la MT: la comunidad, las instituciones de salud pública y los usuarios originarios de comunidades indígenas.

Para la comunidad hñähñu se realiza un llamado a recatar la partería, que las parteras con mayor experiencia enseñen a las mujeres más jóvenes interesadas en valorar y preservar el conocimiento de la comunidad. Compartir conocimientos sobre herbolaria, acomodar bebés, mantear, saber identificar la frecuencia del bebé, saber para qué sirve cada planta y conocer los tiempos precisos en que se tiene que ingerir. En este llamado el papel de las más jóvenes es fundamental, sobre todo en la insistencia de recuperar y proteger los saberes de las mayores al compartir la medicina.

41 En particular el artículo 44 de la Ley de Derechos y Cultura de los Pueblos Indígenas y Comunidades Indígenas del Estado de Querétaro dice que: Las comunidades indígenas tienen derecho a la utilización de la medicina tradicional y a utilización de la herbolaria, para uso medicinal y ritual (Vázquez y Prieto, 2011. p. 43)

A las instituciones se les exige valorar el trabajo que realizan las y los médicos tradicionales, asumiendo que el conocimiento proviene de raíces indígenas. Además, construir caminos de diálogo efectivo con médicas y médicos sensibles e interesados en desafiar sus certezas y aprender nuevos conocimientos para fortalecer la atención en salud desde la visión del cuidado y el buen trato.

A la comunidad no indígena se les invita a probar los tratamientos y a conocer las prácticas curativas sin temor y respetando las diferencias culturales.

2. La inclusión de la MT en los sistemas de salud

El Centro de Salud con Servicios Ampliados

Este apartado señala cómo se conceptualiza la MT en las instituciones de salud pública, así como la categoría de salud intercultural aplicada a programas de salud integrada en el Centro de Salud con Servicios Ampliados con área de MT (CESSA).

Actualmente la SSA opera el Programa de Acción Específico 2013-2018, que busca implementar estrategias y políticas interculturales, con el objetivo de diagnosticar los programas de salud y regular las prácticas de MT. La interculturalidad es definida por especialistas de la SSA como: “la interacción entre culturas, de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes” (Almaguer, Vargas y García, 2014, p. 17). Una de las finalidades de este programa es que las comunidades indígenas sean sustentables, utilizando como pilar la medicina comunitaria y tradicional a través de la participación directa en las comunidades.

El estado de Querétaro cuenta con el CESSA que se inauguró el 2013 en Amealco. El espacio tiene los servicios biomédicos⁴² y MT. El área de MT alberga

42 El modelo médico instituido durante el siglo XIX en países europeos y americanos, donde el sistema alopático representa una solución para las clases subalternas que enferman y se curan de acuerdo con hechos estructurales, que evidentemente el sector biomédico no contempla en sus diagnósticos (Menéndez, 2005, p. 11).

el consultorio de huesero, partera, temazcalero y curandero, además de farmacia verde que fabrica tinturas⁴³ y concentrados de plantas para tés.

Dicho Centro se ubica sobre la carretera que va a San Ildefonso, el acceso cuenta con señalética y área de estacionamiento amplia. El edificio color blanco con letreros de la SSA y el Seguro Popular cuenta con dos entradas, la de urgencias y la principal: la primera al final del edificio y la segunda tiene forma circular. De acuerdo con trabajadores del sistema biomédico, la intención de la entrada circular se relaciona con la visión de no separar lo tradicional y el sistema biomédico.

En la entrada principal se ubica la recepción, posteriormente se llega a un pasillo con butacas que funcionan como sala de espera. Las paredes y pisos blancos conducen hasta un pasillo, durante su recorrido se divide dos, el lado derecho lleva a los consultorios alopáticos y el izquierdo conduce al espacio de la MT. La estructura arquitectónica del edificio se construyó tomando en cuenta experiencias previas en otros estados,⁴⁴ los médicos alópatas directivos del CESSA visitaron centros que buscan la interculturalidad en los servicios de salud para incorporar un mejor servicio en Amealco.

En proyecto para construir el CESSA inició con mayor formalidad en 2011, la Secretaría de Salud del estado de Querétaro realizó un estudio para localizar a médicos tradicionales en el municipio de Amealco, logrando reunir a un grupo sanadores comunitarios que serían capacitados y seleccionados para incorporarse al equipo de trabajo del CESSA.

43 Las tinturas son el extracto de planta que se utiliza en microdosis.

44 La relación de la SSA, instancia federal encargada de administrar la salud, con la MT se reafirma en los últimos años de 1970 y se extiende hasta 1990, cuando el INI introduce programas experimentales, como los Hospitales Mixtos en algunas regiones de Puebla y Michoacán, posteriormente en Nayarit, Durango, Campeche, Michoacán, Oaxaca, Chiapas, Estado de México y Querétaro.

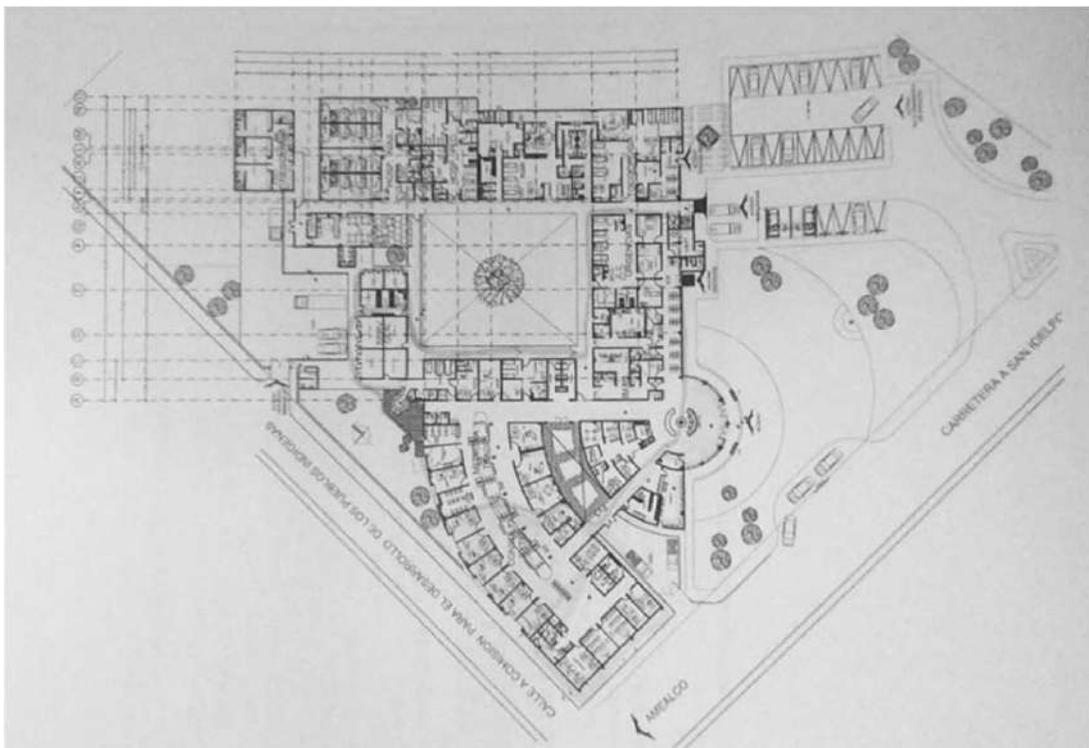


Figura 12. Distribución del CESSA, 2011. Área de interculturalidad con área de medicina tradicional de la SESEQ

La SSA, en conjunto con un grupo de antropólogos, se acercaron a las comunidades de Amealco en busca de médicas y médicos tradicionales: “Vinieron unos antropólogos a las comunidades, dieron con muchas personas, nos hicieron muchas pruebas y talleres con unos médicos de Chiapas” (Comunicación personal, 3 de marzo de 2017). Posteriormente fueron convocados a un proceso de capacitación y evaluación de conocimientos que le permitiría al Centro encontrar a las y los médicos idóneos.

La evaluación consiste en examinar la capacidad y los saberes de los médicos tradicionales al realizar un diagnóstico y asignar el tratamiento: “Ellos pueden decir que son hierberos, pero realmente la capacidad que se tiene es para otra cosa, finalmente cuando no pasan la prueba pues se [les] rechaza” (Comunicación personal, 3 de marzo de 2017).

Para ser parte del equipo de salud pública es necesario saber curar distintas enfermedades, tener conocimientos sobre plantas⁴⁵ y aprobar las evaluaciones. Al aprobar la evaluación de la SSA se asigna un perfil y se le confiere a un área específica en el Centro. Con su apertura en abril de 2013 se integraron a 18 personas al área del MT, entre ellas médicas y médicos tradicionales, traductores y encargados de la farmacia verde. Cinco años después menos de la mitad continúan trabajando en el Centro. Las razones son diversas: fallecimientos, no renovación del contrato,⁴⁶ renuncia, maternidad, entre otros. Actualmente el personal de área de MT es originario de San Juan del Río, Estado de México, San Ildefonso, Mesillas y Santiago Mexquititlán.

La particularidad del CESSA es elegir entre los servicios biomédicos o los tradicionales. El área tradicional cuenta con partería, huesero, temazcal, curandero, preparación de medicamentos con plantas, farmacia verde y servicios de traducción. Los consultorios del huesero, curandero y temazcal no son distintos a los consultorios biomédicos, están pintados de blanco, los muebles y los ornamentos son similares. La partería cuenta con muebles que permiten el nacimiento vertical, además de un espacio contiguo con camas que alojan a los acompañantes de la nueva madre; el área del temazcal mantiene, a manera de altar, el lugar donde guardan el sumerio y el copal.

Los procesos de salud-enfermedad-atención

Los saberes de las y los médicos que atienden en el CESSA devienen de distintos fuentes que clasificamos en las siguientes categorías: 1) transmisión de conocimiento, 2) procesos de búsqueda personal de sanación y 3) educación formal.

45 La persona encargada de la farmacia verde conoce al menos 280 especies de plantas.

46 De acuerdo con la información obtenida en campo, la renovación del contrato se realiza cada tres meses.

La transmisión de conocimientos de médicas que son parte del Centro y oriundas de Amealco, identifican a los abuelos y abuelas como los maestros que comparten el conocimiento sobre las plantas: “Lo aprendí de mi abuela y mi mamá en la comunidad de Mesillas” (Comunicación personal, 3 de marzo de 2017). En sus narrativas señalan que el conocimiento se vuelve significativo a partir de la aplicación empírica, existe necesidad de aprender para sanar a sus hijos con los recursos que se tiene a la mano.

Esta primera clasificación corresponde a aquellos que antes de incorporarse al CESSA eran médicos de comunidad y participaron en el proceso selección. Las médicas continúan compartiendo sus saberes en las comunidades donde viven; aun cuando la gente sabe que las puede encontrar en el hospital, muchos prefieren no ser atendidos en el Centro, ya sea por los costos del transporte, los tiempos limitados de atención o la incomodidad del choque cultural.

Sobre la búsqueda personal se hace referencia al acercamiento con distintas personas y grupos poseedores de los conocimientos sobre MT: “Trabajado mucho con comunidades indígenas y también lo usé digamos que en una parte de mi vida muy difícil y emocional y ya de ahí me curé, me comenzó a gustar, entonces comencé a trabajar con las comunidades indígenas, fue como aprendí, principalmente en Colima, Puebla y Veracruz” (Comunicación personal, 3 de marzo de 2017). En esta categoría el perfil de médicos corresponde a personas que no son originarias de Amealco, pero sí de Querétaro, y que han trabajado con grupos indígenas en otras regiones e incluso pertenecen a otro grupo étnico.

En la categoría de educación formal,⁴⁷ quienes se acercan a la MT provienen de otros estados: “Mi carrera se llama licenciatura en Desarrollo Intercultural, abarcar diferentes terapias alternativas, entre ellas están la masoterapia y la MT: china, aromaterapia, acupuntura, temazcal, partería y acompañamiento en parto, control prenatal, rehabilitación y el uso de medios físicos para dar terapia con calor o frío. Vemos al paciente de una manera integral, como mente, cuerpo y espíritu. Utilizamos mucho la fitoterapia y herbolaria, acompañadas de los conocimientos de la medicina tradicional, pero también te

47 Universidad Intercultural del Estado de México.

basas en artículos científicos para ser más preciso, lo que hacemos es darle al paciente un tratamiento más integral” (Comunicación personal, 3 de marzo de 2017). Llegan al CESSA para realizar el servicio. Estos actores están interesados en posicionar la mirada de la interculturalidad en salud.

Las enfermedades que comúnmente trata el área de MT son nervios, diabetes, hipertensión, problemas respiratorios, empacho, estrés, dolores de riñones y contracturas musculares. Los tratamientos más buscados son masajes, acomodo del bebé durante el embarazo, acomodo de huesos y limpias: “Muchas personas sienten que les hacen brujería y pues el simple hecho de desear el mal es una intención energética, no sólo afecta el cuerpo físico, si no también lo espiritual” (Comunicación personal, 3 de marzo de 2017).

Las terapias alternativas y el temazcal son menos solicitados por no ser prácticas comunes en el municipio: “Lo que la gente solicita más son las limpias, por cuestiones de creer más en eso, prefieren herbolaria o masajes, ellos le dicen sobadas. El tratamiento mágico-religioso es lo que se aplica más, muchos traen sus ramos de plantas para que los limpies” (Comunicación personal, 3 de marzo de 2017). Las personas que visitan el CESSA y no pertenecen a la población indígena suelen solicitar otros tratamientos alternativos, como acupuntura, terapia con imanes o reflexología.

El temazcal es uno de los espacios con menor cantidad de pacientes debido a la concepción que se tiene sobre la relación frío-calor, se considera que después de estar en un espacio caliente salir al frío podría causar alguna atrofia muscular: “Estamos luchando por compartir la información y los beneficios del temazcal” (Comunicación personal, 3 de marzo de 2016). Durante las temporadas de calor la asistencia aumenta, se trabaja en la aceptación y uso del temazcal como una práctica curativa, que no es propia del lugar, con la promoción va en aumento, porque además de las visitas del municipio llegan visitantes de Querétaro.

Otra área importante de atención a la salud es la farmacia verde, este espacio se compone del laboratorio donde se fabrican las mezclas de plantas para preparar los concentrados medicinales, conocidos como microdosis y el

dispensario. La farmacia verde emite tinturas, concentrados de plantas para tés, champú, pomadas y jabones.

La falta de suministros para la farmacia verde es común, ya sea por la carencia de plantas o recipientes contenedores para la distribución: “Cuando falta una planta, entre todos los trabajadores contribuimos a traer esa planta, porque a veces por recursos se tardan hasta seis meses, aunque aquí tenemos algunas hierbitas, pero es de lo más común” (Comunicación personal, 3 de marzo de 2017). En ocasiones las médicas y los médicos recolectan plantas en sus localidades y realizan combinaciones que logren el efecto esperado.

La mayoría de plantas que se utilizan para tratamientos son de Amealco y sus comunidades. Las especies que se mandan pedir a Querétaro son azar, tila, valeriana, cuachalalate y chaparro amargo. Existen algunas prohibiciones con el uso de ciertas plantas, como el peyote, la marihuana, el toloache y el thó.

Para tener acceso a la consulta del área tradicional es necesario pagar 55 pesos o ser derechohabiente, registrarse y hacer un diagnóstico previo a la consulta. El diagnóstico contempla preguntas relacionadas con la edad, procedencia, religión y padecimiento. Antes de entrar al consultorio se entregan una hoja que grafica las partes del cuerpo, en ella, el paciente señala la parte que requiere ser atendida.

La atención se realiza de lunes a viernes de 8:00 a 15:00 horas. El tiempo asignado por paciente es de 15 a 20 minutos, exceptuando la atención en el temazcal que es de 60 minutos. Las personas que solicitan consulta pertenecen a los municipios de Querétaro, Tolimán y Amealco. Los visitantes de Amealco son de San Ildefonso, Santiago Mexquititlán y San Juan Dhedó.

Relación entre la MT y el sistema biomédico

La vinculación entre el área de MT y la biomedicina se establece a través de dos elementos: 1) la recomendación de visitar al médico tradicional y 2) el acompañamiento que realizan las parteras.

La recomendación de asistir al área tradicional se debe a que existen algunas enfermedades que el sistema biomédico no saben identificar, el empacho,

por ejemplo: “Sí, le dan [algo] para la infección, pero le va a calmar dos tres días y le va a seguir. A mí me llegan muchos”. “Ya lo llevé con el doctor porque tenía vómito y diarrea y la medicina no le hizo nada” (Comunicación personal, 3 de marzo de 2016). Generalmente las áreas de pediatría recomiendan pasar con los médicos tradicionales para curar esta enfermedad.

En el caso de los médicos generales es común prescribir desinflamatorios por algún dolor de espalda, entonces también se les recomienda pasar con los médicos tradicionales para descontracturar los músculos, permitiendo el intercambio entre las áreas médicas. Lo mismo si existe un padecimiento respiratorio o alguna enfermedad crónico-degenerativa, se extiende la invitación de visitar el temazcal.

Aunque existen recomendaciones del área biomédica para complementar su tratamiento con el área tradicional, el CESSA no contempla formatos ni hojas de referencia, sólo la recomendación: “Ellos acuden aquí porque no quieren pasar con ellos, dicen ‘a ver si se me quita con una limpia y ya si no voy con él’” (Comunicación personal, 3 de marzo de 2017). Finalmente, los pacientes determinan si la consideran o no.

De igual manera, si existe algo que el área de MT no logre detectar o no tengan manera de atender se remite al área biomédica del CESSA o al hospital más cercano (en San Juan del Río): “Por ejemplo, si llegan con fractura al huesero, él no lo puede atender, entonces manda la referencia de urgencias para valorar y mirar si se atiende aquí o se manda para San Juan del Río (Comunicación personal, 3 de marzo de 2017).

Otro aspecto relevante es que las enfermedades tradicionales no se clasifican con el nombre tradicional, por ejemplo, el empacho se categoriza como “estrés agudo” al entrar al sistema⁴⁸ de información de CESSA, así el sistema intercultural de salud continúa nombrando bajo sus propios términos las enfermedades.

Este aspecto nos permite mirar cómo la interculturalidad continúa siendo efectiva en el discurso, el conocimiento biomédico subordina al conocimiento

48 En los inicios de 2017 en CESSA entra el SIAM, sistema piloto para Amealco.

empírico de la MT, además, al ser nombrarlo bajo la categoría de estrés agudo identifica la enfermedad como un proceso individual.

El segundo elemento contempla el acompañamiento de las parteras. El CESSA atienden entre 30 y 40 partos por mes, de ellos 90% son atendidos por médicos generales (Comunicación personal, 3 de marzo de 2017). Las parteras ocupan la función de auxiliares durante el nacimiento, dan masajes y acomodan al bebé durante la gestación: “Ellas hacen los acompañamientos, es alguien de la comunidad que te conoce, que vive y sufre igual que tú, entonces lo que hacen es estar hablando a su forma de entender las cosas, les dan masaje, les relajan la espalda, ayudan a respirar diferente para que se dejen atender por los médicos” (Comunicación personal, 3 de marzo de 2017). Son los médicos certificados quienes reciben los bebés.

Si bien el Centro cuenta con el espacio acondicionado para nacimientos con parteras, la atención de esta área es escasa debido a la movilidad y la falta de médicas tradicionales: “Lo que nos falta es invertir más en promoción para los pacientes y garantizar que cuando lleguen tengamos a alguien” (Comunicación personal, 3 de marzo de 2017). Las parteras que atienden de manera regular y constante son asignadas a turno de la noche. Es común que algunas mujeres que no son oriundas de Amealco quieran ser atendidas y acompañadas por una partera, sin embargo, las recomendaciones del área biomédica es atenderse con médicos generales para tener mayor seguridad ante alguna complicación.

De acuerdo con las percepciones de los encargados del Centro el desconocimiento de pacientes sobre la partería y la costumbre de atenderse con medicina biomédica propician que los nacimientos con parteras sean pocos. El parto es gratuito para el área de MT, para el otro sector se requiere contar con Seguro Popular. En un contexto ideal la parturienta decide libremente. El Centro cuenta con equipo vertical que permite mayor comodidad y circulación de la sangre: “Las técnicas que nos enseñaron a los médicos es para que el médico este cómodo, no la mamá” (Comunicación personal, 3 de marzo de 2017). Además, en la habitación de partería se permite la compañía de los familiares.

Lo curioso es que SSA y los programas bajo la línea de salud intercultural posicionan el ejercicio de la partería con un elemento central en el proceso de reconocimiento de saberes, incluso en el CESSA se identifica como el área tradicional más equipada y adaptada al contexto cultural, sin embargo, los partos atendidos por parteras son escasos. La médica encargada del CESSA nos dice sobre el área de partería que: “Aquí están con ellas, sin que las lastimen ni agujas, ni cables como ellas dicen y además están acompañadas por el familiar. Ellas dicen ‘voy a estar sola, me van a gritar, no me van a regañar’” (Comunicación personal, 3 de marzo de 2017).

3. Análisis de las tensiones entre el sistema biomédico y las prácticas curativas

Las narrativas etnográficas de salud son herramientas que nos permiten conocer el antes, durante y después de una enfermedad. Es el ejercicio de mirar los distintos tiempos del proceso salud-enfermedad-atención presentes en el contexto de quien enferma. Recupera la voz de sus cuidadores, así como el impacto y los efectos en la vida familiar y comunitaria. Especialmente cuando hablamos de la MT, las prácticas curativas en la comunidad y las tensiones con el sistema biomédico, es imprescindible mirar los padecimientos desde las distintas escalas que los producen.

Las siguientes líneas presentan el caso de Maribel, mujer indígena de 19 años, quien nació, creció y habitó San Ildefonso. Ella vive en la memoria de su madre, su padre, sus hermanas y hermanos y es recordada por la comunidad.

Narrativa de salud

Al finalizar los estudios de bachillerato Maribel se interesa en continuar estudiando en Amealco la licenciatura en Derecho, pues fue la carrera que despertó su interés. Para conseguirlo sería necesario reunir un capital económico que le permitiera pagar el proceso de admisión, la inscripción, los materiales y los transportes, además de contribuir en casa y aprovechar el tiempo mientras entraba a la universidad.

Estudiaba el bachillerato y a la par trabajaba en el centro de San Ildefonso, atendiendo un café-internet, para tener un ingreso económico que solventara sus gastos. Sin embargo, pensar en estudiar hasta Amealco implicaba buscar mayores recursos.

Fue por ello que Maribel migró de San Ildefonso a la Ciudad de México, para trabajar una temporada y reunir recursos que le permitieran continuar formándose en el nivel superior: “Quería juntar dinero para entrar a la escuela, su papá y yo le decíamos que no fuera, que ya veríamos cómo le hacíamos, aquí siquiera tenemos tortillas y sal” (Comunicación personal, 22 de julio de 2017). Además del dinero, su madre nos habla sobre la personalidad de su hija, siempre alegre y con ganas de tener nuevas experiencias.

Un accidente inesperado. Salió de su comunidad un 9 de diciembre y la atropellaron el 9 de enero. El impacto del camión causó grandes daños en su cuerpo, el lado izquierdo le quedó paralizado. Antes del suceso caminaba cerca de lugar donde rentaba una habitación, ese día estaba de descanso. Salió a la calle para realizar una recarga telefónica acompañada de un amigo, su compañero de vivienda fue quien intentó comunicarse con su familia para avisarles sobre el accidente.

La noticia del accidente llegó a los oídos de la familia por medio de un habitante de San Ildefonso cuyo familiar se encontraba trabajando en la misma ciudad: “Me enteré porque me avisaron mis compadres, alguien les habló por teléfono a ellos para avisarles, dicen que me hablaron a mí, no me di cuenta porque el celular lo tenía en donde no podía verlo, hasta que llegaron a la casa miré el teléfono y tenía muchas llamadas” (Comunicación personal, 22 de julio de 2017).

Los habitantes de San Ildefonso generalmente migran a Querétaro, San Juan del Río y la Ciudad México, para trabajar en fábricas, espacios domésticos, servicios de construcción, venta de mostrador, puestos de comida o en la calle, venta de artesanías o dulces y/o limpiando parabrisas.

Después del accidente, Maribel fue internada en el área de cuidados intensivos un mes. Durante ese periodo le realizaron varias operaciones para unir

los huesos rotos y lograr estabilizarla, aparentemente se estaba recuperando: “Decían que se estaba recuperando, la tenían amarrada a la cama, decían que era para que no se arrancaran las agujas a las que estaba conectada, a mí no me gustaba verla así. Un día se despertó y gritaba se quería quitar los fierros que le pusieron en su cadera, para esos días ya le estaban sanado las cicatrices de la cara, yo intentaba tranquilizarla y que me reconociera” (Comunicación personal, 12 de septiembre de 2017). El mes entero su madre vivió en el hospital, pendiente de los momentos de visitas, los documentos y las autorizaciones necesarias: “Mis hijos y mi viejo me decían que me viniera a descansar, pero yo no quise salir del hospital hasta que mi niña estuviera bien, sé que descuidé a mis otros hijos, pero ella me necesitaba” (Comunicación personal, 12 de septiembre de 2017).

Además del desplazamiento de la hija, la madre también se vio obligada a abandonar la comunidad temporalmente, para estar pendiente de la salud de su hija. Lo anterior provocó lejanía de las prácticas cotidianas comunitarias y de la familia. Con el paso del tiempo y el desenlace de la enfermedad, la madre se dio cuenta del impacto que provocó en ella y en la salud de su hija estar lejos de su territorio.

Antes de la última operación de su hija, soñó con ella, en el sueño le decía que no se preocupara, que ya pronto estaría mejor. En el marco epistémico de la MT los sueños son un espacio de realidad alterna, en ellos se obtienen las respuestas o mandatos que en el nivel de la conciencia no se pueden escuchar.

Aunque la hija nunca abandonó la sala de cuidados intensivos, la expectativa de la familia siempre fue su recuperación: “Se estaba recuperando, pero en la última le picaron mal y se le fue toda la sangre, yo no entiendo por qué los doctores no se fijaron, si se supone que ellos pueden ver con sus aparatos y le picaron donde no era” (Comunicación personal, 22 de julio de 2017).

El mal intencionado. La muerte de Maribel impactó en la vida de toda la familia, primero con la decisión de salir de casa para trabajar y posteriormente al estar internada en el sistema hospitalario y perder la vida. Después de su muerte, su madre regresó a San Ildefonso: “La trajimos para enterrarla aquí” (Comunicación personal, 12 de septiembre de 2017). Pasado el ritual religioso del

entierro, la madre cayó en cama durante una semana, le diagnosticaron anemia como consecuencia del desgaste emocional y físico: “Solo recuerdo que me desmayé, después desperté con agujas y en otra cama, yo me desesperaba, me internaron en Amealco” (Comunicación personal, 12 de septiembre de 2017).

Frente al dolor y la muerte inesperada de una hija, la familia buscó atender las afectaciones espirituales y encontrar la explicación de lo sucedido. En su búsqueda asistieron al CESSA para practicarse limpias y protecciones,⁴⁹ además de visitar a varios curanderos en Amealco para sanarse después de todo el proceso de pérdida y duelo.

Esta búsqueda los colocó frente a un curandero de Santiago Mexquititlán,⁵⁰ él fue quien trató a la familia y les explicó que el accidente de su hija había sido intencionado por un integrante de la comunidad: “Luego fui a preguntar y me dijeron que el mal había salido de mi propia familia, de gente que nos quería ver mal, pero la verdad no sé muy bien quiénes, no me supieron dar el nombre, no fue un accidente, a ella la trabajaron” (Comunicación personal, 22 de julio de 2017).

Para la MT los tiempos son muy importantes, aprender a escucharlos permite realizar conexiones desde la lógica relacionada con los ciclos de la naturaleza. Maribel sale de casa un 9 de diciembre, el accidente sucede justo un mes después y el fallecimiento también. La coincidencia en las fechas es un indicador de sospecha y de mal intencionado.

Durante la estancia en el hospital, la madre conoció una señora originaria de Veracruz, que también estaba cuidando a un familiar. En una de las charlas que mantuvieron, la madre le contó la situación familiar y lo inesperado del accidente, la señora de Veracruz le sugirió que por las condiciones de accidente le parecía que el mal que tenía su hija fue intencionado. En esos momentos decidió no tomar en cuenta la explicación, sin embargo, con el paso de los días y al ver que la

49 Las protecciones son pulseras que la curandera elabora para alejar las energías mal intencionadas, se colocan en la mano derecha para proteger el corazón, pues el primer síntoma del mal es la tristeza.

50 El cobro por el trabajo y la protección para la familia fue de 12 mil pesos, que fueron cubriendo en abonos.

condición de salud de la hija no mejoraba, buscó a su amiga, aunque sin éxito, pues días antes el familiar había sido dado de alta.

Ya en San Ildefonso, con el paso de los días y el diagnóstico del curandero, recordó la situación, lamentando no haber tratado la enfermedad espiritual de su hija: “Luego, platicando con mi señor pensamos ‘de haber hecho caso’ yo me hubiera quedado en el hospital y mi viejo se hubiera venido para San Ilde a preguntar, pero yo no me quise mover” (Comunicación personal, 22 de julio de 2017).

Creer, pensar y sentir que el mal intencionado parte de los procesos de salud-enfermedad-atención acompañan la construcción de MT. Las prácticas curativas indican que para restablecer el equilibrio es necesario tener en cuenta las relaciones a nivel comunitario, algo distinto al sistema biomédico, que posiciona la enfermedad y la recuperación en procesos individuales.

Regresar al hospital. Meses después de fallecer su hija, decidió volver a la Ciudad de México y visitar el hospital donde Maribel fue internada: “Yo quería, tenía que encontrar una explicación, tomé mis bordados y le dije a mi viejo que quería ir a vender, que me quedaría en casa de una amiga con la que trabajé cuando viví en esa ciudad. Fui al hospital, pero no encontré lo que estaba buscando, lo recorrí todo y no la encontré, lo único que me faltó fue visitar el cuarto donde la tenían, me di cuenta que ella no estaba allí, hasta eso que sí vendí todas mis servilletas y me regresé” (Comunicación personal, 12 de septiembre de 2017). La desvinculación con el territorio de origen impacta la pérdida de la salud, incluso cuando el cuerpo no se encuentra vivo en el nivel material, es importante regresar el espíritu a la comunidad, recuperar la tranquilidad en el nivel familiar y mantener el equilibrio en el espacio y organización comunitaria.

Las afectaciones familiares. El fallecimiento de un integrante representa un dolor constante para toda la familia, aun cuando se entiende que morir es parte de la vida: cuando la enfermedad se relaciona con el mal intencionado como el motor de accidente que concluye en un proceso de hospitalización, las afectaciones son mayores: “Es como si estuviera aquí pero no estoy, todo aquí en

la casa sabe que yo estoy mal” (Comunicación personal, 12 de septiembre de 2017). Afrontar la enfermedad lejos del territorio propio, la separación de la familia y la incertidumbre de no saber de dónde llegó el mal continúan desequilibrando la vida familiar.

Para ellos el accidente y la muerte de su hija se explica a través de las malas intenciones que fueron “trabajadas” por sus propios familiares, debido a las confrontaciones y disputas por la repartición de las parcelas. Además de la muerte de una hija, la madre expresa la constante preocupación por conflictos venideros, pues el hijo menor continúa buscando la ayuda de un curandero que le dé el nombre exacto de la persona que buscó afectarlos y provocó la muerte de su hermana: “Me dice ‘voy a juntar dinero y encontrar al mejor, para que me diga quién fue responsable de la muerte y me las va a pagar’. Me da miedo que haga algo, imagínate si mi niña no les hizo nada y como le fue ahora con mi hijo puede ser peor” (Comunicación personal, 22 de julio de 2017).

La narrativa de salud presenta las diferencias en la atención y recuperación que se perfilan en un sistema biomédico y un sistema que interpreta desde la MT.

Identificamos el territorio como un elemento fundamental en los procesos de salud-enfermedad-atención relacionados con las prácticas curativas; ya sea por la construcción familiar, los vínculos y relaciones entre integrantes de la comunidad o los elementos naturales que conviven en el espacio, el territorio enmarca la diferencia sustancial entre la MT y el sistema biomédico.

Para explicar la relevancia del territorio analizaremos la narrativa seccionando los procesos. Primero se presenta el caso de una mujer cuya enfermedad es consecuencia de un mal intencionado que deviene de las tensiones que conviven en un territorio. Segundo, la enfermedad se vincula con ciclos y temporalidades reflejadas en la naturaleza, además de la relación que se construye entre quien enferma y los animales. Tercero, para la MT la salud se pierde o se recupera de manera colectiva, incluso es necesario regresar al lugar del fallecimiento para sanar ese territorio y restaurar los afectos en el espacio de origen. Finalmente, están los elementos simbólicos, como los sueños que vinculan las distintas temporalidades.

Al identificar las diferencias entre un sistema biomédico que focaliza los procesos de salud-enfermedad-atención en los individuos tiene sentido preguntarse ¿acaso la interculturalidad en salud puede ser construida sobre la base de un sistema biomédico?

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

Es complejo escribir la última parte de esta investigación, por varias razones. La primera de ellas es cerrar el proyecto, y con ello, la experiencia de pensar, sentir, estructurar y construir desde la MT.

La segunda razón se vincula con el espacio físico donde realicé trabajo de campo y los afectos construidos con las personas que habitan el lugar, además de los elementos físicos naturales y espirituales que viven en San Ildefonso Tultepec y sus barrios.

La investigación inicia en 2016, con los meses se van reconfigurando los conceptos y las interpretaciones, por ejemplo, al principio el interés estaba centrado en estudiar la organización comunitaria que se desprendía de la MT, mirando la organización como un elemento separado de la cotidianidad de sus prácticas, sin embargo, con el trabajo etnográfico caí en cuenta que la organización comunitaria no está separada de como se atienden y entienden la salud y la enfermedad, por el contrario, estos aspectos están íntimamente ligados a la forma de vida en la comunidad y por supuesto a las prácticas curativas.

La construcción epistémica sobre la salud-enfermedad-atención se construye a partir de no entender al individuo desvinculado de la sociedad, es decir, su comunidad, su familia, su barrio. Tampoco se desvincula del territorio ni de los elementos físicos y materiales como los cerros, las plantas, el agua, los animales, los cuerpos celestes; finalmente, no se separa la parte espiritual; lo divino vinculado con la religión católica, y las energías que producen luz u oscuridad.

El siguiente apartado se compone de tres momentos: 1) la construcción epistemológica de las prácticas curativas en la comunidad, 2) la interculturalidad en los sistemas de salud pública y los 3) lineamientos para construir procesos de salud intercultural.

El primer momento recupera y analiza las tensiones y divergencias que existen entre el Estado y la población sobre la atención a la salud, además de los distintos modos de percibir los procesos de salud-enfermedad-atención y las

consecuencias y desequilibrios a nivel familiar y comunitario. El segundo y tercero se entretajan, recupera las aportaciones de médicas y médicos tradicionales de comunidad y también los insertos en el CESSA sobre los principios indispensables para construir procesos de salud intercultural.

1. La construcción de la salud en la comunidad y en las instituciones

Recuperar la salud en la comunidad

La salud en el espacio comunitario es pensada y atendida desde la completitud, la enfermedad no está desvinculada del mundo material y espiritual. Cuando una persona enferma se entiende que existen elementos de la naturaleza que intervienen generando un desequilibrio en la parte espiritual, la separación entre individuo-comunidad-territorio se desdibuja en las prácticas curativas.

Lo anterior se manifiesta en los procesos de atención encaminados a recuperar la salud, por ejemplo, para conocer el padecimiento que se tiene. Un médico tradicional en comunidad toma como recurso el conocimiento de las plantas y los cuerpos celestes para diagnosticar y curar. Para el espanto se unge un preparado de plantas con aceite en el cuerpo del paciente, si la piel absorbe el aceite eso indica que la persona está enferma de susto, después de untar el aceite se expone al sol a la persona para que el cuerpo celeste elimine la enfermedad.

Los tratamientos de las prácticas curativas se atienden desde la completitud, en este ejercicio intervienen elementos como la cercanía con el paciente, la disponibilidad de las y los médicos tradicionales, la constancia en el proceso y las relaciones con lazos comunitarios y el territorio.

Las y los médicos tradicionales son parte de la comunidad, la efectividad de sus tratamientos es reconocida por quienes habitan estos espacios, además de conocerlos se sabe quiénes son sus familiares y sus conductas a nivel comunitario: “Sí, nosotros conocemos a Camila, una señora mayor, ella es partera, creo que salía en los libros de primaria” (Comunicación personal, 23 de julio de 2017). Es así como se realizan recomendaciones sobre la efectividad de sus tratamientos.

Otro elemento que respalda la completitud es la disponibilidad que tienen las y los médicos tradicionales para brindar atención en tiempos no establecidos, si algún miembro de la comunidad solicita la ayuda le es brindada, sin importar los horarios, a pesar de las múltiples actividades que desempeñan las médicas, (artesanas, cocineras, cuidadoras, agricultoras, traductoras, tejedoras, médicas en el CESSA, integrantes de proyectos productivos o promotoras de salud), se deja un espacio para atención a la comunidad que les permite compartir el Don otorgado.

La constancia en el tratamiento y la repetición de las prácticas curativas son fundamentales para recuperar la salud y el equilibrio espiritual. En la comunidad se atienden malestares que el sistema biomédico no puede curar. En ocasiones se recomiendan tratamientos innecesarios y complejos, como operaciones, sin embargo, para las y los médicos tradicionales de comunidad la mayoría de padecimientos pueden sanar si se trabaja de manera constante: “Cuando nació el primer hijo de mi esposa, lo daban por muerto y yo logré salvarlo con puras plantas” (Comunicación personal, 26 de agosto de 2017) y con voluntad.

La enfermedad está íntimamente relacionada con el desequilibrio, no solamente de las personas, sino de todo lo vivo que se relaciona en el territorio: “Ahora que pasó el eclipse se viene mucha enfermedad, debemos esperar que baje la primera lluvia para que limpie todo y podamos volver a recolectar” (Comunicación personal, 26 de agosto de 2017). El desequilibrio que se produce en el territorio debido a un eclipse, las violencias de género,⁵¹ el despojo de bienes culturales,⁵² el control sobre los recursos naturales como el agua o las plantas, el apoyo condicionado a la producción agrícola, la expulsión de los habitantes en busca de oportunidades laborales, entre otros, afectan a individuos y a las familias

51 La violencia contra las mujeres es una característica general de la sociedad, en el municipio de Amealco y en San Ildefonso y sus barrios se manifiesta en la violencia física y verbal, abuso sexual durante la infancia, incluso el feminicidio.

52 *-Ahora estamos elaborando un reglamento para proteger la cultura, hace tiempo trajeron un proyecto productivo para mujeres, ellas realizaban bordados, se los llevan, los copian y los venden como si fueran nuestros. Mucha gente accede por necesidades económicas —* (Comunicación personal, 8 de agosto de 2017)

que son parte y forman la comunidad. Los efectos de un sistema económico y social que no se interesa por la vida y por guardar un equilibrio producen enfermedad en los individuos, las familias y los territorios físicos y espirituales que habitan.

Para recuperar el equilibrio las prácticas curativas buscan la comunión con las plantas, pidiendo su permiso para compartir la medicina que contienen, y el mundo espiritual, agradeciendo y ejerciendo el Don que les fue otorgado por seres superiores, así se ve el mundo comunitario reflejado en la constancia del tratamiento y la disponibilidad de las médicas y médicos que refuerzan los lazos de apoyo entre los integrantes de la comunidad.

La relación con el sistema biomédico

Para los habitantes de San Ildefonso con mayor acercamiento a las prácticas curativas, ingresar a un sistema hospitalario representa tener menor posibilidad de continuar viviendo: “En ese lugar ni te dan de comer, sólo pinchan los brazos y puro suero, nada de alimento, ¿así cómo no te vas a morir?” (Comunicación personal, 3 de julio de 2017), pues se alejan de la cotidianidad de sus vidas.

En el sistema biomédico se está solo y el contacto con la milpa, las plantas, los animales, la comunidad y la familia se pierde. En casa siempre existe una figura de cuidado, algún familiar cercano o incluso algún miembro de la comunidad que está pendiente de las necesidades de quien enferma: “En la milpa pueden trabajar y descansar, siempre hay una tortilla con sal, aunque sea” (Comunicación personal, 3 de julio de 2017). La expectativa es quedarse en casa. Combinado el tratamiento biomédico con las prácticas curativas que se realizan en la comunidad se pretende recuperar la salud. Un elemento importante que establecerá el equilibrio es realizar, en la medida de lo posible, las actividades cotidianas como ir a trabajar a la milpa, echar tortilla y descansar bajo el sol y el fresco de los espacios abiertos, “echarle ganas”.

La combinación entre tratamientos biomédicos y prácticas curativas es común, cuando existe algún desequilibrio identificado como espiritual y/o físico se

recurre al tratamiento con plantas: tés, baños, pomadas, sahumarse o aceites. Al no tener el efecto esperado, se recurre a la automedicación; si el malestar no cede la última instancia será la consulta biomédica. A pesar del tratamiento biomédico la curación con plantas continúa siendo parte del proceso de atención.

La combinación de estos elementos se establece en correspondencia con un sistema complejo y no esencialista que posibilita mezclar lo *tradicional* y lo *moderno*, produciendo hibridación, “entiendo por hibridación procesos socioculturales en los que estructuras o prácticas discretas, que existían en forma separada, se combinan para generar nuevas estructuras, objetos y prácticas” (García-Canclini, 2009, p. III). Incluso en las prácticas curativas, las médicas y médicos tradicionales utilizan aceites y pomadas que compran en farmacias, debido a que la exigencia de sus múltiples actividades no les permite realizar el proceso de recolección, secado y maceración de las plantas.

2. La interculturalidad en los programas de salud pública

De acuerdo con el trabajo etnográfico, la interculturalidad para el CESSA se contempla a partir de los siguientes elementos: la construcción material-espacial y la posibilidad de elegir el área médica para ser atendido.

La espacialidad y cultura material del lugar se diseñaron con la intención de no separar el conocimiento médico, además de buscar establecer relaciones de intercambio entre los sistemas de salud, posibilitando la libre elección de los pacientes: la entrada principal y el pasillo que conecta las dos áreas de conocimiento.

La interculturalidad bajo la mirada de médicos tradicionales consiste en tomar en cuenta la cosmovisión de quien se está atendiendo, ofrecer lo que necesita, respetando y aceptando las distintas formas culturales: “Yo creo que lo intercultural es no rechazar, las respetas y entiendes” (Comunicación personal, 3 de marzo de 2017).

Para los formados en el sistema biomédico puede resultar complejo adaptarse a un contexto rural y al trabajo con población indígena, debido a la apertura que implica: “Estás llegando a su mundo, su ambiente, su cultura.

Entonces, el hecho de que seamos diferentes, no quiere decir que sean raros, tienes que saber qué les gusta, cómo comen y a qué le tienen miedo, qué cosas respetan demasiado” (Médica alópata, 3 de marzo de 2017).

Si bien se plantea que los CESSA fortalezcan la MT desde una perspectiva intercultural, es importante pensar el significado de la interculturalidad. Pérez y Argueta (2001) hablan sobre cómo la interculturalidad tiende a convertirse en una visión folclórica, discursiva o herramienta de despojo. Para que esto no suceda proponen que el proyecto intercultural se construya desde el reconocimiento horizontal de los sistemas indígenas en cuanto a la generación de sus conocimientos.

Para impulsar procesos de salud intercultural es necesario conocer y considerar el ordenamiento que emana desde lo local y con ello mejorar la calidad de atención y el acompañamiento de los servicios de salud. La interacción entre las instituciones encargadas de regular la MT, como la OMS a nivel internacional y la SSA a nivel nacional, y las comunidades indígenas, tendría que ser analizada con mayor detenimiento y considerar la interpretación que se tiene de la salud y la enfermedad, así como las condiciones históricas de cada contexto.

Como damos cuenta en las descripciones anteriores, la visión de interculturalidad en los programas de salud pública en Amealco se concentran en el nivel de respeto y reconocimiento, pero no pasan a la acción transformadora que propone la interculturalidad desde las posturas latinoamericanas, dejando fuera muchos elementos: las asimetrías históricas, la legalidad, el reconocimiento de saberes de manera horizontal, la lengua, los efectos de la regulación de la MT y el impacto de la construcción del CESSA en las comunidades de Amealco.

Otro aspecto relevante sobre la interculturalidad es que si bien los sistemas de salud no logran construir procesos de salud-enfermedad-atención desde una esfera horizontal, la categoría de interculturalidad funciona como un puente de comunicación entre diferentes formas de conocimiento.

3. Lineamientos para construir procesos de salud intercultural

El siguiente apartado explica los elementos que debería tener la salud intercultural aplicada en la MT pertinente al contexto de la población hñãñho.

Lo primero que se debe comprender es que la categoría de interculturalidad, en términos teóricos e investigativos, nos sirve para construir metodologías que se acerquen desde la horizontalidad a los interlocutores, además de permitir hacer el análisis de las instituciones, sin dejar de mirar las tensiones, asimetrías y deudas históricas.

Por otro lado, la categoría de interculturalidad aplicada a la esfera de la salud posibilita identificar los discursos que integran las instituciones de salud para el cumplimiento de acuerdos internacionales, que nos permiten analizar con mayor detenimiento la generación de políticas públicas y programas a nivel nacional y local, impulsadas por acuerdos internacionales, como el caso de las políticas de interculturalidad que surgen en la década de los setenta con los Hospitales Mixtos y que de alguna manera se replican en el contexto local de Amealco con el CESSA y su área de MT. A pesar de contar con la categoría de intercultural en los documentos oficiales y en la intención este Centro no está respondiendo a las necesidades de la población indígena hñãñho, a quien están principalmente dirigidos.

Además, cabe señalar que si el CESSA plantea fortalecer la MT desde una perspectiva intercultural es pertinente profundizar en el enfoque y la aplicación real del concepto, ya que el nivel discursivo es una práctica constante para las instituciones.

Con la creación del CESSA se logró identificar a una gran cantidad de médicas y médicos tradicionales originarios o habitantes en las comunidades, mismos que fueron sometidos a un proceso de selección para integrar el equipo de Centro bajo términos lejanos a sus condiciones culturales. Para acreditar la evaluación las y los médicos de la comunidad no podían ser analfabetas ni monolingües. Cuando hablamos de un contexto indígena y de saberes empíricos ancestrales por lo general son personas de la tercera edad quienes resguardan y

comparten los conocimientos. Los procesos interculturales no se pueden pensar desde un solo esquema, tiene que contemplar las diferencias epistémicas.

Durante este proceso de selección más de 70% de los aspirantes fueron rechazados por distintas causas, generando un ambiente de competencia. La generación de tensiones en el espacio local implica tener un seguimiento que no fragmente el tejido social y que construya redes que generen procesos de organización local y no de dependencia.

El resultado de la intervención de instituciones como CDI y SSA ha generado tensión entre grupos que trabajan el tema de la MT. La competencia por recursos y la dependencia son el resultado de la regulación de la MT con el nombre de interculturalidad en salud.

Para construir procesos interculturales de salud se dibujan dos caminos, la vía institucional que contempla el ejercicio de la MT y el camino comunitario que se materializa en las prácticas curativas.

En los programas de salud local pertinentes al contexto hñãñho es necesario contemplar la figura legal y las condiciones de las y los médicos tradicionales que son parte del sistema de salud, respecto de su contratación, prestaciones, formas de trato y reconocimientos de los saberes que poseen. Además, es necesario considerar las diferencias lingüísticas, no sólo en el sentido escrito, sino el sentido de ritualidad y relación con las plantas en el proceso de atención. Asimismo, establecer espacios asignados para campañas y capacitaciones con indicaciones escritas en el idioma hñãhñu, y finalmente contar con sistemas de recolección de datos que reconozcan y diferencien las enfermedades biomédicas de las tradicionales.

Por otro lado, el camino que se posiciona desde las prácticas curativas en salud tendrá que ser tomado por los habitantes de las comunidades de Amealco y los barrios de San Ildelfonso para reconocer, rescatar y defender los conocimientos de salud. En especial, considerar la importancia de las parteras, las hueseeras, los curanderos y los rezanderos en la revitalización de las prácticas de salud desde el ejercicio de la completitud, delimitando la participación con instituciones como el

IQM o la CDI para no construir lazos de dependencia ni condicionamientos por recursos.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre-Beltrán, G. (1986). *Antropología Médica. Sus desarrollos teóricos en México*. FCE, México.
- Almaguer, A. Vargas, V y García, H. (2014). *Interculturalidad en Salud. Experiencia y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. 3ª ed. México. SSA.
- Almaguer, J. (2009). Ley Marco en Materia de Medicina Tradicional. Propuesta elaborada para el Parlamento Latinoamericano. Recuperado de: www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38477/LeyMarcoMedicinaTradicional.pdf
- Ander-Egg, E. (1991). *El taller como una alternativa de renovación pedagógica*. Magisterio de la Plata. Buenos Aires.
- Argueta Villamar, A. (2011). Saberes indígenas y diálogo intercultural. *Cultura y representaciones sociales UNAM* 5(10).
- Bartolomé, M. (1997). *Gente de razón y gente de costumbre. Las identidades étnicas en México*. Siglo XXI, Madrid.
- Bonfil, G. (1991). *Pensar nuestra cultura*. 4ª ed. Alianza, México.
- 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*. Enero 27. pp. 114-122.
- Campos-Navarro, R. (2007). *La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud. Salud Reproductiva e Interculturalidad en el Yucatán de Hoy*.
- Campos-Navarro, R. (2009). *Reflexiones acerca de la Interculturalidad en Salud*.
- Citarella, L. y Zangari, A. (coords.) Yachay Tinkua. *Salud e Interculturalidad en Bolivia y América latina*. Capítulo. Ed. Gente común. Pp. 32-69.
- Cardoso, R. (1976). *Etnicidad y estructura social*. Primera edición Livraria Pioneira Editores Brasil. Primera edición en español 1991. CIESAS. México.
- Vázquez, A. y Prieto, D. (2011). Ley de Derechos y Cultura de los Pueblos Indígenas y Comunidades Indígenas del Estado de Querétaro. Comisión Nacional para el

Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). Diseño e Impresos de Querétaro, México.

- De la Peña, G. (2008). *La antropología social y cultural en México*. UCM, México.
- DGETI. (2018). *Quiénes somos*. DGETI, México.
- SSA. (2011). *Propuesta de trabajo de campo*. SSA, México.
- SSA. (2011). *Módulo de medicina tradicional en el CESSA de Amealco, Querétaro*. SSA, México.
- Federico, T. (1996). *Las aportaciones de Ricardo Pozas Arciniega a la antropología y sociología*. Revistas UNAM 41(164):193-2088.
- Galinier, J. (1990). *La mitad del mundo. Cuerpo y cosmos de los rituales otomíes*. UNAM, Centro de Estudios Mexicanos y Centroamericanos, INI, Instituto de Investigaciones Antropológicas. México.
- Gallardo, J. (2002). *Medicina Tradicional P`urhèpecha: Tsinapekua Tuà Ka iasi Anapu*. Colmich. México.
- García, C. (2009). *Culturas Híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad. Las culturas híbridas en tiempos de globalización*. Debolsillo.
- García, V. (2015). *Perfil epidemiológico sociocultural en el uso terapéutico de plantas medicinales en comunidades rurales del municipio de Amealco de Bonfil, 2012-2013*. Tesis en salud pública para obtener el nivel de maestría.
- Geertz, C. (1973). *La interpretación de las culturas. El impacto de concepto de cultura en el concepto de hombre*. Basic Books, Inc. Nueva York.
- Ghasarian, C. (2008). *De la etnográfica a la antropología reflexiva: nuevos campos, nuevas prácticas, nuevas apuestas. Por los caminos de la etnografía reflexiva*. Ediciones Colihue, Buenos Aires.
- Haro, J. (2013). *El planteamiento de una epidemiología sociocultural: principios cardinales y modelos de aplicación. Historias padecidas*.
- García, S. y Argüello H. *Narrativa y antropología médica*.
- Oriol, R. (coords.) *Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. Publicacions Universitat Rovira I Virgili.
- INEGI (2015). *Perfil sociodemográfico del Estado de Querétaro*.

- INEGI (2016). *Anuario estadístico y geográfico de Querétaro*: Recuperado de file:///D:/inegi%2021_09_2017/ANUARIO%20QRO%202016%20INEGI.pdf
- López, M. (2013). *Evaluación de los Centros de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) y Centros Avanzados de Atención Primaria a la Salud (CAAPS)*. Ciudad Universitaria. Recuperado de: www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/estudios_especiales/CESSA_CAAPS_IF.pdf
- Malinoswki, B. (1972). *Los argonautas del Pacífico occidental I. Un estudio sobre comercio y aventura entre los indígenas de los archipiélagos de la Nueva Guinea melanésica*. Planeta, España.
- Martínez R, y De la Peña G, (2004). Migrantes y comunidades morales: resignificación, etnicidad y redes sociales en Guadalajara (Méjico). *Revista de Antropología social* (13):217-251.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional? *Revista electrónica Alteridades*. UAM-Iztapalapa, pp. 71-83.
- Menéndez, E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud colectiva* 1(1):9-32.
- Montúfar, A. (2007). *Los copales mexicanos y la resina sagrada del Templo Mayor de Tenochtitlan*. Colección científica. Serie de antropología. INAH, México.
- Núñez, A. (2014). *Fitonimia hñãhño: una aproximación a la etnotaxonomía de la flora útil del pueblo hñãhño de Amealco*. UAQ, México. Tesis para obtener el grado de Maestro en Estudios Amerindios y Educación Bilingüe.
- OMS. (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67314/1/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf.
- OMS. (2013). *Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Recuperado de <http://apps.who.int/medicinedocs/es/m/abstract/Js21201es/>.
- Pérez, M. (2009). *De qué hablamos cuando nos referimos a la Interculturalidad: Reflexiones sobre su origen, aportaciones y limitaciones*. *Estados plurales: el reto de la diversidad*.

- Pérez, M. y Argueta, A. (2011). Saberes indígenas y diálogo intercultural. *Cultura y representaciones sociales UNAM*, 5 (10):31-56.
- Pérez, S. (2013). *Medicina doméstica. En la tierra caliente michoacana*. Colmich, México.
- Prieto, D. y Utrilla, B. (2006). Ya hnini ya jáítho Maxei. *Los pueblos indios de Querétaro*. CDI, México.
- Pujas, J. Comas, D. y Roca, J. (2010). *Etnografía*. UOC. Barcelona.
- Restrepo, E. (2016). *Etnografía: alcances, técnicas y éticas*. Envión Departamento de Estudios Culturales-Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
- Rojas, M. (2009). *Tratado de Medicina Tradicional Mexicana. Bases históricas, teóricas y prácticas clínico-terapéuticas*. Plaza y Valdez, México.
- Samperio, H. (1998). *Amealco: documentos para la historia*. Gobierno del Estado de Querétaro, México.
- Sánchez, R. (2001). *La observación participante como escenario y configuración de la diversidad de significados en "Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social"*. María Luis Tarrés. Flacso-Colmex-Porrúa, México.
- SEP. (2010). *Marco Curricular de la Educación Preescolar Indígena y de la población migrante Antecedentes y fundamentación normativa*. Recuperado de: http://basica.sep.gob.mx/multimedia/RSC/BASICA/Documento/201611/201611-3-RSC-miQq1EeqfA-marcos_preescolar-antecedentes_y_fundamentacion_normativa_web.pdf
- SEP. (2016). *Dirección General de la Educación Tecnológica en México. Historia de la Educación Tecnológica en México*. Recuperado de: www.dgeti.sep.gob.mx/index.php/quienes-somos/82-historia-dgeti.
- Serrano, V. Sánchez, F. y Pelz, R. (1997). *Plantas medicinales Amealco, Qro. Recetario*. UAQ, México.
- Terven, A. (coord.) (2012). *Tácticas y estrategias para mirar sociedades complejas. Apoyo didáctico para la investigación sociocultural*. UAQ, México.
- Toledo, M. y Barrera, N. (2008). *La memoria biocultural. La importancia ecológica de las sabidurías tradicionales*. Icaria, Barcelona.

- Utrilla, B, Heiras, C. (2012). *Los otomíes: ñöñhö y ñãñhö. Los pueblos indígenas de la Huasteca y el Semidesierto Queretano. Atlas etnográfico*. INAH-UAQ-Inali-Instituto Queretano de Culturas y Arte.
- Van de Fliert, L. (1998). *Otomí en busca de la vida. Ar ñãñho hongar nzaki*. UAQ, México.
- Vázquez, A. y Prieto, D. (2011). *Indios en la ciudad. Identidad, vida cotidiana e inclusión de la población indígena en la metrópoli queretana*. INAHUAQ, México.
- Vázquez, A. y Prieto, D. (2011). *Ley de Derechos y Cultura de los Pueblos Indígenas y Comunidades Indígenas del Estado de Querétaro*. CDI, Querétaro, México.
- Velázquez, M. (2016). Gonzalo Aguirre-Beltrán: aportes, polémicas y paradigmas. *Rutas de Campo* (1):40-46. Recuperado de: file:///C:/Users/Dell/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/9649-18253-1-SM.pdf
- Villoro, L. (1950). *Los grandes momentos del indigenismo en México*. 3ª ed. Colmex-FCE.
- Walsh C. (2010). *Interculturalidad crítica y educación intercultural. Construyendo interculturalidad crítica*.
- Zolla, C. (1983). *La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional en México. La medicina tradicional mexicana y la noción de recurso para la salud*.
- Zolla, C. Bosque, S. Tascon, A. y Mellado, V. (1988). *Medicina tradicional y enfermedad*. Centro Iberoamericano de Estudios de Seguridad Social.

ANEXOS

ANEXO 1. PROYECTO DE INTERVENCIÓN: ENCUENTRO DE MEDICINA TRADICIONAL Y SALUD INTERCULTURAL

Ficha técnica	
Objetivo general: Promover la participación de terapeutas tradicionales y de la comunidad en general a través del Encuentro de Medicina Tradicional.	
Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> • Conocer más sobre la medicina tradicional y salud intercultural. • Fortalecer el rescate de la cultura a través del reconocimiento de los saberes ancestrales en salud; parteras, huseros, curanderos y médicos (a) tradicionales. 	
Actores en interlocución	Metodología
<ul style="list-style-type: none"> • Especialistas locales • Comunidad interesada en el tema • Grupos que trabajen el tema 	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones de planeación y seguimiento. • Gestión con autoridades locales, escolares, comunitarias, y grupos promotores. • Gestionan espacios, apoyos y convocatorias. • Resultado del proceso • Encuentro Comunitario de Medicina Tradicional • Sistematización de la experiencia.
Resultado del proceso	
<ul style="list-style-type: none"> • Encuentro Comunitario de Medicina Tradicional • Sistematización de la experiencia. 	

ANEXO 2. SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

El siguiente escrito describe el proyecto Encuentro de Medicina Tradicional y Salud Intercultural, realizado el 26 de agosto de 2017 en la localidad de San Ildefonso Tultepec, Amealco.

El objetivo del Encuentro fue promover la participación de terapeutas tradicionales y de la comunidad en general, a través de un espacio que permitió conocer más sobre el ejercicio de la medicina tradicional. El proyecto busca rescatar la cultura por medio del reconocimiento de los saberes ancestrales en salud de parteras, hueseros y curanderos.

Este ejercicio reunió a especialistas locales¹, estudiantes de Instituto Intercultural Nñoño (IIÑ), profesores y estudiantes vinculados con la Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ), comunidad en general e integrantes de Salud y Género AC, permitiendo la compartición de conocimientos, además de fortalecer procesos de organización e incrementar la conciencia del derecho a la salud intercultural.

El Encuentro logró la participación de médicos tradicionales, jóvenes, profesores, y estudiantes de las comunidades de Amealco, provenientes de las localidades:

Yosphí, La Concepción, San Ildefonso, San Pedro Tenango, Mesillas, El Rincón, Saucito y Querétaro.

Los principales temas abordados nos permiten conocer las condiciones de la medicina tradicional para contexto ññoño, rescatando el sentido, necesidades y posibilidades que se tienen para construir procesos de salud intercultural que reconozcan desde la horizontalidad los saberes de médicos tradicionales.

2. Aspectos metodológicos

El carácter colaborativo de este trabajo identifica como primera necesidad tener en cuenta las distintas voces de los actores involucrados para construir un diálogo que permita identificar los retos y posibilidades de la medicina tradicional.

El diseño de ejecución implicó reuniones de planeación y seguimiento, visitas periódicas con quienes se pretendió trabajar: grupos organizados trabajando el tema de medicina tradicional en la zona de Amealco, estudiantes de IIÑ, líderes comunitarios, autoridades en la administración pública e integrantes de organizaciones civiles.

Para iniciar este proceso se presentó la iniciativa a los distintos actores para identificar el interés y la forma de participación, además diseñar estrategias que permitieran alcanzar los objetivos.

Al transcurrir los días y el contacto con los interlocutores la propuesta inicial se fue transformando, finalmente se decidió que la convocatoria al Encuentro se extendería sólo para habitantes del municipio de Amealco que se relacionaran con el tema de medicina tradicional con la finalidad escuchar y fortalecer los procesos internos.

Este ejercicio de reflexión se construye en distintos momentos:

- a) *Gestión*. La solicitud de espacios con autoridades locales y comunitarias implicó un ejercicio de presentación, explicación e invitación al proyecto con directivos escolares, regiduría indígena y delegado municipal.
- b) *Convocatoria al Encuentro*. Difusión e invitación a especialistas locales, grupos interesados en el tema y líderes comunitarios.
- c) *Encuentro de Medicina Tradicional*. El Encuentro de Medicina Tradicional y Salud Intercultural tuvo lugar el 26 de agosto de 2017 en las instalaciones del IIN, los anfitriones de este Encuentro pertenecen a la localidad de San Idefonso Tultepec. La dinámica consistió en el intercambio entre especialistas y asistentes, donde especialistas compartieron sus sentires sobre el significado de ser médico o médica tradicional, los retos que enfrentan y las posibilidades de continuar sanando.
- d) *Sistematizar de la experiencia*. Recuperar camino que se siguió para la organización del Encuentro y las distintas voces de quienes fueron parte del proyecto.
- e) *Entrega de resultados*. Regresar a la comunidad y entregar los resultados de la sistematización para contribuir con el plan de seguimiento.

Los resultados que aquí se presentan recuperan las voces, demandas y propuestas de quienes fueron parte del Encuentro.

3. Encuentro de Medicina Tradicional y Salud intercultural

Los Encuentros de Medicina Tradicional y Salud Intercultural son una manera de promover los derechos de los pueblos indígenas, en particular el artículo 44 de la Ley de Derechos y Cultura de los Pueblos Indígenas y Comunidades Indígenas del Estado de Querétaro dice que:

Las comunidades indígenas tienen derecho a la utilización de la medicina tradicional y a utilización de la herbolaria, para uso medicinal y ritual.

La regularización de la Medicina Tradicional (MT) se ha colocado en las agendas políticas nacionales e internacionales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Secretaría de Salud (SSA) buscan su regulación debido al incremento en el consumo de productos y prácticas derivados de la MT.

Las Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 tienen por objetivo generar políticas públicas que se encarguen de regular: las prácticas, el consumo de productos, y la preparación de quienes brinden los servicios de Medicina Tradicional y Medicina Complementaria (MTC). A nivel nacional la MT ha sido impulsada a través de Comisión Nacional para el Desarrollo de los pueblos Indígenas (CDI), el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) y la SSA.⁵³ Actualmente la Secretaría de Salud opera el Programa de Acción Específico 2013-2018 que busca implementar estrategias y políticas interculturales teniendo por objetivo diagnosticar los programas de salud y regular las prácticas de MT. Una de las finalidades de este programa es que las comunidades indígenas sean

⁵³ La relación de la SSA con la MT inicia en la década de los setenta, el Instituto Nacional Indigenista (INI) introduce programas como Hospitales Mixtos en algunas regiones de Puebla y Michoacán, posteriormente en Nayarit, Durango, Campeche, Oaxaca, Chiapas, Estado de México y Querétaro.

sustentables, utilizando como pilar la medicina comunitaria y tradicional a través de la participación directa de las comunidades.

En términos de lo local, Querétaro cuenta con el Centro de Salud con Servicios Ampliados y Medicina Tradicional (CESSA) que se inauguró el 2013 en Amealco de Bonfil, si bien se plantea que los CESSA fortalezcan la MT desde una perspectiva intercultural es importante repensar el significado de la interculturalidad para las instituciones de salud pública:

La interacción entre las instituciones encargadas de regular la MT y las comunidades indígenas tendría que ser analizada con mayor detenimiento y no representar la interculturalidad como un simple elemento discursivo que no considera la interpretación que se tiene de la salud en cada contexto, las formas de atención y la organización que se desprende de las prácticas comunitarias.

Para impulsar procesos de salud intercultural es necesario conocer y considerar el ordenamiento que emana desde lo local y con ello mejorar la calidad de atención y acompañamiento de los servicios de salud.

Con la intención de conocer y considerar el contexto el Encuentro de Medicina Tradicional y Salud Intercultural construye un espacio de reunión que incentiva la participación de los integrantes de la comunidad incrementando la conciencia del derecho a la salud intercultural. El Encuentro logró la participación de médicos tradicionales, jóvenes, profesores, y estudiantes provenientes de las localidades: Yosphí, La Concepción, San Ildefonso, San Pedro Tenango, Mesillas, El Rincón, Saucito y Querétaro.

Para iniciar el Encuentro se realizó un ritual de bienvenida dirigido por compañeras de San Ildefonso, en él se pidió a los cuatro puntos permiso y bendición para la jornada de trabajo, la bendición se acompañó de un sahumero y copal que previamente fue preparado por las compañeras.

Posterior a la bienvenida se efectuó la presentación, donde cada asistente manifestó su interés en participar y el significado de la medicina tradicional en la vida cotidiana, después de tomar la palabra eran sahumados con copal y se le entregó una ofrenda en forma de collar. Durante el ejercicio los participantes hicieron referencias a la importancia de la medicina tradicional para su cultura, a la necesidad de cuidar la salud y los lazos afectivos que los vinculan con el tema.

Al terminar la presentación se abrió el espacio para escuchar a las parteras, huesero y curandero acerca de su experiencia como sanadores, el sentido que tiene la medicina tradicional, las dificultades de su quehacer y sus posibilidades.

Los siguientes párrafos rescatan los diálogos contruidos en colectivo y las principales discusiones: a) el sentido de la medicina tradicional y b) las dificultades en el ejercicio de la medicina tradicional.

El sentido de la medicina tradicional

La atención desde lo tradicional se relaciona con la cercanía y el acompañamiento que los especialistas brindan a los pacientes - Una partera está con ella en su momento: animándole, dándole masaje, como que una la acaricia, la chulea y así ya no se siente tanto el dolor como cuando se están con los médicos- esto implica un involucramiento a nivel afectivo, así lo tradicional se asocia a la completitud del tratamiento. Además de ocuparse de la enfermedad y el malestar físico se ocupan de recuperar y atender las emociones.

La MT atiende malestares que la medicina alópata no puede curar, para la alopatía algunas enfermedades requieren de operación sin embargo los médicos tradicionales nos dicen que si se trabaja de manera constante el padecimiento no es necesario realizar operaciones - Cuando nació el primer hijo de mi esposa, lo daban por muerto y yo logré salvarlo con puras plantas-. La constancia en el tratamiento es fundamental para recuperar la salud, existe una relación de continuidad con los pacientes construida desde el afecto.

Aunque actualmente se tiene mayor acceso a la medicina alópata el lugar común de sanación es la casa. -En ese tiempo no había carro, y si se necesitaba ayuda médica se tenía que ir caminando hasta Aculco, no había trabajo, ni dinero- En general la población reconoce las propiedades curativas de algunas plantas que encuentran creciendo en el terreno de su casa o en los lugares comunes como el cerro o la loma.

Las dificultades en el ejercicio de su quehacer

Las dificultades para los médicos son la falta de reconocimiento, el trabajo subordinado y los elementos lingüísticos.

A pesar de la existencia de un marco legal que promueve la libertad de elegir atender la salud con medicina tradicional para los servicios de salud que promueven la salud intercultural, la figura institucional de médicos tradicionales no existe: una base, planta o salario digno que valide y certifique los conocimientos prácticos. De esta manera no es posible establecer horizontalidad entre el conocimiento empírico y el científico. La desigualdad ejercida por el sistema médico no se reconoce y por lo tanto se naturaliza, además de la falta de legitimidad complica la denuncia y exigencia de sus derechos.

En el caso de las parteras, ocupan el lugar de asistentes durante los nacimientos. A pesar de haber acompañado el embarazo no participan de manera directa pues existen restricciones que le prohíben recibir a un bebé, las pacientes generalmente son enviadas al hospital más cercano.

Otro de los retos para construir procesos de interculturalidad en salud es la lengua -Yo hablaba con mi abuela puro otomí, ella no hablaba español- el conocimiento sobre herbolaria puede resultar confuso -Si usted me dice qué tiene yo le traigo la planta, pero no sé su nombre en español- pues se conoce el nombre en hñähñu pero no en español.

4. Conclusiones

A manera de conclusión presentamos algunos de los acuerdos construidos a partir del diálogo que nos permitió este Encuentro. Las siguientes líneas son un llamado a la comunidad, instituciones y población en general para atender los retos y necesidades de la medicina tradicional.

Comunidad

- Para rescatar la partería es necesario que la gente joven esté dispuesta a insistir en recuperar el conocimiento y continuar luchando en la reivindicación de estos conocimientos.

- Que las parteras enseñen a las mujeres jóvenes de las comunidades a acomodar bebés, mantear, decirle en qué momento e identificar la frecuencia del bebé.
- Compartir con los más jóvenes conocimientos sobre herbolaria: para qué sirve cada planta y conocer los tiempos precisos.

Instituciones

- Valorar el trabajo que realizan las y los médicos tradicionales, desde el reconocimiento y la aceptación de los distintos saberes, asumiendo que el conocimiento proviene de raíces indígenas.
- Construir caminos de diálogo efectivo con médicos alópatas sensibles e interesados en desafiar sus certezas y aprender nuevos conocimientos para fortalecer la atención en salud desde la visión del cuidado y buen trato.
- Que las y los médicos tomen en cuenta las condiciones culturales.
- Comprender los beneficios que traen para las mujeres el acercamiento con las parteras.

Exterior

- Atenderse con tratamientos de la medicina tradicional.
- Considerar el marco legal de la medicina tradicional.