



De los usos pragmáticos de la medicina tradicional por parte del sector salud a las exclusiones ideológicas de las orientaciones antropológicas: el caso mexicano (1930-2022)

From the pragmatic use of traditional medicine by the health sector to the ideological exclusion of anthropological perspectives: the case of Mexico (1930-2022)

Eduardo L. Menéndez¹

¹Doctor en Ciencias Antropológicas. Doctor Honoris Causa, Universitat Rovira i Virgili, Catalunya. Doctor Honoris Causa, Universidad Nacional de Rosario, Argentina. Profesor-investigador emérito, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México.



RESUMEN Este trabajo analiza dos líneas básicas de estudios que se centran en la medicina tradicional utilizada por los pueblos originarios mexicanos desde el siglo XV hasta la actualidad. La primera, impulsada por antropólogos y médicos con formación antropológica, aborda la medicina tradicional para impulsar la biomedicina en los pueblos indígenas, procurando mejorar sus condiciones de salud. Esta línea se desarrolló entre las décadas de 1930 y 1960, para reaparecer a mediados de 1970 a partir de la Conferencia de Alma Ata, y se mantuvo hasta la actualidad buscando expandir la cobertura de atención del sector salud en áreas marginadas, pero supeditando la medicina tradicional, en todos los aspectos, a los programas biomédicos. La segunda línea, ha sido impulsada por antropólogos, sobre todo desde la década de 1960, buscando comprender las culturas originarias a través de la medicina tradicional y de los curadores, que expresan la cosmovisión, identidad, pertenencia y autonomía cultural de los pueblos originarios. Pero esta búsqueda la realizan tratando de comprender y revalidar el papel de identificador cultural de la medicina tradicional y, en algunas orientaciones, justificar objetivos económico-políticos y, especialmente, ideológicos. Esto lo hacen excluyendo la información sobre morbilidad, mortalidad y esperanza de vida, pese a que los pueblos originarios constituyen el sector social con mayores tasas de mortalidad y menor esperanza de vida.

PALABRAS CLAVES Salud de Poblaciones Indígenas; Medicina Tradicional; Alopátia; México.

ABSTRACT This article analyzes two general lines of research on traditional medicine used by Mexican indigenous peoples since the 15th century up to the present day. The first – pioneered by anthropologists and physicians with anthropological training – addresses traditional medicine so as to promote biomedicine among indigenous groups, with the purpose of improving their health conditions. This line of research developed between the 1930s and 1960s, reemerged in the mid-1970s with the Alma Ata Conference, and has maintained momentum into the present day, seeking to expand coverage of the health sector in marginalized areas, but while subordinating traditional medicine to biomedical programs in all aspects. The second line of research has been fostered by anthropologists, in particular from the 1960s onward, and seeks to comprehend indigenous cultures through traditional medicine, with a particular focus on healers, who express the cosmovision, identity, sense of belonging, and cultural autonomy of indigenous peoples. However, these enquiries attempt to comprehend and validate the ways in which traditional medicine encapsulates cultural identity, and in some cases to justify political, economic, and above all ideological objectives. These perspectives do not take into consideration information regarding morbidity, mortality, and life expectancy, despite the fact that indigenous peoples are the social group with the highest mortality rates and lowest life expectancy.

KEY WORDS Health of Indigenous Peoples; Traditional Medicine; Allopathy; Mexico.

INTRODUCCIÓN

La medicina tradicional constituye, hasta la actualidad, el principal campo de estudio de la antropología médica mexicana^(1,2,3,4,5), y una de las áreas del saber indígena que ha sido objeto de mayor cantidad de etnografías específicas. Los estudios sobre la medicina tradicional han centrado su interés en la descripción y análisis de las enfermedades consideradas tradicionales –reconocidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el nombre de síndromes de filiación cultural o síndromes culturalmente delimitados–, así como en las terapias indígenas aplicadas a estas, y solo en las últimas décadas han diversificado realmente sus intereses.

Pero es a partir de las décadas de 1930 y 1940 que se comienza a hablar, estudiar, e implementar acciones referidas a la medicina tradicional. Hasta entonces, salvo excepciones, no se estudiaba dicha medicina en México, ya que no era objeto de interés de ninguna ciencia o disciplina, así como de ningún sector social en particular. Por lo que es importante observar que el estudio y utilización de la medicina tradicional mexicana fue impulsado –desde, por lo menos, la década de 1930– por los objetivos y necesidades del Estado mexicano, en particular, de las instituciones indigenistas y del sector salud y, en un muy segundo lugar, por organizaciones no gubernamentales (ONG) que han trabajado sobre población nativa. Y, especialmente, por los objetivos académicos, sociales e ideológicos de las diferentes corrientes antropológicas interesadas en México por la medicina tradicional que, en ciertos casos, han promovido la integración de los pueblos indígenas a la nación mexicana^(1,6) y, en otros, la búsqueda de la diferencia, autonomía y empoderamiento de dichos pueblos^(7,8), pasando recientemente por el énfasis en las condiciones y reivindicaciones de género de la mujer indígena^(9,10).

La denominada medicina tradicional es la que ha posibilitado a los pueblos originarios, desde finales del siglo XV, enfrentar, tratar, sanar y prevenirse de los padecimientos

que sufren y reconocen como tales; les ha posibilitado tener y desarrollar explicaciones respecto de la causalidad de dichos padecimientos; así como se ha constituido en uno de los más importantes mecanismos de identidad sociocultural de los grupos nativos. Y ello, más allá de la eficacia de dicha medicina para reducir o abatir la mortalidad; asumiendo que, hasta por lo menos las décadas de 1940 y 1950, era la principal y a veces la única forma de atención que utilizaban los pueblos originarios. Según Velimirovic y Velimirovic⁽¹¹⁾, por lo menos el 50% de la población mexicana en la década de 1970 se atendía con medicina tradicional, ya sea por el papel no solo curativo y preventivo, sino por su significación cultural; así como por su rechazo o desconfianza social hacia la biomedicina, por la falta de servicios de salud biomédicos, o por el costo de la atención médica y de los medicamentos.

Ahora, si bien actualmente se sigue manteniendo el interés antropológico por la medicina tradicional, desde por lo menos la década de 1970, se observa una disminución del papel de las enfermedades tradicionales en la vida cotidiana indígena, así como un decremento y hasta desaparición de los diferentes tipos de curadorxs tradicionales, junto con un uso cada vez mayor de la atención biomédica^(12,13). Los procesos de desaparición no se han dado en forma homogénea, ya que mientras en regiones indígenas de Chiapas y de Nayarit se ha mantenido un alto porcentaje de curadorxs tradicionales, en estados como Yucatán, el decremento es muy notable. Y así, por ejemplo, un censo realizado por Indemaya en 2016, para establecer la presencia de curadorxs tradicionales en el estado de Yucatán, encontró una fuerte disminución, que pasó en tres décadas de unos 400 *j'men* (chamanes) a alrededor de 20, lo que plantea su posible desaparición debido, sobre todo, a la edad avanzada de lxs curadorxs, y a la falta de acciones de preservación de la medicina tradicional⁽¹⁴⁾. Más allá de las diferencias, la tendencia de conjunto es hacia la disminución del número y del papel de lxs curadorxs tradicionales, lo que vaticina para algunos la desaparición de

la medicina tradicional, mientras que otros plantean su resignificación y uso en términos de medicinas alternativas y complementarias. No obstante, gran parte de quienes estudian actualmente la medicina tradicional consideran que se mantendrá y no solo en términos de supervivencia.

Más aún, pese a las reducciones de su uso, y a la disminución del número de sanadores, una parte, por lo menos, de las propuestas del “buen vivir” que promueven los pueblos originarios y sobre todo lxs líderes e intelectuales indígenas y proindígenas^(10,15), remiten a la medicina tradicional. Al igual que las propuestas que subrayan la contribución de la medicina tradicional a la pertenencia e identidad indígena, y que buscan no solo diferenciar a lxs indígenas de los otros sectores de la sociedad en la que viven, sino justificar a través de dicha diferencia y pertenencia cultural sus demandas territoriales, económico-políticas e ideológicas, y no solo culturales y sociales.

Los orígenes de los estudios sobre medicina tradicional en el campo de la salud/enfermedad

La medicina tradicional ha ido cambiando en sus significados y en sus usos sociales, culturales, técnicos e ideológicos desde 1930 a la actualidad, y no solo en la población nativa, sino también en quienes la estudian y en quienes tratan de instrumentarla. En el caso de la población indígena, se ha visto expuesta a una discontinua pero constante expansión en términos directos e indirectos de la biomedicina, especialmente desde las décadas de 1930 y 1940, debido a la aplicación de actividades preventivas como vacunación o programas dedicados a “saneamiento del medio ambiente”, como el desarrollado contra el paludismo desde 1950; así como también se ha dado una irregular y coyuntural expansión de los servicios médicos oficiales y privados, que incluyen, y lo subrayo, la venta y el consumo de fármacos en las comunidades nativas antes de que hubiera servicios médicos⁽¹³⁾.

Pero pese a la expansión biomédica, como ya señalé, la medicina tradicional constituye, aún entre las décadas de 1930 y 1970, la principal forma de atención de sus padecimientos utilizada por los grupos originarios, y por una parte de la población no indígena, especialmente en los medios rurales, dado que los médicos se concentraban casi exclusivamente en medianas y grandes ciudades^(16,17). A partir de la década de 1970, se genera una fuerte expansión de los servicios biomédicos oficiales, a través del Programa de Extensión de Cobertura, del Programa de Planificación Familiar y del programa IMSS-COPLAMAR, cuyo nombre se ha ido modificando cada vez que el país cambia de presidente, y se ha llamado sucesivamente IMSS-Solidaridad, IMSS-Progresas, IMSS-Oportunidades, IMSS-Prospera, y actualmente IMSS-Bienestar. Estos programas incluyeron a curadorxs tradicionales, así como a miembros de las comunidades en calidad de promotores o auxiliares de salud.

Desde las década de 1920 y 1930, observamos el desarrollo de proyectos de expansión biomédica en áreas rurales, como fueron a nivel nacional las “misiones culturales” creadas en 1922 por la Secretaría de Educación Pública, la creación del Servicio Social Médico en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en 1936, y las brigadas médicas organizadas por la Escuela de Medicina Rural (1938-1939) del Instituto Politécnico Nacional; o a nivel de un estado como Yucatán el programa de obras rurales por cooperación, así como registramos la localización y expansión de organizaciones como el Instituto Lingüístico de Verano en diferentes zonas indígenas del país que, en su conjunto, contribuyeron a expandir los servicios de salud o, por lo menos, las concepciones biomédicas. Si bien se genera una expansión de la medicina en las áreas rurales, es desigual y discontinua; y recién a partir de la década de 1970 se impulsa una expansión más o menos sistemática y continua de la biomedicina, no solo a través de los servicios de salud oficiales, sino también de las organizaciones de la sociedad civil nacionales y extranjeras.

Desde la academia, la medicina tradicional mexicana ha sido estudiada básicamente para comprenderla, apoyarla y justificarla en términos culturales e ideológicos, tratando de dar cuenta de la lógica cultural con que diagnostican y tratan sus enfermedades los pueblos indígenas. Sin embargo, es necesario reconocer que, en un inicio, la principal preocupación por la medicina tradicional estuvo vinculada a las políticas que a fines de la década de 1930 impulsó el gobierno del presidente Lázaro Cárdenas, que buscaban proteger, estudiar e impulsar la cultura mexicana, y que se centraron inicialmente en las propuestas y objetivos de intelectuales y profesionales vinculados al Instituto Politécnico Nacional; propuestas que, por lo menos en parte, tuvieron que ver con la situación de salud y salubridad de los pueblos indígenas, dado que entre sus objetivos estaba resolver los diferentes problemas que tenían las etnias mexicanas, y dichas etnias constituían el sector social con las peores condiciones de salud de México. Según Aguirre Beltrán, a finales de la década de 1930, cuando la mayoría de la población mexicana vivía en medios rurales y era indígena, la tasa de mortalidad era de 22,9 por 1.000 habitantes, y la de mortalidad infantil era de 128 por mil nacidos vivos; la tercera parte de los nacidos vivos morían antes de cumplir los 10 años, y la esperanza de vida alcanzaba los 36 años^(1,16,17,18).

Por lo tanto, en 1938 y 1939, en el Instituto Politécnico Nacional, se crearon una serie de instituciones con los objetivos señalados, como fueron la Escuela Nacional de Antropología –que luego se convertirá en la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH)–, el Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH) y la carrera de medicina rural, y en las que intervinieron profesionales de las ciencias biológicas y de las ciencias antropológicas. Lxs profesionales de estas instituciones convergen en su preocupación por la situación social, económica y de salud de los pueblos indios –especialmente denunciadas por Othon de Mendizabal– y las pésimas condiciones de salud, alimentación e higiene, así como la falta de servicios médicos que caracteriza a la población indígena,

y proponen un adiestramiento antropológico de lxs alumnxs de la escuela de medicina rural, lo que estaría a cargo de la nueva escuela de antropología^(1,19).

Es importante consignar que la Escuela de Medicina Rural del Instituto Politécnico Nacional surge como una alternativa a la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), que producía profesionales cuya orientación no solo era básicamente urbana, sino para quienes la población indígena no aparecía como campo de interés⁽¹⁶⁾, mientras que los equipos directivos del Instituto planteaban la necesidad de estudiar a los pueblos indígenas para reconocer cuáles eran los problemas que estos tenían para aceptar y utilizar la biomedicina. Y es en función de ello que, en 1943, se estableció un convenio entre el Instituto de Antropología de la Smithsonian Institution (ISA) de EEUU y la Escuela Nacional de Antropología del Instituto Politécnico Nacional de México para realizar estudios sobre la población indígena, cuya información ayudara a formar a estudiantes de la Escuela de Medicina Rural. Se buscaba que lxs médicxs conocieran las formas culturales propias en que la población nativa concebía y enfrentaba los procesos de salud-enfermedad-atención-prevención (SEAP), para “transformar” las concepciones negativas que el personal de salud tenía respecto de los usos y costumbres generales y, en particular, respecto de la salud y la enfermedad de dicha población; así como para conocer los tipos de rechazos y “barreras culturales” que la población originaria tenía hacia la biomedicina y, a partir de ello, impulsar el uso de los servicios biomédicos.

El convenio del Instituto Politécnico Nacional con el ISA se estableció debido a que esta institución estadounidense venía realizando estudios socioantropológicos en varios países de América Latina, como parte de programas de “cooperación técnica” desarrollados por antropólogos de EEUU. Entre 1940 y 1970 se desarrollaron varias corrientes en la antropología social y cultural estadounidense, divergentes tanto en sus orientaciones teóricas, como en sus posturas ideológicas y en sus relaciones con los objetivos políticos

de su país, por lo que tanto intelectuales latinoamericanos como estadounidenses generaron críticas al papel de una parte de los antropólogos que trabajaron en América Latina y, especialmente, en México como son los casos de George Foster y Richard Adams, pero en este texto no incluiremos esta dimensión de análisis^(20,21,22).

Esa cooperación técnica condujo a que, en 1946, George Foster, entonces director del ISA, propusiera e impulsara el estudio de los procesos de SEAP en cuatro países de América Latina (Brasil, Colombia, México y Perú). Estos estudios buscaban, entre otros objetivos, favorecer la relación entre los servicios de salud biomédicos y la población indígena y no indígena⁽²³⁾. En los países señalados, se estudiaron centros de salud que, en el caso de México, fueron dos, localizados en la ciudad de México y en el pueblo aledaño de Xochimilco. Si bien esas investigaciones se realizaron con perspectiva antropológica, sus objetivos tenían que ver con necesidades del sector salud, aunque recibieron el nombre de estudios interculturales.

Estos estudios se hicieron ya no en colaboración con el Instituto Politécnico Nacional, sino con el Instituto Nacional Indigenista, que se había creado en 1948, y en el cual Aguirre Beltrán impulsó la interculturalidad a través de los centros coordinadores indigenistas que comenzaron a crearse en zonas indígenas para asesorar a la población nativa en aspectos educativos, económicos y de salud, con el objetivo de resolver los principales problemas de dicha población. Esta orientación llevó a Aguirre Beltrán a realizar y publicar, en 1955, un libro sobre salud intercultural, en el que describe y propone toda una serie de acciones e instrumentos prácticos respecto del saneamiento del medio, la nutrición, el cuidado materno infantil, la medicina preventiva y la educación higiénica de la población rural⁽²⁴⁾.

Como señala Romano⁽²⁵⁾, uno de los primeros directores de los centros coordinadores, dichos centros tenían objetivos de antropología aplicada, por lo que, a sus futuros directores, así como a los diversos tipos de profesionales que trabajarían en ellos

(médicos, agrónomos, educadores), se les dio durante un año cursos de antropología aplicada en la Escuela Nacional de Antropología⁽²⁵⁾. Sobre todo, en el caso de los médicos, esto era básico, porque inicialmente el Instituto Nacional Indigenista había acordado articular con las diferentes secretarías del Estado para llevar a cabo programas específicos, y el Instituto operaría como el eje de dicha articulación, mientras las diversas secretarías realizarían las actividades programadas en educación, salud o agricultura. Pero, por varias razones, dicha articulación no funcionó, por lo que los centros coordinadores tuvieron que hacerse cargo de todas las actividades, incluidas las actividades biomédicas.

Es decir, inicialmente, en la principal institución indigenista, los intereses por la medicina tradicional tuvieron que ver con actividades aplicadas y, en particular, con impulsar la vinculación de la población indígena con la biomedicina, con el objetivo de abatir las altas tasas de mortalidad, así como mejorar la nutrición y las condiciones de higiene; y fueron asumidos primero por el Instituto Politécnico Nacional y luego por el Instituto Nacional Indigenista en términos de interculturalidad en salud. Pero la posibilidad de extender las acciones médicas a áreas indígenas resultó de inmediato como muy difícil, ya que, por ejemplo, lo que podía estudiarse y aplicarse en los dos centros de salud ya señalados, no podía ser referido a las zonas indígenas del país, dada la inexistencia de servicios de salud en las restantes zonas, y a la falta de inversiones del gobierno en la atención de las enfermedades de los pueblos originarios.

Me parece importante señalar que Aguirre Beltrán⁽⁶⁾, como director del Instituto Nacional Indigenista, colocó gran parte de sus explicaciones respecto de la escasa penetración biomédica en las comunidades indígenas, en el rechazo que la población nativa tenía respecto de la biomedicina, debido a las diferencias radicales de tipo cultural que existían entre ambas, así como por el papel nuclear que la medicina tradicional tenía para las culturas originarias. Pero, sin negar la influencia de estos factores, considero que

Aguirre Beltrán ignoró –pese a conocerlos– toda una serie de estudios antropológicos que venían evidenciando el creciente consumo y demanda de biomedicina por sectores indígenas, quienes la articulaban con sus usos de la medicina tradicional^(26,27,28,29,30,31). Esto es lo que observé cuando, en 1977, comencé a trabajar en comunidades yucatecas caracterizadas por el uso conjunto de medicina tradicional y biomedicina, y por el incremento de los usos biomédicos^(12,13).

Considero que Aguirre Beltrán no asumió que, por lo menos algunos centros coordinadores habían impulsado la biomedicina, así como en varios de los estados con mayor población indígena, como Yucatán se habían expandido servicios médicos no solo oficiales sino privados, así como no incluyó el papel de las organizaciones de la sociedad civil, ni que en todos los contextos sociales, incluidos lxs indígenas, se habían difundido por lo menos ciertos medicamentos biomédicos, que pasaron a ser parte de la medicina tradicional.

Este notable analista, prefirió colocar las interpretaciones del rechazo indígena a la biomedicina en procesos culturales e interculturales, excluyendo también los factores económico-políticos; ya que, como alto funcionario de gobiernos caracterizados por su verticalismo y autoritarismo, no asumió la falta de interés de dichos gobiernos en localizar servicios médicos en zonas indígenas. El proyecto económico-político de los gobiernos surgidos de la revolución mexicana centraba la posibilidad de crecimiento y desarrollo socioeconómico en otros sectores sociales, que es para los cuales crearon los seguros de salud y, por lo tanto, no invirtieron sino excepcionalmente en las áreas indígenas.

Pero, lo que me interesa subrayar, es que Aguirre Beltrán plantea con suma claridad que el objetivo de los estudios antropológicos tenía que ver con facilitar el trabajo de lxs médicxs con la población indígenas, y también con lxs promotores de salud que eran de origen nativo. Según él, “la medicina intercultural actúa exclusivamente en comunidades de cultura diferente a la nacional, y su función específica es la inducción

de los conceptos racionales y comprensivos de la medicina moderna en la cultura de comunidad”⁽¹⁾. Es decir, busca sustituir los saberes tradicionales sobre procesos de SEAP de la población por saberes biomédicos; pero, dicha sustitución debería hacerse según las posibilidades receptivas de cada grupo indígena, sin imponer los saberes médicos, y menos aún en forma rápida y coercitiva. De no ser así, no se deberían impulsar los cambios en las diferentes áreas de la vida cotidiana indígena, incluida la de salud. Esta propuesta asumía las concepciones generadas por el relativismo cultural y el funcionalismo cultural estadounidenses desarrollados entre las décadas de 1930 y 1950, siendo dos de sus principales conceptos los de aculturación y de interculturalidad.

Si bien para Aguirre Beltrán el personal de salud y, sobre todo, el médico son los principales agentes de la medicina intercultural, su labor debe ser básicamente preventiva, de tal manera que la atención médica es considerada secundaria, dado que el objetivo es modificar las conductas sanitarias de la población. Y, para ello, el médico necesita de la información que le proveen los estudios antropológicos sobre los comportamientos indígenas. Es a partir de estas concepciones interculturales que los centros coordinadores del Instituto Nacional Indigenista contrataron médicos y formaron promotores de salud; pero el número y las actividades fueron escasos, y reducidos a muy pocas zonas indígenas hasta la década de 1970, cuando se incrementaron notablemente, pasando de cinco centros, en 1957, a 71 a mediados de 1970. Y dicho notable incremento, como veremos más adelante, tuvo que ver con las políticas de extensión de cobertura que se impulsaron a partir de esa década, a nivel internacional y, en México, en particular.

Ahora bien, esta orientación aplicada, funcionalista y aculturativa comenzó a ser criticada básicamente por antropólogos, y fue el estudio de Bonfil Batalla de 1962⁽⁸⁾ sobre el hambre en Sudzal, que cuestionó en forma radical y en términos no solo teóricos, sino técnicos e ideológicos la orientación que caracterizaba al Instituto Nacional

Indigenista y sus estudios y acciones interculturales, aun cuando la crítica fue dirigida a las fuentes antropológicas estadounidenses e inglesas de la institución mexicana. Este autor criticó el etnocentrismo de estos estudios, la secundarización de los procesos económico-políticos, así como las soluciones basadas en la aculturación que no tomaban en cuenta los aspectos estructurales de la situación indígena, ni las relaciones de dicha población con la sociedad dominante. Por lo que, las propuestas de intervención de esta antropología aplicada no iban a solucionar los problemas de salud y salubridad de la población indígena⁽³²⁾. Y esto Bonfil lo propone a partir de un estudio que él asume como de antropología aplicada, y que se hizo en colaboración con el Instituto Nacional de la Nutrición, que había desarrollado tempranamente un departamento de comunidad, preocupado especialmente por la alimentación de la población indígena.

Entre las décadas de 1930 y 1970, pero sobre todo a partir de la década de 1950 y 1960, se desarrolla una notable cantidad de estudios que incluyen aspectos de medicina tradicional, realizados por antropólogos estadounidenses y latinoamericanos con formación en EEUU, así como por antropólogos mexicanos formados sobre todo en la Escuela Nacional de Antropología e Historia, y que se caracterizaron por interesarse cada vez más por los procesos interculturales, y por las relaciones entre población indígena y biomedicina. Se centraron en estudiar la lógica de la medicina tradicional y, especialmente, sus aspectos simbólicos y “sobrenaturales”, referidos, por ejemplo, a la “pérdida del alma”, los rituales de aflicción o las cosmovisiones. La medicina tradicional es cada vez más estudiada en forma aislada, separando la vida de los sujetos y grupos de sus relaciones con los servicios y concepciones biomédicos.

Es decir, entre las décadas de 1930 y 1960, la preocupación por las condiciones de salud y salubridad de la población nativa, así como de su acceso a servicios de salud biomédicos tuvo objetivos relacionados con la vinculación biomedicina-población nativa, que dieron lugar al inicio de los estudios

socioantropológicos sobre los procesos de SEAP. Pero debido a las causas señaladas, a partir de mediados de 1950 y sobre todo de 1960, la mayoría de los estudios socioantropológicos se orientaron a describir y analizar la lógica cultural de las medicinas nativas en sí. Esta orientación tuvo que ver, por lo menos en parte, con que la tendencia intercultural impulsada por el Instituto Nacional Indigenista aparecía como parte de las políticas verticales del Estado mexicano y de sus formas de tratar a la población indígena en forma exclusivamente subordinada e inconulta, que la antropología social mexicana comenzaba a cuestionar, como señalamos previamente⁽⁸⁾.

Ahora bien, los conceptos de interculturalidad y de aculturación, formulados por la antropología estadounidense, y que utilizó el Instituto Nacional Indigenista desde su creación; son conceptos complementarios que tienen que ver con las corrientes estructural funcionalista y neoevolucionista dominantes en esas décadas, pero subrayando que mientras el concepto de aculturación permaneció vigente aunque con modificaciones⁽¹⁸⁾, el de interculturalidad prácticamente dejó de ser usado hasta la década de 1970 y, sobre todo, de 1980 y 1990, cuando la medicina tradicional fue recuperada por el sector salud como un recurso para la salud, y por el Instituto Nacional Indigenista como una posibilidad de empoderamiento y autonomía relativa indígena.

Esta recuperación se debió, por lo menos en parte, a la confluencia de procesos sociales de diferente índole que se expresaron en la década de 1970 y eclosionaron en las décadas siguientes, y que llevó a la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) a hablar de las “dos décadas perdidas” de América Latina. Los principales procesos fueron el estancamiento en la reducción de las tasas de mortalidad, el creciente desfinanciamiento de los servicios de salud, el “imparable” crecimiento demográfico, la grave crisis económica, el incremento constante de la pobreza y extrema pobreza, el cuestionamiento a la orientación y consecuencias de las políticas indigenistas, el desarrollo de políticas

económicas neoliberales, que entre otras propuestas llevó a reimpulsar la atención primaria de la salud, y a recuperar el concepto de interculturalidad. Más aún, el texto de Aguirre Beltrán, que casi paso desapercibido cuando se publicó originalmente, fue reeditado por el Instituto Mexicano del Seguro Social en 1980, justamente cuando se retoma el concepto de interculturalidad por orientaciones socioantropológicas y por el sector salud.

Pero junto con estos procesos socioeconómicos, hay un factor ideológico y político que tuvo un papel relevante en el desarrollo y uso de las interculturalidades, y me refiero a que las concepciones y políticas neoliberales impulsaron las interculturalidades y, especialmente, las referidas a los grupos subalternizados, a partir de muy diferentes acciones y sobre todo las que remiten a la “afirmación cultural”. Las concepciones que reconocen fuertemente las diferencias – ya sean de género, edad o étnicas– fueron las utilizadas según los diferentes actores sociales. Y este es un aspecto nuclear para entender las aparentes contradicciones que operaron en la trayectoria de la interculturalidad en salud hasta la actualidad.

Los procesos sociales enumerados operaban a nivel mundial en términos económico-políticos, y en términos específicos de salud, y condujeron al desarrollo de discusiones técnicas, políticas e ideológicas a nivel nacional y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre lo que debería hacerse para resolver los problemas de salud que se agravaban sobre todo en el mundo subdesarrollado. Discusiones que, en el campo de la salud/enfermedad, condujeron a que en 1976 varios países propusieran a la OMS la posibilidad de incluir la medicina tradicional en las acciones de atención primaria⁽³³⁾. Esto culminó en la reunión de Alma Ata, convocada por la OMS en 1978, en la que se promovió, sobre todo, la expansión de la cobertura biomédica en los países “subdesarrollados” con la inclusión de curadores tradicionales y de promotores comunitarios, impulsando un tipo de atención primaria denominada “integral” que, justamente, se basaba en el uso de los recursos comunitarios tradicionales y no tradicionales.

En gran parte de los países subdesarrollados, en particular en África y Asia, la extensión de cobertura se basó en los recursos comunitarios, incluida la medicina tradicional, y no en los biomédicos, dada la escasez o la inexistencia de estos; siendo posiblemente el caso chino el que influyó más en México. Pero el programa chino, basado en la acción de los llamados “médicos descalzos”, impulsó sobre todo actividades preventivas y, en segundo lugar, asistenciales, especialmente en las comunidades rurales. Y si bien en su discurso apelaban a la medicina tradicional china; sin embargo, esta se redujo a la herbolaria, dado que las principales actividades de los médicos descalzos tuvieron que ver con inmunizaciones, alimentación, embarazo/parto y prácticas de higiene, realizados desde perspectivas salubristas.

Las propuestas surgidas de Alma Ata, así como la experiencia China, se correspondían con experiencias previas que se venían desarrollando en México, centradas en la medicina tradicional y en el trabajo comunitario, como fueron las casas de salud y los comités ciudadanos de los centros de salud, así como el adiestramiento de parteras empíricas, que databan, por lo menos, desde la década de 1930; por lo que la medicina tradicional fue la principal forma de atención a través de la cual se desarrollaron las propuestas, discusiones y los procesos interculturales en salud a nivel internacional y de México en particular.

Si bien durante la década de 1960, y sobre todo de 1970, se generaron proyectos y discusiones en los que los aspectos culturales y sociales de los procesos de SEAP, así como el papel de las comunidades en su gestación y desarrollo, eran centrales para los servicios de atención primaria; sin embargo, a la hora de las implementaciones, lo dominante era el impulso de concepciones –y donde se podía de actividades– biomédicas organizadas y dirigidas desde el sector salud. Esto evidenció, tempranamente, que la propuesta de *atención primaria integral* había sido reemplazada en los hechos por la propuesta de *atención primaria selectiva* (APS)⁽³⁴⁾, que es la que realmente impulsaron la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS),

pero también los médicos descalzos, y que en México se expresó paradigmáticamente a través del programa de planificación familiar, que fue durante varias décadas el programa que contó con el mayor financiamiento comparado con cualquier otro.

Recordemos que mientras la atención primaria integral proponía un enfoque holístico a través del cual enfrentar de conjunto los problemas de salud, la atención primaria selectiva implicó seleccionar solo algunos problemas, para trabajar a fondo solo sobre ellos, lo que implicaría una mayor eficacia y un uso racional de los recursos humanos y económicos, caracterizados por su escasez, especialmente en el mundo subdesarrollado. Y la eficacia puntual de esta orientación se evidenció en México a través del programa de planificación familiar, más que en ningún otro programa de atención primaria.

Por lo tanto, sobre todo desde mediados de la década de 1970, y durante las de 1980 y 1990 se impulsaron en México varios programas que implicaban la articulación entre el sector salud y la medicina tradicional, con orientación biomédica selectiva, lo que dio lugar a tempranas críticas por parte de corrientes antropológicas y de medicina social, que trataron de recuperar los planteos comunitarios y sociales de Alma Ata, y que se expresaron a través de intentos generados no solo a nivel de cada país, sino de propuestas de la OPS como, por ejemplo, la que trató a finales de la década de 1980 y principios de la década siguiente de impulsar los llamados sistemas locales de salud que, en su versión más crítica, colocaban el peso de la atención primaria en lo comunitario y en lo preventivo (SILOS)⁽³⁵⁾.

Estas y otras propuestas se gestaron durante las discusiones que se dieron en torno al quinto centenario de la conquista de América y que, en el campo de la salud, condujo a que en 1993 la OPS creara la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, que planteó incluso realizar en 2004 una evaluación de lo realizado y logrado por los gobiernos de cada país, y propuso el uso de la medicina tradicional por parte del sector salud, debido a sus características

positivas⁽³⁶⁾. Pero, ni los SILOS ni las propuestas de recuperación de la medicina tradicional en términos de atención primaria integral se concretaron en los países latinoamericanos a nivel del sector salud, debido al dominio de una orientación biomédica, que subordinó, medicalizó o marginalizó a la medicina tradicional.

Si bien se generaron reconocimientos e impulsos de la medicina tradicional, incluso en algunos casos proponiendo su funcionamiento autónomo; sin embargo, como lo venía señalando Aguirre Beltrán^(1,6) desde finales de la década de 1970, lo dominante fue una expansión biomédica como la generada, por ejemplo, por el programa IMSS-Copimar desde 1978 que, según dicho analista, fue negativa para los pueblos indígenas, más allá de que redujera las tasas de mortalidad, porque no solo conducía a imponer el uso de la biomedicina, sino a subordinar y a medicalizar la medicina tradicional, así como a poner en crisis sociocultural a las culturas nativas.

Los usos y desusos de la medicina tradicional

Como surge de lo analizado, entre 1930 y 1960, los estudios de la medicina tradicional se expresaban a través de dos orientaciones básicas: una identificada con la interculturalidad y vinculada con problemáticas de salubridad y salud, y otra de orientación académica interesada por la lógica cultural de la medicina tradicional. Pero a partir de la década de 1970, no solo debido a las necesidades de extensión de cobertura del sector salud, sino también a la crisis del indigenismo integrativo y al surgimiento de propuestas indigenistas participativas y críticas, se desarrollaron varias orientaciones, entre ellas:

a) Orientación indigenista socioantropológica integrativa-aculturativa (1930-1970), que si bien coloca el núcleo de sus objetivos en lograr la aculturación biomédica de la población nativa, lo hace a partir de asumir la racionalidad propia de la medicina tradicional, así

como sus funciones básicas, para favorecer la identidad y pertenencia cultural indígena.

b) Orientación indigenista socioantropológica participativa-autonómica (1980-1990), que se desarrolla en parte asociada con los objetivos del sector salud –pero buscando no solo la lógica cultural de la medicina tradicional, sino también su eficacia– e impulsando la autonomía y empoderamiento de lxs curadorxs tradicionales, aun dentro de las relaciones de hegemonía/subalternidad que tienen con la biomedicina.

c) Orientación biomédica basada en la apropiación de la medicina tradicional por el sector salud (1970-2020), caracterizada por una utilización de la medicina tradicional como recurso, a la que usa en términos pragmáticos, coyunturales y desechables, y siempre en términos de subalternidad.

d) Orientación académica (1940-2020), que constituye la corriente antropológica mayoritaria, y que busca describir y analizar las características y funciones de la medicina tradicional, subrayando sus diferencias radicales con los saberes biomédicos, y considerando la medicina tradicional como parte sustantiva de la vida indígena, dado que la misma expresa en forma cotidiana no solo las cosmovisiones indígenas, sino sus sistemas de relaciones tanto cooperativas como conflictivas.

e) Orientación antropológica crítica (1975-2020), que trata la medicina tradicional como una parte más de los procesos de SEAP que operan en la población indígena, y que si bien busca su racionalidad y funciones lo hace también observando la racionalidad y funciones de la biomedicina; buscando en ambas y también en las medicinas alternativas y complementarias los aspectos positivos y negativos, así como las relaciones que operan entre las diferentes formas de atención que utilizan los grupos originarios, incluyendo no solo las dimensiones social y cultural, sino también la económico-política, la demográfica y la epidemiológica.

f) Orientación indigenista autonómica (1960-2020), con objetivos básicamente ideológicos y/o políticos, cuyo interés nuclear no está en los procesos de SEAP tradicionales y no tradicionales, sino en utilizar la medicina tradicional como expresión de diferencia, como expresión de la creatividad indígena, como eje de las cosmovisiones que diferencian a los grupos indígenas en forma radical de las sociedades “occidentales”, y que pueden ser utilizados para lograr espacios de poder político (Ecuador) o para plantear la reivindicación territorial e incluso la autonomía y hasta independencia política (Chile).

Por supuesto que dentro de cada orientación hay variaciones, y que entre las seis orientaciones existieron y siguen existiendo fuertes y constantes relaciones complementarias, conflictivas y/o contradictorias; pero subrayando que todas las orientaciones señaladas, trataron de distanciarse de la orientación dominante en la profesión médica, caracterizada en México, por lo menos desde mediados del siglo XIX, por un fuerte rechazo, estigmatización, discriminación hacia la medicina tradicional y hacia la interculturalidad en salud⁽³⁷⁾. En otros términos, la profesión médica rechazó constantemente considerar como legítima, en términos científicos, la existencia y uso de la medicina tradicional, a la que consideró solo como “supervivencia” de creencias y prácticas irracionales y “primitivas”, que debían ser prohibidas y erradicadas. Recordando que fue respecto de lxs curadorxs tradicionales, que la profesión médica fue logrando imponer la prohibición y sanción legal por el “ejercicio ilegal de la medicina” (aclaremos que esto recién se logró en México a principios de la década de 1940). De tal manera, y este es un aspecto paradójico pero básico, que la interculturalidad impulsada por el sector salud fue llevada a cabo por un personal médico que no estaba de acuerdo con el uso de la medicina tradicional ni de lxs curadorxs tradicionales en particular, lo que pudimos constatar tempranamente entre 1977 y 1981 en comunidades de Yucatán, Michoacán, y Veracruz.

De las orientaciones señaladas me interesa analizar sobre todo la orientación biomédica y, en segundo lugar, la orientación antropológica participativa; señalando que ambas orientaciones operaron en forma complementaria y permanecieron activas hasta aproximadamente 2010, cuando dejaron de tener una presencia significativa en términos de acciones médicas, aunque siguió permaneciendo a nivel de discurso ideológico. Esto se debió, en parte, a que durante la primera y la segunda década del siglo XXI se concretaron algunos objetivos del sector salud respecto de la cobertura de atención biomédica, que tornarían innecesarios a lxs curadorxs tradicionales y otros recursos comunitarios. De tal manera que, si bien la apelación a lo intercultural y a la medicina tradicional permaneció en el discurso ideológico del gobierno y del sector salud hasta la actualidad, casi desaparece –o por lo menos se reformula– de las actividades médicas asistenciales y preventivas.

A continuación, enumero algunos de los procesos en los que el sector salud concretó la expansión biomédica y la exclusión de los recursos tradicionales de las actividades de atención a la salud. Durante los primeros años de la década de 2000 se genera la primera posibilidad real de expansión biomédica permanente en áreas indígenas, y en áreas no indígenas de población pobre y marginada rural y urbana a través de la creación del denominado Seguro Popular de Salud en 2005. Vale recordar que México había establecido, en las décadas de 1940 y 1950, seguros de salud que cubrían los tres niveles de atención, hospitalización, intervenciones quirúrgicas y entrega gratuita de medicamentos para lxs trabajadores industriales y de servicios privados a través del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para lxs trabajadores del Estado a través del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), para el personal de las fuerzas armadas, así como de seguros especiales para ciertos sectores de trabajadores, como lxs que tenían que ver con la producción de petróleo o caña de azúcar. Por lo tanto, la mayoría de la población rural y la

casi totalidad de la población indígena carecían de seguro de salud.

Pero, además, desde la década de 1970, comienza a incrementarse el número de trabajadores “informales” que, dada esta situación, carecían también de seguro de salud. Estos procesos se incrementaron, además, con el aumento poblacional y con la implementación de las políticas económicas neoliberales, lo que junto con otros procesos condujo a la creación del Seguro Popular como la forma más económica de enfrentar esta falta de cobertura, que estaba llevando a la población, en general, y de menores recursos, en particular, a incrementar el denominado “gasto de bolsillo” en atención médica y, sobre todo, en fármacos y, en el caso de la población indígena, a seguir manteniendo altas tasas de natalidad y de mortalidad comparada con el resto de la población.

Ahora bien, la exclusión o escaso uso de recursos tradicionales por parte del Seguro Popular, fue la culminación de procesos que se venían dando en forma conflictiva y hasta contradictoria desde la década de 1970. Como ya señalamos, el programa de planificación familiar aplicado por el sector salud, y que entre 1975 y principios del 2000 contribuyó a reducir el número de hijos de 6,5 a 2,5 por mujer, comenzó a ser cuestionado en 1980 y sobre todo en 1990, bajo la acusación de estar imponiendo vertical y autoritariamente una política de control de natalidad^(38,39); de que había generado un notable incremento de las cesáreas, la normalización de las esterilizaciones, y toda una serie de agresiones médicas sintetizadas en el nombre de violencia obstétrica⁽⁴⁰⁾. El sector salud lo reconoció, pero –y lo subrayo– lo reconoció cuando ya se había reducido notablemente la tasa de natalidad, de manera tal que en la actualidad, a inicios de la década de 2020, la media nacional es de dos hijos por mujer, es decir, el nivel mínimo para asegurar el reemplazo demográfico.

La expansión de los servicios de salud, incluidos los servicios de salud materno-infantiles, así como el logro de los objetivos del control de la natalidad, condujeron a marginar, eliminar o incluir solo en ciertas tareas a

lxs curadorxs tradicionales y, especialmente, a las parteras empíricas. En el caso de estas últimas, que fueron utilizadas extensamente por el programa de planificación familiar, se buscó que dejen de intervenir en los alumbramientos; y así, desde la década de 1990, comenzó a insistirse en la necesidad de que los partos los realicen personal de salud capacitado, lo que llevó a que durante el siglo XXI más del 90% se realicen en hospitales, sobre todo de segundo nivel de atención, y por profesionales capacitados⁽⁴¹⁾, cuando en la década de 1930, en México, el 90% de los partos eran realizados por parteras empíricas⁽⁴²⁾. Las parteras redujeron sus actividades al cuidado de la embarazada, así como a asesorarla en aspectos de planificación familiar o a la realización de rituales de protección cultural de ansiedades y miedos.

El resto de lxs curadorxs tradicionales solo fueron incluidos por el sector salud en los hospitales y centros de salud interculturales o en tareas de apoyo comunitario, pero su número siempre fue muy escaso. Según el programa IMSS-Bienestar, para julio de 2020, este programa contaba con más de 2.500 parteras empíricas y solo 79 médicos tradicionales⁽⁴³⁾. Esto evidencia, que el interés del sector salud en la medicina tradicional fue momentáneo y pragmático, ya que cumplidos los objetivos prioritarios de extensión de cobertura y de control de la natalidad, excluyeron la medicina tradicional, la redujeron al mínimo o reformularon su trabajo básico. Esta orientación del sector salud era clara desde el principio de la aplicación de los programas de extensión de cobertura y de planificación familiar a mediados de la década de 1970; pero pese a ello, la orientación antropológica participativa que impulsaba el reconocimiento oficial y el uso autónomo o por lo menos complementario de la medicina tradicional, solo lo reconoció cuando lxs curadorxs tradicionales dejaron de ser apoyados para realizar sus acciones específicas; cuando evidenciaron la baja demanda de estos en los hospitales mixtos, y cuando desaparecieron los financiamientos puntuales de actividades como las que sostenían a las organizaciones de curadorxs tradicionales⁽⁴⁴⁾.

Pero este proceso de exclusión se dio al mismo tiempo que las más altas autoridades del sector salud reconocían la importancia de la medicina tradicional, ya que la Secretaría de Salud sostenía, en 1993, que la medicina tradicional seguía siendo el principal recurso no solo de las poblaciones indígenas, sino de otros sectores sociales especialmente rurales; así como también reconocía el papel positivo de la medicina tradicional y de lxs curadorxs tradicionales⁽⁴⁵⁾. Esto se relaciona con que, en la década de 1990, México modifica su constitución y reconoce que tiene una composición pluricultural sustentada en los pueblos indígenas; y coherente con ello lanza un programa nacional de Desarrollo de los Pueblos Indígenas, en el que incluye impulsar una política de salud en la que se fortalezca la atención primaria. Y si bien durante parte de la década de 1990 el Instituto Nacional Indigenista, asociado con los programas IMSS-Coplamar y Oportunidades, impulsó y utilizó la medicina tradicional, a partir de 2000, la medicina tradicional desaparece paulatinamente de las actividades, aunque permaneció en el discurso.

Ahora bien, este proceso de desplazamiento y exclusión de la medicina tradicional culminó con el establecimiento del Seguro Popular, que tuvo desde sus inicios serias limitaciones y carencias de diferente tipo, incluidas no solo las referidas a recursos humanos y económicos, sino a su orientación ideológica⁽⁴⁶⁾. Pero, pese a ello, consiguió impulsar un programa de atención médica gratuito y permanente, en particular en zonas de población rural, que incrementó notablemente el uso de servicios biomédicos⁽⁴⁷⁾, especialmente en áreas indígenas. Según Freyermuth⁽⁴⁸⁾ el 70% de la población indígena mexicana utilizaba en 2015 el Seguro Popular, mientras que el 11% tiene algún otro tipo de seguridad social como el IMSS o el ISSSTE.

En 2018, la nueva gestión en salud correspondiente a un nuevo gobierno que se asumió explícita y críticamente como antineoliberal, a través de criterios técnicos e ideológicos, en gran medida correctos, cuestionó el sistema de salud mexicano y especialmente

al Seguro Popular de Salud y propuso su reemplazo. Pero en lugar de generar una estructura alternativa a través de la cual reemplazarlo, lo que hizo fue eliminarlo, sin contar con los servicios que lo suplantarán, lo cual generó graves consecuencias en la morbilidad, especialmente, en las áreas indígenas, que se potenciaron cuando se generó y desarrolló la pandemia de COVID-19.

El 1 de enero de 2020, el nuevo gobierno “antineoliberal” de López Obrador estableció un organismo para reemplazar al Seguro Popular denominado Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), que planteó dar servicios de salud en los tres niveles de atención, así como entregar medicamentos y otros insumos en forma gratuita a la población que carecía de seguros médicos oficiales. Esto se fue realizando con serias limitaciones y carencias, sobre todo en la atención médica y la entrega de fármacos; pero lo que me interesa subrayar es que si bien el INSABI propuso actuar con “competencia cultural”, sin embargo, al igual que el Seguro Popular, se caracterizó por no utilizar medicina tradicional ni curadorxs tradicionales y, si los utilizaban, como en el caso de las parteras, estas ya no debían realizar partos. Es decir, el uso y desuso pragmático de lxs curadorxs tradicionales por el sector salud se dio durante el lapso “populista” (1970-1982); durante el periodo neoliberal (1983-2018) y también durante el nuevo gobierno asumido como antineoliberal (2018-2022). En marzo de 2022, luego de 25 meses de funcionamiento, y dado los graves problemas que enfrenta, los objetivos y actividades del INSABI comienzan a ser transferidos al programa IMSS-Bienestar, de tal manera que primero se hacen acuerdos con tres estados (Tlaxcala, Nayarit y Colima) para que el IMSS-Bienestar se haga cargo de la población no asegurada de dichos estados, y en el término de dos años se haga cargo de la población no asegurada de los otros estados, desplazando totalmente al INSABI.

Es importante reconocer que, en la década de 1980, desde la puesta en marcha de los programas de extensión de cobertura y especialmente del IMSS-Coplamar, se planeó impulsar un “componente comunitario”

junto con el componente médico, y el primer componente refería a contraprestaciones que la población debía realizar para lograr los beneficios médicos impulsados por el IMSS. Y así, por ejemplo, dichas contraprestaciones podían consistir en que la comunidad saneara un río cercano o que contribuyera a la construcción de un centro de salud. Pero este componente comunitario fue decreciendo cada vez más⁽⁴⁹⁾.

De tal manera que, luego de un extenso e intenso uso de lxs curadorxs tradicionales y también del componente comunitario por parte del sector salud entre mediados de 1970 y principios del 2000, a las instituciones biomédicas ya no les interesaban más las medicinas tradicionales ni la interculturalidad. Y esto se daba en la práctica de los servicios de salud, dado que, como señalamos previamente, el sector salud y una parte de las instituciones médicas siguieron ponderando las características y funciones de la medicina tradicional y la necesidad de que sea parte del sector salud. Estas tendencias operaban al mismo tiempo que los analistas y especialistas en medicina tradicional desde Sonora⁽⁵⁰⁾ hasta Yucatán⁽⁵¹⁾ concluían que era evidente que a lxs médicxs y al sector salud no les interesaba la inclusión de la medicina tradicional, y que cuando la incluían la manejaban en términos subordinados y medicalizándola.

Este proceso de reducción o desaparición del uso de la medicina tradicional por parte del sector salud a nivel de México en particular, ocurre cuando en las dos décadas finales del siglo XX se establece no solo la legalización sino el reconocimiento constitucional de la medicina tradicional, lo que se logra a nivel nacional, y de las legislaciones de gran parte de los estados⁽⁵²⁾. Dicho reconocimiento, que se dio además en numerosos países latinoamericanos, se hizo –y lo subrayo– durante el neoliberalismo, como parte de sus concepciones ideológicas basadas en el reconocimiento de las diferencias y en las afirmaciones de la culturalidad de cada grupo diferenciado. Y estas concepciones fueron aprovechadas por los que buscaban impulsar las autonomías y empoderamientos

de los pueblos y no solo el reconocimiento de la medicina tradicional, por lo que estas legalizaciones y reconocimientos constitucionales también tenían que ver con la presión social y política de los pueblos originarios sobre todo en países como Ecuador, Bolivia y Chile; y en el caso de México debido al surgimiento en 1990 del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), que logró imponer un control territorial y político sobre sus tierras y localidades.

Pero estos logros se obtienen cuando van desapareciendo en forma constante una parte de los pueblos originarios, cuando desaparecen silenciosa y frecuentemente lenguas indígenas, o se reduce el porcentaje de personas monolingües y se incrementa el de bilingües; o que, pese a que se asuman como indígena, lxs sujetxs ya no hablan lenguas indígenas. Esto condujo a que el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) decidiera que en los censos no solo se obtuviera la identificación como indígena a partir del uso de la lengua, sino de la autoadscripción como indígena. Más aún, en el caso de México, estos reconocimientos y legalizaciones de la población originaria se dan cuando desaparece el Instituto Nacional Indigenista para ser reemplazado por dos instituciones sucesivas: desde 2003 hasta 2018, por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas y desde 2018 hasta la actualidad, por el Instituto Mexicano de los Pueblos Indígenas. Estas instituciones no solo pierden varias de las funciones básicas, sino que además se caracterizan por sus fuertes carencias económicas; y por recibir la crítica constante de los pueblos y, sobre todo, de intelectuales indigenistas, que las ven como instituciones del gobierno que tratan de imponer sus objetivos, sin la participación de los pueblos originarios.

Estos procesos caracterizados por los usos cada vez más marginales y secundarios de la medicina tradicional –no solo por el sector salud, sino por las instituciones indigenistas o proindigenistas– necesitamos relacionarlos con varios hechos complementarios que generan una situación social aparentemente esquizoide. Y así, por ejemplo,

las instituciones indigenistas que reemplazaron al Instituto Nacional Indigenista desde principios de la década de 2000, si bien aparecen como preocupadas por la salud de los pueblos indígenas, e incluso señalan la necesidad de formular un modelo intercultural de atención a la salud⁽⁵³⁾, se van a caracterizar por no contar con personal de salud ni desarrollar actividades asistenciales ni preventivas, dado que las delegan a los servicios de salud operados por el sector salud, reduciendo sus actividades a la impartición de talleres de capacitación intercultural para el personal de salud operativo. Dichos talleres, más allá de su calidad, consisten en una serie de clases básicamente teóricas que buscan proveer al personal de salud de saberes que faciliten su relación con la población indígena. El contenido de estos talleres contrasta en forma radical con la formación biomédica cada vez más biologicista del personal de salud y sobre todo de lxs médicxs, tendiendo a tener muy escaso impacto⁽⁵⁴⁾.

En 2001, en la Secretaría de Salud, dada la desaparición del Instituto Nacional Indigenista, se crea la Coordinación de Salud para los Pueblos Indígenas, encargada de diseñar las políticas específicas para dichos pueblos, que luego se convertirá en la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Dicha dirección se caracterizó desde sus inicios hasta la actualidad por un bajo presupuesto, y por no incidir en la orientación y funcionamiento de los servicios de salud, dado que ninguna de sus propuestas han sido aplicadas por dichos servicios. Y así, por ejemplo, sus propuestas de impulsar que la posición de la mujer en el parto sea sentada o en cuclillas, no ha sido tomada en cuenta por los programas de planificación familiar ni materno-infantiles, sino anecdóticamente. Esto ha llevado a su director a concluir, en reiteradas ocasiones, que la principal opositora a la medicina tradicional y a la interculturalidad en salud es la biomedicina⁽⁵⁵⁾. No obstante, según algunos analistas, en esta dirección sigue dominando la visión biomédica, ya que plantea recurrentemente la necesidad de regulación del ejercicio de la medicina tradicional y de las medicinas

alternativas y complementarias a través de criterios biomédicos⁽⁵⁵⁾.

Toda una serie de actores sociales siguieron reclamando la presencia activa de la medicina tradicional, mientras esta es dejada de usar cada vez más no solo por el sector salud, sino por las instituciones indigenistas. Pero ocurre que varias de estas demandas y propuestas son generadas por una parte del sector salud o por instituciones gubernamentales. En 2013, un documento de la Secretaría de Salud no solo describe las características positivas de la medicina tradicional y de los curadorxs tradicionales, incluso comparándolos favorablemente con las actividades biomédicas, sino que adhiere a las propuestas que proponen una medicina tradicional autónoma, respecto de una medicina tradicional “integrada”; es decir, cuestionando que solo sea usada como recurso por el sector salud⁽⁵⁶⁾. Más aún, en 2020, el director del IMSS seguía sosteniendo que la medicina tradicional constituye uno de los “cuatro puntales” del programa IMSS-Bienestar⁽⁴³⁾. Incluso, en 2021, en el Senado de la República Mexicana se presentó un proyecto de decreto para reformar y adicionar diversas disposiciones a la Ley General de Salud en materia de medicina tradicional indígena y afroamericana⁽⁵⁷⁾. Y las justificaciones son las mismas que se vienen reiterando y que cuestionan al sector salud, ya que invocan la falta de cobertura médica, y proponen la búsqueda de alternativas a acciones como la violencia obstétrica biomédica, que el sector salud no tiene ningún problema en reconocer.

Tal como venimos observando, estas legalizaciones constitucionales de la medicina tradicional no logran impulsarla ni detener la reducción de curadorxs tradicionales; así como tampoco favorecen el uso de la medicina tradicional por parte del sector salud, o el incremento de la demanda por parte de la población. Todo indica que las denuncias de pérdida de la medicina tradicional, de la desaparición de pueblos indígenas y desaparición de las lenguas indígenas, planteadas además como catástrofes culturales por sectores críticos, pero también por autoridades gubernamentales se van produciendo,

pero sin que realmente se establezcan procesos y acciones que reviertan estas tendencias. Esto, por supuesto, no niega que se generen reiteradas acciones de recuperación de la herbolaria o de impulso a la medicina integrativa^(50,58,59) que, sin embargo, hasta ahora no modifican sustantivamente las tendencias señaladas.

El sector salud mexicano, por lo menos desde finales del siglo XIX, ha ponderado siempre la herbolaria, dado que es la base de la farmacopea biomédica⁽³⁷⁾; pero excluyendo gran parte de los otros medicamentos y terapias tradicionales, especialmente, los más relacionados con cosmovisiones indígenas. Y esta exclusión se ha dado también en propuestas interculturales críticas, pero que tratan de trabajar con el sector salud⁽⁵⁰⁾.

Correlativamente a la trayectoria de la orientación impulsada por el sector salud, observamos que la orientación socioantropológica participativa –es decir, la que se desarrolló de forma articulada con el sector salud y especialmente con el IMSS-Coplamar y el IMSS-Oportunidades– trató de impulsar las relaciones entre la medicina tradicional y el sector salud, buscando mantener la autonomía y las características propias de la medicina tradicional a través de los hospitales y consultorios mixtos o interculturales, y de las organizaciones de curadorxs tradicionales. Sin embargo, desde finales de la década de 1990 y sobre todo desde la primera década de 2000, no solo sus principales proyectos –como los dos señalados previamente– han fracasado e incluso desaparecido, sino que continúa la reducción del número de curadorxs tradicionales, y sigue la expansión biomédica sobre los grupos originarios⁽⁴⁴⁾.

Más aún, como ya lo señalamos, el Instituto Nacional Indigenista tenía equipos médicos propios que se incrementaron durante 1970, 1980 y 1990; llegó incluso a tener un hospital en la década de 1990 cuyo personal de salud biomédico era propio; y ello junto con el impulso de la medicina tradicional, incluidos los curadorxs tradicionales. Pero la desaparición del Instituto Nacional Indigenista y su reemplazo por otras instituciones condujo no solo a no contar ya con

recursos biomédicos propios, sino a no tener que ver con las organizaciones de curadorxs tradicionales ni con los centros de atención interculturales.

Medicina tradicional: una construcción indigenista con muertes, pero sin muertos

Estos y otros procesos dan la pauta de las formas en que el sector salud mexicano se ha conducido respecto de la medicina tradicional y de la interculturalidad en salud, de forma asociada a ciertas orientaciones socioantropológicas; lo que evidencia que sus objetivos fueron coyunturales y pragmáticos, y en los cuales siempre la medicina tradicional y el “componente comunitario” fueron manejados como un recurso médico subordinado.

Pero ocurre que la medicina tradicional, tanto para la población que la utiliza como para la mayoría de lxs antropólogxs que la estudian, no se reduce a sus relaciones con el sector salud y la biomedicina, sino que, por el contrario, las principales tendencias de la antropología social mexicana, como ya lo indicamos, la han estudiado en sí, y aislada de la biomedicina y del sector salud. Las tendencias socioantropológicas con diferente nivel de radicalidad desarrollaron estudios sobre la medicina tradicional que se van a caracterizar por diferenciarse de lo que impulsa el sector salud, y para lo cual en gran medida excluyeron una serie de procesos de SEAP.

Para el conjunto de estas tendencias socioantropológicas, la medicina tradicional ha constituido, como ya lo señalamos, la forma de atención de los padecimientos propia de los pueblos originarios; y la han descrito y analizando no solo tratando de encontrar su propia racionalidad cultural y su eficacia simbólica, sino también tratando de que expresar la capacidad de los pueblos indígenas para enfrentar las enfermedades y las muertes, así como evidenciar que no es inferior a la biomedicina sino distinta. Más aún, a través de la medicina tradicional, tratan de cuestionar la discriminación, la racialización,

la inferiorización a que están sometidos los pueblos originarios. Y es en función de ello que buscan evidenciar las diferencias culturales de la medicina tradicional con los saberes biomédicos, demostrar la incompatibilidad que existe con la biomedicina, y excluyen toda una serie de aspectos, que no solo cuestionarían las diferencias y la incompatibilidad que ellos proponen, sino que evidenciarían procesos que pueden ser utilizados para estigmatizar a los pueblos indígenas como ser las violencias y la cosificación de la mujer, el dominio de muertes “evitables” en el perfil epidemiológico o la causalidad social de varios padecimientos tradicionales que expresan la existencia de conflictos intragrupos.

De tal manera que esta orientación solo estudia los procesos de SEAP considerados tradicionales, sin tomar en cuenta los procesos de SEAP considerados no tradicionales que operan en dichas comunidades; pese a que, por lo menos, una parte de los sujetos y microgrupos de los pueblos originarios saben que se mueren de enfermedades alopáticas además de las tradicionales, utilizan fármacos biomédicos y no solo hierbas o limpias, concurren a servicios biomédicos, además de atenderse con parteras o chamanes, e inclusive vacunan a sus hijos. Y esto cada vez con mayor frecuencia, aunque nosotros lo venimos documentando desde la segunda mitad de la década de 1970^(2,12,13).

Por lo tanto, la corriente académica que estudia la medicina tradicional, pero también las otras corrientes antropológicas, salvo la antropología médica crítica, solo describen y analizan los procesos de SEAP que consideran propios de las comunidades indígenas, excluyendo los procesos biomédicos y también frecuentemente lo referente a las medicinas alternativas y complementarias. Y si bien lo consignado parece una obviedad para quienes estudian así la medicina tradicional, no nos parece tan obvio, ya que al focalizar exclusivamente lo considerado tradicional, estos estudios están excluyendo partes sustantivas de la vida y muerte actual de los sujetos, grupos y comunidades indígenas. Y así, por ejemplo, no contamos con estudios realizados por estas orientaciones que describan

y analicen las enfermedades tradicionales –y no tradicionales– en términos de mortalidad; por lo que sus investigaciones transmiten la imagen de que en dichas comunidades nadie se muere por enfermedades alopáticas, pero tampoco por las tradicionales. De hecho, podemos observar la inclusión de datos de mortalidad y de morbilidad en unos pocos trabajos desarrollados desde la década de 1940; y en forma sistemática han sido incluidos desde hace más de dos décadas por una serie de notables estudios y, especialmente, por los realizados por dos grupos del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) coordinados por Graciela Freyermuth en Chiapas, y por Paola Sesia en Oaxaca, cuyos trabajos refieren básicamente a los grupos originarios de dichos estados^(60,61).

Dicha exclusión implica que los estudios sobre la medicina tradicional recortan parte de la vida de los sujetos y grupos indígenas, y especialmente de sus procesos de SEAP, excluyendo procesos que son decisivos para dichos pueblos, por lo menos en términos de morbilidad y mortalidad. De tal manera que, por ejemplo, describen y analizan una enfermedad como el mal de ojo, pero sin tratarla en términos de mortalidad; y ello, pese a reconocer que el mal de ojo constituye en México la más frecuente enfermedad tradicional, que es la primera causa de enfermedad infantil en los pueblos originarios, y que según los propixs curadorxs tradicionales puede ser mortal. El grupo liderado por Carlos Zolla interrogó a los curadorxs tradicionales de prácticamente todos los grupos originarios mexicanos sobre las enfermedades que generan mortalidad y, en casi todos ellos, aparece el mal de ojo como posible causa de mortalidad. La información es de tipo cualitativo, y no existen datos estadísticos.

Si bien tenemos una masa de estudios antropológicos sobre el alcoholismo en pueblos indígenas desarrollados especialmente entre 1940 y 1970⁽⁶²⁾; y si bien en algunos de ellos se hacen referencias a la mortalidad por cirrosis hepática e incluso a mortalidad por violencias^(63,64,65); sin embargo, ni en esas décadas ni en lapsos ulteriores se estudiaron las

enfermedades y la mortalidad generadas por dicho consumo. Y ello, pese a que el consumo de alcohol fue y sigue siendo una de las principales causas de muerte de varones y mujeres en varios grupos indígenas, como lo ha puesto en evidencia Graciela Freyermuth⁽⁶⁰⁾ para el conjunto de la población indígena mexicana y, especialmente, para la de Chiapas, Oaxaca y Guerrero, donde la cirrosis hepática aparece como una de las primeras causas de muerte para ambos géneros^(45,62,66).

Vale recordar que el consumo de alcoholes destilados, pese a sus orígenes europeos, es parte intrínseca de las culturas nativas mexicanas, como lo ha demostrado la masa de estudios antropológicos citada; más aún, los usos del alcohol son parte de algunos de los rituales sociales y religiosos más identitarios de las culturas originarias. Por lo que nos encontramos con una antropología que, al mismo tiempo que describe los rituales sociales alcoholizados característicos de una comunidad o cultura determinadas, elude describir y analizar las violencias y especialmente las mortalidades alcoholizadas típicas también de esas comunidades y culturas.

Subrayo que los casos señalados no constituyen una excepción, sino que son solo parte del gran número de procesos de SEAP que son excluidos por los estudiosos de la medicina tradicional, y entre los que encontramos los homicidios, las violaciones sexuales, los incestos, las violencias normalizadas y no normalizadas contra las mujeres y los niños, las venganzas de sangre, la escasa esperanza de vida, la morbilidad y mortalidad por VIH-sida, la eficacia/no eficacia curativa de la atención con curadorxs tradicionales, los padecimientos mentales, las enfermedades ocupacionales tradicionales y no tradicionales, las condiciones de higiene corporal y de la vivienda, el uso de fármacos alopáticos, la planificación familiar, el aborto, los procesos de autoatención, así como toda otra serie de procesos de SEAP, incluida la totalidad de los procesos de SEAP que caracterizan a la población afromexicana, que hasta hace pocos años estaba totalmente excluida de los estudios de la medicina tradicional, como lo ha reconocido temprana y solitariamente Aguirre Beltrán^(16,67).

Por lo tanto, no cabe duda que a los que estudian antropológicamente la medicina tradicional mexicana, no les interesa describir y analizar el conjunto de los procesos de SEAP que operan en las comunidades indígenas, sino solo los que consideran tradicionales y correspondientes a los pueblos considerados originarios; y que tienen que ver con los problemas y objetivos que ciertas orientaciones antropológicas se han planteado académica pero también ideológicamente, por lo menos entre 1930 y la actualidad; circunscribiendo, además, la medicina tradicional a los pueblos indígenas, y excluyendo no solo a la población de origen europeo, asiático y latinoamericana que vive en México, sino también a la afroamericana, a los grupos indígenas urbanos, a los rurales y a los urbanos no indígenas, como si estos no tuvieran, no reconocieran ni trataran sus padecimientos tradicionales.

De esta manera, la medicina tradicional aparece como parte de la identidad de los pueblos originarios que viven en sus comunidades, y no de los otros grupos indígenas y no indígenas, pese a que tanto las enfermedades como las terapéuticas consideradas tradicionales han sido parte de la cultura tanto de los pueblos africanos, como de los pueblos europeos hasta hace pocas décadas. Más aún, son excluidas pese a que, en países como España, Francia o Italia, las principales enfermedades consideradas tradicionales son las mismas que encontramos en México, y que obviamente una parte de la población migrante de dichos países han traído consigo a México, especialmente la de origen rural. Por lo que el conjunto de todos estos factores ha conducido a que, en forma expresa o tácita, la mayoría de quienes estudian la medicina tradicional consideren que su principal origen es precolombino; ya que si bien suelen reconocer el papel de los saberes europeos incluidos desde finales del siglo XV, estos pasan a ser secundarizados o excluidos ideológicamente, pese al papel central que tienen, como es el caso citado del alcohol, el cual es parte básica, por ejemplo, de múltiples terapias tradicionales.

Ahora bien, recortar una parte de la realidad para estudiarla específicamente como

hacen los estudiosos de la medicina tradicional, no es incorrecto en términos metodológicos, sino que constituye un paso necesario para poder focalizar determinados problemas; y ello, más allá de que los antropólogos invoquen o no el holismo que ha caracterizado nuestra disciplina. Es decir, los antropólogos que solo están interesados en la medicina tradicional tienen todo el derecho a hacerlo; pero todo recorte de la realidad implica una justificación teórica, metodológica y socialmente, lo que no hacen la casi totalidad de quienes estudian la medicina tradicional, ya que actúan como si no tuvieran que justificar dicho recorte. Más aún, como surge de numerosas conversaciones con estudiosos de la medicina tradicional, no asumen que están recortando la realidad de la vida de los sujetos y grupos indígenas, ya que consideran que la medicina tradicional es propia de ellos, mientras las otras enfermedades y formas de atención y prevención constituyen procesos externos de reciente inclusión, y que la población indígena no vive como propio de su cultura.

Excluir aspectos de la vida cotidiana de los sujetos y grupos indígenas, por considerarlos de reciente inclusión, pone en evidencia la orientación a-histórica y sincrónica que domina los estudios de medicina tradicional, y que se refleja en el uso de lo tradicional como continuidad y no como cambio. Considero que los estudios antropológicos han congelado la medicina tradicional a partir de 1930-1940, de tal manera que casi todo lo que se incluyó, apropió y resignificó posteriormente en la vida de los pueblos indígenas – por ejemplo, los procesos y actividades de salud/enfermedad de tipo biomédico– no es considerado parte de la medicina tradicional, ignorando u omitiendo que, desde su propia conformación durante el periodo colonial, se caracterizó por la inclusión de aspectos impuestos a la población indígena por parte de los migrantes europeos que fueron apropiados y resignificados pragmáticamente por los grupos nativos, pasando a ser “propios” en la medida que son parte de sus usos sociales, como paradigmáticamente ha ocurrido con

los usos de los alcoholes destilados, como señalamos previamente.

Pero además, las exclusiones evidencian contradicciones en los manejos de ciertos procesos de SEAP como, por ejemplo, los relativos a la muerte/mortalidad, pues mientras a lxs antropólogos les interesa describir los ritos de muerte locales, ocurre que lo hacen sin buscar ni presentar datos sobre la mortalidad general ni etaria en sociedades donde dichas tasas adquieren todavía cifras trágicas, y que además son posible de obtener en trabajos de campo antropológicos de mediana y larga duración. Subrayo, además, que no conozco textos teóricos y metodológicos antropológicos que traten sobre dichas exclusiones, una parte de las cuales refieren a procesos de SEAP que son propios –y no ajenos– de las culturas originarias.

Ahora bien, estas exclusiones se dan pese a que, por lo menos una parte de los procesos de SEAP excluidos habían sido tomados en cuenta por los estudios iniciales de la medicina tradicional. Algunos de estos estudios iniciales se hicieron sobre la oncocercosis, el hambre o el alcoholismo, tratados como problemas alopáticos, además de culturales. Pero esta línea se discontinuó, de tal manera que la casi totalidad de los estudios antropológicos se concentraron en describir y analizar las enfermedades y lxs curadorxs tradicionales. Y si bien, sobre todo los centros coordinadores del Instituto Nacional Indigenista reconocieron tempranamente el papel de las enfermedades alopáticas en la mortalidad de lxs indígenas, especialmente las enfermedades gastrointestinales y las respiratorias agudas, como ya vimos, tanto el indigenismo de integración (1940-1970), el de participación (1980-1990) como el actual no estudiaron la mortalidad y la morbilidad de los pueblos originarios. Por supuesto que, tanto a nivel general como de cada estado, se generaron actividades de expansión biomédica, que analicé en el caso de Yucatán⁽¹³⁾.

En mi estudio sobre Yucatán^(12,13), había planteado la exclusión de las mortalidades y del papel de la biomedicina por una medicina tradicional, que solo se dedicaba

a estudiar enfermedades tradicionales, y evidenciaba tener una muy baja eficacia frente a la mortalidad, incluidas las mortalidades denominadas “evitables”. Propuestas que, en 1983, recuperó Carlos Zolla –uno de lxs líderes intelectuales del indigenismo participativo– quien sostiene que

...son casi inexistentes los estudios que den cuenta de la permeación constante de información médica académica ni de los circuitos de difusión de esta hacia la medicina tradicional [...] Es particularmente notable la insistencia en describir o destacar –casi siempre anecdóticamente– las llamadas enfermedades folk [...] en contraste, es notoria la desatención a ciertos padecimientos cuyas características provienen de la medicina occidental. [Y concluye] A nuestro parecer, en tanto no se disponga de un modelo explicativo dinámico, gran parte de los contenidos de la medicina tradicional no podrán ser considerados como rasgos pertinentes del objeto de estudio. Es preciso, en consecuencia, volver los ojos al desarrollo histórico no tanto de la medicina tradicional como de la medicina mexicana, y de los procesos salud/enfermedad en general.⁽⁴⁾

Sin embargo, esto no fue llevado a cabo por la casi totalidad de los estudios sobre medicina tradicional, incluyendo los del propio Zolla durante su gestión en el Instituto Nacional Indigenista en las décadas de 1980 y 1990. Si bien Carlos Zolla trató de impulsar algunos de estos aspectos, por ejemplo, preguntándoles a lxs curadorxs tradicionales qué enfermedades tradicionales y no tradicionales generaban más mortalidad; sin embargo, siguió dominando su interés por lxs curadorxs y por las enfermedades tradicionales, excluyendo las enfermedades alopáticas, así como el papel de la biomedicina o de las medicinas alternativas y complementarias. Es decir, estos aspectos, por más que fueron reconocidos, no fueron incluidos ni estudiados, porque en lxs estudiosxs dominaban objetivos ideológicos de defensa e impulso de la medicina tradicional.

Nuestro análisis se focaliza en los estudios realizados por antropólogos o con enfoque antropológico, básicamente por estudiosos mexicanos y, en segundo lugar, por antropólogos extranjeros, especialmente, de EEUU, quienes son los que en gran medida inician y desarrollan los estudios de medicina tradicional en México. Pero reitero, el núcleo estudiado corresponde a la producción nacional. De lo analizado surge que las corrientes principales que se han interesado por la medicina tradicional en México han tenido objetivos relacionados, por una parte, con las necesidades de extensión de cobertura del sector salud y sus usos pragmáticos; mientras que, por otra parte, han tenido que ver con objetivos ideológicos dentro de un amplio espectro que va desde la legitimación científica o cultural y del cuestionamiento a

estereotipos negativos de la medicina tradicional, hasta los que buscan impulsar la autonomía y empoderamiento de los pueblos indígenas; o fundamentar su contenido exclusivamente en los saberes precortesianos con objetivos de identidad cultural o para contribuir a justificar sus demandas político-culturales. Subrayo que ambas tendencias se basan en estudios académicos socioantropológicos, pero sobredeterminados por objetivos aplicados e ideológicos. En este sentido, vale aclarar que señalar el fuerte papel de lo ideológico en los estudios sobre medicina tradicional no implica ninguna crítica negativa o descalificadora, sino simplemente asumir los usos a que ha dado lugar la medicina tradicional, debido al papel central y nuclear que ha tenido y tiene en la vida cotidiana de los pueblos originarios.

FINANCIAMIENTO

Para la elaboración de este artículo no se contó con fondos específicos.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener vínculos o compromisos que condicionen lo expresado en el texto y que puedan ser entendidos como conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguirre Beltrán G. Antropología médica. México: CIESAS; 1986.
2. Menéndez EL. Antropología médica: Orientaciones, desigualdades y transacciones. México: CIESAS; 1990.
3. Osorio RM. Bibliografía de las investigaciones antropológicas sobre los procesos de salud/enfermedad/atención en México: Tendencias de investigación en la antropología médica. Ciudad de México: CIESAS; (en prensa 2022).
4. Zolla C. La medicina tradicional mexicana y la noción de recurso para la salud. En: Lozoya X, Zolla C, ed. La medicina invisible. México: Folios Ediciones; 1983. p. 14-37.
5. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. Medicina tradicional y enfermedad. México: CIESS; 1988.
6. Aguirre Beltrán G. La capacitación para la medicina intercultural. En: Velimirovic B, ed. La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense. Washington: OPS; 1978. p. 12-16.
7. Bonfil Batalla G. El etnodesarrollo: sus premisas jurídicas, políticas y de organización. En: Obras escogidas. Tomo II. México: INI/INAH/CIESAS; 1995. p. 467-480.
8. Bonfil Batalla G. Diagnóstico sobre el hambre en Sudzal. Yucatán: CIESAS; 2006.
9. Araya MJ. Parteras indígenas: los conocimientos tradicionales frente al genocidio neoliberal. Quito: Aby-Yala; 2011.
10. Cunningham M, Mendizabal E, Martínez G, coords. Las líderes indígenas y el buen vivir. México: UNAM; 2016.
11. Velimirovic B, Velimirovic H. Examen global de la medicina tradicional y las personas que la ejercen en los servicios de salud. En: Velimirovic B, ed. La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense. Washington: OPS; 1978. p. 193-207.
12. Menéndez EL. Clases subalternas y el problema de la medicina denominada "tradicional". México: CIESAS; 1980. (Cuaderno de la Casa Chata 32).
13. Menéndez EL. Poder, estratificación social y salud. 2a ed. Tarragona: Universitat Rovira y Virgili; 2018.

14. Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya del Estado de Yucatán. Registro único de médicos tradicionales del estado de Yucatán. Mérida: Indemaya; 2016.
15. Fernández Juárez G, edit. Salud, intercultural y derechos: Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen vivir. Quito: Abya Yala; 2010.
16. Agostoni S. Médicos rurales y medicina rural en el México posrevolucionario, 1920-1940. *Historia Mexicana*. 2013;63(2):745-801.
17. Hernández Bringas H, comp. La atención médica en el medio rural mexicano, 1930/1980. México: IMSS; 1984.
18. Aguirre Beltrán G. Medicina y magia: el proceso de aculturación en la estructura colonial. México: Instituto Nacional Indigenista; 1963.
19. Campos Navarro R, Peña Sánchez EY, Maya AP. Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016). *Salud Colectiva*. 2017;13(3):443-455. doi: 10.18294/sc.2017.1115.
20. Horowitz IL, edit. Rise and fall of Project Camelot: Studies in the relationship between social sciences and practical politics. Cambridge: The MIT Press; 1967.
21. Menéndez EL. Ideología, ciencia y práctica profesional. En: Cortés R, comp. Ciencias sociales: ideología y realidad nacional. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo; 1970. p. 101-124.
22. Menéndez EL. La parte negada de la cultura: Relativismo, diferencias y racismo. Barcelona: Bellaterra edicions; 2002.
23. Foster G. A cross-cultural anthropological analysis of a technical aid program. Washington DC: Smithsonian Institution; 1951.
24. Aguirre Beltrán G. Los programas de salud interpretados en la situación intercultural. México: Instituto Nacional Indigenista; 1955.
25. Romano A. Los centros coordinadores indigenistas. En: Zolla C, Rubio MA, coords. Estado del desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de México. Vol. 1. México: INI; 2000. p. 263-264.
26. Foster G. Tzintzuntzan: Los campesinos mexicanos en un mundo de cambios. México: Fondo de Cultura Económica; 1972.
27. Harman R. Cambios médicos y sociales, en una comunidad maya Tzeltal. México: Instituto Nacional Indigenista; 1974.
28. Holland WR. Medicina maya en los Altos de Chiapas. México: Instituto Nacional Indigenista; 1963.
29. Press I. Tradition/adaptation: Life in a modern Yucatan maya village. Connecticut: Greenwood Press; 1975.
30. Redfield R. Yucatán, una cultura en transición. México: Fondo de Cultura Económica; 1941.
31. Redfield R. A Villa that chose progress: Chan Kom revisited. Chicago: The University of Chicago Press; 1970.
32. Menéndez EL. Bonfil o ¿para qué sirve la antropología social? En: Bonfil Batalla G. Diagnóstico sobre el hambre en Sudzal, Yucatán: Un ensayo de antropología aplicada. México: CIESAS; 2006. p. 17-52.
33. Velimirovic B, edit. La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano/estadounidense. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1978.
34. Grodos D, Bethume X. Las intervenciones sanitarias selectivas: una trampa para la política de salud del Tercer mundo. *Cuadernos Médico Sociales*. 1988;46:71-82.
35. Menéndez EL. Sistemas locales de salud: Aproximación teórico-metodológica. São Paulo: OPS; 1990. (Reunión de evaluación del proceso de implantación de SILOS).
36. Organización Panamericana de la Salud. La salud de las Américas. Washington DC: OPS; 1998.
37. Menéndez N. Saberes médicos, alcoholismo y criminalidad, Ciudad de México 1870/1910. [Tesis de doctorado]. México: UNAM; 2019.
38. Figueroa Perea JG. Anticoncepción quirúrgica, educación y elección anticonceptiva. En: Memorias de la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; 1994.
39. Figueroa Perea JG, Aguilar BM, Hita Dussel MG. *Estudios Sociológicos*. 1994;12(34):129-154.
40. Castro R, Erviti J. Sociología de la práctica médica: Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. Cuernavaca: CRIM/UNAM; 2015.
41. Berrio L. ¿Cuidar la salud o modificar realidades?: El papel de la biomedicina en las prácticas de atención durante el embarazo y parto en la Costa Chica de Guerrero. Seminario permanente de Antropología Médica (SEPAM). México: CIESAS; 2015.
42. Birn AE. Marriage of Convenience: Rockefeller International Health and Revolutionary Mexico. Rochester: University of Rochester Press; 2006.
43. Instituto Mexicano del Seguro Social. COM. 486 IMSS-BIENESTAR suma esfuerzos y experiencia en la implementación del Modelo de Intervención Local de Salud Comunitaria-Chiapas [Internet]. 17 jul 2020 [citado 10 nov 2021]. Disponible: <https://tinyurl.com/45yewbed>
44. Menéndez EL. Salud intercultural: propuestas y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;21(1):109-118.
45. Sepúlveda J, coord. La salud de los pueblos indígenas en México. México: Secretaría de Salud; 1993.
46. Laurell AC. Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano. Buenos Aires: CLACSO; 2013.

47. Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Lloréns M, et al. Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud Pública de México*. 2013;55(2):207-235.
48. Freyermuth G. Mortalidad en población indígena desde los determinantes sociales y violencia estructural. En: Freyermuth G, coord. *El derecho a la protección de la salud de la mujer indígena de México*. México: CIESAS, Comisión Nacional de Derechos Humanos; 2017. p. 23-50.
49. Sánchez Pérez HJ, Leal FG, Escobar D, León Cortés JL. Acción comunitaria en el IMSS-Bienestar: Visiones operativas de la "otra" historia. México: El Colegio de la Frontera Sur; 2021.
50. Haro A. Un modelo participativo para el desarrollo de la medicina tradicional y la herbolaria en el noroeste de México. Hermosillo: El Colegio de Sonora; 2021.
51. Güémez M. Encuentros y desencuentros entre los terapeutas mayas y las políticas de salud en Yucatán. *Rumbos*. 2016;12:2-12.
52. Campos R. Legitimidad social y proceso de legalización de la medicina indígena en América Latina. Estudio en México y Bolivia. [Tesis doctoral]. México: UNAM; 1996.
53. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. La atención a la salud de los pueblos indígenas y las tareas de la CDI en el periodo 2003/2006. México: CDI; 2003.
54. Ramírez S. Salud intercultural: Crítica y problematización a partir del contexto boliviano. La Paz: ISEAT; 2011.
55. Almaguer González JA, Vargas Vite V, García Ramírez HJ. Interculturalidad en salud: Experiencia y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. México: UNAM, Gobierno Federal; 2009.
56. Secretaría de Salud. Fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional. México: Secretaría de Salud; 2013.
57. Senado de la República de México. Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la ley general de salud en materia de Medicina Tradicional indígena y afroamericana. Ciudad de México: Senado de la República; 2021.
58. Argueta A, Cano L, edit. Atlas de las plantas de la medicina tradicional mexicana. México: INI; 1994.
59. Lozoya X Plantas, medicinas y poder: Breve historia de la herbolaria mexicana. México: Editorial Pax; 1994.
60. Freyermuth G, coord. El derecho a la protección de la salud de las mujeres. Ciudad de México: CIESAS, Comisión Nacional de Derechos Humanos; 2017.
61. Freyermuth G, Sesia P, coords. La muerte materna: Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. México: CIESAS; 2009.
62. Menéndez EL, edit. Antropología del alcoholismo en México. México: CIESAS; 1991.
63. Bunzell R. The role of alcoholism in two Central American cultures. *Psychiatry*. 1940;(3):361-387.
64. De la Fuente J. Alcoholismo y sociedad. En: Menéndez EL, edit. *Antropología del alcoholismo en México*. México: CIESAS; 1991. p. 175-188.
65. Pozas R. El alcoholismo y la organización social. En: Menéndez EL, edit. *Antropología del alcoholismo en México*. México: CIESAS; 1991. p. 189-197.
66. Menéndez EL. Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica. Buenos Aires Cuadernos del ISCo; 2020. doi: 10.18294/9789874937490.
67. Aguirre Beltrán G. Cuijla: Esbozo etnográfico de un pueblo negro. México: Fondo de Cultura Económica; 1974.

FORMA DE CITAR

Menéndez EL. De los usos pragmáticos de la medicina tradicional por parte del sector salud a las exclusiones ideológicas de las orientaciones antropológicas: el caso mexicano (1930-2022). *Salud Colectiva*. 2022;18:e4051. doi: 10.18294/sc.2022.4051.

Recibido: 7 abr 2022 | Aprobado: 5 may 2022 | Publicado en línea: 20 may 2022



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0). Atribución — Se debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante. Sin restricciones adicionales — No se pueden aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras personas a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

<https://doi.org/10.18294/sc.2022.4051>