

Medicina tradicional mexicana: los objetivos y las formas de estudiarla

Mexican traditional medicine: objectives and ways of studying it

Eduardo L. Menéndez

Profesor emérito del CIESAS

emenendez1@yahoo.com.mx

<https://orcid.org/0000-0003-1483-0390>

 Foundation

DOI: [10.24901/rehs.v44i1r74.943](https://doi.org/10.24901/rehs.v44i1r74.943)

[Medicina tradicional mexicana: los objetivos y las formas de estudiarla](#) by [Eduardo L. Menéndez](#) is licensed under [CC BY-NC 4.0](#) 

Fecha de recepción: 2 de septiembre de 2022

Fecha de aprobación: 1 de diciembre de 2022

RESUMEN:

En este texto se enumeran y analizan los objetivos de los estudios sobre la medicina tradicional mexicana, así como las diferentes formas de estudiarla entre finales de 1930 y la actualidad. Se establecen los objetivos de dichos estudios y los cambios generados en los mismos. Asimismo, se describen y analizan las principales características de las formas de estudiarla que, pese a los cambios, se han mantenido como las dominantes a través del lapso estudiado.

Palabras clave: Medicina tradicional, cosmovisiones, pueblos originarios, metodología

ABSTRACT:

This text lists and analyzes the objectives of studies on Mexican traditional medicine and the different ways of studying it between the late 1930s and the present. The aims of said studies and the changes generated in them are established. In addition, the main characteristics of the ways of studying them are described and analyzed, which, despite the time, have remained the dominant ones throughout said period.

Keywords: Traditional medicine, worldviews, native peoples, methodology

Al Dr. Roberto Campos

Introducción

La trayectoria histórica de la denominada medicina tradicional mexicana tiene cinco siglos, pero los estudios sistemáticos de la misma tienen menos de cien años y, durante su decurso, dichos estudios han tenido diversos objetivos. Como sabemos, los estudios de la medicina tradicional (MT) mexicana se desarrollaron como campo específico a partir de finales de la década de 1930 y durante los 40s, generados por antropólogos y médicos con formación o intereses antropológicos, como Gonzalo Aguirre Beltrán y Othón de Mendizábal, preocupados inicialmente por la salud de los pueblos indígenas y por el papel de la biomedicina en el abatimiento de los daños a la salud de los mismos.

De la revisión de la bibliografía especializada en MT mexicana surge que, entre 1940 y la actualidad, los objetivos para estudiarla han sido pocos, aunque relevantes, así como que van generándose cambios en los objetivos; algunos por razones locales y otros impulsados por corrientes y actores sociales internacionales. Estos cambios se dan en términos de diferentes orientaciones y pueden observarse inclusive en la trayectoria de los propios estudiosos de la MT, como son los casos de Aguirre Beltrán y de Carlos Zolla Luque. En el caso del primero observamos que, de una inicial preocupación en las décadas de 1940 y 1950, por una aculturación biomédica de las poblaciones nativas, se va pasando a un interés por las consecuencias negativas que para dichas poblaciones tienen los usos de la MT que el Sector Salud (SS) impulsa en las décadas de 1970 y 1980. Mientras que, en el caso de Zolla, de un interés centrado -en la década de los 70s y principios de los 80s- en el papel que está teniendo la biomedicina respecto de la MT y, especialmente, a través de su influencia en lo que él denomina “medicina doméstica”, va pasando -desde mediados de los 80 y sobre todo durante los 90- a focalizar el rescate de la MT como parte nuclear de la reivindicación de los saberes de los pueblos indígenas, tratando que en las relaciones entre MT y SS la primera siga conservando su autonomía. Esto lo realiza, especialmente, a través de su impulso y apoyo a los hospitales mixtos o interculturales, y a las organizaciones de los curadores tradicionales.

Ahora bien, el desarrollo de los diferentes objetivos implica posibles conflictos y contradicciones generados, en parte, por la dinámica impulsada inclusive por los mismos analistas. Por ejemplo, en el caso de Zolla, impulsa la constitución y desarrollo del primer hospital mixto en Cuetzalan (Puebla), así como de la mayoría de las organizaciones de médicos tradicionales, en gran medida, en función de las propuestas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de buscar una articulación entre Sector Salud y MT. Esto genera cada vez más conflictos a la orientación sustentada por Zolla, dado los usos hegemónicos y subalternizantes de la MT por el SS.

Pero además, nos encontramos con que, por una parte, se critica al SS y gobiernos mexicanos de excluir y secundarizar a los pueblos indígenas en términos de servicios de salud, lo que es observable a través de la falta de inversión en salud en dichos pueblos, en la falta de servicios biomédicos en las zonas indígenas o en la menor calidad que caracteriza a dichos servicios, comparada con los que operan en otros sectores sociales. Simultáneamente a estas críticas, otros estudiosos y, a veces, los mismos analistas, cuestionan la expansión biomédica a través de programas concretos, aplicados especialmente desde la década de 1970, como lo fueron el Programa de Extensión de Cobertura, el Programa de Planificación Familiar y el Programa IMSS/COPLAMAR, ya que los mismos tienden precisamente a subalternizar, transformar o, directamente, excluir determinados aspectos de la MT; por ejemplo, los saberes de chamanes y de brujos.

Más allá del mayor o menor rigor teórico y metodológico de estos estudios, observamos que una parte de los mismos ha tenido (y tiene) objetivos prácticos de intervenir sobre los procesos de salud/enfermedad/atención/prevenición (procesos de SEAP), mientras que otros tienen objetivos ideológicos referidos básicamente a la defensa de las identidades indígenas y a la crítica de las concepciones y prácticas “occidentales”, especialmente de la biomedicina.

Aunque pocos, dentro de los objetivos encontramos una diversidad de particularidades, además de considerar que existen contradicciones y conflictos entre varias de las orientaciones, como ya señalé. En términos más o menos esquemáticos, considero que existen dos objetivos básicos: a) los que buscan rescatar positivamente las diferentes características de la MT, incluso comparándola con la biomedicina; y b) los que tratan de articular MT/biomedicina a través del SS, con objetivos de intervención para ampliar la cobertura asistencial. Conjuntamente, operan tendencias que tratan de impulsar la autonomía y reconocimiento legal de la MT ([Campos, 1996](#)), algunas de las cuales promueven también una autonomía territorial y política.

Las defensas de la medicina tradicional

Como señalamos, la mayoría de los estudios antropológicos tratan de legitimar a la MT a través de todo el lapso analizado. Dentro de los mismos, encontramos múltiples consideraciones a través de las cuales se trata de justificar la MT y la necesidad de rescatarla e impulsarla. Por ello, a continuación enumero las principales modalidades de estos objetivos.

Toda una serie de estudios tienen por objetivo demostrar que la MT tiene su propia lógica que diverge de la biomédica; que la primera tiene una complejidad que la segunda ignora o niega, reivindicando el saber de los curadores tradicionales, ya que la biomedicina los trata de irracionales y charlatanes, cuestionando, además, la estigmatización que se les hace, proponiendo incluso que necesitamos aprender de ellos.

Frente a la continua crítica biomédica a la ineficacia y hasta peligrosidad de la MT, una parte de los estudios han rescatado, sobre todo, la eficacia de la herbolaria como una de las principales técnicas terapéuticas tradicionales. Si bien estos estudios pueden observarse desde finales del siglo XIX, desarrollados por médicos y biólogos, es en los 70s que este rescate refiere a la herbolaria como parte de la MT, con enfoques socioantropológicos ([Argueta, 1994](#); [Hersch, 2000](#); [Lozoya, 1982 y 1994](#)). El rescate de la herbolaria nativa busca establecer cierto nivel de cientificidad en el saber indígena, así como enfrentar las acciones del SS que reconoce la importancia de la herbolaria; pero al mismo tiempo considera que, por lo menos, una parte de las plantas medicinales son mal utilizadas y pueden tener consecuencias negativas para la salud, lo que fue cuestionado por autores como Argueta y Zolla ([La Jornada, diciembre de 1999](#)).

Conjuntamente, se señala que necesitamos estudiar la MT porque es el tipo de medicina que más utilizan y aceptan los pueblos originarios y, además, porque más allá de los pueblos indígenas, diversos actores sociales mexicanos pertenecientes a diferentes clases sociales también la utilizan. Es decir, tratar de demostrar su vigencia.

Todo indica que están disminuyendo e inclusive desapareciendo, en forma acelerada, los terapeutas tradicionales ([Menéndez, 2018 y 2021](#)). Esto implica reconocer otro de los objetivos que tiene que ver con la necesidad no sólo de rescatar y revalidar un saber cultural, sino de dar testimonio científico del mismo; de dar cuenta de un pasado que desaparece o por lo menos cambia. Por lo tanto, es urgente dar cuenta de este saber antes de que se transforme y/o desaparezca; además, porque la MT constituye el principal reservorio de los saberes de los pueblos originarios.

El énfasis en la racionalidad y complejidad de la MT tiene que ver no sólo con validar este conocimiento, sino con cuestionar las visiones racistas, científicas y estigmatizantes que se han desarrollado sobre los indígenas y sus saberes tradicionales, negando no sólo cientificidad a la MT, sino considerándola “irracional”. Pero además, estos estudios tratan de evidenciar que, más allá de la racionalidad o no de la MT, ésta trata de dar explicaciones y generar intervenciones que posibiliten a los sujetos y grupos comprender lo que les está pasando en términos de enfermedades, muertes y acciones terapéuticas.

Se la estudia, como ya señalamos, por su eficacia, de tal manera que el Instituto Nacional Indigenista (INI) y otras instituciones han impulsado los huertos comunales e individuales con objetivos terapéuticos y de alimentación, siendo el tipo de acciones que más han sido reconocidas por el SS. A su vez, esto ha sido cuestionado reiteradamente, ya que, por ejemplo, en un Seminario sobre MT organizado por la [Organización Mundial de la Salud \(OMS\) en 1978](#), se consideró que “Últimamente, las investigaciones se han limitado más bien a las plantas

tradicionales; en la reunión se destacó que esta tendencia no debe continuar porque daría la impresión de que los métodos curativos de la MT se buscan exclusivamente en el empleo de plantas” (OMS, 1978, p. 10). Por lo que el peso dado a las plantas medicinales, y en segundo lugar a los comestibles, tiene que ver en gran medida con la necesidad de que la MT sea reconocida en sus aspectos científicos por el gobierno y el SS, legitimando así su utilización por la biomedicina.

Este énfasis en la herbolaria se ha potenciado en las dos últimas décadas, con la necesidad de reconocer que el saber indígena ayuda a proteger la biodiversidad y el cuidado del medio ambiente, así como a reducir los efectos del calentamiento global. Así, se propone como objetivo, en forma explícita o implícita, aprender de los saberes indígenas.

Relacionado con estos y otros aspectos, la MT también es estudiada porque es parte sustantiva del denominado “buen vivir” que han generado los pueblos originarios y que, entre otros objetivos, busca no solo legitimar los saberes y las formas de vivir indígenas, sino que los mismos logren la mayor autonomía posible, cultural y también económico/política (Cunningham, Mendizábal y Martínez, 2016).

Se plantea que la MT es uno de los saberes que deben ser rescatados debido a que, pese a los embates colonizadores, los sistemas médicos indígenas son parte de los sistemas nativos que más han resistido la expansión colonizadora (Page, 2002, p. 15). Por este motivo, se le estudia con los objetivos de describir y comprender las formas de pensar y actuar de los grupos indígenas respecto de los procesos de SEAP; de escuchar sus voces para recuperar su pasado cultural y, con ello y otros procesos, contribuir al empoderamiento nativo actual.

Articulado o no con los objetivos señalados, se ha impulsado el estudio de la MT como cuestionamiento del pensamiento “occidental”, concibiendo a las culturas indígenas como radicalmente diferentes de los saberes y cosmovisiones occidentales. Más aún, se acusa a los países occidentales de haber introducido enfermedades en las sociedades nativas que, desde el inicio de la colonización, generaron catástrofes demográficas. Catástrofes que aún persisten, ya que, por ejemplo, grupos sumamente aislados actuales como los ayoreos-totobiegoso que residen sobre todo en Paraguay, contrajeron una enfermedad pulmonar como parte de la expansión ganadera sobre su territorio, enfermedad que amenaza con su exterminio.⁴

Este cuestionamiento se hace en términos generales, especialmente criticando a la biomedicina como el saber propio de la sociedad occidental que la mayoría de la población originaria no comprende y, para algunos inclusive, no cura. Se denuncia su deshumanización, su racismo anti indígena, su menosprecio de las culturas y medicina nativa, su maltrato en la atención médica, su autoritarismo, verticalidad, su presión para el uso de fármacos. Se plantea el peligro de medicalizar la vida indígena; más aún, se acusa a la industria químico/farmacéutica de apropiarse de saberes indígenas y especialmente de sus plantas curativas y preventivas (Bazán, Olvera y Pohlenz de Távira, 2009; Sasson, 1994).

De tal manera, autores como [Jesús Armando Haro \(2010\)](#) cuestionan la sociedad actual y la biomedicina por usar una lógica capitalista, buscando en la medicina y sociedades indígenas una posible alternativa. Orientación que, como sabemos, ya habían propuesto antropólogos de los Estados Unidos de América desde la década de 1930, como fue el caso de R. Zingg quien, describiendo la sociedad huichol, concluyó que “Si se me hubiera brindado la oportunidad de escoger, en el momento de mi nacimiento, entre la opción de ser norteamericano o huichol, habría elegido esta segunda forma de vida (...)” ([Zingg, 1982, vol. I, p. 51](#)), “sobre todo por el carácter holístico de la vida huichol, y el carácter individualista y especializado de la sociedad norteamericana” ([Zingg, 1982, vol. II, p. 10](#)).

Especialmente en las instituciones del Instituto Politécnico Nacional (IPN), desde finales de los 30s, y, sobre todo, en el INI entre 1948 y la década de los 70s, los objetivos fueron aculturativos, es decir, buscaron introducir la biomedicina en los pueblos indígenas. Objetivos que fueron considerados interculturales por [Aguirre Beltrán \(1986, p. 260\)](#) desde la década de 1940, considerando que la Medicina Intercultural “actúa exclusivamente en comunidades de cultura diferente a la nacional, y su función específica es la inducción de conceptos racionales y comprensivos de la medicina moderna en la cultura de comunidad”. Dicha aculturación biomédica se impulsó, inicialmente, tratando de que generase el menor nivel de desorganización posible en las sociedades indígenas; se hizo a través de campañas sanitarias, acciones ambientales, inmunizaciones y formación de promotores. Sin embargo, estas acciones biomédicas fueron muy escasas o inexistentes en la mayoría de los pueblos indios dada la falta de recursos. Apenas en la década de los 70s contó con mayores insumos como para impulsar la atención biomédica en todos sus centros coordinadores, lo que, no obstante, fue un proceso efímero por parte del INI.

Estos procesos articuladores se impulsaban en una sociedad mexicana en la que la gran mayoría de las poblaciones indígenas tenían la MT como forma de atención básica, y donde las acciones biomédicas se concentraban en las vacunas y en tareas de saneamiento ambiental. Para 1978, [Velimirovic \(1978\)](#) consideraba que el 80% de la población mexicana se trataba con MT. Es a partir de este tipo de datos que la OMS, desde la década de los 70s y especialmente durante la Conferencia de Alma Ata en 1978, propuso e impulsó que los SS de los países periféricos, subdesarrollados o emergentes utilizaran la MT y los curadores tradicionales en sus estrategias de atención primaria. En dicha conferencia se reconoce la eficacia de la MT y se señala que la misma es “la principal fuente de asistencia sanitaria para más de dos tercios de la población mundial, y que en determinados países en desarrollo como China y la India, se han hecho adelantos impresionantes mediante la integración de los sistemas occidentales con los sistemas tradicionales, y la aplicación de la ciencia y la tecnología moderna en el fomento y el desarrollo de la medicina tradicional” ([OMS, 1978, p. 38](#)). Esta propuesta fue retomada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para las Américas durante las décadas de los 80s y los 90s.

Fueron las propuestas de la OMS las que, articuladas con las propuestas de control de natalidad, se promovieron desde 1970 y durante los 80 y 90; las líneas de acción son diferentes, aunque complementarias. Por una parte, el SS mexicano, a través del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y

Grupos Marginados (COPLAMAR), impulsó una expansión biomédica, especialmente, en las áreas rurales, incluidas las zonas indígenas. Esto implicó el uso de los curadores tradicionales como promotores de salud e inclusive como curadores, sobre todo en el caso de las parteras “empíricas” como un recurso de atención y, en menor medida, de prevención, de forma permanente o transitoria, a través de la supervisión y orientación del SS. Mientras tanto, el INI impulsó también la articulación MT/SS, pero tratando de que la MT y los curadores tradicionales mantuvieran su autonomía, sin ser subordinados a las concepciones médicas y desarrollando su capacidad organizativa e independiente, a través de los hospitales y centros de salud mixtos, así como de las organizaciones de curadores tradicionales.

En ambas tendencias se plantea la necesidad de que el personal de salud entienda la MT y erradique su racismo y clasismo. Toda una serie de autores propone que su principal objetivo para estudiar la MT es que sea de utilidad para médicos, enfermeras y promotores de salud que trabajan en el medio rural e indígena ([Castañeda et al., 1989](#)); que sus estudios sean un instrumento de trabajo para los equipos de salud rural para que aprendan cuáles son las características de las principales enfermedades tradicionales que sufre la gente en los lugares donde ellos trabajan y poder lograr mayor eficacia en sus intervenciones ([Zolla, 1983](#); [Zolla et al., 1988](#)).

Como señala Roberto Campos, posiblemente el principal líder de esta orientación:

Me interesa estudiar la MT para demostrar y enseñar especialmente a los médicos la importancia del pluralismo médico; me interesa que los médicos conozcan y respeten otras formas de atención; de poner en evidencia el papel positivo de las terapéuticas tradicionales, incluidas sus debilidades y limitaciones. Con los alumnos de la carrera de medicina de la UNAM trato de que no solo piensen en el paradigma occidental, sino que conozcan otras formas de atención que inclusive utilizan sus familias, como lo hemos puesto en evidencia en clase (Comunicación personal, 1 de febrero de 2022).

Ahora bien, esta actitud es también suscrita por un sector de la OPS, que sostiene que “El planteamiento de la interculturalidad en salud requiere partir de un concepto de relaciones respetuosas orientadas a la equidad, donde el paradigma de acción se genera a partir del encuentro y del respeto a la diferencia” ([OPS, 1998, p. 30](#)). Cuestionando el desprecio y racismo hacia los indígenas y sus medicinas, se propone que el modelo de salud para los pueblos indígenas “deberá distinguirse por su enfoque comunitario y participativo, en el que se integre la medicina occidental y la tradicional, evitando las contraposiciones de ambos sistemas” ([OPS, 1998, p. 44](#)), concluyendo que “Los servicios deben respetar las diferencias culturales, las cosmovisiones del indígena, su identidad étnica y su organización social (...)” ([OPS, 1998, p. 55](#)).

Sin embargo, este enfoque fue aplicado casi exclusivamente por el INI durante los 80s y los 90s, ya que en las actividades impulsadas por el SS y, especialmente, por el IMSS-Solidaridad, la MT y los curadores tradicionales no fueron utilizados, o sólo lo fueron como recurso subordinado a los objetivos médicos, especialmente en el caso de las parteras.

Paralelamente, aunque en forma minoritaria, se desarrollaron tendencias que proponen no sólo la autonomía cultural, sino política y territorial. Más que eso, en los diferentes contextos americanos se plantea no sólo el reconocimiento del saber biomédico a nivel de gobiernos centrales y provinciales, sino la legalización del ejercicio de los curadores tradicionales. Observando en el caso mexicano que, a nivel federal y en la mitad de los estados, se reconoce la medicina tradicional como institución indígena, pero en ninguno se ha legalizado el ejercicio “profesional” de la misma.

Cómo se estudia la MT

Planteados los objetivos de los estudios sobre la MT mexicana, ahora analizaré cómo se la ha estudiado. Si bien ha habido diferentes tendencias, así como cambios en los estudios sobre la MT, entre finales de 1930 y la actualidad existe una serie de características básicas que se han mantenido como las dominantes en las formas de estudiar la MT. Las enumero a continuación:

1) Domina un enfoque sociocultural con énfasis en la descripción y análisis culturales de la MT, sosteniendo que ésta tiene su propia racionalidad cultural, social y técnica. De tal manera que, si bien a partir de criterios biomédicos la MT aparece como anticientífica, la misma tiene una racionalidad con coherencia y significación propia. Dicha racionalidad y significación se expresan en la causalidad de los padecimientos, en las normas de prevención o en las terapéuticas, y está determinada culturalmente, supeditando inclusive lo biológico a lo sociocultural. Más aún, lo biológico no aparece incluido como proceso en las formas de estudiar la MT.

Más allá de que se exprese explícitamente, domina un enfoque relativista cultural que se articula, paradójicamente, con cierto esencialismo con que se encara el análisis de las culturas nativas; de tal manera que, por ejemplo, se considera que los criterios de normalidad/anormalidad o de sano/patológico son establecidos por cada cultura. Lo que interesa no es tanto entender la enfermedad, sino a la sociedad y la cultura a partir de los procesos de SEAP, como lo hemos demostrado en nuestros estudios sobre el proceso de alcoholización, ya que, por ejemplo, si bien puede haber referencias a algunas consecuencias negativas de los usos de alcohol, esto no es lo básico, sino las funciones sociales y culturales que cumplen los usos del alcohol ([Menéndez, 1987](#)).

Correlativamente, pareciera que los estudios de MT consideran que solo los grupos originarios producen cultura respecto de los procesos de SEAP, cuando toda sociedad necesita crear y desarrollar saberes culturales respecto de dichos procesos. Algo similar ocurre con la dimensión simbólica, que es parte nuclear de la MT, ya que lo que interesa en los estudios es, sobre todo, la eficacia simbólica de los curadores más que su eficacia “empírica”. Esto sin asumir que en la biomedicina opera también la dimensión simbólica.

2) Como señalaba [Guillermo Bonfil Batalla \(2006 \[1962\]\)](#), los estudios de MT focalizan las concepciones y valores culturales, dejando de lado las condiciones materiales de existencia de los grupos indígenas. Los procesos económico-políticos y demográficos no suelen ser incluidos,

o lo son sin mucho detalle y profundidad ([Rubel y Browner, 1999, p. 86](#)). Si bien esto ha sido señalado periódicamente, la tendencia es omitirlos, pese a que, como señalan algunos analistas, la población indígena los demanda. Y así, Daniel Cazés publicó en 1978 y 1979 varios artículos en el periódico *Unomasuno*, planteando que mientras los antropólogos están preocupados por la cultura indígena, los indígenas están preocupados por la pobreza, el empleo, el hambre, la falta de asistencia médica y la necesidad de migrar, reivindicando necesidades sociales y económicas más que aspectos culturales. De tal manera que las consecuencias de la pobreza, de la desocupación y de la explotación económica no son incluidos en la forma nuclear de interpretación de los procesos de SEAP tradicionales y no tradicionales, como observamos tempranamente en nuestros trabajos ([Menéndez, 2018 y 1990](#)).

3) Estos estudios han tendido a subrayar la homogeneidad social de los grupos y comunidades originarias, no incluyendo criterios de estratificación social, ocupacional, económica, pero tampoco en términos religiosos, políticos o de género. La dimensión epidemiológica aparece poco incluida en la descripción y análisis de los procesos de SEAP; la denominada epidemiología sociocultural es escasamente utilizada ([Haro, 2010](#)).

4) Domina una noción de integración y cohesión de las comunidades y, por supuesto, de la MT; integración que actúa como proceso de exclusión de los aspectos que cuestionarían dicha integración. Por ejemplo, si bien determinadas enfermedades tradicionales tienen que ver con conflictos intergrupales e interpersonales, estas sociedades se estudian como integradas y no conflictivas. Dicha integración y coherencia refuerzan la identidad y pertenencia étnica, como concluye Lagarriga:

Mientras que en la medicina ejercida por el grupo hegemónico, la persona afectada por cualquier padecimiento debe recibir un trato individualizado, en el campo de la medicina tradicional el padecimiento de un mal es considerado como un reforzador de la identidad étnica o de clase. De este modo, en la medicina tradicional, desde la misma causa de la enfermedad como podría ser embrujamiento, hechicería, infracción de normas establecidas, etc., se hace una maniobra de reintegración a los valores médicos del grupo, se reorganiza así cierta ideología y se contribuye a dar consistencia y solidez a la propia sociedad ([Lagarriga, 1979, p. 646](#)).

La integración está pensada en términos holísticos y de articulación de todas las partes de una cultura, lo que implica que no deberíamos separar los procesos de SEAP para estudiarlos pues, al hacerlo, estamos eliminando en gran medida nuestra posibilidad de comprenderlos. [Aguirre Beltrán \(1986\)](#) cuestiona la actitud metodológica que separa y aísla para poder analizar particularidades, que es la forma en que solemos trabajar todos, incluido el mismo autor. Pero esta visión no solo la sostienen los antropólogos sino también la OMS, según la cual “La medicina tradicional considera al hombre de manera holística, es decir en su totalidad, y dentro de un espectro ecológico; partiendo al mismo tiempo de que la falta de salud o la enfermedad son provocadas por el desequilibrio del hombre con su sistema ecológico total, y no solo por el agente causal y la evolución patológica” ([OMS, 1978, p. 14](#)).

5) En la integración y cohesión sociocultural, el mayor peso aparece colocado en la cosmovisión, específicamente en los procesos religiosos y sobrenaturales. Se subraya la incompatibilidad entre la cosmovisión que opera en los pueblos originarios y la sociedad occidental, así como entre la MT y la biomedicina (Flores, 2017), tendiendo a enfatizar el rechazo de la población hacia la biomedicina, aun admitiendo que los pueblos originarios la utilizan. En función de la cosmovisión establecen una diferencia radical entre enfermedades tradicionales y alopáticas en el saber de los grupos. La cosmovisión es referida exclusivamente a los pueblos originarios y a la MT, como si en los pueblos no originarios y en la biomedicina no operaran cosmovisiones, dado que, si bien en algunos casos los analistas hacen alusión a estas, nunca las describen ni analizan.

Mientras respecto de los grupos indígenas se busca, o por lo menos se hacen referencias a la cosmovisión como parte nuclear de su cultura, nada de esto ocurre respecto de los grupos no indígenas. Como señalan Rubel y Browner (1999, p. 86) analizando procesos de SEAP en Oaxaca: “No encontramos estudios etnográficos de poblaciones no indígenas que enfocan el papel del hogar, la comunidad, las operaciones o solicitudes de ayudas a poderosas entidades espirituales como santos o vírgenes, cuando sus poblaciones se enfrentaban con serias amenazas de salud”. Pero además, la cosmovisión y lo sobrenatural son manejados como determinantes de los comportamientos, de tal manera que, según McCallum (1999, p. 462), varias tendencias abstraen las cosmovisiones de la vida cotidiana y las describen como si fueran un código de creencias que gobiernan las prácticas, en lugar de verlos integrados en los hechos de la vida cotidiana. Tienden a concebir la cosmovisión como esencializada, dominando una concepción a-histórica y a-social de la misma.

Si bien la cosmovisión refiere a todos los aspectos de una cultura, “En ninguna parte se comprueban más claramente estas generalizaciones acerca de la filosofía y de la concepción del mundo tzotziles, como en su interpretación de la salud y de la enfermedad” (Holland, 1963, p. 119), lo que es compartido por la mayoría de los que estudian las enfermedades tradicionales y que ven en la MT el principal reservorio de los saberes tradicionales. Cabe recordar que la cosmovisión ayuda a explicar y aceptar los problemas que una sociedad no puede solucionar o eliminar, posibilitando convivir con ellos. Así, por ejemplo, en la mayoría de los pueblos originarios, cuando una persona tiene un problema de salud leve, se considera que es de origen natural; pero si el padecimiento no se soluciona con tratamientos sencillos, el origen pasa a ser sobrenatural. Según Holland (1963, p. 161), respecto de los grupos tzotziles, “Las enfermedades menos graves ocasionan menor ansiedad y, por ello, se les atribuye por lo general un origen natural y se curan fácilmente con hierbas medicinales. Las enfermedades más graves e inquietantes que no responden al tratamiento herbolario, se atribuyen inevitablemente a causas sobrenaturales”. Las causas sobrenaturales las tratan determinados curadores tradicionales.

Ahora bien, esta forma de interpretar ciertos aspectos de la MT se ha modificado en varios pueblos originarios; así, según Cortez (2015, pp. 269-270), entre los zoques de Chiapas:

las enfermedades “pequeñas” se curan con hierbas o con medicamentos de patente y no representan un riesgo muy alto, aunque de no atenderse o atenderse mal pueden surgir complicaciones por lo que pueden volverse “grandes” (...). Y las enfermedades “grandes” se conciben como graves, y requieren una intervención especializada inmediata, que en el caso de las enfermedades naturales implica trasladarse al Hospital Regional de Tuxtla Gutiérrez, o bien en el caso de las enfermedades *hechas* requieren brujos, hechiceros o curandero.

Este cambio es producto de la incorporación de la biomedicina como parte del sistema de atención local, lo que implica modificaciones en la cosmovisión que, sin embargo, no son descritas ni analizadas por la mayoría de los especialistas ([Menéndez, 2018](#)).

La cultura, incluida la cosmovisión, aparece como positiva, como generadora de integración, coherencia, equilibrio, armonía, de tal manera que fenómenos tan estructurales como la envidia o las violencias no modifican sustantivamente esta interpretación que las considera como parte de los usos y costumbres. Tendencia que se observa sobre todo en los analistas y no en los conjuntos sociales, lo que podemos observar en los usos de la biomedicina; mientras gran parte de los antropólogos consideran incompatibles dichos usos con las cosmovisiones indígenas, los pueblos originarios van asumiendo en su vida cotidiana que las condiciones de insalubridad son negativas, que los hospitales no son sólo lugares para morir o que los fármacos biomédicos pueden salvar vidas y, por ende, incluyen por lo menos algunos de los más usados dentro de las relaciones frío/caliente. Lo anterior se evidencia a través no sólo del no rechazo cultural a la biomedicina, sino en la demanda de localización de hospitales en sus comunidades.²

Ahora bien, las cosmovisiones de los pueblos originarios que manejan los analistas de la MT se caracterizan no sólo por su a-historicidad, sino porque dichos analistas no incluyen en las cosmovisiones los procesos que están afectando la vida cotidiana y la forma de pensar de los pueblos. Y así, por ejemplo, la iglesia católica se ha caracterizado por su crítica a la MT, especialmente a brujos y chamanes, así como por el apoyo a la biomedicina, impulsando, por ejemplo, la formación de promotores sociales.

Desde por lo menos las décadas de 1920 y 1930 observamos en los pueblos originarios, influencias biomédicas y de religiones “protestantes” de forma directa e indirecta, tanto que en Chiapas, según el censo de 2020, el 30% se adhiere a dichas confesiones, encontrando que “han tenido un enorme éxito proselitista entre los indígenas (...). La mayor parte de estas iglesias están presentes en todos los pueblos, hasta en las más recónditas aldeas de las montañas” ([Pitarch, 2004, p. 233](#)). En el caso del estado de Yucatán, la biomedicina ha llegado hasta las comunidades más pequeñas ([Menéndez, 2018](#)). Por este motivo, la no inclusión de la mortalidad, la enfermedad, los sufrimientos por los padecimientos y demás, según las perspectivas biomédicas, están expresando una manera a-histórica y focalizada en lo étnico y el pasado. Esto se agudiza aún más en el caso de las religiones católicas y protestantes, dada su actitud a favor de la biomedicina, sus críticas y rechazo a la MT.

Según [Pitarch \(2010, p. 427\)](#), las iglesias protestantes le dan un papel central a la curación, lo que atrae especialmente a los indígenas de los Altos de Chiapas: “No es la doctrina lo que interesa a los grupos nativos. Ni tampoco son cuestiones de carácter teológico lo que distingue a una religión de otra a ojos indígenas. En su lugar, el atractivo reside en lo que cada comunidad religiosa ofrece para evitar el mal mediante una modificación parcial de los procedimientos de fabricación y mantenimiento del cuerpo”. Agregando:

Si se pregunta a un aborígen por aquello que caracteriza a su religión, no responderá hablando de en lo que “cree” (esta religión afirma esto, aquella lo otro) ... En su lugar, mencionará fundamentalmente lo bien o relativamente bien que funciona su religión para curarse (no es que las otras no curen, pero lo hacen peor) y, sobre todo, el tipo de restricción corporal y alimenticia que esta (religión) les impone: qué se puede comer y beber y qué no; con quién se puede tener relaciones sexuales y en qué medida, cuánto dinero hay que desembolsar a cambio de la pertenencia, etc. ([Pitarch, 2010, p. 427](#)).

Por supuesto que lo planteado por este analista no lo extendemos a otros grupos originarios, pero implica la necesidad de ver qué ocurre en ellos con la expansión biomédica y religiosa, no solo respecto de los procesos de SEAP, sino de la cosmovisión de dichos pueblos. Además, en todos los grupos étnicos está disminuyendo el número de curadores tradicionales, especialmente los chamanes, que constituyen los principales sostenedores de las cosmovisiones, por lo que necesitamos reflexionar sobre lo que ello implica en los tipos de cosmovisiones que las poblaciones indígenas manejan actualmente.

6) Necesitamos asumir lo señalado previamente, porque los curadores tradicionales, especialmente algunos, son los encargados de manejar la cosmovisión en el tratamiento de los padecimientos, de allí que, según [Holland \(1963\)](#), el grupo proteja el valor de la curación mágico/religiosa como uno de los principales valores comunitarios, dado que la amenaza a los poderes curanderiles son amenazas a la integración del grupo. Los curadores tradicionales tratan al paciente en forma integral, tomando en cuenta, sobre todo, el espíritu, dado que el origen y solución de las enfermedades están en el espíritu. Ellos tratan padecimientos que no son atendidos y que niega la biomedicina; si bien utilizan toda una variedad de terapéuticas, se caracterizan por la significación de la eficacia simbólica.

Los curadores tradicionales curan por la confianza que inspiran en los pacientes, por el apoyo social y emocional que les dan, por el tiempo dedicado a escuchar, entender y tratar al enfermo, lo que los diferencia de la atención biomédica. No cualquiera puede ser un curador tradicional, ya que se deben tener ciertos rasgos desviantes de la personalidad que le posibiliten curar. Gran parte de estos curadores reciben la capacidad de curar, sosteniendo algunos que ellos no curan, sino que, a través de ellos, quien cura es Dios. Ellos sólo tratan en sus comunidades, existiendo un marco común cultural y social entre los curadores y sus pacientes.

Existe un problema metodológico que la mayoría de los analistas no trata: refiero al hecho ya señalado de que gran parte de la actividad sanadora y enfermante de los curadores tradicionales

constituye, simultáneamente, un hecho mágico/religioso. La cuestión que observamos es que, por ejemplo, para quienes estudian el chamanismo en términos mágico/religioso, los procesos de SEAP pasan a ser secundarios, mientras que quienes los tratan desde la MT subrayan estos aspectos y no suelen desarrollar lo mágico/religioso. Constituyen excepciones los trabajos de R. Campos, J. Gallardo, K. Finkler, J. Page y algunos otros analistas.

La gran mayoría de los analistas no critica los saberes médicos tradicionales, aun cuando reconocen sus problemas, ya que, por ejemplo, Page considera que la MT:

es un recurso humano para la salud con valor limitado como toda medicina, pero que principalmente coadyuva al cuidado de la salud y curación de enfermedades de las consideradas dentro del primer nivel de atención; así como el acompañamiento emocional y espiritual de quienes se ven afectados por algún sufrimiento. Recurso que al ser soslayado y vilipendiado desde la sociedad dominante requiere -desde posturas críticas y de solidaridad con los pueblos originarios- ser destacado social y académicamente. Además, en lo personal ha resultado de gran importancia en mi práctica médica profesional como principal recurso en términos de herbolaria; al principio lo hice en términos de prueba y error, y luego con la seguridad de su efectividad en el tratamiento de diversos padecimientos. Asimismo, considero que es fundamental adentrarse en la cosmovisión que da sustento a los diferentes sistemas médicos, para comprender a cabalidad los procesos de SEAP (Comunicación personal, 29 de enero de 2022).

No es que los analistas desconozcan los aspectos negativos o limitativos, sino que, sobre todo, recuperan los procesos positivos.

7) Las comunidades indígenas y la MT se caracterizan por la búsqueda de equilibrio entre los principales procesos dentro de los que viven; así, en el caso de la MT, el equilibrio/desequilibrio aparece como una de las principales causas de enfermedad y problemas comunitarios, ya que, según [Aguirre Beltrán \(1986\)](#), cuando la armonía que la persona tiene con el cosmos se rompe, sobrevienen la enfermedad y la muerte. La búsqueda de equilibrio en los pueblos originarios opera también en relación con la naturaleza y con el medio ambiente, lo que ha sido reconocido en las últimas dos décadas: “Los pueblos indígenas sólo representan el 5% de la población mundial; pero no obstante, protegen el 80% de la biodiversidad del planeta y administran alrededor del 22% del carbono forestal” ([La Jornada, 25 de septiembre de 2019](#)). Lo anterior, debido a que sus usos y costumbres ayudan a la conservación del medio ambiente, ya que “El respeto a la tierra, la reforestación con plantas nativas y la protección de las especies es parte de su herencia cultural” ([La Jornada, 8 de septiembre de 2017](#)). Esto lo reconocen cada vez más científicos y gobiernos; revistas científicas “han publicado estudios que demuestran que en todo el mundo, las tierras manejadas por indígenas tienen mucha más biodiversidad intacta que otras, incluso aquellas reservadas para la conservación”,³ subrayando que tenemos que aprender mucho de los saberes indígenas.

8) Los estudios sobre MT aparecen preocupados por el pasado más que por el presente, por ver el presente como una continuidad que asegure la persistencia del pasado; por eso el peso que tiene en las etnografías “la palabra de los mayores”, que son los que más saben sobre el pasado. Como concluye [Favre \(1973\)](#), luego de revisar los trabajos de importantes antropólogos de los Estados Unidos de América y de México respecto de culturas indígenas de Chiapas:

Con raras excepciones, todos los trabajos que acabamos de mencionar están inscritos a pesar de su aparente diversidad, en una misma perspectiva de la investigación etnológica (...). Estos trabajos quieren hacer que el presente rinda cuentas del pasado. A través del análisis de las comunidades actuales, se dirigen a la sociedad maya antigua que pretenden revelarnos. La etnología acudiría así en socorro de la arqueología y la epigrafía desfallecientes, a fin de proporcionar por una antropología controlada las “piezas faltantes” de esta marquería mal urdida que siguen siendo los horizontes mayas clásicos y posclásicos ([Favre, 1973, pp. 7-8](#)).

A su vez, [Zolla \(1983\)](#) considera que domina una concepción a-histórica de lo tradicional, dominada por la repetición, la estabilidad y el no cambio; de allí el énfasis en lo mágico/religioso, en las cosmovisiones, en los rituales que tienden a pensar en términos de persistencias. Esta orientación hacia el pasado se ha dado en función de diferentes orientaciones: desde la del indigenismo integracionista, pasando por la afirmación de lo indígena como alternativa a la sociedad dominante, hasta las tendencias que proponen la autonomía cultural y territorial en el indigenismo de emancipación.

9) Los padecimientos son pensados como problemas del grupo y no del individuo, más allá de que operen en individuos. Es el grupo familiar el que reacciona y se organiza para enfrentar la enfermedad y quehacer en términos culturales y en términos económicos:

En otras palabras, el individuo no es socialmente un enfermo hasta que su caso sea “autorizado” por sus asociados. Sólo cuando los parientes y deudos aceptan su condición de enfermo, puede solicitar ser eximido del cumplimiento de sus quehaceres normales diarios. Como la enfermedad afecta directamente a todo el grupo, es lo más natural que éste tenga derecho a participar plenamente en las decisiones que vayan a adoptarse ([Foster, 1964, pp. 107-108](#)).

Correlativamente, se excluye al sujeto y a la subjetividad, ya que lo que importa es la reproducción y continuidad del grupo, por lo que lo rescatable para los antropólogos es describir y analizar los procesos culturales de enfermar, curar y morir, más que lo que le pasa al sujeto enfermo, al sujeto que muere. Esto fue cuestionado tempranamente por antropólogos de muy diferente orientación, como [Erasmus \(1963\)](#) o [Lewis \(1951\)](#). Y así, por ejemplo, el primero propone que “Los ejemplos de transformación expuestos mostraron que las personas sin educación y analfabetas no son simples títeres de su cultura, atados a la tradición. Si se les da la oportunidad de apreciar las ventajas de una nueva alternativa, se esfuerzan por aumentar al máximo sus posibilidades” ([Erasmus, 1963, p. 39](#)). Y ambos cuestionan, sobre todo, el

determinismo cultural: recordando que las tendencias que recuperarán al sujeto a partir de los 90s se caracterizan por ignorar estas tempranas propuestas, que fueron tachadas en su momento de psicologistas.

10) La MT se estudia a partir de la consideración de las comunidades étnicas como autónomas y aisladas de la situación económica y política regional y nacional; focaliza lo local. Desde los trabajos de Redfield en Tepoztlán (Morelos) y en Yucatán, en las décadas de 1920 y 1930, los estudios antropológicos focalizaron la vida indígena con muy pocas referencias al sistema social general, lo que adoptó la antropología mexicana. De tal manera que solo se estudió lo que era considerado propio de las culturas indígenas y, por lo tanto, se excluyeron toda una serie de procesos, especialmente los procesos de SEAP biomédicos, dominando esto hasta la actualidad.

Esta tendencia ha sido cuestionada, especialmente a partir del reestudio de [O. Lewis \(1951\)](#) de Tepoztlán, en el que cuestiona el enfoque redfiliano, recordando las fuerzas sociales que desde el periodo prehispánico hasta 1940 han incidido en las características de las comunidades, de tal manera que no va a estudiar Tepoztlán como una sociedad homogénea, aislada, funcionalmente bien integrada, en la que denomina la cooperación; sino que va a estudiarla a través de los procesos y problemas económicos, sociales y políticos que operan en dicha comunidad, y que tienen que ver con conflictos y problemas de poder, así como con orientaciones individualistas. Lo que, además, se expresará en particular en su estudio del centro de salud de Tepoztlán ([Lewis, 1986](#)).

Lo señalado por Lewis es expresado, sobre todo, por las tendencias que estudian a los indígenas como campesinado y que colocan gran parte de los cambios en procesos externos. Dichas tendencias fueron impulsadas tanto a nivel teórico como etnográfico por E. Wolf, quien sostiene que las entidades estudiadas por los antropólogos deben su desarrollo a procesos originados fuera de ellos y que tuvieron alcances que los rebasan por mucho; que estas unidades deben su cristalización a dichos procesos, que forman parte de ellos, que son afectadas por sus demandas y que estas, a su vez, los afectan. Concluye que ni las sociedades ni las culturas deberían ser vistas como dadas, como integradas por alguna esencia interna o fuente organizativa central o plan maestro. Los conjuntos culturales están en continua construcción y reconstrucción ([Wolf, 1987](#)).

Estas propuestas han sido retomadas y reelaboradas por antropólogos mexicanos, como [Stavengagen \(1971\)](#), quien plantea que la antropología mexicana no se ha problematizado demasiado sobre las relaciones estructurales que se establecen entre la comunidad o grupo de estudio y la sociedad nacional en la que se enmarca. O como [Warman \(1978\)](#), quien sostiene que el hilo conductor del problema indígena no debe ser el indio como sujeto y objeto, sino que el indio debe posibilitar el análisis de conjunto de nuestra sociedad y sus contradicciones. Algo similar propone Aguirre Beltrán, quien argumenta que la tarea de la antropología no es tratar de estudiar y exponer la conducta del hombre llamado primitivo, sino la de interpretar y transformar la sociedad y la cultura nacionales a través de la comprensión y el cambio que experimentan las sociedades y culturas indígenas ([Aguirre Beltrán, 1975](#)). Sin embargo, estas

propuestas han incidido muy poco en los estudios sobre MT, dominando, por lo tanto, enfoques comunitarios y microsociológicos.

11) La casi totalidad de los estudios, en forma explícita o tácita, focalizan las diferencias en la MT y no las similitudes que puedan existir con otras formas de tratar los padecimientos, especialmente con la biomedicina. Son el conjunto de los procesos que hemos venido señalando los que explican por qué los estudios de MT están centrados en la *illness*, que excluyen tanto el *disease* como la *sickness*. Lo que importa es lo emic, lo local, de tal manera que, por ejemplo, son muy escasas las reflexiones sobre si las diferentes enfermedades tradicionales son variantes de enfermedades universales o no, dado que lo que importa es lo que opera en la comunidad.

12) Un problema especial lo constituye el de la eficacia de los tratamientos y prevenciones tradicionales, dado que casi no tenemos estudios en los que la veamos operar más allá de referencias a la eficacia simbólica -por ejemplo, en la brujería- o de la eficacia empírica -en el caso de las parteras tradicionales-. Mientras contamos con descripciones de la eficacia de la brujería, no contamos con datos, por ejemplo, de la mortalidad o morbilidad de hijos y madres en los partos realizados por las parteras tradicionales. Más aún, contamos con excelentes estudios sobre las propiedades curativas de las plantas medicinales que utilizan los pueblos originarios, pero casi no tenemos estudios de sus efectos curativos y preventivos en las personas y microgrupos indígenas.

13) En forma atenuada, inicialmente, pero cada vez más en forma acusada, los estudios de MT generan un cuestionamiento al racionalismo y visión “occidentales”, especialmente a la biomedicina, que pueden adquirir características contraculturales. En general, la MT suele aparecer como uniformemente positiva, mientras la medicina emerge como negativa en muy diversos aspectos. Inclusive, la biomedicina aparece como un producto del capitalismo, mientras que la MT aparecería no solo como anticapitalista, sino como feminista -en el caso de estudios de la partería- y como crítica de la modernidad.

Diversos analistas consideran que las diferencias entre el pensamiento tradicional y el moderno se observan con mayor claridad en las concepciones que tienen las sociedades sobre la salud y la enfermedad. Así, por ejemplo, frente a la importancia que Evans-Pritchard da la medicina empírica entre los azande, [Fajardo \(2007, pp. 177-178\)](#) considera que es debido al racionalismo occidental que domina en la perspectiva del antropólogo británico que no podría comprender/aceptar las lógicas mágicas de las medicinas tradicionales. La cuestión no está en negar las críticas a lo “occidental”, sino en observar y analizar los aspectos positivos y negativos de la MT, varios de los cuales coinciden con la visión “occidental”, como por ejemplo, respecto del papel inferior y subordinado de la mujer que domina en ambos tipos de sociedades.

14) Hay toda una serie de aspectos metodológicos que caracterizan los estudios de MT. Me referiré a los más relevantes. En principio, la casi totalidad describen y analizan representaciones y no prácticas, es decir, se basan en lo que los informantes dicen y no en lo que hacen, lo cual, en gran medida, es debido a que la técnica básica que utilizan es la entrevista; casi no se utiliza la observación participante. La lectura de las etnografías indica que los autores siempre se

refieren a entrevistas y nunca a la información producto de observaciones. Conjuntamente, los estudios trabajan con el punto de vista del actor, que frecuentemente se limita a un solo tipo de actores sociales.

Una de las cuestiones metodológicas más preocupantes es que los analistas suelen comparar -generalmente, de forma ocasional y superficial- las concepciones de la MT con las de la biomedicina, en lugar de comparar los saberes de los diferentes sectores sociales, incluidos los indígenas entre sí, así como de todo ellos con la biomedicina. Es como si se partiera de la idea de que la población no indígena piensa de forma equivalente a la manera en que piensan los profesionales biomédicos. De tal manera que, cuando concluyen que los pueblos originarios tienen una noción de unidad cuerpo/alma, mientras que la medicina se caracteriza por sólo tomar en cuenta el cuerpo, no observan si esto ocurre también en la población no indígena: tácitamente piensan que domina en ella la visión biomédica. Hay analistas que, irónicamente, sostienen que los indígenas no tienen un modelo cartesiano, pero ¿acaso la población mexicana no indígena lo tiene?

Existe un aspecto que se ha ido incrementando: me refiero a que, cada vez más, los antropólogos estudian grupos de los que no manejan sus lenguas originarias, por lo que no entiendo cómo las corrientes actuales utilizan la deconstrucción textual y a la crítica cultural. Desde Sapir sabemos que el mundo real se constituye inconscientemente sobre los hábitos lingüísticos del grupo. Sabemos, además, que los procesos de SEAP tradicionales apelan constantemente a una eficacia simbólica que implica el manejo del lenguaje local. Si además aceptamos -por lo menos, parcialmente- que los grupos colonizados y subalternizados, según [Scott \(1990\)](#), manejan un “discurso oculto” y que, según [Fanon \(1968\)](#), construyen un discurso para el entrevistador que enmascara el verdadero discurso del colonizado; es decir, si los subalternos y colonizados simulan lingüísticamente su realidad, ¿cómo hacemos -más allá de apelar al situacionismo y al compromiso, de los que ya nos hablaba Sartre en las décadas de 1940 y 1950- para comprender al “otro” sin el manejo activo de su lenguaje?⁴

Final previsible

Si bien estas características constituyen la estructura básica de la manera en que se ha estudiado la MT entre finales de 1930 y la actualidad, no obstante, como ya lo señalé, se fueron desarrollando tendencias o enfoques que divergen en varios aspectos y que proponen otros énfasis, como veremos en forma sucinta a continuación. Se debe subrayar que, a través de todo el periodo, las propuestas fueron desarrolladas por antropólogos y por otros profesionales e intelectuales con muy débil presencia activa del sector indígena. Si bien a partir de la década de los 90s se observa un mayor incremento de profesionales indígenas, así como el impulso de estrategias de investigación colaborativa, la mayoría de dichas propuestas han sido generadas por tendencias europeas y, en segundo lugar, de los Estados Unidos de América, no por las antropologías latinoamericanas.⁵

Las primeras tendencias se desarrollaron durante los 60s y los 70s, e implican la inclusión de la situación colonial, que no sólo generó una denuncia de la misma, sino la necesidad de focalizar

la autonomía cultural indígena y, por lo tanto, de la MT ([Aguirre Beltrán, 1981](#)). Una segunda tendencia fue la de incluir la dimensión clasista desde perspectivas marxistas, lo cual tuvo cierto impacto en el plano económico y político, pero escasa aplicación en el campo de los procesos de SEAP, salvo algunos estudios puntuales ([Menéndez, 1990](#) y [2018](#)).

A partir de los 80s se fue incluyendo la dimensión del poder y del biopoder, así como la necesidad de empoderamiento de los pueblos originarios, lo que se correlaciona con las propuestas de resistencia cultural que, en el caso de la MT, refieren básicamente a la biomedicina. Estas tendencias se expresaron, en gran medida, a través de algunas de las propuestas interculturales, pero sin alcanzar entre nosotros los niveles de radicalidad que se han dado en Ecuador, Bolivia y, sobre todo, en Chile, en donde se plantea la transformación de la interculturalidad *ligh* y folklorizante en una interculturalidad crítica, que posibilite un autogobierno de la población, referido a los procesos de SEAP y, obviamente, de los procesos económico/políticos (Comunicación personal de Andrés Cuyul, 12 de julio de 2015).

Si bien desde al menos la década de los 80s se ha impulsado la epidemiología sociocultural ([Haro, 2010](#)), ésta ha tenido un escaso desarrollo, a pesar de que desde mediados de la década de 1970 se ha generado un fuerte uso de datos epidemiológicos. Esto ha sido, sobre todo, impulsado por Sesia, en Oaxaca, y por Freyermuth, en Chiapas, aunque referidos a procesos principalmente de género.⁶

En los últimos quince años se han generado estudios focalizados en las emociones, ya que, si bien la MT ha reconocido (desde por lo menos la década de los 40s) el papel de las mismas - especialmente en la generación de enfermedades como el susto, el coraje, la vergüenza o la chipilez-, no se había dado lugar a que se configurasen como tendencia. Pero, por ejemplo, en 2001, [Cartwright \(2001, pp. 11-12\)](#) consideraba que, entre los amuzgos, tanto los que viven en Oaxaca como en Sonora: “Las emociones fuera de control son los agentes que ocasionan enfermedades y que se propagaban entre las gentes (...). Las enfermedades provocadas por las emociones tienen voluntad propia”. El papel de las emociones ha sido, sobre todo, impulsado por O. [López \(2011 y 2019\)](#).oms

Por último, tenemos el caso del papel de las relaciones sociales, que, al igual que en el caso de las emociones, ha sido reconocido y descrito respecto de varias enfermedades tradicionales, pero sin darle el papel nuclear que tiene, ya que considero ([Menéndez, 2021](#)) que son las relaciones sociales las principales causales reales de gran parte de las enfermedades tradicionales, que suelen ser explicadas por lo sobrenatural o por lo emocional, relegando lo relacional a un segundo plano.

Por lo tanto, espero que estas tendencias más o menos recientes se desarrollen y converjan críticamente con las tendencias dominantes, para generar realmente una aproximación holística de los estudios de los procesos de SEAP de los pueblos originarios.

Hemerografía

(Diciembre de 1999). *La Jornada*.

(8 de septiembre de 2017). *La Jornada*.

(25 de septiembre de 2019). *La Jornada*.

Bibliografía

AGUIRRE BELTRÁN, G. (1975). *Obra polémica*. SEP-INAH.

AGUIRRE BELTRÁN, G. (1981). Otra vez los indios. *Nexos*, (48), 45-49.

AGUIRRE BELTRÁN, G. (1986). *Antropología Médica*. CIESAS.

ARGUETA, A. (Coord.) (1994). *Atlas de las plantas de la medicina tradicional mexicana*. Instituto Nacional Indigenista.

BAZÁN, M. J., OLVERA SULE, C. I. y POHLENZ DE TAVIRA, A. (2009). El ICBG-maya y los riesgos de la bioprospección en Chiapas. En A. Betancourt y J. E. Cruz (Coords.), *Del saber indígena al saber transnacional: la explotación de conocimientos tradicionales sobre conservación de la biodiversidad* (pp. 111-137). UNAM.

BONFIL BATALLA, G. (2006 [1962]). *Diagnóstico sobre el hambre en Sudzal, Yucatán*. CIESAS.

CAMPOS, R. (1996). *Legitimidad social y proceso de legalización de la medicina indígena en América Latina. Estudio en México y Bolivia* [Tesis de doctorado, UNAM]. Repositorio UNAM. <http://132.248.9.195/pmig2016/0232668/0232668.pdf>

CARTWRIGHT, E. (2001). *Espacios de enfermedad y curación*. El Colegio de Sonora.

CASTAÑEDA, X., MELLADO, V., TASCÓN MENDOZA, A., ZOLLA, C. (1989). *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*. CIESAS.

CORTEZ, R. (2015). *Muerte en niños menores de 5 años. Desigualdades étnica, económica y de género como condicionantes de la autoatención en familias zoques* [Tesis de doctorado, CIESAS]. CIESAS repositorio. <https://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1015/148/1/TE%20C.G.%202011%20Renata%20Gabriela%20Cortez%20Gomez.pdf>

CUNNINGHAM, M., MENDIZABAL, D., MARTINEZ, G. (Coords.). (2016). *Las líderes indígenas y el buen vivir*. UNAM.

ERASMUS, C. (1963). *El hombre asume el control*. Omeba.

FAJARDO, H. (2007). *Comer y dar de comer a los dioses*. El Colegio de San Luis.

FANON, F. (1968). *Sociología de la revolución*. ERA.

- FAVRE, H. (1973). *Cambio y continuidad entre los mayas de México*. Siglo XXI Editores.
- FLORES, D. (2017). La organización social de salud de médicos indígenas tradicionales y la crisis de la tradición Tenek de la Huasteca potosina. *Desacatos*, (59), 98-113. <https://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n59/2448-5144-desacatos-59-98.pdf>
- FOSTER, G. (1964). *Las culturas tradicionales y los cambios técnicos*. Fondo de Cultura Económica.
- HARO, A. (Coord.). (2010). *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Lugar Editorial
- HERSCH, P. (2000). *Plantas medicinales: relato de una posibilidad confiscada. El estatuto de la flora en la biomedicina mexicana*. INAH.
- HOLLAND, W. R. (1963). *Medicina maya en los Altos de Chiapas*. Instituto Nacional Indigenista.
- LAGARRIGA, I. (1979). Bases ideológicas de la medicina tradicional de los grupos marginales en México. *Estudios del tercer mundo*, 2(4), 645-649.
- LEWIS, O. (1951). *Life in a Mexican village: Tepoztlan restudied*. University of Illinois Press.
- LEWIS, O. (1986). *Ensayos antropológicos*. Grijalbo.
- LÓPEZ, O. (Coord.). (2011). *La pérdida del paraíso. El lugar de las emociones en la sociedad mexicana de los siglos XIX y XX*. Facultad de Estudios Iztacala, UNAM.
- LÓPEZ, O. (2019). *Extravíos del alma mexicana. Patologización de las emociones en los diagnósticos psiquiátricos (1900-1940)*. UNAM.
- LOZOYA, X. (1982). Visión histórica de la medicina tradicional. En F. Ortiz Quezada (Ed.), *Vida y muerte del mexicano. Vol. 1* (pp. 15-47). Folio Ediciones.
- LOZOYA, X. (1994). *Plantas, medicinas y poder. Breve historia de la herbolaria mexicana*. Editorial Pax.
- MCCALLUM, C. (1999). Consuming Pity: The production of death among the Cash'nahua. *Cultural Anthropology*, 14(4), 443-471.
- MENÉNDEZ, E. L. (1987). *Alcoholismo II: la alcoholización, un proceso olvidado... Patología, integración funcional o representación cultural*. CIESAS.
- MENÉNDEZ, E. L. (1990). *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. CIESAS.

- MENÉNDEZ, E. L. (2018). *Poder, estratificación social y salud* (2a edición). Universitat Rovira y Virgil.
- MENÉNDEZ, E. L. (2021). Las relaciones sociales sanan, pero también enferman, matan y controlan. Una reinterpretación de la medicina tradicional. *Rivista della societa di antropologia medica fondata da Tullio Seppilli*, 52, 31-75. <https://www.amantropologiamedica.unipg.it/index.php/am/article/view/596/533>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1978). *Promoción y desarrollo de la medicina tradicional: informe de una reunión de la OMS, [Ginebra, 28 de noviembre - 2 de diciembre de 1977]*. [Archivo PDF]. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41183/WHO_TRS_622_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (1998). *Programas y servicios de salud mental en comunidades indígenas*. División de desarrollo de sistemas y servicios de salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/26-Esp%20Prog%20Serv%20Salud%20Mental.pdf>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (1999). *Incorporación del enfoque intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de Recursos Humanos*. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/30-Esp%20IND12.pdf>
- PAGE, J. (2002). *Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de México y Chiapas, 1857/1995*. UNAM, UNACH.
- PELCASTRE-VILLAFUERTE, B., MENESES-NAVARRO, S., SÁNCHEZ-DOMÍNGUEZ, M., MELÉNDEZ-NAVARRO, D., FREYERMUTH-ENCISO, G. (2020). Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas. *Salud Pública de México*, 62(6), 810-819. <https://doi.org/10.21149/11861>
- PITARCH, P. (2004). *En el museo de la medicina maya*. En G. Fernández Juárez (Coord.), *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectiva Antropológica* (pp. 233-250). ABYA-YALA.
- PITARCH, P. (2010). Indios, judíos y musulmanes. En F. Baez y A. Luppo (Coords.), *San Juan Diego y la Pachamama: nuevas vías del catolicismo y de la religiosidad indígena en América Latina* (423-456). Imprenta del Estado de Veracruz.
- RUBEL, A., BROWNER, C. (1999). Antropología de la salud en Oaxaca. *Alteridades*, 9(17), 85-94. <https://www.redalyc.org/pdf/747/74791709.pdf>
- SASSON, A. (1994). Contribución de la biotecnología a la mejoría de la salud humana en los países en desarrollo. En R. Hochleitner (Ed.), *Aprender para el futuro* (pp. 73-83). Fundación Santillana.

- SCOTT, J. (1990). *Los dominados y el arte de la resistencia. Discursos ocultos*. ERA.
- STAVENHAGEN, R. (1971). *Las clases sociales en las sociedades agrarias*. Siglo XXI editores.
- VELIMIROVIC, B. (Ed.). (1978). *La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano/estadounidense*. Organización Panamericana de la Salud.
- WARMAN, A. (1978). Indios y naciones del indigenismo. *Nexos*, (2), 3-6.
- WOLF, E. (1987). *Europa y la gente sin historia*. Fondo de Cultura Económica.
- ZINGG, R. (1982). *Los huicholes. Una tribu de artistas* (dos volúmenes). INI.
- ZOLLA, C. (1983). La medicina tradicional mexicana y la noción de recurso para la salud. En X. Lozoya y C. Zolla (Eds.), *La medicina invisible* (pp. 14-37). Folio Ediciones.
- ZOLLA, C., CAMPILLO SAINZ, C., BOSQUE ARAUJO, S. (1988). *Medicina tradicional y enfermedad*. Centro de Estudios de Seguridad Social.

Notas

¹ Reporte Epidemiológico de Córdoba (REC), 1331, del 8 de abril de 2014.

² Desde mis primeros estudios en los años 1977-1978, comprobé que población rural indígena y no indígena no rechazaban la biomedicina por razones culturales; no dominaba la incompatibilidad en términos de cosmovisiones. Las razones por las que no demandaban medicina eran de tipo económica, referidas al mal trato del personal de salud, a las largas esperas para ser atendidos, a la no comprensión del lenguaje médico y similares. Los que subrayaban las incompatibilidades culturales eran los analistas e, inclusive, la [OPS \(1999\)](#), lo cual no niega que existían rechazos culturales, pero no eran los determinantes.

³ Reporte Epidemiológico de Córdoba (REC), del 17 de julio de 2021.

⁴ Y por último, existe una característica a la que ya nos referimos: la exclusión de toda una serie de aspectos básicos de los procesos de SEAP -que analizaremos en forma particular en otro texto-, no sin antes señalar que nos referimos a la falta de datos sobre mortalidad generada por las enfermedades tradicionales, consecuencias en términos de morbilidad de los partos tradicionales, o presencia de discapacitados físicos o mentales en las comunidades indígenas.

⁵ Es notable que las tendencias teóricas actuales que apelan a la colaboración y a la situacionalidad ignoran la obra de Sartre, quien han sido quien más fundamentó la situacionalidad y el compromiso de la producción intelectual; así como los que apelan a la situación colonial y a lo decolonial ignoran o no profundizan los aportes de Fanon.

6 Hay toda una serie de trabajos, como el de [Pelcastre-Villafuerte et al. \(2020\)](#), que presentan información epidemiológica y sobre el uso de servicios de salud por parte de pueblos indígenas, pero cuyo enfoque es de epidemiología biomédica y no antropológica.