

La medicina tradicional en pandemia. Una narrativa desde sus protagonistas benniza´a del Valle de Oaxaca

Traditional Medicine in Pandemic. A Narrative from its Protagonists Benniza´a of the Valley of Oaxaca

Gabriela Martínez Aguilar*  <https://orcid.org/0000-0002-7804-5423>

Georgina Sánchez Ramírez**  <https://orcid.org/0000-0001-7916-5753>

Resumen

Objetivo: analizar la medicina tradicional de Tlacolula de Matamoros, Oaxaca, durante la pandemia de COVID-19 para mostrar su incidencia en la salud de la población. **Metodología:** etnografía y análisis de los testimonios orales de las personas entrevistadas sobre su experiencia personal. **Resultados:** mientras que las autoridades atendieron la pandemia apeándose al discurso oficial, aunque con medios insuficientes, las curanderas se ocuparon de los diversos padecimientos de la población, incluido el COVID-19, con los recursos propios de la medicina tradicional. **Limitaciones:** debido al contexto de la pandemia, se entrevistó solo a tres curanderas de comunidades diferentes. **Valor:** se da a conocer el papel protagónico, la revitalización de la medicina tradicional y su reapropiación de los espacios públicos y privados en condiciones de pandemia cuando se convirtió en modelo de atención médica. **Conclusiones:** durante la pandemia cursada en México, la hibridación de la medicina tradicional con la medicina hegemónica contribuyó de manera considerable a la disminución de la morbimortalidad de personas de escasos recursos económicos. **Palabras clave:** COVID-19; curanderas; Oaxaca; medicina tradicional.

Abstract

Objective: analyzing the traditional medicine in Tlacolula de Matamoros, Oaxaca during the COVID-19 pandemic to make visible its impact on their population's health. **Methodology:** ethnography and the interviewees' oral testimonies analysis about their personal experiences. **Results:** while the authorities attended the pandemic following the official discourse, but with inadequate means, the female healers treated the population's various ailments, including the COVID-19 emergency, with traditional medicine resources. **Limitations:** due to the pandemic context three female healers from different communities were interviewed. **Value:** making know the traditional medicine's prominence and revitalization, its reappropriation of public and private spaces by becoming a model of medical care, under pandemic conditions. **Conclusions:** during the pandemic in Mexico the hybridization of traditional medicine with hegemonic medicine contributed considerably to the decrease of morbidity and mortality among people with less means. It is highlighted the female healers' role. **Keywords:** COVID-19; female healers; Oaxaca; traditional medicine.

■ Cómo citar: Martínez Aguilar, G., y Sánchez Ramírez, G. (2023). La medicina tradicional durante la pandemia. Una narrativa desde sus protagonistas benniza´a del Valle de Oaxaca. *región y sociedad*, 35, e1685. <https://doi.org/10.22198/rys2023/35/1685>

*Autora para correspondencia. El Colegio de la Frontera Sur, Unidad San Cristóbal, Departamento de Salud. Carretera Panamericana y Periférico Sur s. n., Barrio de María Auxiliadora, C. P. 29290. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México. Correo electrónico: negociosintles@gmail.com

**El Colegio de la Frontera Sur, Unidad San Cristóbal, Departamento de Salud. Carretera Panamericana y Periférico Sur s. n., Barrio de María Auxiliadora, C. P. 29290. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México. Correo electrónico: gsanchez@ecosur.mx

Recibido: 6 de junio de 2022.
Aceptado: 11 de abril de 2023.
Liberado: 19 de junio de 2023.



Esta obra está protegida bajo una Licencia
Creative Commons Atribución-No Comercial
4.0 Internacional.

Introducción

Desde la década de 1980, el advenimiento internacional del neoliberalismo como ideología económica dominante trajo al sistema mexicano de salud la reducción del gasto público, la atención primaria selectiva, la mercantilización de ese sector, la descentralización y un alto grado de privatización de los servicios de salud (Frenk, 2011) citado en Benhumea (2019). De hecho, a decir de Benhumea (2019):

La situación histórica del modelo sanitario mexicano se ha caracterizado por presentar debilidades en su funcionamiento estructural (diseño, administración, atención, prevención y distribución de recursos), parte de este fenómeno responde a las problemáticas internas que han presentado los gobiernos a través de sus instituciones. (p. 11)

Ante esta evidencia, es legítimo sostener que México nunca ha tenido un sistema de salud integrado, de calidad y mucho menos que garantice la cobertura universal. El resultado es un país con una epidemiología compleja, tal como señalan Vilaboa-Arroniz, Platas-Rosado y Zetina-Córdoba (2021):

La pandemia de la COVID-19 evidenció la fortaleza o debilidad gubernamental e institucional de los Estados del mundo, incluido México, así como su capacidad de respuesta ante emergencias sanitarias, fallas, carencias y limitantes en cuanto a infraestructura, equipamiento, medicamentos y personal en el sistema de salud mexicano. (p. 431)

La pandemia, profundizó también la severa crisis que se ha vivido en este ámbito de la política social desde hace décadas. Por lo tanto, si bien Chauca (2021) registra que para Ecuador “la precariedad de la salud pública no es de ninguna manera reciente, sino que constituye un problema crónico de la región” (p. 590), podríamos afirmar que es similar para México y en general para la mayoría de los países en desarrollo. En este sentido, el mismo autor indica que “la desigualdad social y económica, así como los altos índices de hacinamiento han sido características antes de la llegada de la COVID-19” (Chauca, 2021, p. 592). Por su parte, Heller (2021) señala que, en consecuencia:

Las tendencias preexistentes se han acentuado en términos de la confrontación de visiones distintas del contexto internacional, la desigualdad social, la brecha entre países ricos y menos desarrollados, la prevalencia de conflictos étnicos y religiosos que fragmentan la integridad de algunos Estados en contextos regionales, la violencia extrema y el abandono de valores y normas de derechos humanos y del derecho humanitario. (p. 209)

Por si fuera poco, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) estimó que, como resultado de la crisis debida al COVID-19, incrementaría en 2021 en México el número de personas en condiciones de pobreza (cerca de 9.8 millones), es decir, 56.7% de la población total. Aunado a ello, el mismo CONEVAL señala que, en 2020, 28.2% de la población mexicana tenía acceso real a servicios de salud (CONEVAL, 2021).

Por eso “debe considerarse que, a pesar de que el coronavirus ha sido un fenómeno de escala global, de consecuencias mundiales y más o menos homogéneas, la trayectoria de la pandemia en México ha tenido ritmos y situaciones específicas” (Herrera y Rico, 2021, p. 235). En particular, los pueblos indígenas, en el contexto de la pandemia, desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (2020), se encontraban entre los grupos prioritarios para la atención de la salud, por considerarse que tenían mayor vulnerabilidad, dadas las condiciones medioambientales de las zonas rurales y debido a los perfiles epidemiológicos (por lo general precarios) que algunos mostraban. Tal es el caso del distrito de Tlacolula de Matamoros, en la región de los Valles Centrales, Oaxaca, donde se llevó a cabo la presente investigación y donde la diabetes y los problemas cardiovasculares son una constante contemporánea (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2020).

Por ello, y para el caso que aquí se estudia, se registran en este artículo testimonios concretos con el objetivo de describir y analizar la experiencia sobre las formas en que la medicina tradicional¹ afrontó la pandemia de COVID-19 en el distrito de Tlacolula de Matamoros, Oaxaca, para mostrar su incidencia en la salud de sus pobladores. En específico, la investigación se concentra en el papel protagónico de las curanderas *benniza´a*. Para ello el estudio ha seguido a Zolla y Zolla (2004) en cuanto a que:

La importancia de los recursos que disponen los grupos indígenas, los diagnósticos de las condiciones de vida, suele subrayar, una sobrada razón, la situación de la marginación que los aqueja y las múltiples causas que generan y perpetúan la pobreza, la vulnerabilidad y el rezago. Cuando se trata de exaltar la riqueza de las comunidades indígenas se enfatiza, la importancia de las culturas, cosmovisión, lenguas, fiestas y tradicionales rituales, la medicina, los diseños y, en general, peculiaridades de su rica y variada artesanía ritual, ornamental o utilitaria. Los recursos usados o potenciales para el desarrollo indígena son mucho más amplios e importantes; forman un todo que abarca por igual los bienes naturales y culturales. (p. 245)

Cabe mencionar que, de acuerdo con la clasificación de las lenguas zapotecas de Smith (2007), el zapoteco que se habla en el Valle de Tlacolula, pertenece a una de las variantes del *zapoteco del valle occidental*. En ese sentido y con-

1 Entendida como la define Zolla (2016): “el conjunto de elementos prehispánicos que han cambiado por influencia de las medicinas europea, africana o científica y por factores epidemiológicos, ecológicos, económicos, culturales y políticos. Por lo tanto, medicina tradicional no es sinónimo de medicina indígena ni de medicina colonial hispánica, es más bien novedosa por los aportes de este sincretismo” (p. 380).

siderando que cada gentilicio cambia con las distintas variaciones lingüísticas, el tipo de escritura que utilizamos para referirnos a los y las zapotecas de esta zona (*benniza´a*) corresponde particularmente al que se considera en la comunidad de Teotitlán del Valle.

El contexto

El sistema nacional de salud de México se compone de la Secretaría de Salud Federal, los servicios estatales de salud (SES) y los institutos de seguridad social (Secretaría de Salud, 2022). El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) atiende a 80% de las personas empleadas del país (en la economía formal), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) brinda atención a 18%, Petróleos Mexicanos (PEMEX) a 1% y la Secretaría de la Defensa (SEDENA) a otro 1% (Secretaría de Salud, 2022; INEGI, 2020). Asimismo, el sector de la población rural está inserto en los programas Desarrollo de Capacidades de Salud y Sistema de Protección Social en Salud (CEDRSSA). Pero esta infraestructura y estos servicios son insuficientes, lo cual se agudiza en la región sur-sureste de México, que presenta condiciones de salud diferentes del centro y del norte del país, debido a los determinantes sociales que los permean y al resultado de la descentralización de los servicios de salud pública, los cuales han seguido la estela de corrupción de gobiernos anteriores a 2018.

Sucede lo mismo en lo que concierne a la afiliación de las personas a las instituciones de salud. En Oaxaca, según datos del Censo de Población y Vivienda 2020 (INEGI, 2020), 70.3% de la población actual está afiliada a los servicios de salud, 2 904 703 habitantes. De dicho total, 3.3% es derechohabiente al IMSS-Bienestar: Oaxaca es el séptimo estado con menor afiliación en el ámbito nacional. Si se considera que 3.3% es derechohabiente al IMSS-Bienestar, programa orientado hacia la población más vulnerable, que no tiene seguridad social y que se ubica en zonas rurales o urbanas marginadas —Oaxaca concentra 56% de este tipo de población en localidades rurales—, se infiere, entonces, la falta de acceso a los servicios de salud de más de la mitad de la población oaxaqueña.

Por otro lado, si se tiene presente que el COVID-19 afectó la vida cotidiana de forma tangencial, “desde la información y la comunicación, hasta el dinero y el trabajo” (Gadea y Bayce, 2021, p. 226), “algunos de los sectores que resultaron más afectados, en México, fueron el sector salud y el sector económico” (Vilaboa-Arroniz et al., 2021, p. 420). Para el caso de Oaxaca, sobre todo en las zonas rurales, los servicios hospitalarios, al menos los que pertenecen al primer nivel de atención a la salud, estuvieron restringidos a la población. En específico, se suspendieron los servicios de los centros de salud con servicios ampliados (CESSA), que solo atendieron situaciones de emergencia que no fueran provocadas por COVID-19. Desde mediados de marzo de 2020, en casi todo el distrito de estudio, los médicos y el personal de salud de las clínicas comunitarias del IMSS-Bienestar cancelaron sus servicios. Las enfermeras trabajaron dos meses, pero no estaban autorizadas para atender “gente COVID”, sino solo emergen-

cias, a la población infantil y a mujeres embarazadas que no presentaran cuadros relacionados con el virus.

La carencia de servicios de salud pública en el distrito de Tlacolula no está aislada del contexto nacional que, como advierte Ragas (2021), se ha caracterizado “por un progresivo desmantelamiento del sistema público de salud, [por] el abuso del sistema privado de salud, la especulación con elementos sanitarios, como el oxígeno o la difusión interesada de noticias falsas. De igual forma, el conjunto de medidas emergentes e improvisadas para atender la pandemia ha evidenciado la falta de inversión en salud a lo largo de décadas” (p. 606) y la cultura de corrupción imperante en la función pública de los gobiernos anteriores a 2018 que ya se ha mencionado.

Así, en esta zona se llevaron a cabo estrategias que dependían de los contextos socioculturales. Se utilizaron las radios comunitarias para informar y traducir las indicaciones del gobierno de Oaxaca a las comunidades rurales e indígenas. Para algunos pobladores, las autoridades reaccionaron de forma pasiva ante la enfermedad, porque se limitaron a repetir las órdenes del gobierno estatal. No obstante, las propias autoridades rurales que se documentaron reconocieron que no habían entendido de forma correcta la información que llegaba del nivel federal para dar seguimiento al COVID-19. Esa situación los condujo a improvisar de conformidad con su percepción de la enfermedad. Se entiende que tal fenómeno no fue exclusivo de esta comunidad, sino que sucedió también en el grueso de la población mundial. De hecho, en gran parte de la población del distrito se generalizó la responsabilidad de dar los cuidados primarios domésticos a los enfermos. Las familias atendieron a sus miembros, lo que, en parte, dejó ver el alcance limitado de los gobiernos estatal y federal en cuanto a la salud pública. Fue entonces cuando varias estrategias domésticas de autocuidado, respaldadas por la medicina tradicional comunitaria y por medio de sus curanderas y parteras, hicieron frente a diversos síntomas que presentó la gente. La medicina tradicional y la partería retomaron su papel protagónico cuando asumieron una función asequible que en la mayoría de los casos fue efectiva para prevenir o curar la enfermedad. Así, se demostró la importancia de la medicina tradicional en la región. Zolla y Zolla (2004) respecto a la medicina tradicional indígena, subrayan que:

En gran parte de las áreas rurales del México indígena constituye un recurso fundamental en la atención a la salud de los pueblos indígenas [cuyos practicantes] son reconocidos popularmente en español como: sobadores, hueseros, rezadores, curanderos, hierberos. Este tipo de mecanismos y/o medicina tradicional forma parte de un sistema real de salud de los grupos indígenas junto a la medicina académica o científica y a la medicina doméstica o casera² de los grupos indígenas de México y, además, de los países que poseen una importante medicina tradicional que difiere distintamente del país [sic] en sus concepciones y realización

2 Modelo médico también denominado de autoatención, basado en el diagnóstico y atención llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas de sus grupos parental o comunal, y en el cual no actúa directamente un curador profesional (Menéndez, 1992, p. 221).

para el control de enfermedades de los pueblos indígenas del extranjero. (p. 270)

Además del reconocimiento histórico, es un deber ético y profundamente honesto agradecer a las curanderas y a las parteras entrevistadas, mujeres *benniza´a*, por compartir con las autoras su experiencia y también porque, ante el desamparo del servicio gubernamental para atender la salud, no dejaron desprovista de recursos medicinales a la población zapoteca.

Metodología

Partiendo de la metodología cualitativa y teniendo en cuenta que “las etnografías están guiadas por una estructura narrativa implícita, por los relatos que se cuentan de las personas que se estudian” (Bruner, 1986, p. 139) y que “las narrativas permiten establecer vías para vincular la experiencia personal a los saberes culturales, las normas y los principios, como método de investigación” (Mattingly y Garro, 2000, p. 26), aquí se usa la etnografía y el análisis de narrativas y testimonios orales para diseñar la investigación. Por otro lado, siguiendo a Good y Vecchio (1994) y a manera de construcción cultural, el trabajo se concentra en el actor social y en el significado que da a su experiencia para elaborar sus propias reflexiones. Así, las narrativas se registraron a partir del propio objetivo de la investigación: la descripción y el análisis de las experiencias particulares.

En cuanto a la narrativa, primero se procuró inscribir las acciones específicas que las mujeres hacen para atender a sus pacientes y después describirlas a partir de los significados, las percepciones, los sentimientos y pensamientos acerca de su propio entorno en el contexto de la pandemia. Se muestra, por lo tanto, el entramado de las significaciones sociales que las personas entrevistadas atribuyen a sus experiencias y que dieron sentido a sus acciones para los casos concretos que afrontaron.

Pensando en la forma de proceder de Lindon (1999), se recurrió a la entrevista abierta o entrevista en profundidad de manera presencial con tres curanderas o médicas tradicionales y dos entrevistas semiestructuradas vía telefónica a sendos pobladores benniza´a: un hombre y una mujer (de quienes se obtuvo autorización para registrar sus nombres y su primer apellido), en lugar de usar la etnografía habitual mediante una estancia prolongada, debido, en primer lugar, a las limitaciones que acarreó la pandemia y a que “el recurso disponible para desarrollar la investigación descansa en buena medida en el interés de los participantes por contar su experiencia, su historia, su vida” (Ramírez, 2022, p. 202).

De ahí que los tres casos de las curanderas entrevistadas impliquen la representatividad del papel significativo que la medicina tradicional ha tenido en la atención a su población enferma, ya sea de COVID-19 u otro padecimiento.

Los datos que se recabaron se contrastaron con los de registros oficiales³ que las autoridades municipales mantienen bajo resguardo y que, para fines de esta investigación, se han considerado verídicos por su carácter cualitativo y por ser, hasta ahora, las únicas fuentes de información a las que se tuvo acceso.

Las edades de las curanderas oscilan entre los 40 y los 65 años. Las tres son casadas, con familia, practican la religión católica y son hablantes de la lengua zapoteca o *diidxza*,⁴ cada una con la variante de su comunidad.

Leticia Jiménez

Leticia es originaria de Teotitlán del Valle e integrante de una familia de tres hermanas. Desarrolló sus conocimientos y habilidades para curar desde los 18 años de edad, debido a la necesidad de curarse a sí misma. Se autonombra chupadora. “Como chupadora se le conoce a la persona que cura la enfermedad succionando objetos intrusivos que se piensa causan la enfermedad. La chupadora succiona la parte afectada del cuerpo, la sostiene un momento en la boca y ya de ahí lo escupe” (M. T. Leticia Jiménez). Antes de eso, se dedicaba a vender tortillas. Sus estudios abarcaron el nivel primario y, por la costumbre familiar, ya no los continuó. Asegura que tiene un “don” heredado, tanto de su madre como de su abuela, quienes también tuvieron la misma capacidad para curar, pero que considera muy diferente de la de muchos curanderos que conoce, porque nadie, ni en el pueblo ni en los pueblos vecinos, hace lo que ella practica:

Lo que yo hago es diferente. Lo de succionar el mal, nadie lo hace. No todos podemos recibir el mal de la gente. No tienen la capacidad o el don, porque las cosas que traen las personas, si es algún mal, no todas lo pueden soportar y, si lo hicieran, se van a sentir mal. (Leticia Jiménez, médica tradicional, en adelante MT)

Gracias a su práctica médica, tiene conciencia del hecho de que, si las curanderas son de sexo femenino, al menos en su pueblo, es porque las mujeres están muy relacionadas con las labores de la cocina, lo cual les confiere un buen conocimiento de las hierbas con que preparan los alimentos. Es decir, ella relaciona su método de curar con el sistema sexo-género de los roles tradicionales que asignan de manera cultural dicho espacio y actividad a las mujeres de la zona de estudio.

3 Las autoridades de cada comunidad nos mostraron sus historiales sobre las defunciones que iban presentándose, principalmente los registros hechos a partir del mes de marzo de 2020 y hasta mediados de 2021, mismos que a petición de sus representantes no es posible mostrar o publicar.

4 La lengua zapoteca está considerada en la actualidad perteneciente a una de las diez familias lingüísticas que conforman el grupo otomangue, junto con el amuzgo, el chatino, el chinanteco, el cuicateco, el mazateco, el mixteco, el otomí, el tlapaneco y el triqui, además de ser una de las lenguas con mayores variantes interregionales. Los zapotecos surgieron en los Valles Centrales, desde donde, tras su fragmentación, se expandieron hacia la Sierra Norte, la Sierra Sur y el Istmo (Coronel, 2006).

Eva Bautista

Eva es originaria de Santa Ana del Valle, tiene 61 años de edad y empezó a curar desde los 30 años. La gente le reconoció el título de curandera luego de haber tratado a una persona de su comunidad. Desde entonces la gente ha solicitado su asistencia para diversas enfermedades. Hereda la medicina tradicional de su padre y abuelo (ambos curanderos) a pesar de la desaprobación de aquel, quien de forma constante le objetaba que “una mujer sola no puede andar fuera de su casa, porque siempre hablarían mal de ella” y que “las mujeres deberían quedarse en su casa con su marido”. Además del desarrollo de su herencia e intuición, su práctica médica la ha beneficiado, pues desde hace más de quince años pertenece a la Organización de Médicos Tradicionales, Asociación Civil (A. C.), en cuyos encuentros regionales se comparten técnicas curativas y métodos para elaborar medicamentos para distintas enfermedades.

Paulina López

Curandera reconocida por su comunidad, Paulina es originaria de San Lucas Quiavini. La práctica medicinal la aprendió mediante la transmisión oral y a través de su madre, quien fue partera del pueblo. La medicina tradicional, según su percepción, se ha desarrollado de manera colectiva entre mujeres por la costumbre y por la facilidad de interactuar entre ellas. Doña Paulina compartió que durante la pandemia atendió a varias personas que presentaban cuadros sintomáticos relacionados con el coronavirus, pero desde la partería, muy pocas mujeres en estado de embarazo se trataron con ella debido al argumento de mantener la sana distancia principalmente con este sector de población vulnerable, por esa razón la información sobre la partería es escasa en esta investigación.

Zeferino Mendoza

Zeferino es oriundo de Teotitlán del Valle, hablante del *diixhza* y licenciado en gestión cultural. Ha dedicado parte de su vida al estudio y a la difusión de la cultura *benniza´a* desde los distintos ámbitos en los que se desarrolla. Accedió a la entrevista una vez que consideró importante participar para que, desde su perspectiva, “la gente crea en la enfermedad, porque hay muchos contagiados y aun así no se cuidan y están muriendo varios en el pueblo”.

Rosa Martínez

Nació en Teotitlán del Valle. Es madre y ciudadana activa de su comunidad gracias a su experiencia como empleada en por lo menos dos administraciones en el Centro de Salud, y compartió sus vivencias.

Resultados

En este apartado se categorizan los resultados, intercalando algunas narrativas representativas de los procesos que han experimentado sus protagonistas.

Sintomatología

Respecto de la sintomatología, en ninguna de las narrativas se refiere que se hubieran sistematizado por escrito los cuadros de enfermedad que afectaron a las personas. La práctica común en el distrito fue tratar a las enfermas y a los enfermos atendiendo las dolencias, una a la vez, conforme se manifestaban. En conjunto, los principales síntomas relacionados con COVID-19 en la población adulta y en la adulta mayor fueron náuseas, dolor de cuerpo, dolor de cabeza, cuerpo cortado, fiebre, diarrea, falta de oxígeno, tos seca y, en casos extraordinarios, síntomas muy aleatorios y dispersos, como diarrea, tos seca y gripe al mismo tiempo. Hubo otros casos en los que una fiebre intensa se quitó en solo dos o tres días, o dolores de estómago. Por el lado de los adolescentes, presentaron diarrea y vómito al mismo tiempo. Infantes y bebés tuvieron solo diarrea y, en raros casos, fiebre. En cuanto a las mujeres embarazadas de entre 4 a 8 meses, presentaron fiebre y vómito.

En el plano psicológico se observaron también casos específicos, como cuadros de ansiedad y colapsos emocionales, por lo general en quienes se mantuvieron confinados de modo estricto en sus domicilios, debido a la preocupación permanente que mostraban porque el campanario de la iglesia, por costumbre, anunciaba los decesos conforme ocurrían y porque la radio comunitaria centró su contenido en el virus (como en el resto del mundo). La gente dejó de escucharla, porque “la persona se sugestiona, rapidito empieza a matar las células de su cuerpo, rapidito empieza a matarse por la mente primero” (MT Eva Bautista) y porque “el cuerpo lo adapta, la mente y el cuerpo es muy rápida y, pues, nadie nos puede sacar de ahí” (MT Leticia Jiménez). La debilidad mental de cuerpos desgastados frente a la enfermedad, dicen Madani, Boutebal y Bryant (2020):

Predispone a la gente a mayor debilitamiento físico al momento del contagio. El confinamiento trae una serie de consecuencias negativas para las personas, como, por ejemplo, respuestas ansiosas, sentirse de mal humor, tener pensamientos intrusivos sobre la enfermedad o preocupación excesiva y estrés. De hecho, estudios realizados en epidemias anteriores han revelado una profunda y amplia gama de consecuencias psicosociales a nivel individual y comunitario durante los brotes. Son múltiples las alteraciones psicológicas asociadas que van desde síntomas aislados hasta trastornos complejos, con un marcado deterioro de la funcionalidad. (p. 10)

Percepciones de la enfermedad por parte de las autoridades y los pobladores

Desde el primer trimestre de 2020, en la zona del Valle de Tlacolula, aunque se tenía conocimiento de la existencia de una enfermedad a escala mundial, no se creyó en su letalidad y en su capacidad de infección en los seres humanos. No obstante, este fenómeno no es exclusivo del distrito de Tlacolula. En el ámbito internacional, acompañando la aceleración de la propagación de la enfermedad, se observa el desconocimiento generalizado de las causas y consecuencias del virus SARS-CoV-2: formas de transmisión, sintomatología, durabilidad o tratamiento, por mencionar algunas. La carencia de apropiación significativa del fenómeno “también generó respuestas ambiguas, tanto institucionales como sociales, en su denominación y en la creación de políticas sociales y de salud” (Herrera y Rico, 2021, p. 231). Herrera y Rico (2021) también comentan que:

A nivel de temporalidad, habiendo mencionado que la OMS declaró oficialmente al COVID-19 como pandemia, no se captaba plenamente la magnitud del desastre epidemiológico, y tampoco se esperaba que fuera tan fatal, debido a una falta de comprensión de la lógica de transnacionalidad y conectividad [entre países] tan imbricada en las lógicas del mundo actual. (p. 238)

Además, “la diversidad cultural y la poca cultura científica hizo que mucha gente no creyera o no entendiera conceptos como portador asintomático, contagio, virus” (Lossío, 2021, p. 583). Siguiendo la línea de estas afirmaciones, los mismos habitantes del distrito de Tlacolula externaron su incredulidad ante los síntomas y ante el virus. Su interpretación se reducía a un agravamiento de otras enfermedades –gripe o tos– y al mismo tiempo reconocían “no queremos creerlo, pero tenemos que aceptarlo” (Zeferino Mendoza, poblador teotiteco). Otra pobladora comenta que “los teotitecos tienen la creencia de que no hay destino bueno ni destino malo. Lo que le va a pasar a uno, le va a pasar, así sea bueno o malo, incluyendo la muerte” (Rosa Martínez, pobladora teotiteca). Sin embargo, cuando los casos de gravedad se hicieron notorios, sobre todo tras la muerte de los propios familiares, quienes se mantenían escépticos a la enfermedad empezaron a considerar su grado de letalidad: “lo que vino a dejar esta enfermedad es la aceleración de otras enfermedades que ya tenían las personas y apresuró su muerte. Si no tuviéramos el COVID, tal vez hubieran fallecido uno o dos años o más después, pero esta enfermedad aceleró la muerte” (Zeferino Mendoza, poblador teotiteco).

Por el lado de las autoridades, como referente institucional ante la comunidad, si bien no contaban con datos concretos o exactos sobre los niveles de contagio, el tratamiento, la detección ni las formas de prevención (como sucedió en el mundo), debían mantener una narrativa frente a la población para que hiciera caso de las recomendaciones que desde el ámbito federal y estatal se les hacían llegar. Por lo tanto, aunque algunos se mantuvieron escépticos sobre la enfermedad, “al principio no creímos. No pensamos que fuera una enfermedad grave” (regidor de Salud), tuvieron que manifestar que “se trata de una

enfermedad muy rara y por eso debemos cuidarnos” (presidente municipal). El nivel de incredulidad sumado al hecho de que algunos afirmaran que “sus familiares no se han muerto por el COVID, pero tampoco pueden afirmar que no sea a causa del virus”, es indicativo de la carencia de información asertiva sobre la enfermedad, que se profundizó debido a que no hubo exámenes ni pruebas médicas porque nunca contaron con ellas.

Este escenario de incapacidad de acción por desconocimiento de los síntomas del virus y de su tratamiento efectivo, aunado a la poca infraestructura y al escaso personal de salud del gobierno, coincide con el señalamiento de Herrera y Rico (2021) sobre que:

La velocidad o la lentitud de la propagación del virus se debía menos a sus propiedades epidemiológicas y más a las capacidades de reacción de las instituciones, de cómo era percibido en términos de magnitud. Esta paralización no se debe a la “ineptitud” inicial de las instituciones, sino a su manera de significar ese objeto como riesgoso. (p. 238)

El hecho de que varias familias no comprendieran el nivel de riesgo de contagio y la gravedad del virus, se reflejó también en el momento de realizar las actas de defunción y no querer aceptar que se dictaminaran a sus familiares muertos a causa de COVID-19. Según la información que dio el Cabildo, algunas personas pudieron haber sido manipuladas y a veces acudían al municipio solo a informar sobre los fallecimientos sin mostrar documentos, como actas de defunción, lo que produjo un sesgo en sus registros en esos momentos.

Por el lado de los decesos, y por deducción, algunos pobladores piensan que el coronavirus causó los fallecimientos: “Anualmente se muere la gente por otras enfermedades, como el cáncer, pero esta enfermedad llegó y adelantó muchas muertes” (Zeferino Mendoza, poblador teotiteco). Sin embargo, al referirse a personas fallecidas de edades avanzadas, tanto las autoridades como la gente misma, atribuyeron a veces que al factor de la edad se sumaron los cuadros crónicos de hipertensión y diabetes, y no relacionaron las muertes con el virus ni con sus posibles efectos de agravar otras patologías que ya se tenían. Se podría afirmar que los datos anteriores son consistentes con los registros a escala nacional, a pesar de que “las defunciones, al menos durante el primer trimestre del 2021, se debieron en primer lugar al COVID-19, a las enfermedades del corazón o la diabetes mellitus, como la segunda y tercera, respectivamente” (INEGI, 2021).

De manera paralela, con base en los contagios dispersos y simultáneos entre la población, se fue conformando una percepción en el ámbito familiar e individual que condujo a acciones inmediatas encaminadas a la prevención por medio del fortalecimiento de las defensas del organismo con preparados herbales.

Las percepciones de las curanderas sobre la enfermedad

Las curanderas aquí documentadas, al inicio de la pandemia no admitían que se tratara de una enfermedad nueva o diferente, sino que era la agudización de otras, como la gripe o la tuberculosis que experimentaron algunos años atrás,

porque los síntomas son similares, solo que incrementados y crónicos: “Ahorita nomás están diciendo coronavirus, pero no. En realidad, esto ya había antes. Esa calentura eran los mismos síntomas, se te acaba mucho el cuerpo” (MT Leticia Jiménez). Esa concepción unida a la fe católica que mantienen las curanderas les dio pauta para creer que ellas tenían niveles de inmunidad diferentes de los de la población no creyente: “Ayúdanos a tus hijos, porque somos tus hijos, la iglesia. Yo nunca dejé eso, decía yo, ayúdanos a tus hijos porque somos tus hijos y eso nos protege bastante. La fuerza espiritual es la fe. Por eso digo: aunque van a criar más enfermedades, nosotros, nuestra fe es que no nos entre, que no nos llegue” (MT Leticia Jiménez; MT Eva Bautista). Decidieron no usar cubrebocas: “Yo no usé cubrebocas durante toda la pandemia” (MT Leticia Jiménez). No obstante, apelar a Dios como el ser superior capaz de eliminar los males en la humanidad, les daba de la seguridad para hacer frente a la enfermedad. Las curanderas demostraron tal fortaleza para atender a la gente, que eso les mostró otro panorama en sus pacientes: el miedo. Lo percibieron desde el primer momento en la población y asumieron que el desconocimiento del virus en particular y de la enfermedad y sus consecuencias en la salud contribuyeron en general a que la gente tuviera ese sentimiento.

En otros momentos asociaron las condiciones medioambientales y socioeconómicas al contexto rural de la región, y los consideraron elementos que propiciaban la propagación del virus y sus consecuencias mortales en la gente “porque el virus anda suelto, porque no lo vemos. Se complica más con la contaminación ambiental, con las carencias de alimentos en la gente y por eso mueren” (MT Eva Bautista). En el mismo sentido, “de alguna forma la contaminación del medio, el aire, en este caso, contribuye a complejizar la enfermedad, [a] facilitar la transmisión. Entra por el aire, entra por la cabeza, por las manos, por la nariz. Aunque esté tapado, entra por los ojos, por el cuerpo” (MT Leticia Jiménez).

En consecuencia, a siete meses de atender enfermos con problemas respiratorios, la percepción de las curanderas sobre el virus ha cambiado de alguna forma: “Ahora ya me di cuenta qué es esa enfermedad. Da más fuerte todo, da con más fuerza que otras enfermedades, la diarrea, la calentura, el dolor de cabeza y la gripa mucho más fuerte y si esas cuatro cosas se manifiestan, entonces ya no es un resfriado común o una calentura nomás, es el COVID [...], pero toda enfermedad también se debilita con el tiempo. Cuando aparece, son nuevos y están fuertes, pero cuando uno vive con ellos, también se debilita” (MT Eva Bautista). “Esta enfermedad rápido entra en el cuerpo, rapidito ataca y rápido se complica. Es algo nuevo que trae de todo. No solo el sistema respiratorio. Son molestias raras” (MT Paulina López).

En síntesis, las tres curanderas coinciden en que es un conjunto de complicaciones más fuertes, porque a la vez “agarran” resfriado, dolor de estómago, vómito, escalofríos, calentura, dolor de huesos, dolor de cuerpo y diarrea y en que hubo personas que presentaron todos los síntomas o la mayoría.

De lo anterior debemos destacar que, a pesar de que no hubo comunicación, por ningún medio, entre las tres curanderas durante la pandemia, las formas y los medios de los que echaron mano a partir de sus propios recursos demuestran

la relación que la medicina tradicional guarda con sus contextos medioambientales y socioculturales mediante la observación y la intervención directa de sus propias realidades. En casos tan adversos, como el de esta emergencia sanitaria, la medicina tradicional se adapta y da respuesta a diversos problemas de salud de las poblaciones a las que atiende, una vez que se acepta el surgimiento de una enfermedad nueva y diferente que amenaza la vida de la gente.

A partir de este primer acercamiento, se puede señalar que la percepción se fue conformando desde el ámbito espacial de lo global a lo individual y desde una cuestión jerárquica de la autoridad hacia los pobladores, es decir, a partir de su interpretación en el ámbito macrosocial se adoptaba y se descifraba al nivel microindividual. Entre los habitantes del distrito y en sus curanderas, la noción del COVID-19 fue transformándose conforme las autoridades locales reproducían la información que recibían de los gobiernos federal y estatal. Esto es, las autoridades de las comunidades informaban a los pobladores las recomendaciones que recibían de las instancias gubernamentales sobre las medidas restrictivas, como la cuarentena, el confinamiento y la reducción de las actividades que implicaran el tránsito de personas en el espacio público. Al principio se atendían las recomendaciones a pesar de la desinformación y del desconocimiento del virus, pero a medida que fueron transcurriendo los meses, desde la percepción de las curanderas, síntomas como la ansiedad y el miedo fueron apareciendo en los usuarios de la medicina tradicional. Al inicio de la pandemia las curanderas no creían en el virus por las razones ya mencionadas, pero conforme atendían a la gente con sintomatologías diferentes, aleatorias y más complejas cada vez, llegaron a coincidir en que el COVID-19 es una enfermedad que han ido conociendo y aprendiendo a tratar.

En la actualidad, la práctica común que desarrolla la medicina tradicional para tratar el COVID-19, sigue siendo ensayo y error. O sea, cada curandera ha ido conociendo los síntomas, el comportamiento y el desarrollo particular de cada persona, y suministra a los enfermos las plantas medicinales a las que tienen acceso.

Las molestias se manifestaban de forma muy diferente a lo que estamos acostumbrados a observar en la gente. No sabía qué era, pero dije: voy a atacarlo así, como aprendí. Hice mis compuestos y así se les quitaron los síntomas. Veía yo cómo reaccionaba la persona. Iba yo metiendo o sacando qué hierva, qué fruta, qué té. Así empecé a sacar mis conclusiones. (MT Eva Bautista)

No obstante, no se limitaron solo a los compuestos y saberes específicos, sino que dos compendios⁵ derivados de la experiencia sistematizada por indígenas mayas publicados en los meses de julio y agosto de 2020 (que las autoras de este texto les hicieron llegar en formatos impresos) fueron útiles para identificar e incluso aplicar otros tratamientos que combinaron con los suyos para una mayor

5 Estos compendios son: 1) *Manual de prevención y tratamiento del COVID-19 con plantas medicinales de Los Altos de Chiapas* (Colectividad Nichim O'tanil, 2020); y 2) *Plantas medicinales del pueblo maya en tiempos de COVID-19. Cuidar el sistema respiratorio* (Ka'Kuxtal, 2020).

efectividad en sus curaciones. “En este tiempo yo aprendí cómo curarla y me apoyé de otros manuales, para ver qué plantas sirven también y cómo se usan allá y cómo los podemos usar acá, y así aprendo cada vez más” (MT Eva Bautista). Entre las áreas de cuidado que abarcaron estos documentos, se hallan: *a*) cómo fortalecer el sistema inmunológico para prevenir el coronavirus, *b*) cómo tratar los síntomas del COVID-19; y *c*) cómo fortalecer el sistema inmunológico desde el cuidado emocional y espiritual, todos respaldados por testimonios de usuarios de esta medicina.

Afectación del virus según la edad

Siguiendo a Ramacciotti (2021):

El impacto del COVID-19 no discrimina en cuanto a origen étnico, edad o sexo, tiene una mayor preponderancia de mortalidad entre adultos mayores y, como está siendo demostrado, quienes están al margen del acceso sanitario presentan mayores posibilidades de sufrir las consecuencias de la enfermedad. (p. 302)

Y agregamos al respecto de la cita de Ramacciotti: y de no poder recibir ni el tratamiento ni la atención adecuada. Así mismo, como afirman Herrera y Rico (2021):

La pandemia por COVID-19 no es una situación que se experimenta de manera homogénea, donde los efectos de ésta se intensifican o se merman en ciertos grupos más que en otros y a partir de unos elementos más que en otros —como la edad, el género o la clase—, lo cual marca la experiencia de esta situación perturbadora, disruptiva y riesgosa; las viejas problemáticas se reconfiguran con nuevas normalidades (p. 221)

En México, hasta 2019 las tres principales causas que concentraron 52.5% de las defunciones femeninas fueron las enfermedades del corazón, seguidas de la diabetes mellitus y los tumores malignos. Entre los hombres, esas enfermedades también son las tres más importantes y concentran 42.0%. En el mismo año, entre las mujeres de 65 años o más, las principales causas de muerte eran las enfermedades del corazón, seguidas de la diabetes mellitus y en tercer lugar los tumores malignos. Entre los hombres, en el mismo rango de edad, se presenta el mismo patrón (INEGI, 2020). A partir de marzo de 2020, durante la pandemia, los síntomas asociados al coronavirus se convirtieron en la segunda causa de muerte entre enero y agosto. Hubo más de 108 000 decesos. De ellos, 34.2% eran mujeres y 65.8% hombres. La estructura por edad indica que a partir de los 45 años las muertes por COVID-19 se intensifican, con más defunciones masculinas que femeninas (INEGI, 2020).

En esta investigación no se observó que en el distrito en cuestión hubiera diferencia por sexo en lo concerniente a los fallecimientos. Zeferino Mendoza, poblador teotiteco, comentó que el virus “atacó y fue muy parejo”. Las médicas reconocieron que les fue imposible saber si el virus afectó de forma dife-

rente a hombres y mujeres. Los tratamientos se aplicaron de manera indistinta conforme iban apareciendo los síntomas. “La enfermedad no tiene un alto ni de semáforos ni de luces ni de aires ni de tiempo. No tiene. No implica que se trate biológicamente de una mujer o un hombre para que el virus sea igualmente invasor o letal al cuerpo de las personas” (MT Eva Bautista). No obstante, los registros oficiales preliminares, aun sin conteo oficial, indican que las defunciones de las personas de más de 60 años ocurrieron más en hombres que en mujeres y que estos tenían cuadros avanzados de diabetes o afecciones crónicas en el sistema cardiovascular. Hombres de no más de 50 años también fallecieron, pero en mucha menor cantidad que las personas de la tercera edad.

En las personas adultas y en las adultas mayores con síntomas leves de la enfermedad, hubo un rango promedio de recuperación de entre tres y siete días para salir del cuadro principal y de hasta quince días para recuperarse por completo. Las personas con síntomas graves presentaron un rango promedio de recuperación de entre una semana y quince días para salir del cuadro principal y tardaron hasta cuarenta días para su recuperación completa. De estos cuadros clínicos, algunas personas de 40 años o más tuvieron recaídas —el caso de campesinos, por ejemplo, que tenían que salir a sus solares a pesar de seguir enfermos, pues la agricultura de temporada debe atenderse en épocas específicas del año—. En cuanto a la población adolescente, infantil y bebés, hubo poca afectación en comparación con el resto de las personas contagiadas. En ella no se observaron cuadros clínicos agudos. Pero no se cuenta con información médica que asegure si fueron síntomas asociados con el COVID-19 u otros cuadros clínicos, ya que no se tuvo acceso a las pruebas para descartar o confirmar los diagnósticos.

Lo que sí implicó un tratamiento diferente fue la condición de las mujeres embarazadas de entre 16 y 32 semanas de gestación (10%) que exhibieron síntomas de COVID-19 específicos, como náuseas, dolor del cuerpo y dolor de cabeza. Se les hicieron “limpias”,⁶ combinadas con tés suaves (aquellos que se preparan a base de una sola planta medicinal), para aliviar los malestares principales. Se registraron dos casos de mujeres embarazadas con afectaciones emocionales: miedo, falta de apetito y tristeza.

La medicina tradicional también posibilitó la atención de personas a partir de los 40 años, casi siempre atendidas por problemas respiratorios. Las personas de más de 70 años presentaron además temperatura alta, dolor del cuerpo y tos; y las más graves, falta de oxígeno, lo cual coincide con las afirmaciones de las autoridades comunitarias y de los habitantes, quienes sostienen que el sector de la población más afectado fue el de las personas más mayores, quienes representan 17% de la población de la comunidad. En Teotitlán, de 63 fallecimientos entre los meses de marzo y septiembre de 2020, 87% fue de personas de más de 60 años. Como señala el INEGI (2020), el cambio de perfil

6 La limpia, como se concibe en esta zona de Oaxaca, es la práctica terapéutica que consiste en pasar plantas medicinales y aromáticas por el cuerpo de las personas para retirar energías que pudieran afectar su salud. En ocasiones se utiliza un huevo criollo para frotar el cuerpo, junto con alcohol o loción. Se invoca a Dios y se agradece a los elementos de la naturaleza que permiten y procuran la vida.

demográfico de nuestro país es una situación con importantes retos para el sistema nacional de salud, debido a que se acerca el proceso de envejecimiento poblacional.

Según las curanderas, la condición principal de las personas de la tercera edad fue la debilidad del sistema inmunitario. Con esta la fiebre, el dolor de cabeza o del cuerpo se agudizan y provocan la muerte más rápido.

Cabe mencionar que si no se registran este tipo de datos para menores de 40 años de edad se debe a que las curanderas no reportaron casos notorios ni por cuadros agudos o de gravedad, ni en cantidad que consideraron compartir para este estudio.

En la tabla 1 se muestran los tratamientos que aplicaron las médicas tradicionales cuando aparecieron cuadros respiratorios relacionados con COVID-19, que fueron recabados como parte del trabajo de campo (2020-2021) compartido por nuestras protagonistas y que se muestran a continuación.

Como se observa en la tabla 1, los tratamientos se basan en hierbas medicinales que en su momento eran accesibles en los alrededores de las comunidades. Incluso también las había en la plaza regional (donde se congregan comerciantes de la región en torno al mercado de la Cabecera Municipal de Tlacolula de Matamoros) en días permitidos por la autoridad. Se aplicaron también baños con hierbas, masajes, limpiezas y vaporizaciones a base de eucalipto (*Eucalyptus globulus* Labill), asumiendo que “somos todos de la misma raíz, de la misma cultura, de la misma curación ancestral, de lo que nacimos, de lo que crecimos, de lo que venimos y ahora se retomó más todavía” (MT Eva Bautista). Lo importante es la forma en que, en Santa Ana, por ejemplo, se coordinaron para platicar sobre qué hacer para no enfermarse y, en el caso de enfermarse, cómo curarse empleando alimentos y preparados de hierbas.

Esta es nuestra alimentación. Este ambiente es nuestra salud. Nosotros estamos acostumbrados a curarnos con plantas primerito. Si la enfermedad es muy fuerte, entonces estamos viendo y el pueblo estamos hablando, estamos comentando. No estamos quietos ni estamos cada quien en su enfermedad ni cada quien en su problema (MT Eva Bautista).

Es importante subrayar que no se reportaron decesos en las personas asistidas con medicina tradicional.

Tabla 1. Tratamientos usados en diferentes cuadros de salud asociados con COVID-19 a partir de las medicinas tradicionales en el Valle de Tlacolula de Matamoros, Oaxaca, 2020-2021

1. Para la tos seca			
Síntomas	Prescripción	Insumos/ingredientes	Preparación
Dificultad para respirar. Dolor de garganta. Congestión o goteo nasal. Falta de apetito. Deshidratación.	Té o infusión de eucalipto con poleo.	Hierbas: Eucalipto (<i>Eucalyptus globulus</i> Labill) Poleo (<i>Mentha pulegium</i> L.) Otros ingredientes: Cebolla (blanca o morada). Ajo. Canela. Miel. Jugo de un limón.	Para 1 litro de infusión: 1. Se hierven en un litro de agua por alrededor de 10 minutos un manojo de eucalipto, un manojo de poleo, un trozo de cebolla, dientes de ajo (5 si son pequeños, 3 si son grandes), una cucharada de miel. 2. Después de 10 minutos de hervor, se deja reposar un momento tapando el recipiente herméticamente. 3. En el momento de servir en una taza, se añaden unas gotas de limón.
Contraindicaciones y recomendaciones: No se recomienda en menores de edad. Se recomienda reposo, sobre todo después de untar la pomada en el cuerpo de la persona porque empeora la salud al exponerse a la intemperie. No se recomienda ingerir alimentos o bebidas frías durante el tratamiento, pero sí bebidas a temperatura ambiente (al tiempo).		Tratamiento Para personas adultas y mayores de edad. Se ingiere una taza tres veces al día, por la mañana, a medio día y por la noche. En otro momento, se unta un poco de pomada de unguento* con la ayuda de algún aceite (de almendras de preferencia) a la altura del cuello, del pecho y de la espalda de la persona.	
* Pomada de unguento: algunas curanderas refieren así las pomadas para untar sobre el cuerpo. Tiempo de recuperación: de 7 a 10 días.			

2. Para desinflamar los pulmones			
Síntomas	Prescripción	Insumos/ingredientes	Tratamiento
Dificultad aguda para respirar o falta de oxigenación. Debilidad muscular.	Té o infusión de eucalipto.	Hierbas: Eucalipto (de palo largo) (<i>Eucalyptus globulus</i> Labill). Gordolobo (<i>Gnaphalium attenuatum</i> DC). Sauco o semilla de sauco (<i>Sambucus mexicana</i> Presl). Otros ingredientes: Canela Ajo	Para un litro de infusión: 1. En un litro de agua se hierven por alrededor de 10 minutos un manajo de gordolobo, 3 hojas de eucalipto, un trozo de sauco o semilla de sauco, una raja de canela y un diente de ajo. 2. Una vez hervido, se deja reposar tapando el recipiente herméticamente. 3. Se sirve muy caliente y se endulza con miel.
<p>Contraindicaciones y recomendaciones: No se recomienda en menores de edad. Se recomienda reposo absoluto. No se recomienda ingerir alimentos ni bebidas frías, siempre tibias, por la delicadeza de los pulmones.</p> <p>Tiempo de recuperación: de 7 a 15 días.</p>			
3. Para la fiebre o calentura			
Síntomas	Prescripción	Insumos/ingredientes	Tratamiento
Temperatura alta. Sudoración excesiva. Enrojecimiento de las mejillas. Debilidad muscular.	1. Té o infusión. 2. Baño de hierbas.		<p>1. Té o infusión: Se sirve y se ingiere tibio o a temperatura ambiente como agua de tiempo*.</p> <p>2. Baño de hierbas: Una vez que se entibie o hasta quitarle lo frío al agua, se baña la persona.</p>
<p>Contraindicaciones y recomendaciones: No se recomienda en menores de edad. No se recomienda ingerir alimentos ni bebidas frías.</p> <p>* El agua de tiempo es aquella que se prepara y mantiene para ingerirse durante el día y parte de la noche hasta terminarse: un litro y medio, aproximadamente.</p> <p>Tiempo de recuperación: de 3 a 5 días.</p>			

4. Para la diarrea			
Síntomas	Prescripción	Preparación	Tratamiento
Evacuaciones continuas y urgentes.	1. Té o infusión.	En un litro de agua se hierve por alrededor de 10 minutos un manojo de hojas de cada una de las hierbas. Una vez hervido, se deja reposar tapando el recipiente herméticamente.	Se toma una taza 3 veces al día y en el momento de ingerirse, se añade un poco de bicarbonato de sodio.
5. Para diarrea con dolor estomacal			
Síntomas	Prescripción	Insumos/ingredientes	Preparación
Dolor en el abdomen. Evacuaciones continuas y urgentes. Sudoración excesiva.	1. Té o infusión	Hierbas: Poleo (<i>Mentha pulegium</i> L.) Romero (<i>Rosmarinus officinalis</i> L.) Canela (<i>Cinnamomum zeylanicum</i> Nees) Hierba santa (<i>Piper sanctum</i> Miq.) Otros ingredientes: Bicarbonato de sodio.	En un litro de agua se hierve por alrededor de 10 minutos un manojo de hojas de cada una de las hierbas. Una vez hervido, se deja reposar tapando el recipiente herméticamente.
Contraindicaciones y recomendaciones: No se recomienda en menores de edad. Se recomienda dieta blanda, sobre todo a base de verduras, e ingerir líquidos a temperatura ambiente de manera constante. Tiempo de recuperación: de 3 a 5 días.			

6. Para fortalecer el sistema inmunológico		
Prescripción	Insumos/ingredientes	Tratamiento
Té o infusión	<p>Hierbas: Bugambilia dulce (<i>Bougainvillea glabra</i> Choisy). Hierbabuena (<i>Mentha piperita</i> L.). Romero (<i>Rosmarinus officinalis</i> L.). Poleo (<i>Mentha pulegium</i> L.).</p> <p>Otros ingredientes: Ajo. Cebolla.</p>	<p>Se debe tomar tibio o al tiempo durante el día como agua de tiempo.</p> <p>En casos de presentarse con diarrea, añadir una pizca de bicarbonato de sodio.</p>
<p>Contraindicaciones y recomendaciones: No se recomienda en menores de edad. No se recomienda ingerir alimentos ni bebidas frías. Tomarlo al menos por 3 días consecutivos. Tiempo de recuperación: de 1 a 5 días.</p>		
7. Malestares estomacales o diarrea en mujeres en estado de embarazo		
Prescripción	Insumos/ingredientes	Tratamiento
Té o infusión	<p>Hierbas: Manzanilla (<i>Matricaria recutita</i> L.). Cedrón (<i>Aloysia triphylla</i> Brett). Hierba santa (<i>Piper sanctum</i> Miq.).</p> <p>Alimentos: Ajo. Cebolla.</p>	<p>Tomar una taza dos veces al día por tres días consecutivos.</p>
<p>Contraindicaciones y recomendaciones: De preferencia no añadir miel. Tiempo de recuperación: de 1 a 3 días.</p>		
<p>Fuente: elaboración propia con información de trabajo de campo, 2020-2021.</p>		

Discusión

La salud pública es una cuestión social garantizada por el Estado, por lo cual no debería estar regulada por la lógica amoral del mercado. La atención de la salud es diferente de todos los demás bienes y servicios, por ser un derecho universal para todas las personas. Afirma Ramacciotti (2021):

Solo el Estado está en condiciones de garantizar la igualdad de oportunidades en el acceso a la salud por parte de la mayoría de la población y de ocuparse responsablemente de la fiscalización y de la regulación de las acciones de interés público dirigidas a asegurar la protección de la salud colectiva y de esta forma intentar reducir las desigualdades sociales. (p. 305)

Es posible apreciar la clara ausencia de sincronía entre la salud pública y la medicina alternativa de las comunidades, aun cuando las características de la pandemia de COVID-19 en este país pluricultural demandaban dicha sincronía. Y, como señala Heller (2021):

En la pandemia se han visto especialmente afectados el derecho a la vida, a la salud e integridad personal, así como al trabajo, a la seguridad social, a la educación, a la alimentación, al agua y a la vivienda junto con los civiles y políticos, teniendo en cuenta que los derechos humanos son indivisibles, interdependientes, inalienables y que se encuentran interrelacionados. (pp. 203-204)

En este sentido, el contexto actual del distrito de Tlacolula no está desvinculado del ámbito nacional, pues, además de no contar con los servicios de atención primaria a la salud⁷ durante gran parte de 2020, tampoco hubo acceso a los servicios de médicos particulares, los cuales, en la mayoría de los casos, atendieron solo a personas recomendadas. Las curanderas experimentaron el desprecio de médicos particulares, quienes excluyeron a sus familiares enfermos por presentar síntomas relacionados con el coronavirus sin diagnóstico confirmado. En Santa Ana del Valle, por ejemplo, solo atendieron a los niños, obligando, de alguna forma, a la gente del distrito a la autoatención doméstica, a la medicina tradicional y a la partería, hecho que Vilaboa-Arroniz et al. (2021) han documentado para el caso mexicano en relación con el sector rural (como criterio de población indígena, asociado al medio y paisaje de campo):

Debido a la carencia de personal médico y capacidad instalada, la población de este sector ha recurrido a la medicina tradicional a través de

7 La atención primaria de la salud (APS) es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas (OMS-UNICEF, 2018).

la utilización de plantas medicinales como, por ejemplo, el crucetillo (*Randia monantha* Benth), guayaba (*Psidium guajava*), acuyo o hierba santa (*Piper auritum*), entre otras. (p. 421)

A pesar de este contexto sanitario precario, las autoridades municipales de la zona no contemplaron comunicarse con las curanderas comunitarias para atender la emergencia ante el incremento notorio de enfermos y fallecidos, ni siquiera durante los meses de más contagios. Esta situación es muy significativa, porque, para algunas de ellas, trabajar en coordinación con las autoridades podría haber tenido mayores efectos benéficos en las personas enfermas. Sobre el ámbito estatal, Herrera y Rico (2021) apuntan que:

Es posible considerar que el fracaso de las respuestas [de las autoridades, agregan las autoras] se debió a la precariedad en el sistema de salud pública, por un lado, y por el otro a las características [por desconocimiento del virus en su plenitud, agregan las autoras] que dificultaron la implantación de intervenciones sanitarias por parte de los sistemas de salud, aunado a que [en la fecha en que se escribe el artículo] hay una transmisión no detectada y una subestimación de la epidemia. (p. 240)

Por otro lado, en el ámbito internacional “se esperaba que la cuarentena retrasaría los contagios y el número de muertes y así se evitaría el colapso del sistema de salud” (Lossío, 2021, p. 582). Para el caso de México, “con la recomendación del confinamiento se esperaba una situación similar” (Herrera y Rico, 2021, p. 237). En las comunidades de estudio se esperaba lo mismo. No obstante, esa medida fue efectiva en algunos momentos y en otros no tanto, pues los filtros que se instalaban a la entrada de cada población operaban en promedio 17 horas al día. El resto del día, la gente podía circular sin precauciones. Además, algunos pobladores no tuvieron la posibilidad de mantenerse aislados, en especial aquellos que dependían de manera directa de las actividades del comercio y quienes eran empleados, aunque respetaron la restricción por tres meses.

La mayoría de las decisiones en torno a lo que debía o no hacerse durante la pandemia, se informó mediante las radios comunitarias. Pero surgió un problema cuando se transmitían algunos mensajes, incluso en la lengua *diidxza*: gran parte de la información oficial del gobierno no pudo adaptarse a los sistemas interculturales de la zona ni de cada comunidad y por esa razón se mantuvo la desinformación, aunque la Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud (2020) apelaba a que los sistemas de comunicación en las comunidades indígenas tuvieran formas efectivas de informar para crear conciencia en las poblaciones de la realidad de la pandemia. El fin era hacer que la gente aún escéptica aceptara las vacunas. Cabe recordar que la lengua es el indicador más importante de la identidad de los pueblos: contiene tanto la cosmovisión de las culturas y los ritos de cada sociedad como sus conocimientos y valores (Coronel, 2006, p. 108).

Mientras que los gobiernos federal y municipal priorizaron el asistencialismo a las poblaciones, las médicas tradicionales atendieron a quien lo solicitara, sin hacer distinción por sexo, edad, síntomas, estado de gravedad de la persona

o estatus socioeconómico. Incluso trataron a personas que no confiaban en sus prácticas médicas o que no compartían la misma religión católica. Así, contribuyeron, en la medida de sus posibilidades, a mantener cierto equilibrio en la salud pública de sus poblaciones, independientemente de los factores que propagaron el virus al interior de las comunidades que atienden y que en algunos momentos las llevó a preguntarse si les sería posible o no cumplir con su labor. Por ejemplo, antes de 2020 doña Leticia atendía de dos a tres personas al día, y durante la etapa más alta de infecciones en su comunidad (junio-julio de 2020) recibía entre seis y siete y daba prioridad a la atención a domicilio. Por su parte, doña Eva, durante la pandemia atendía en su propia casa cuando antes lo hacía fuera de ella. En ambos casos, la demanda de sus servicios aumentó y hasta la fecha no han tenido conocimiento de fallecimientos ocurridos en las personas que ellas atendieron, con cuadros de salud graves o no.

Tampoco abandonaron su papel de esposas o jefas de familia, porque, además de atender a las personas enfermas, preparar infusiones, hacer limpias, dar masajes y asumir el riesgo de contagio, continuaron haciendo sus quehaceres domésticos, sobre todo los de la cocina, pues es un espacio atendido solo por mujeres, debido al sistema sexo-género que impera en la zona. “A veces no me doy abasto. Quisiera más, pero ¿cómo? Voy temprano a desayunar. Después desayunada salgo. Voy otra vez, después vengo a hacer la comida” (MT Leticia Jiménez). Tenía doble jornada en medio de la pandemia. Es importante reconocer la revitalización de los valores comunitarios que se produjo mediante el intercambio de alimentos, de plantas medicinales y de saberes, lo que los benniza a practican como parte de su *guelaguetza*⁸ y que se combinan con la capacidad de resiliencia ante fenómenos que amenazan sus propias formas de coexistencia. Esta fue una actividad de cuidados que de manera exclusiva asumieron las mujeres, al menos en estas comunidades. También hubo intercambio de excedentes de algunas cosechas para los que quedaron sin ingresos a causa de la pandemia. Otros vendieron excedentes de cosechas, pero con hasta 30% de descuento de los precios de mercado.

Así, estas mujeres, revitalizando su cotidianidad, dinamizando y diversificando sus prácticas médicas, continúan reapropiándose de espacios privados y públicos al socializar la atención médica, dentro y fuera de los espacios domésticos de curación. Afirma Segato que “las tejedoras de relaciones somos las mujeres, en un espacio doméstico pero que no es íntimo ni privado, sino sumamente político. Otra política” (Segato, 2016, p. 20). Y desde esa perspectiva, la salud, por ser un asunto público, se convierte, por lo tanto, en un asunto político en el que las protagonistas fueron las médicas tradicionales, que, al mantener la salud de sus poblaciones, mantienen la vida, y mediante lo cual reivindican el papel que la mayoría de las mujeres tienen en el mundo dentro de la economía de los cuidados, que es tan poco reconocido por el imperante sistema neoliberal de producción.

8 Es la práctica tradicional más fortalecida en las comunidades zapotecas; es una institución fundamentada en el principio de reciprocidad: un acuerdo de ayuda mutua que se usa en el intercambio general de trabajo y en las actividades rituales (Coronel, 2006).

Es en este contexto que en Oaxaca la demanda de la medicina tradicional ha cobrado importancia, vigencia y protagonismo durante la pandemia de COVID-19, a tal grado que se ha convertido en el único modelo médico para sus pobladores. De modo paradójico, subvierte en la práctica el lugar donde la medicina hegemónica o biomedicina la coloca: “dentro de los cuidados *legos* al categorizarla como medicina alternativa, subalterna, *folk*, popular, complementaria, doméstica, primitiva o indígena” (Zolla, 2016, p. 380), entre otros calificativos. Menéndez (2020) dice al respecto:

El saber de los conjuntos sociales opera dentro de muy diferentes tipos de relaciones, y especialmente dentro de las relaciones de hegemonía/subalternidad que se generan entre los diferentes actores sociales que transaccionan sus saberes en torno a la enfermedad y su atención, principalmente en la posición de los saberes tradicionales en relación a la medicina médica hegemónica. (p. 128)

En ello “se reflejan los procesos de desvalorización y desconocimiento desde el sistema nacional de salud en México a sus prácticas y eficacia en la atención a la salud pública, por no considerarla una medicina académica, científica o moderna” (Zolla, 2016, p. 382).

Respecto a la partería, más que alternativa, como ya mencionamos, fue el único modelo de atención al que las mujeres acudieron al menos durante los primeros cuatro meses desde el inicio de la pandemia y no necesariamente por la falta de atención de los servicios de salud en el distrito, sino como parte de un esquema de protección, tanto a la mujer como a sus hijos. Casi todas las embarazadas prefirieron atenderse con parteras y optaron por los servicios hospitalarios solo para emergencias.

Otro factor que la medicina tradicional mostró durante la pandemia, con sus curanderas y parteras, quienes dijeron “nosotras nos quedamos” para afrontar, con sus propios insumos y a pesar de las restricciones de movilidad, la emergencia de salud pública, fue la capacidad de autoorganización y de autogestión de los ámbitos rurales comunitarios para concentrar esfuerzos colectivos, incluso desde la individualidad, para dar respuesta efectiva y con ello rencontrar el equilibrio que necesitan para coexistir.

Conclusiones

Si se tiene en cuenta que las diferencias en la letalidad del virus pueden explicarse por los distintos perfiles de las poblaciones, los factores socioeconómicos y ambientales, o el acceso a la atención sanitaria (Medeiros de Figueiredo, Daponte, Moreira, Gil-García y Kalache, 2020, p. 6), durante la pandemia de COVID-19 se seguirá observando que el acceso a los recursos básicos y a la información esencial para afrontarla han sido también diferentes y desiguales. Entonces se puede señalar que en el país persiste la subvaloración de la medicina tradicional. Se privilegió al personal de salud pública con las primeras

dosis de vacunación porque combate en primera fila el COVID-19, pero entre ese personal no estuvieron contemplados ni los médicos ni las médicas tradicionales, a pesar de formar parte del sector prioritario para ser vacunado y a pesar de que, en el caso del Valle de Tlacolula, atendían a la población, y que para parte de la gente en esa región fue el *único modelo de atención médica frente a la pandemia*.

Por otro lado, la premisa de Menéndez (2020), según la cual la pandemia no solo terminó de poner en evidencia que vivimos en un mundo globalizado, sino también que la globalización hay que buscarla en lo local y no solo en lo global, indica, por las experiencias en el ámbito local comunitario que aquí se han registrado, que se puede constatar la urgencia de disponer de un sistema sanitario con estructura y capacidad para adecuarse a las especificidades de las poblaciones para poder contener el efecto no solo de la pandemia, sino también de cualquier otro fenómeno epidemiológico que pudiera mermar de forma considerable la población o acortar la esperanza de vida.

Por ende, se insiste aquí en la urgencia de reconocer, en términos de políticas públicas con enfoque intercultural, los diversos sistemas tradicionales de salud del país y a sus portadores como titulares del conocimiento, con las implicaciones de promoción, fomento, disposición de recursos, insumos, infraestructura y apoyos gubernamentales acordes con las necesidades particulares de cada contexto para propiciar su desarrollo. Es necesario insistir en la necesidad de que haya diálogos interculturales para articular los saberes medicinales indígenas y la medicina occidental debido a que en el contexto de la pandemia se constató esta carencia.

Para las comunidades que en términos políticos ejercen su autodeterminación, que establecen sus formas de cuidados comunitarios y cuya experiencia principal durante la pandemia fue quedarse sin los servicios de salud públicos, implica reflexionar sobre cómo fortalecer su sistema médico tradicional para responder ofreciendo por lo menos la atención primaria de salud.

En casos específicos, como los de las comunidades donde la mayoría habla una lengua originaria y donde los códigos culturales son parte de su sistema de comunicación, es de suma importancia tener en cuenta el idioma y pensar sobre el abordaje cultural que deben tener los mensajes oficiales para evitar la desconfianza. Como ya se han preguntado otros autores: ¿cómo reducir la desconfianza a la vacuna entre la gente cuando la relación con el sistema de salud pública mexicano se ha degradado de sexenio en sexenio? La respuesta es, entonces, el desafío que deben sortear las autoridades comunitarias y los sistemas de salud públicos.

En México es indispensable tener datos reales y estratificados sobre los perfiles de salud actuales de las poblaciones, puesto que la pandemia necesariamente los modificó. Aún hace falta saber cuáles son los porcentajes de inmunidad que se obtuvieron en otros contextos. También hay que conocer las razones por las que, hasta la fecha, algunas poblaciones no aceptan vacunarse y qué lógica las conduce. Del mismo modo, habría que asignar recursos, insumos, infraestructura y personal de salud para reforzar otros esquemas de vacuna-

ción y diseñar programas nacionales de prevención ante próximos momentos de emergencia.

Buena parte de la eficiencia de los sistemas tradicionales de salud se observa en el hecho de que estos no registraron decesos en las personas que atendieron de diferente edad, sexo o condición fisiológica, con cuadros respiratorios relacionados con COVID-19. Eso permite inferir que el conocimiento del entorno socioambiental que desarrollan las curanderas demuestra su capacidad de afrontar de modo adaptativo fenómenos desconocidos, y que la intuición (nunca considerada por los saberes hegemónicos) a partir de prueba y error fue un método capaz de contener el virus, pues cada persona evolucionó de forma positiva al tratamiento de los cuadros de salud, fueran estos graves o no.

Por todo lo anterior, y tal como las autoras han afirmado en otros trabajos, la medicina tradicional existente desde la época precolombina sigue teniendo importancia en la disminución de la morbimortalidad entre la gente pobre cuando se hibrida con la medicina convencional, que por sí misma no ha llegado a consolidarse como una solución en un país tan diverso, desigual y policromático como México. Se tiene la esperanza de que las tomadoras y los tomadores de decisiones en materia de salud no echen esta investigación en saco roto.

Referencias

- Benhumea, L. (2019). El pacto por México: una reflexión sobre el sistema precario de salud mexicano. *SAPIENTIAE: Revista de Ciencias Sociais, Humanas e Engenharias*, 5(1), 5-30. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/5727/572761149001/572761149001.pdf>
- Bruner, E. (1986). Ethnography as narrative. En V. Turner y E. Bruner (eds.), *The anthropology of experience* (pp. 139-155). Urbana: University of Illinois.
- Chauca, R. (2021). La COVID-19 en Ecuador: fragilidad política y precariedad de la salud pública. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 28(2), 587-591. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/351316126_La_covid-19_en_Ecuador_fragilidad_politica_y_precariedad_de_la_salud_publica
- Colectividad Nichim Otanil. (2020). *Manual de prevención y tratamiento del COVID-19 con plantas medicinales de Los Altos de Chiapas*. San Cristóbal de Las Casas. Recuperado de <https://bosquedeniebla.com.mx/wp-content/uploads/2020/12/Herbolaria-para-el-sistema-inmune-covid-19.pdf>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social de Desarrollo Social (CONEVAL). (2021). *Medición de la pobreza*. Recuperado de <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobrezalnicio.aspx>
- Coronel, D. (2006). *Zapotecos de los Valles Centrales de Oaxaca*. Ciudad de México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.
- Gadea, C., y Bayce, R. (2021). Coronavirus: una pandemia hiperreal. *Estudios Sociológicos*, 39(115), 209-236. doi: <https://doi.org/10.24201/es.2021v39n115.2074>
- Good, B., y Vecchio Good, M. J. del. (1994). In the subjunctive mode: Epilepsy narratives in Turkey. *Social Science and Medicine*, 38(6), 835-842. doi: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90155-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90155-4)
- Heller, C. (2021). El impacto de la pandemia en una era de conflictos. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, Nueva Época, 66(242), 189-213. doi: <https://doi.org/10.22201/fcpys.2448492xe.2021.242.79321>
- Herrera, G., y Rico, M. Y. (2021). La construcción social del riesgo. Claves analíticas para comprender la pandemia de COVID-19 en México: el caso de la Jornada Nacional de Sana Distancia. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 66(242), 215-249. doi: <https://doi.org/10.22201/fcpys.2448492xe.2021.242.79325>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020). *Censos y Conteos de Población y Vivienda*. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/datos/?ps=Programas,30-03-2021>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2021). *Censo de Población y Vivienda, INEGI, 2020*. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
- Ka' Kuxtal, Much, Meyal, A. C. (2020). *Plantas medicinales del pueblo Maya en tiempos de COVID-19. Cuidar el sistema respiratorio y fortalecer el sistema inmunológico*. Los Chenes. Recuperado de <https://www.educaoaxaca.org/wp-content/uploads/2020/05/Plantas-Medicinales-del-Pueblo-Maya-May20.pdf>

- Lindon, A. (1999). Narrativas autobiográficas, memoria y mitos: una aproximación a la acción social. *Economía, Sociedad y Territorio*, 2(6), 295-310. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/111/11100607.pdf>
- Lossío, J. (2021). COVID-19 en el Perú: respuestas estatales y sociales. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 28(2), 581-585. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021005000001>
- Madani, A., Boutebal, S., y Bryant, R. (2020). The psychological impact of confinement linked to the Coronavirus Epidemic COVID-19 in Algeria. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 1-13. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17103604>
- Mattingly, C., y Garro, L. (2000). Narrative as construct and construction. En C. Mattingly y L. Garro (eds.), *Narrative and cultural construction of illness and healing* (pp. 1-49). Los Ángeles: University of California.
- Medeiros de Figueiredo, A., Daponte, A., Moreira, C., Gil-García, E., y Kalache, A. (2020). Letalidad de la COVID-19: ausencia de patrón epidemiológico. *Gaceta Sanitaria*, 35(4), 355-357. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.001>
- Menéndez, E. (2020). Consecuencias, visibilizaciones y negaciones de una pandemia: los procesos de autoatención. *Salud Colectiva*, 16. doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.3149>
- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. Jornadas de A. P. S. - CONAMER - A.R.H.N.R.G. (pp. 213-230). Recuperado de <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro1a14.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Novel Coronavirus (2019-nCoV). *Situation Report - 1*, 59(19). Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330760/nCoVsitrep21Jan2020-eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19. Recuperado de <https://www.paho.org/es/file/60862/download?token=8KTcJVUJ>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2018). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. (WHO/HIS/SDS/2018.X). Recuperado de <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>
- Ragas, J. (2021). Perú y la memoria global de las víctimas de COVID-19. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 28(2), 599-606. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/351364166_Peru_and_global_remembrance_of_covid-19_victims
- Ramacciotti, K. (2021). La salud pública en la Argentina en tiempos de coronavirus. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 28(1) 301-305. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Dnybf6tfjtZDgZhvQB7hdGv/?format=pdf&lang=es>

- Ramírez, J. (2022). El acto clínico como espacio de producción de narrativas en tensión. *Cuicuilco Revista de Ciencias Antropológicas*, 28(82), 191-217. Recuperado de <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/cuicuilco/article/view/17655>
- Secretaría de Salud (SS). (2022). Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. *SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/UIES/Informe técnico. COVID-19 /México*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/703162/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2022.02.14.pdf
- Segato, L. (2016). *La guerra contra las mujeres*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Smith, T. C. (2007). Algunas isoglosas zapotecas. En C. Buenrostro et al. (eds.), *Clasificación de las lenguas indígenas de México*. Memorias del III Coloquio Internacional de Lingüística Mauricio Swadesh (pp. 69-133). México: Universidad Nacional Autónoma de México e Instituto Nacional de Lenguas Indígenas.
- Vilaboa-Arroniz, J., Platas-Rosado, D., y Zetina-Córdoba, P. (2021). El reto del sector rural de México ante la COVID-19. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 66(242), 419-442. doi: <https://doi.org/10.22201/fcpys.2448492xe.2021.242.77322>
- Zolla, C. (2016). Medicina tradicional y enfermedad. En R. Campos-Navarro (ed.), *Antropología médica e interculturalidad* (pp. 373-386). Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Zolla, C., y Zolla, E. (2004). *Los pueblos indígenas de México: 100 preguntas*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario México Nación Multicultural.