

Derechos reservados de El Colegio de Sonora, ISSN 1870-3925

Conflictos en el empleo de medicina tradicional

Adrián Urióstegui Flores*

Resumen: Los practicantes biomédicos de Taxco, Guerrero, guardan una relación conflictiva y complementaria respecto al empleo de la medicina tradicional y la nosología popular. Situación que se analiza aquí, a la vez que se aportan experiencias vinculadas con la implementación de programas relacionados con dicha opción, y posturas de curanderos ante la expansión de la medicina científica en el ámbito local. Los hallazgos principales demuestran la apertura, aprobación y complementación hacia la medicina tradicional por parte del personal de salud estudiado. En contraparte, los datos también reflejan cómo curanderos comunitarios continúan luchando contra las técnicas e ideología biomédicas difundidas de manera insistente entre la población de Taxco.

Palabras clave: medicina tradicional, nosología popular, confrontación, conflicto intercultural.

Abstract: Biomedical practitioners in Taxco, Guerrero, have a conflictive and complementary relationship regarding the usage of traditional medicine and popular nosology. The situation is analyzed here, as well as the contribution of experiences with the implementation of traditional medicine programs, as well as opinions of traditional therapists facing the expansion of scientific medicine in the locality. The main findings demonstrate greater embracement and approval of traditional medicine on the part of the

* Instituto de Geografía, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Teléfono: (762)622-06-10. Correspondencia: Benito Juárez 31, colonia Centro, C. P. 40230. Taxco, Guerrero, México. Correo electrónico: a_uriostegui@yahoo.com

El autor agradece a los dictaminadores los comentarios y correcciones realizadas al presente trabajo.

health personnel studied. In contrast, previous data also reflect how traditional therapists continue struggling against the techniques and biomedical ideology which are spread insistently among the population of Taxco.

Key words: traditional medicine, popular nosology, confrontation, intercultural conflict.

Introducción

La confrontación y el conflicto como fenómenos sociales se han analizado desde puntos de vista contradictorios. Su misma continuidad en el devenir histórico ha permitido elaborar una vasta gama de obras donde se discuten y plantean sistemas teóricos, que pretenden explicar esta parte compleja de la estructura cultural, respaldada en un cúmulo de material diverso, novedoso y empírico resultante.

En el presente estudio se parte de un eje teórico principal, derivado de las conceptualizaciones de Menéndez (1992), y se toma en cuenta la versión corporativa pública emanada del modelo médico hegemónico. Desde esta plataforma conceptual, dicha versión tiene rasgos como la concepción teórica evolucionista positivista, y se identifica ideológicamente con la racionalidad científica. Según el autor, este modelo tiene una expansión conflictiva e intenta la exclusión ideológica de otros sistemas alternativos.

Al tomar en cuenta lo anterior, aquí se pretende esclarecer tendencias que ocurren en las relaciones de conflicto de los practicantes médicos de las instituciones de salud gubernamentales ante el uso de medicina tradicional;¹ la clasificación nosológica popular y la implementación de programas relacionados con dicha disyuntiva en Taxco, Guerrero. Debido a su trascendencia, también se registran las posturas de curanderos locales ante la medicina científica y sus representantes.

Con ello se acota una parte de la estructura sociocultural, tema no estudiado y desconocido tanto en términos teóricos como empíricos a escala local, y que pretende contribuir al análisis de los conflictos micro territoriales en la utilización de tipos diferentes de medicina y su disertación prevaliente, a principios del siglo XXI en este lugar del país.

¹ Incluye recursos y tratamientos conocidos y usados ancestralmente, que buscan sanar malestares de mayor incidencia y prevalencia en la comunidad.

Debido a su importancia, también se explican algunos de los conceptos teóricos principales respecto al conflicto, ideas que se analizan y confrontan en el apartado Discusión, para lo que se tomó en cuenta la información obtenida en el trabajo de campo.

En este sentido, una de las vías de explicación corresponde a González (1994), quien ha abordado a profundidad la constitución social de la hegemonía, el poder de la cultura y la lucha por la legitimación cultural. Desde este punto de partida, se han llegado a enfatizar las pugnas por la dirección de campos ideológicos; espacios sociales definidos como mercados, donde se negocia y se produce un capital específico.

En el concepto anterior, es determinante la importancia que tienen los dominantes para hacer que prevalezca su definición de la realidad. Destacan también las propuestas de frentes culturales para contextualizar relaciones sociales especializadas, donde se lucha por el monopolio de la construcción y reinterpretación semiótica.

Hay ideas recientes como las de Collins (citado por Ritzer 2002), con orientaciones micro derivadas de la fenomenología y etnometodología, que han abordado el conflicto desde un punto de vista individual. Desde este criterio, se da prioridad al propio interés de las personas, y se suscita entonces el conflicto, debido al conjunto de intereses opuestos, que también puede expresarse como un proceso o fenómeno derivado de una aculturación integrativa (Nahmad 1988); concepto cimentado en los estudios del relativismo, difusionismo y funcionalismo cultural, que han apoyado la realización de proyectos buscando que “se logre la unidad cultural y se homogenice en el sistema capitalista a toda la población”.

Otros escritos, basados en conceptos integracionistas, fueron los de Lozoya et al. (1988), que proponían relacionar prácticas de culturas y cuestionaban la supuesta prepotencia cultural occidental etnocéntrica y la imposición de decisiones e ideas sobre su forma de curar. A ello se sumaron los escritos de Zolla et al. (1988), que buscaron fundamentar el enfoque de integración entre el modelo médico institucional y la medicina tradicional, evitar confrontaciones y reconocer la coexistencia de esta última alternativa con los servicios de salud ofrecidos por el gobierno.

También sobresalen obras que intentaron dominar las pautas conceptuales en el ámbito de salud y que abordaron la situación de antagonismo, integración y complementación biomédica y tradicional (Aguirre 1994a, 1994b) o bien, tesis que hicieron referencia a barreras sociales, culturales y psicológicas designadas para categorizar factores de oposición al cambio (Foster 1980). Asimismo, existen trabajos que han propuesto tomar en cuenta las condiciones y culturas locales, mantener diálogos respetuosos y conocer las creencias de la población, con el fin de cambiar hábitos y cos-

tumbres para prevenir enfermedades. Estas ideas fueron difundidas en la aplicación del modelo de atención integral a la salud del Programa IMSS²-Solidaridad, desde principios de la década de 1990 (Rodríguez et al. 1994).

Además, se suman acercamientos posestructuralistas, derivados de la geografía de la salud, que ponen énfasis en la construcción del conocimiento y la experiencia en el contexto de las relaciones de poder, conflictivas por naturaleza. Aquí el concepto de riesgo de la salud y lo que significa ser un ciudadano saludable tiene especial significación (Gatrell 2002).

Asimismo, destacan estudios con orientaciones cuantitativas positivistas, que han explorado el grado de utilización de plantas medicinales en una unidad del IMSS del estado de Sonora (Taddei et al. 1999). Aparte del análisis sobre los porcentajes de rechazo y aceptación mostrados por personal de salud y población usuaria, otro aporte importante radica en la discusión sostenida con diversos autores que han abordado la temática, en donde los resultados y las tendencias de aceptación al uso de la herbolaria parecen ser constantes.

Metodología

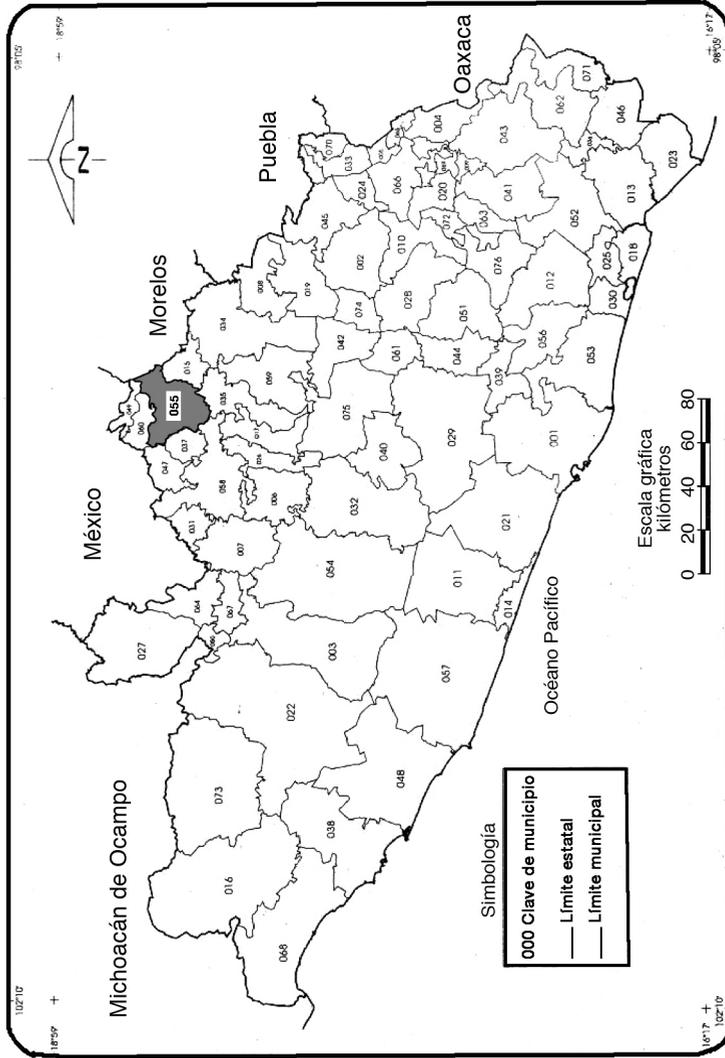
En una primera etapa se acudió con los representantes administrativos principales de las tres instituciones de salud gubernamentales en Taxco: IMSS, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Secretaría de Salud (SSA), y se explicaron los objetivos del trabajo. Después, se realizó observación participante y se aplicaron entrevistas a los 22 médicos generales que laboraban en estas instituciones. Por último, se entrevistó a los seis curanderos más reconocidos de la población, previo consentimiento. El estudio fue cualitativo (Gesler 1992).

La comunidad

Taxco se ubica al norte del estado de Guerrero, y su altitud aproximada es de 1 800 metros sobre el nivel del mar (véanse figuras 1 y 2). El municipio también denominado Taxco de Alarcón tiene una extensión territorial de 347 kilómetros cuadrados y representa 0.54 por ciento de la superficie estatal.

² Instituto Mexicano del Seguro Social.

Figura 1
Ubicación del municipio en el estado de Guerrero



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1998).

Figura 2

Municipio de Taxco de Alarcón



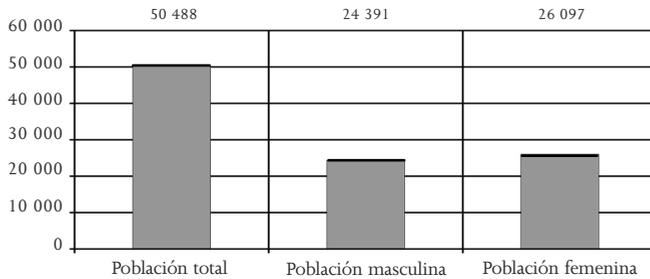
Fuente: INEGI (1998).

El asentamiento principal del lugar (llamado Tlachco) se encontraba habitado por nahoas antes de la llegada de los conquistadores españoles. Dicha villa étnica, cercana al actual Taxco, fue invadida y tomada alrededor de 1445, por Moctezuma Ilhuicamina y era considerada como la población más importante de la región a la llegada del señorío español (Gobierno del Estado de Guerrero 2001). La importancia de este lugar radicaba en el trabajo de los nativos especialistas en trabajar el oro y la plata, asimismo y debido a la búsqueda de estaño por parte de Hernán Cortés, se conocieron ampliamente las minas de la región.

La ciudad está conformada por población mestiza, una mezcla de descendientes de españoles, náhuatl, matlazincas, chontales, tlahuicas y estadounidenses. Según los datos recientes, hay 50 488 habitantes en la localidad; 24 391 son hombres y 26 097 mujeres (véase gráfica 1).

Gráfica 1

Taxco: población masculina, femenina y total en la localidad, en el año 2000

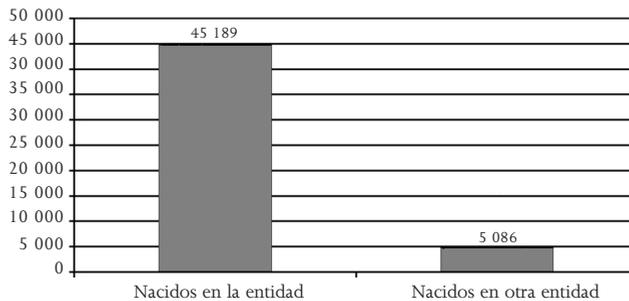


Fuente: INEGI (2003).

En esta comunidad, el porcentaje de residentes oriundos de la entidad contrasta en gran medida con los nacidos fuera de ella, ya que los primeros representan 89.5 por ciento (45 189), mientras que los segundos sólo suman 10 (5 086) (véase gráfica 2).

Gráfica 2

Taxco: población total por lugar de nacimiento, en el año 2000

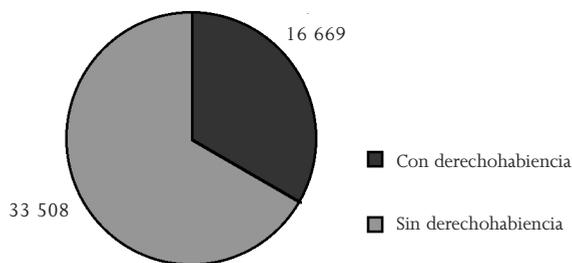


Fuente: INEGI (2003).

La población derechohabiente que podía acceder a los servicios de salud representa 33 por ciento (16 669). Es aquí la llamada “sin derechohabencia” la más numerosa: 63.3 (33 508 habitantes) (véase gráfica 3).

Gráfica 3

Taxco: población con y sin derechohabencia, en el año 2000

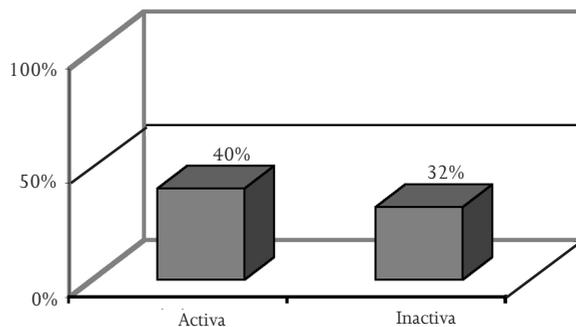


Fuente: INEGI (2003).

La cantidad de personas económicamente activas constituyó 40 por ciento (20 216 habitantes), mientras que la de inactivas fue de 32 (16 400) (véase gráfica 4).

Gráfica 4

Taxco: población económicamente activa e inactiva, en el año 2000

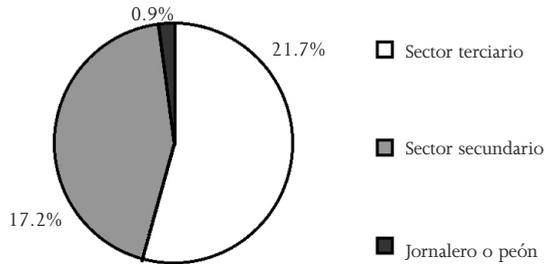


Fuente: INEGI (2003).

Existen dos sectores generales de actividad en los cuales estaban anexados una gran cantidad de habitantes; el secundario, con 17.2 por ciento (8 718 personas) y el terciario, con 21.7 (10 987). La población ocupada como jornalero o peón representó 0.9 (448), mientras que la de empleados y obreros fue la más alta, con 22.6 (11 445) (véase gráfica 5).

Gráfica 5

Taxco: habitantes ocupados por sector de actividad, en el año 2000



Fuente: INEGI (2003).

En el rubro de la educación, el panorama con respecto al grado promedio de escolaridad en la localidad es alarmante, ya que sólo se registran 8.21 años de estudio, situación análoga con respecto a quienes tienen instrucción superior, ya que la población de 18 años y más con este tipo de escolaridad sólo representó 6.9 por ciento del total, es decir, 3 493 personas.

Los servicios de salud gubernamentales, aunque muy cuestionados por los usuarios, continúan siendo una opción importante en la atención a la salud. Son vastos y especializados, sin embargo el acceso a la información estadística generada en algunas de sus unidades administrativas es limitado, e incluso desconocido para una gran parte de su personal.

En Taxco son tres las instituciones gubernamentales principales que ofrecen atención: el Centro de Salud Urbano de la SSA es muy frecuentado, y cuenta con una amplia variedad de módulos (consulta externa, rayos x, laboratorio clínico, planificación familiar o enfermedades crónico degenerativas), y también se atiende a no derechohabientes. En este tipo de unidad laboran 101 personas, la mayoría son enfermeras, 13 médicos y 21 empleados administrativos. Aquí la población puede acudir a recibir el servicio en los dos turnos vigentes.

La clínica de medicina familiar del ISSSTE es la más cuestionada en cuanto al servicio brindado y la más limitada en recursos, ya que sólo se ofrecen consultas de medicina familiar sin atención de urgencias; cuenta con dos consultorios y laboran dos enfermeras, cuatro médicos generales y dos odontólogos.

Respecto al hospital general de subzona del IMSS, no se proporcionó información acerca de los recursos humanos disponibles o morbilidad, pese a las repetidas visitas. A esta institución recurre constantemente la población derechohabiente del municipio, pues cuenta también con diversas áreas de especialidad (pediatría, medicina del trabajo, ginecología, traumatología, urgencias o medicina preventiva).

La gente de la localidad sólo acude a las clínicas privadas en caso de urgencia extrema, debido a los costos elevados. Aunque existen cuatro o cinco de ellas, por lo general la población sin derechohabiencia va al Centro de Salud Urbano.

Los datos de morbilidad y mortalidad son bastante limitados, y existe atraso en cuanto a la estadística generada en dichas unidades. De acuerdo con la información disponible, en el Centro de Salud Urbano la incidencia de las infecciones respiratorias agudas ocupó el primer sitio desde 1998 hasta 2002, en segundo orden las enfermedades infecciosas y parasitarias del aparato digestivo (en el rubro definido como otros organismos y mal definidas), seguidas de las parasitosis y amibiasis intestinales (véase cuadro 1).

Para 2001 y 2002 hay una diferencia notable, ya que las infecciones de las vías urinarias, desnutrición leve y úlceras ocuparon el tercero y cuarto lugar respectivamente, a diferencia de los años 1998, 1999 y 2000, cuando las parasitosis y amibiasis intestinal tuvieron sólo el tercero y cuarto lugar.

Respecto a la mortalidad, la mayor proporción de casos correspondió a las enfermedades del corazón e hígado y a la diabetes (véase cuadro 2).

Por otra parte, en la comunidad existen seis curanderos reconocidos y cotidianamente reciben pacientes que buscan sanar las nosologías populares más comunes, denominadas mal de ojo, aire, empacho, caída de mollera, espanto, torcedura de boca, llaga enconada o bilis. Los habitantes también emplean una combinación de tratamientos domésticos, herbolaria, auto atención, ritos religiosos o fármacos de patente en busca de atenuar las manifestaciones más dañinas provocadas por dichos malestares.

Hay otras nosologías locales como la sangre con toxinas, afección provocada por la acumulación de toxinas de todo tipo en la sangre; etika, inflamación del sistema digestivo en niños debido a emociones o sustos muy grandes; algodoncillo, infecciones en la boca; púrpura, malestar provocado por la exposición a fertilizantes, insecticidas y virus; niños enlechados, desequilibrio causado por una ingesta excesiva de leche y aquiztle, erupción de la piel parecida a quemaduras en forma de llagas.

Cuadro 1
Morbilidad general en la localidad de Taxco, de 1998 a 2002

Lugar	1998	casos	1999	casos	2000	casos	2001	casos	2002	casos
1	IRA*	2475	IRA	2658	IRA	2893	IRA	2631	IRA	1830
2	EIPSD (omd)**	376	EIPSD (omd)	349	EIPSD (omd)	396	EIPSD (omd)	387	EIPSD (omd)	306
3	Parasitosis	291	Amibiasis	305	Amibiasis	282	Infecciones en vías urinarias	310	Infección en vías urinarias	265
4	Amibiasis intestinal	149	Otras parasitosis	209	Otras parasitosis	261	Desnutrición leve	183	Úlceras	123
5	Otitis media aguda	120	Otitis media aguda	124	Desnutrición leve	240	Úlceras, gastritis	180	Parasitosis	111
6	Candidiasis urogenital	78	Traumatismos y envenenamiento	96	Infecciones en vías urinarias	225	Parasitosis	171	Otitis media	76
7	Traumatismos	64	Diabetes Mellitus	65	Otras dermatosis	137	Dermatitis	140	Amibiasis	65
8	Neumonías, bronconeumonía	29	Candidiasis	58	Úlceras, gastritis, duodenitis	116	Amibiasis intestinal	123	Hipertensión	60
9	Diabetes Mellitus	29	Dermatosis	31	Otros traumatismos	83	Otitis media aguda	100	Diabetes	58
10	Tricomoniiasis	18	Hipertensión	27	Otitis media aguda	70	Traumatismos	84	Desnutrición leve	57

Fuente: Secretaría de Salud-Centro de Salud Urbano (2005).

* IRA = infecciones respiratorias agudas.

** EIPSD (omd) = enfermedades infecciosas y parasitarias del sistema digestivo (por otros organismos y las mal definidas).

Cuadro 2
Mortalidad general en la localidad de Taxco, de 1999 a 2003

Lugar	1999	casos	2000	casos	2001	casos	2002	casos	2003	casos
1	Enfermedades del corazón	6	Diabetes	8	Diabetes	13	Enfermedades del hígado	9	Enfermedades del hígado	5
2	Enfermedades causadas por el alcohol	3	Enfermedades del hígado	8	Tumores malignos	5	Influenza y neumonía	6	Diabetes	4
3	APP*	4	APP	6	APP	5	APP	6	Enfermedades cerebrovasculares	3
4	Diabetes	2	Enfermedades del corazón	5	s/d	-	Diabetes	5	Tumores malignos	2
5	Influenza y neumonía	2	s/d		s/d	-	Enfermedades del corazón	5	Enfermedades del corazón	2

Fuente: Secretaría de Salud-Hospital General Adolfo Prieto (2005).

** APP= afecciones del periodo perinatal.

S/D= sin datos.

Los datos empíricos confirman cómo estas nosologías siguen siendo reconocidas en la comunidad por gente mayor de edad e incluso por habitantes muy jóvenes; algunos de estos últimos siguen recomendando los tratamientos recetados por los curanderos, para atenuar malestares que forman parte, sin duda, de una compleja tradición médica popular local.

Resultados

Secretaría de Salud

Los resultados obtenidos del material empírico fueron contrastantes. En el Centro de Salud Urbano laboraban siete médicos generales, cinco de ellos avalaron la utilización de medicina tradicional.

De los puntos que vale la pena destacar, determinantes y de mayor relevancia en apoyo a la alternativa en cuestión son el marcado reconocimiento de la efectividad vislumbrada al aplicar hierbas curativas, reflejada en la misma práctica médica, ya que incluso en algunos casos se recomendó primero el remedio herbolario antes que el fármaco de patente, como el agua de manzanilla como astringente en hemorragias nasales o corteza de encino contra dolores e inflamaciones bucales, por citar algunos ejemplos.

En esta institución, el concepto de ahorro en la economía familiar e individual ocupó el segundo lugar en importancia al utilizar remedios tradicionales. Asimismo, y aunque el personal reflejó conocimientos limitados respecto a la estructura cultural local, sí destacó el reconocimiento, respeto y la búsqueda de diálogo con las costumbres y creencias más conocidas. Actitud sobresaliente, tanto en generaciones de médicos generales mayores de 50 años como en representantes de salud menores de 30, incluso se distinguieron casos en donde se permitió la intervención de la curandera común, para sanar a familiares del propio médico:

Vi el mal de ojo, no creía nada pero cuando empezaron a ver mi niña pidieron permiso para tocarla [...] la lamió toda y la encerró en una cobija sin bañarla 3 días, sí se lo quitó, usó un huevo y se lo pasó por todo el cuerpo, lo rompió y se formó un ojo con pestañas, era viscoso, le dio tres curadas con el huevo, varias veces hizo el tratamiento recorriendo el pase de huevo, en el vaso tiene que salir una cosa blanca [...] como cuando se hace un huevo tibio (informante anónimo, 2004).

Por último, las posturas filosóficas del personal que aprobó dicha alternativa no distaron de las nociones preventivas incluidas en el concepto normativo de la medicina científica, sobre todo el evitar tratamientos dañinos o intoxicaciones graves.

Sólo dos médicos desaprobaron dicho empleo, porque intentaban desarraigar costumbres dañinas para el organismo y evitar engaños encubiertos. Los esquemas y nociones anteriores concordaron con los objetivos institucionales que buscan impedir la expansión patológica en la comunidad.

En contraposición a lo anterior, cinco de los médicos considerados confrontaron y desaprobaron enérgicamente la nosología popular (mal de ojo, aire, empacho o susto). Hay varias vías que permiten explicar el rechazo y antagonismo hacia dicha clasificación popular. Por ejemplo, la información profesional del personal propició el choque ideológico entre los conocimientos biomédicos y los andamios conceptuales, que sustentan la certeza de las convicciones comunales e incluso destacó una actitud despectiva hacia el tema; se consideró muy restringida en cuanto a su veracidad, como irreal o fue tomada como artículo de fe por parte de la gente.

A lo anterior se sumaron ideas que enfatizaban la falta de credibilidad hacia dicha nosología, se consideraron sólo como malestares con diagnóstico y tratamiento definido, o bien como signos y síntomas manejados por gente tradicional e inexperta. Este panorama deslegitimó rotundamente las manifestaciones inmersas en las opiniones colectivas sobre la salud y enfermedad, de suma importancia incluso a escala municipal.

En esta institución sólo dos médicos avalaron dicha clasificación. El fundamento de esta aceptación se originó en la observación constante de tratamientos en experiencias personales, en la confirmación de nosologías que incidieron en los propios familiares, y en el reconocimiento de la existencia e importancia de estas entidades nosológicas en la región.

En el Centro de Salud Urbano, las problemáticas observadas en programas relacionados con la opción tradicional continúan interfiriendo en forma determinante en estrategias vinculadas a ellos, esquema que abarca desde la renuencia marcada a la capacitación, la atención deficiente, incluso el desconocimiento y falta de identificación de los factores de riesgo. A pesar de lo anterior, también se confirmó el diálogo e intercambio de ideas y técnicas de curación entre personal biomédico y curanderos, y sobre todo la obtención de resultados al usar herbolaria con igual efectividad que los fármacos industriales.

En general, en este universo institucional destacó una ideología de franca apertura hacia tratamientos inmersos en la tradición, e inclusive fueron aceptadas ampliamente otras alternativas de apoyo (masoterapia, hidroterapia o herbolaria combinada con terapia emocional).

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

En el ISSSTE laboraban cinco médicos generales. Pese a atender al menor número de pacientes de la localidad, todo su personal avaló positivamente la utilización de medicina tradicional. En esta unidad, el costo de los medicamentos y su alza constante tuvo un peso decisivo, y fue una de las razones principales para la aprobación de recursos tradicionales.

Aquí la desaprobación a la clasificación nosológica popular fue enérgica, debido a la supuesta falta de sustento del lenguaje popular, ya que contradecía los principios de la historia natural de la enfermedad o bien, por considerarse sólo como síntomas de alguna enfermedad traducidos en el idioma de la población. Como se vislumbró, las nociones registradas buscaron legitimar la calidad de atención que brindaba la unidad de salud y minimizaron la importancia de las creencias comunitarias.

En el mismo sentido, las nociones que respaldaron la nosología popular pusieron énfasis en la necesidad de entender mejor la cultura local, y reconocieron la negación de la ciencia hacia estas agrupaciones. El problema de quienes conocían los programas relacionados con la alternativa en cuestión, se vinculó con la falta de disposición de recursos económicos para adquirir medicamentos.

Instituto Mexicano del Seguro Social

En el IMSS se encontraban laborando diez personas en el área de medicina familiar al momento de aplicar el cuestionario; cinco médicos aprobaron el empleo de la medicina tradicional.

Respecto al análisis del material disponible, lo más destacado en la institución fue la legitimación y reconocimiento de la medicina tradicional, con fundamento en la importancia histórica de su utilidad, el discernimiento entre prácticas inofensivas y peligrosas de curación, y la experiencia necesaria para lograr alcances equilibrados en su aplicación.

La desaprobación y divergencia de su empleo se debió a la falta de conocimiento de la opción tradicional o debido a sus posibles efectos tóxicos latentes.

En el IMSS, las posturas de seis de los médicos fueron negativas en lo referente a la nosología popular. Estas tendencias confrontaron abiertamente las representaciones étnicas sobre la curación, el equilibrio orgánico y el malestar, lo que se sumó a una visión etnocéntrica que aludía con fuerza a recursos empiristas y conceptos mágico religiosos, manejados por gente con escasa educación, o bien considerados como interpretaciones de la población ante respuestas del organismo.

Sólo la postura de dos médicos avaló dicha nosología. El cuerpo de nociones que fundamentó la existencia de la clasificación mencionada mostró un acatamiento puntual de las costumbres comunitarias aun a pesar de reconocer las deficiencias de técnica de los curanderos, e incluso se evitó negar este tipo de manifestaciones: “el no tener una explicación científica o no saber traslapar una entidad específica no nos da derecho a negarlas ni mucho menos a ridiculizarlas” (informante anónimo, 2004).

Lo más variado del estudio fueron las problemáticas observadas en programas relacionados con dicha alternativa, se aludió desde una dificultad para mantener dosificaciones, falta de unificación de conceptos, difusión inadecuada, complicaciones en la evolución del cuadro clínico o bien la falta de escuelas y maestros capacitados para su enseñanza.

Los alcances vislumbrados en la implementación de programas vinculados con la medicina tradicional fueron alentadores, ya que abarcaron desde el rubro económico (reducción de los costos en los tratamientos y por tanto más accesibilidad), el marco cultural (mayor identificación con las ideas y formas de pensar de la gente) hasta los rasgos positivos que pueden derivar de la interrelación de ambas opciones (como el apoyo que la medicina tradicional puede brindar al conocimiento institucional al existir estudios que la respalden).

Curanderos

Respecto a los seis curanderos entrevistados, la mitad de ellos manifestaron desaprobación insistente hacia la medicina científica y sus representantes. Este conflicto se ha originado en situaciones observadas y vividas cotidianamente por los mismos sanadores tradicionales, sobre todo debido al marcado interés económico de los médicos hacia los pacientes y a la discriminación que a lo largo de la historia ha mostrado el personal de salud hacia los curanderos, o bien por el daño que ha provocado la administración constante y errónea de fármacos industriales.

Resulta interesante destacar el celoso resguardo que aún se conserva para mostrar remedios y técnicas tradicionales, en un afán de evitar que practicantes con diferente iniciación terapéutica, en especial profesionales de la medicina científica, apliquen dicho conocimiento.

Discusión

Respecto al eje teórico principal considerado en el estudio planteado por Menéndez (1992), se observó cómo la versión corporativa pública tuvo una

expansión conflictiva restringida a escala local, ya que el personal de salud reconoció ampliamente la importancia de las opciones tradicionales en la búsqueda de la salud.

La información recabada deja entrever que no por fuerza se discriminan o excluyen ideológica ni jurídicamente otras alternativas de atención, sino que son aceptadas, respetadas e incluso fomentadas por los mismos representantes de la medicina científica.

Dentro de este marco, también se puede presentar una expansión conflictiva, y en dicho proceso se generan incluso soluciones de complementariedad constantes. En estas relaciones problemáticas, la participación de los consumidores y pacientes no es subordinada ni pasiva, ya que según lo observado se llegan a confrontar las ideas, sugerencias e indicaciones de los médicos que laboran en estas mismas unidades.

A pesar de que varios curanderos reconocieron la racionalidad científica y los recursos tecnológicos del personal de salud, el hecho no determinó su subordinación. Paradójicamente, los médicos también recetaron remedios herbolarios pese a no tener conocimiento alguno de su eficacia científica comprobada, aunque sí habían observado efectos positivos en la salud de los pacientes.

Al confrontar algunas ideas de González (1992) con los resultados obtenidos, se observó por parte del personal de salud considerado un despliegue constante y no tan obvio de capital simbólico, que sigue teniendo sus cimientos en conceptos derivados de la formación profesional bioquímica experimental. Asimismo, la lucha por ganar el campo ideológico referente a la salud-enfermedad conlleva un ir y venir constante de formas de pensar antagónicas entre los representantes médicos, con lapsos de confrontación y complementación de puntos de vista, que han servido como preámbulo para la apertura de las fronteras de campos ideológicos; definida por tendencias marcadas, que permiten la aceptación de conceptos y conductas derivadas de otras vías de atención alternativas.

Estos conflictos sirven como catalizadores y agentes de equilibrio, o bien de rechazo absoluto entre ideologías de clases sociales diametralmente opuestas. Respecto a los frentes culturales, a pesar de que la medicina científica y sus representantes continúan tratando de imponer sus reglas, su visión de la realidad es un monopolio de la reinterpretación semiótica, los curanderos tradicionales por lo común desacreditan esta medicina. También los pacientes desechan las técnicas y construcciones conceptuales derivadas del enfoque biomédico, pues en su modo de vida las opciones tradicionales de curación continúan siendo prioritarias.

Al tomar en cuenta las ideas de Collins (citado por Ritzer 2002), se observó un choque limitado pero constante de intereses, cuyo fin último

originó luchas intensas por otorgarle veracidad a la disyuntiva individual practicada; el interés fundamental del personal médico (que pretendió evitar complicaciones inhabilitantes en el proceso salud-enfermedad) concordó con una búsqueda positiva para elevar la calidad de vida de la comunidad. Estos intereses estuvieron en confrontación continua con las ideas de curanderos, sin embargo, sí tomaron en cuenta algunos de los tratamientos y conceptos reinterpretados por los sanadores tradicionales.

Se presentaron diferencias notables respecto al intento de mantener el interés económico por parte de los representantes biomédicos considerados; este control no fue determinante ya que se laboraba en instituciones de gobierno, donde las cuotas o pagos de registro de habitantes eran administradas por personal burocrático diferente. En el mismo sentido, los intereses representados por los curanderos intentaron legitimar sus propios recursos, minimizar la importancia de los medicamentos industriales, y ganar un mercado mucho más vasto de pacientes potenciales.

Según lo observado, los intentos del personal de salud por integrar a los pacientes a la medicina moderna capitalista fueron constantes, esquema que concordó con la postura de aculturación integrativa definida por Nahmad (1988).

Respecto a los estudios integracionistas, relativistas, funcionalistas o partidarios de la medicina capitalista monopólica (Foster 1980; Zolla et al. 1988; Lozoya et al. 1988; Aguirre 1994a, 1994b) que intentaron disminuir, entender o analizar conflictos y roces entre opciones de atención, se confirmó que algunos de estos trabajos son conocidos y han influido en la forma de pensar de los representantes de las clínicas visitadas, ya que se han tomado en cuenta propuestas de dichas obras en un intento de negociar discrepancias entre la práctica médica moderna y los recursos tradicionales comunitarios.

Sobre los acercamientos posestructuralistas derivados de la geografía de la salud (Gatrell 2002), la información recolectada deja entrever una construcción constante del conocimiento y experiencia en el contexto de las relaciones de poder. En este caso, fue en el lugar de trabajo donde el nuevo conocimiento que brindaban los pacientes (acerca de nosologías y empleo de plantas) fue reinterpretado por los mismos médicos, incluso tomado en cuenta en el desempeño profesional.

Resultados del presente trabajo también concuerdan con los expuestos por Taddei et al. (1999) respecto a las razones de rechazo de la herbolaria medicinal, en específico en lo que se refiere al desconocimiento de sus efectos y la necesidad de ser administrada o recetada sólo por expertos que hayan estudiado alguna carrera afín. En cuanto a su aceptación, la analogía principal se suscitó en lo referente a la efectividad observada antes. Este

requisito también fue ampliamente mencionado por los médicos en las unidades de salud visitadas en la comunidad. Destaca de la obra anterior cómo se han aceptado las plantas medicinales a pesar de que no existen programas al respecto en la unidad del IMSS ubicada en Sonora. A diferencia de lo anterior, la mayoría del personal de salud de Taxco tuvo conocimiento de algunos de los programas implementados, e inclusive participaron en ellos recetando y dosificando tratamientos herbolarios, situación que permitió minimizar relaciones conflictivas y aprobar en forma positiva su utilización.

Para finalizar, se cumplieron los objetivos que buscaban conocer tendencias de conflicto ante el uso de medicina tradicional, la nosología popular y las posturas de curanderos ante la medicina científica y sus representantes. Si bien se reconoció la importancia actual que tiene el empleo de plantas en la población, el tema referente a su clasificación botánica, las dosis y el estudio de sus propiedades curativas se deja, debido a su complejidad, para estudios posteriores.

Conclusiones

Se confirmó el conflicto ante el empleo de medicina tradicional y sus tendencias empíricas principales, asimismo fue posible realizar una discusión tomando en cuenta investigaciones afines y los datos derivados de trabajo de campo.

También se explicaron las posturas de aprobación y complementación, e incluso hubo casos de médicos que acudieron con curanderos al presentarse una nosología popular. En este sentido, los representantes de salud también buscaron entender este tipo de manifestaciones y anexar conocimiento nuevo a su disciplina racional científica.

Dicha aprobación, compatibilidad y complementariedad se confirmó en el ISSSTE y en la Secretaría de Salud, en cuanto a la clasificación nosológica popular, la situación fue altamente conflictiva y discrepante, ya que en todas las instituciones visitadas se desaprobó enfáticamente.

Aunque estas nosologías continuaron arraigadas en los curanderos comunitarios, fue comprendido de manera limitada y rechazado por la mayoría del personal de salud considerado. En cambio, fue aprobado el empleo de tratamientos herbolarios, debido a la efectividad curativa probada a lo largo de la historia.

Aun sin conocer toda la variedad de propiedades comprobadas de dichas plantas, su uso cotidiano ha sido reconocido por representantes del ámbito biomédico comunitario, se ha asociado a un costo económico menor, incluso se consideraron más accesibles que otras opciones disponibles.

A pesar de la crítica recibida, y dentro del contexto de la medicina tradicional, la herbolaria ha cobrado mayor significación debido a descubrimientos recientes de sus propiedades curativas; la identificación de *dimetilhistamina* en el zapote blanco (*Casimiroa edulis*), y el efecto que provoca en la disminución de la presión arterial, o bien el mucílago del nopal (*Opuntia streptacantha*), inhibidor de la absorción de glucosa en el intestino y útil en enfermedades como la diabetes (Rivera 1999), opciones que, aunque continúan siendo cuestionadas en el ámbito público de salud, pueden ayudar a combatir la incidencia patológica constante en este complejo espacio guerrerense.

Recibido en junio de 2007

Revisado en septiembre de 2007

Bibliografía

- Aguirre, Gonzalo. 1994a. *Antropología médica*. México: Universidad Veracruzana-Instituto Nacional Indigenista-Gobierno del Estado de Veracruz-Fondo de Cultura Económica.
- . 1994b. *Programas de salud en la situación intercultural*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foster, George. 1980. *Las culturas tradicionales y los cambios técnicos*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gatrell, Anthony. 2002. *Geographies of Health*. Massachusetts: Blackwell Publishers Ltd.
- Gesler, Wilbert. 1992. *The Cultural Geography of Health Care*. Pittsburg: University of Pittsburg Press.
- Gobierno del Estado de Guerrero. 2001. Taxco de Alarcón. *Así somos*, no. 26 (Órgano quincenal de información cultural), Centro de Investigación y Cultura de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado de Guerrero.
- González, Jorge. 1994. Los frentes culturales. Culturas, mapas, poderes y luchas por las definiciones legítimas de los sentidos sociales de la vida. En *Medios y mediaciones. Los cambiantes sentidos de la dominación en México*, editado

- por José Lameiras y Jesús Galindo, 145-173. México: El Colegio de Michoacán.
- IMSS. 1994. Programa IMSS-Solidaridad, 1988-1994. México: IMSS.
- INEGI. 2003. Sistema para la Consulta de Información Censal Science 2000. Disco compacto, editado por el INEGI.
- . 1998. Cuaderno estadístico municipal. Taxco de Alarcón, Estado de Guerrero. Aguascalientes: INEGI.
- Lozoya, Xavier, Georgina Velázquez y Ángel Flores. 1988. *La medicina tradicional en México. Experiencia del programa IMSS-COPLAMAR, 1982-1987*. México: IMSS.
- Menéndez, Eduardo. 1992. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de auto atención. Caracteres estructurales. En *La antropología médica en México*, tomo I, compilado por Roberto Campos, 97-111. México: Instituto Mora-Universidad Autónoma Metropolitana.
- Nahmad, Salomón. 1988. Corrientes y tendencias de la antropología aplicada en México. En *Teoría e investigación en la antropología social mexicana*, compilado por ídem, 17-41. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Ritzer, George. 2002. *Teoría sociológica moderna*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Rivera, Erika. 1999. Investigación reciente sobre plantas medicinales mexicanas. *Arqueología Mexicana* VII (39): 54-59.
- Rodríguez, Aída María, María del Carmen Baltazar, Patricia Ortega, Lucrecia Molina y Manuel Aguilar. 1994. *Algunos factores sociales presentes en la aplicación del modelo de atención integral a la salud del Programa IMSS-Solidaridad*. México: IMSS.
- Secretaría de Salud-Centro de Salud Urbano. 2005. Principales causas de morbilidad. Centro de Salud Urbano, Taxco, Guerrero. Mimeografiado.
- Secretaría de Salud-Hospital General Adolfo Prieto. 2005. Principales causas de mortalidad. Hospital General Adolfo Prieto, Taxco, Guerrero. Mimeografiado.

- Taddei, Genaro Armando; Manuel Alberto Santillana, José Alfredo Romero y Miguel Bernardo Romero. 1999. Aceptación y uso de herbolaria en medicina familiar. *Salud Pública de México* 41: 216-220.
- Viesca, Carlos. 1999. Usos de las plantas medicinales mexicanas. *Arqueología Mexicana* VII (39): 30-35.
- Zolla, Carlos; Sofía del Bosque, Antonio Tascón y Virginia Mellado. 1988. *Medicina tradicional y enfermedad*. México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.