

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

Percepción de los Indígenas Mazatecos de la comunidad de
Santa María la Asunción sobre la medicina hegemónica
y sus prácticas tradicionales en salud.

TRABAJO RECEPCIONAL
PARA OBTENER TÍTULO DE LICENCIADA EN
PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA
Aurora Esperón Valencia

Directora del trabajo recepcional
Mtra. Natividad Almanza Beltrán

México, D.F. Marzo, 2014.



SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

He sido un hombre afortunado; en la vida nada me ha sido fácil
Sigmund Freud

AGRADECIMIENTOS

Quiero manifestar mi agradecimiento a los chamanes, sabios y/o curanderos, parteras y a las personas de mi comunidad de Santa María la Asunción, Teotitlán de Flores Magón, Oaxaca, porque de manera generosa me dieron su tiempo, sabiendo que siempre hay trabajo.

Mi agradecimiento Avelino Rebollar Gil, Presidente Municipal de Santa María la Asunción Teotitlán de Flores Magón Oaxaca, por facilitarme los trámites de orden administrativo para realizar el trabajo de campo en la comunidad.

A las personas que estuvieron conmigo en las entrevistas, mi total agradecimiento, considerado que soy parte de ellos y de este Municipio de Santa María la Asunción. Me dieron su tiempo; me escucharon; me permitieron escucharlos; me abrieron las puertas de sus corazones; me expresaron su sentir y sus deseos y finalmente me enseñaron a ser mejor persona y por lo tanto mejor Promotora de salud.

A todos ellos:

Adelaida	Avelino	Avelino
Brígida	Catalina	Dolores
Eduardo	Esperanza	Florencia
Genaro	Josefina	Julia
Marcelino	Mario	Raymundo
Santiago	María Virginia	Virginia

Mi agradecimiento infinito al ser supremo por darme la fortaleza para seguir avanzando ya que, cada vez que decaía, él me levantaba.

A mis padres Felipe y Aniceta por haberme dado la vida, por creer en mí, por ofrecerme los ricos alimentos, por apapacharme y darme ánimo a pesar de la distancia. Gracias mamita por todo tu amor y alegría, por ser generosa, por darme la vida, por tu apoyo incondicional y por estar ahí siempre. Los amo, gracias.

A mis hermanos que siempre han estado presentes: Florencia, Yolanda, Rosa, Juan, Eugenio y José Manuel. Por el amor que me han brindado en todo momento, gracias por estar siempre conmigo. A ti hermanita Yola, que siempre has estado a mi lado en las buenas y en las malas, porque me has visto crecer llorar y reír; gracias por ser una hermana ejemplar y por enseñarme a luchar.

A mis abuelos Erasto y Josefa (Q.E.P.D.). Con una sonrisa me veían y decían que los sueños sí se cumplen tarde o temprano, sólo que se necesita trabajar mucho que, no importa cuán difícil sea, hay que seguir adelante, **“ni ná sri cateshili Panangui, nñu tzaquele nimahana thinee tze tzé”**. A mi “abue” Virginia porque siempre me ha demostrado su amor desde su aprendizaje.

A mis directores de tesis Natividad Almanza Beltrán y Javier Gutiérrez Marmolejo por contar siempre con su apoyo en este proyecto que, pese a la pesada carga de trabajo que ambos llevan, han demostrado ser muy profesionales. Gracias por su incondicionalidad, por ser profesores comprometidos y amigos.

A mis profesores que me transmitieron sus conocimientos y me apoyaron en este proceso de ser universitaria: Mónica Oliva, Rogelio Rea Castañeda (Q.E.P.D.), José Antonio Segoviano, Jorge Mendoza Zavala, Melania Hernández, Carmen Ros y María Rosa Cataldo. Gracias a cada uno de ustedes por haber estado presentes.

A Priscila Gil y a Beatriz Hernández por ser buenas guías en los momentos difíciles de mi camino, por sus buenas charlas, por las oportunidades que me brindaron para salir adelante.

A mis amigos Mireya Rosas Irazul, Adry, Carmen Miranda, Virginia Sandoval, José, Vero, Lili y Bertha porque trajeron nuevos conocimientos y siempre han sido compartidos en momentos precisos y por decirme “vamos con todo”. A Mireya, por acompañarme en el camino de esta travesía que es la de ser estudiantes universitarios y todo lo que ello implica. Gracias porque ustedes son parte del aprendizaje en mi camino de la vida.

A la familia Galeana Villasana por enseñarme que hay que trabajar duro para el premio, en especial a la excepcional mujer y maestra Ma. Lourdes Villasana porque siempre está para darme ánimo.

A la familia Hernández Kuri: Barby, Atzin, Rafa, Diana y Esteban. Por todo el amor que me han entregado y por su paciencia. Mil gracias por estar siempre presentes.

El lograr el cierre de este proyecto ha requerido de grandes esfuerzos. No hubiera sido posible sin las palabras de aliento que en el camino me ayudaron.

ÍNDICE

	Pág.
Introducción.	7
Capítulo 1. La perspectiva socio-antropológica en el estudio del “proceso salud-enfermedad”	11
1.1 Salud como construcción social	11
1.2 Multiculturalidad e interculturalidad.	17
1.3 La medicina hegemónica.	22
1.4 Medicina tradicional indígena.	28
1.5 Marco normativo para los pueblos indígenas.	34
Capítulo 2. Promoción de la Salud	39
2.1 Definición de la promoción de la salud y los discursos internacionales	42
2.2 La Perspectiva socio-histórica.	45
Capítulo 3. Estudio de caso. Santa María La Asunción, Teotitlán de Flores Magón, Oaxaca.	50
3.1 Perfil sociocultural.	50
3.2 Antecedentes, organización y características de la comunidad de Santa María La Asunción.	54
3.3 Condiciones socio-económicas de la comunidad de Santa María La Asunción.	56
3.4 Proceso salud-enfermedad de la población Santa María La Asunción.	60

3.4.1 Morbilidad-mortalidad en el municipio de Santa María La Asunción.	63
3.5 Prácticas tradicionales de salud en la comunidad de Santa María La Asunción.	66
Capítulo 4. Metodología.	68
4.1 Justificación.	68
4.2 Tipo de estudio.	70
4.3 Técnicas e instrumentos	71
4.4 Criterios de selección de los sujetos	73
Capítulo 5. Análisis de Resultados.	74
5.1 Terapéutica medicinal mazateca (análisis descriptivo)	75
5.2 Percepción sobre la medicina hegemónica.	90
Conclusiones y sugerencias.	100
Bibliografía.	106
Anexos	110

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en el municipio de Santa María La Asunción, del Distrito de Teotitlán de Flores Magón, el cual es uno de los 21 municipios que forman parte del territorio de la Sierra Mazateca en la Cañada, una de las ocho regiones culturales que conforman el Estado de Oaxaca. Santa María La Asunción es un municipio con un alto grado de marginación y con un índice de Desarrollo Humano bajo (INEGI, 2010).

La investigación tiene como principal objetivo analizar **la percepción que tienen los indígenas mazatecos de la comunidad de Santa María La Asunción sobre la medicina hegemónica e Identificar sus prácticas tradicionales, curativas**. Dentro de sus objetivos específicos están identificar los problemas de morbilidad y mortalidad de la comunidad de Santa María La Asunción y describir el contexto socio-cultural y económico de los indígenas mazatecos de la comunidad.

El trabajo se ubica a partir de un marco teórico histórico-social, por ello se define a la salud y la enfermedad como un proceso determinado por las condiciones materiales de vida. Las percepciones en tanto a estar sano o enfermo se significan a partir de lo que se vive, de la propia realidad, del contexto.

El Estado no ha sabido mirar hacia las distintas comunidades indígenas del país que son los lugares más marginados del país y donde menos apoyo se recibe. Los programas implementados se alejan de sus verdaderas necesidades y no existe un respeto hacia las prácticas tradicionales en salud. Se ha impuesto un

modelo de atención, que si bien es cierto, resuelve parcialmente algunos problemas de enfermedad, excluye de forma violenta a otras prácticas de atención comunitaria que forman parte del acervo curativo comunitario. Las instituciones interpretan no sólo las necesidades de las comunidades sino los significados de las prácticas curativas de los pueblos indígenas, esto nos lleva a preguntarnos cuál es la percepción que tienen los indígenas mazatecos de Santa María La Asunción, específicamente, sobre la medicina hegemónica; cuáles son sus prácticas curativas tradicionales y sus significados; cómo definen la salud y la enfermedad desde su propia cosmovisión; si sus condiciones de vida influyen en la forma en cómo definen la salud y la enfermedad y cuáles son las demandas de los indígenas hacia el Estado.

La investigación nos lleva a la reflexión que, para entender los procesos de salud-enfermedad, debemos partir desde la mirada de los distintos grupos culturales, por ello estos dos conceptos pueden identificarse como construcciones sociales; por lo tanto, las definiciones de los distintos organismos internacionales no recogen la visión de los pueblos indígenas, no entienden su mirada ni conocen su palabra. Por ello, durante muchos años ha existido un desprecio a las prácticas tradicionales en salud; la medicina hegemónica ha intentado marginar y subordinar los saberes de los pueblos indígenas; sin embargo, estos pueblos han resistido. La importancia del estudio para el campo de la promoción de la salud abre la posibilidad del reconocimiento de dichas prácticas y también permite analizar cómo se ha conformado la percepción de los indígenas mazatecos respecto a la medicina hegemónica, la cual ha estado presente en todos los espacios del país

Este conocimiento permitirá trabajar en las comunidades desde una promoción de la salud acorde a las verdaderas necesidades, con respeto y reconocimiento de las prácticas tradicionales en salud de los pueblos indígenas.

Es importante señalar que el proceso de la investigación tuvo dos etapas: la investigación documental y la de campo. En esta segunda etapa fue necesario vivir durante 12 meses en la comunidad de Santa María La Asunción para lograr obtener toda la información, sobre todo por la dificultad de contactarnos con los sabios o chamanes de la comunidad, lo cuales tienen un estatus muy elevado y difícilmente acceden a dar entrevistas o información. La mayoría de las entrevistas fueron realizadas en lengua mazateca considerando que éste es uno de los rasgos más importantes que define la identidad cultural.

La estructura del trabajo se organizó en cinco capítulos. En el capítulo 1 se analiza el concepto de salud como construcción social, se identifica cómo las distintas comunidades rurales e indígenas conciben la salud desde su propio contexto y cosmovisión, se explican los conceptos de multiculturalidad e interculturalidad, qué se entiende por medicina tradicional, así como el marco normativo de los pueblos indígenas y el estudio de los rasgos estructurales del modelo médico hegemónico.

El capítulo 2 parte de una explicación de lo que es la promoción de la salud, las conferencias internacionales en la materia y ahonda en la mirada socio-histórica de promoción de la salud, revisando categorías como clase social, formación económica-social, desigualdad social, inequidad, acumulación capitalista, explotación y condiciones materiales de vida.

El capítulo 3 presenta las características sociales y culturales de la comunidad de Santa María La Asunción empezando con el perfil sociocultural, los antecedentes y formas de organización comunitaria, las condiciones socio-económicas, la morbi-mortalidad y las prácticas tradicionales en salud.

El capítulo 4 centra su desarrollo en el proceso metodológico, fundamenta las razones de la importancia y trascendencia del estudio, explicita la metodología seleccionada, así como las técnicas para la recolección de la información.

Finalmente, el capítulo 5 presenta los hallazgos encontrados en la recolección de la información, permite establecer conexiones teóricas con lo documentado en campo. El análisis de resultados se presenta en el presente capítulo.

Se espera que el trabajo realizado aporte elementos para el campo de la promoción de la salud considerando que es un campo nuevo, el cual requiere se posicione como una profesión emergente ante los problemas de salud-enfermedad que enfrentan las comunidades indígenas, las cuales han sido excluidas y marginadas del llamado "desarrollo nacional".

Capítulo I. La perspectiva socio-antropológica en el estudio del proceso salud-enfermedad

1.1 La salud como construcción social

El concepto de salud puede entenderse de distintas formas a partir de diferentes enfoques teóricos-metodológicos, pero también puede definirse de maneras variadas dependiendo de las condiciones culturales y sociales de cada contexto, principalmente en uno multicultural. Los significados de la salud y la enfermedad (además de sus prácticas curativas) en los distintos grupos culturales son diversos, por ello podemos encontrar definiciones alejadas de las que otorgan los organismos internacionales; no obstante, iniciaremos con estas definiciones.

Organismos y conferencias internacionales han construido definiciones al respecto sobre la salud, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su constitución de 1946, define a la salud como: “el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Ya en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, Kazajistán (1978), se define a la salud como “aquel estado de total bienestar físico, social y mental, y no simplemente la falta de enfermedades o malestares, siendo un derecho humano fundamental y convirtiendo a la búsqueda del máximo nivel posible de salud en la meta social más importante mundialmente, cuya realización requiere de la participación de otros sectores sociales y económicos en adición al sector salud”.¹ Pocos años después, en la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud

¹ La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978, fue organizada por la OMS/OPS y UNICEF, y patrocinada por la entonces URSS.

(1986), de donde emana el documento Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, ésta es percibida:

[...] no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas.²

Como se mencionaba al principio, los enfoques teórico-metodológicos sobre salud son diversos. Desde una perspectiva histórica Dary Moreno señala:

De los griegos se retomaron las ideas de la salud como una práctica individualizada y muy circunscrita hacia determinados grupos sociales, en tanto que del cristianismo se tomó la influencia de lo divino en el desarrollo de la enfermedad — asociada con el pecado y con el castigo — y de la curación, como el perdón y la redención.³

Para Moreno, este escenario sobre salud y enfermedad ayudó a marcar una división entre el cuidar como una práctica curativa, que incumbe al hombre, y el restablecimiento, que tenía una procedencia divina. El surgimiento de profesiones del área de la salud, relacionadas a lo curativo y al restablecimiento, que en un inicio conservaron su obligación en el enfoque biologicista, llevaron a plantear intervenciones eminentemente clínicas que respondían a la detección del daño estructural y al desarrollo de programas dirigidos al restablecimiento funcional, argumenta la autora. Esto reducía al individuo a un plano estructuralista que limitaría su visión de la salud como conocimiento social. La salud, desde esta

² Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.

³ Luz Dary Moreno, La salud y promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social, Revista ciencia de la salud, Universidad del Rosario Bogotá Colombia, 2005.

visión, se concibe como la ausencia de enfermedad y el equilibrio de la triada ecológica y, en contraste, a la enfermedad se le ubica como el desequilibrio de alguno de los elementos de esta misma triada: agente, huésped o entorno.

El concepto de salud, desde una visión compleja, está en completa relación con los diferentes componentes de nuestra realidad. Desde esta perspectiva, existen ámbitos que priorizan la observación de estructuras sociales sobre otros elementos de esta realidad. Hay espacios en donde se subrayan las desigualdades sociales, como efecto de las políticas económicas neoliberales y la globalización que arrojan una presunta cadena de beneficios desde el punto de vista del desarrollo y crecimiento económico para algunos países de capitalismo hegemónico, e inconvenientes sociales ligados a las condiciones de pobreza estructural para países periféricos.

De este modo, la salud rebasa la definición tradicional sobre bienestar físico y mental relacionándose, ahora, a las condiciones y a los modos de vida. La salud, en consecuencia, es atravesada por distintas dimensiones: lo emocional, lo social o lo económico. No contar con trabajo, vivir con violencia, no tener cubiertas las necesidades básicas como alimentación, vivienda, vestido, drenaje, pavimentación o iluminación inciden directamente en el ámbito social de la salud.

Las precarias situaciones socioeconómicas vinculadas al bajo nivel educativo, a los conflictos para garantizar el derecho a la alimentación, a los servicios sociales ausentes o deficientes, a la falta de regulación estatal para detener los daños medioambientales de las industrias contaminantes ayudan no

sólo a la pérdida de las condiciones de salud, sino que se constituyen en factores que favorecen el desfalco social. En este sentido, el Estado viola sistemáticamente el derecho a la salud de la población afectando, principalmente, a los sectores económicamente más desfavorecidos, al no garantizar las condiciones materiales y estructurales para el acceso a los servicios de salud, a los programas sociales alejados del clientelismo político-electoral y a relaciones de equidad respetuosas de la diversidad cultural y separadas de las relaciones asimétricas médico-paciente. Mientras el Estado no garantice el derecho a la salud de la población, seguirán existiendo las inequidades sociales en materia de salud.

Si bien el concepto de salud estuvo dominado durante muchas décadas por un enfoque biologicista que centró sus acciones en el desarrollo de estrategias individuales, que desconocieron en gran medida la influencia de lo social, las conferencias internacionales de Alma Ata, Ottawa y Yakarta, entre otras, reivindicaron el papel que deben cumplir tanto el Estado como los colectivos en el mejoramiento de las condiciones de vida, así como en la búsqueda de alternativas de solución para sus principales necesidades de salud.

Desde la cosmovisión de comunidades indígenas, los conceptos de salud y enfermedad también adquieren sentido. Para los médicos tradicionales mixtecos de Oaxaca la salud es concebida a partir de que las personas “se sientan bien, que tengan ánimo de trabajo, ganas de comer, de salir, estar contentos, sentirse libres del organismo, que el corazón les palpite bien, que su pulso les funcione

bien, estar chapeados, no tener problemas familiares o con los vecinos.”⁴ Por otro lado, para los ocuituquenses, quienes pertenecen a una comunidad rural, del estado de Morelos, la salud es: “el estar gordo, el estar bien además de estar gordas, llenas y bonitas, el estar contento.”⁵ Roberto Castro (2000:18) señala que la palabra contento, en la cotidianidad, tiene un destacado poder y, para la construcción de la subjetividad de los ocuituquenses, implica un estado de bienestar ante toda la sociedad. Sin embargo, el autor advierte que existen muchos y diferentes factores que imposibilitan un estado completo de bienestar en esta comunidad; dichos factores están interconectados: pobreza, opresión de género, violencia, incertidumbre y enfermedad,⁶ por ello en las comunidades rurales o indígenas podemos observar que la salud se define no sólo desde su cosmovisión, sino desde sus propias condiciones de vida. Algunos terapeutas populares del Estado de Oaxaca expresan que la salud es:

*El estar sano, contento, sereno, con ganas de trabajar, ganas de comer, que tiene los ojos brillantes, no tiene problema con la familia ni con los vecinos o autoridades, tener chispas en las mejillas, estar bien del cuerpo, no tiene dolencia, no tiene cansancio, no tiene tristeza, estar tranquilo con Dios y en general encontrarse feliz; el estar sano físicamente y espiritualmente, estar bien en cuanto a emociones y vivencias; algo relacionado como un todo, un sistema que está relacionado con el cuerpo.*⁷

Para el grupo mixte, por ejemplo, la salud es el equilibrio como resultado del buen comportamiento y el respeto a las normas ancestrales y cristianas.⁸ De esta forma,

⁴ Declaración de los Médicos Indígenas Tradicionales de la Mixteca Alta, Huajuapán de León, Oaxaca (11 de marzo 2004).

⁵ Castro (2000).

⁶ *Ibid.*

⁷ Mena (2006).

⁸ *Ibid.*

se puede observar un sincretismo producto de los procesos de colonización. Cada grupo de la sociedad define a la salud desde su percepción, por ello resulta indispensable el respeto a las distintas concepciones sobre salud que descansan en costumbres y tradiciones culturales; particularmente, en el caso de aquellas subordinadas por el modelo médico-hegemónico. En San Juan Tabaá y Santo Domingo de Tepuxtepec, algunos mixes opinaron que la salud es el estar sanos física y espiritualmente, el estar sanos en cuanto cuerpo espiritual, estar bien en cuanto a emociones y vivencias, algo relacionado como un todo, un sistema que está relacionado con el cuerpo, la mente, el espíritu; algo relacionado con el cuerpo.⁹

Como vemos, cada comunidad, rural o indígena, tiene su propia percepción de salud. Hay diferencias y similitudes. Es necesario conocer, difundir, respetar la cosmovisión que tiene cada grupo indígena, rural o urbano, sin desconocer su contexto económico, social y político. Por ejemplo, el identificar a la gordura como un indicador de salud, en el caso de los ocuituquenses, implica no sólo la percepción del grupo sobre lo sano, sino también la respuesta a la adversidad económica en términos de abasto alimentario.

Para Paul Hersch, el entendimiento de la salud o enfermedad recae sólo en aquellos que la padecen y la viven, quienes pueden tomar la decisión de su salud desde una mirada particular.¹⁰

⁹ Mena (2006).

¹⁰ Hersch (1995).

Podemos identificar la cosmovisión existente en diferentes culturas, la concepción de salud y enfermedad se construye según el tiempo histórico y la comunidad de pertenencia, en donde no sólo lo cultural determina la concepción de salud, también las condiciones de vida. Una enfermedad concreta puede ser significada de distintas maneras en grupos diferentes, tal es el caso del *tlazol* en su relación con la desnutrición. A pesar de que comparten elementos en común, difieren en cuanto a su origen, diagnóstico y tratamiento. El médico urbano tendrá una taxonomía nosológica del problema, mientras que la curandera de la mixteca poblana su propia clasificación del padecimiento.

1.2 Multiculturalidad/Multiculturalismo e Interculturalidad/Interculturalismo

Miriam Hernández (2007), investigadora de la Universidad Veracruzana Intercultural, desarrolla un análisis sobre los conceptos “multicultural”, “intercultural”, “multiculturalismo” e “interculturalismo” desde las perspectivas de Will Kimlycka, León Olivé, Mauricio Beuchot y Miguel Bartolomé.

Para Hernández, a partir del siglo XX surge el fenómeno denominado multiculturalismo en países como Canadá y Estados Unidos: “la alusión a la cultura resalta en este fenómeno que fue principalmente político y adjetivamente teórico en sus inicios.” El multiculturalismo, en este sentido, se distinguiría por referir una serie de demandas, desde lo jurídico hasta lo educativo, de grupos minoritarios como grupos étnicos, afroamericanos, feministas, gays, entre otros. Posteriormente, advierte la autora, surge el Interculturalismo en Europa y en Latinoamérica. En el primer caso denotado por la afluencia de inmigrantes y en

Latinoamérica por el reconocimiento cultural y político de los grupos autóctonos de la región.

En el ámbito académico, no existe suficiente consenso para definir el sentido de los conceptos multiculturalidad, multiculturalismo, interculturalidad e interculturalismo; “la mayoría de las veces se trata de una construcción de sentido propuesta por cada autor de la vasta literatura al respecto” (Hernández, 2007:431). Esta variedad de sentidos también está relacionada a las distintas disciplinas que abordan la conceptualización.

Respecto a multiculturalidad, León Olivé señala que este concepto se utiliza para describir sociedades en donde conviven grupos que provienen de distintas culturas y lo equipara a pluriculturalidad (Olivé en Hernández, 2007). Sobre multiculturalismo, Olivé lo define como: “modelos de sociedad que pueden servir como guía para establecer o modificar relaciones sociales, para diseñar y justificar políticas públicas, para tomar decisiones y para realizar acciones” (*Ibid*: 432). Es decir, mientras multiculturalidad conlleva un sentido descriptivo y de reconocimiento de la diversidad cultural, multiculturalismo revela un sentido normativo y un proyecto de regulación de convivencia entre culturas. Miriam Hernández (2007) observa al multiculturalismo como proyecto político que aboga por el reconocimiento de la diversidad cultural de grupos minoritarios en el ámbito legislativo y de ejercicio de políticas públicas.

En este sentido, Kimlicka advierte que el reto del multiculturalismo descansa en que: “las sociedades modernas tienen que hacer frente cada vez más a grupos minoritarios que exigen el reconocimiento de su identidad y la

acomodación de sus diferencias culturales” (Kimlicka en Hernández, 2007:432). Sin embargo, para Beuchot el multiculturalismo es “una denominación de origen liberal, e implica y propicia la dominación” (Beuchot en Hernández, 2007:432). Es decir, el multiculturalismo podría significar el reconocimiento desde los grupos de poder dentro de los Estados a los grupos minoritarios que, en algunas circunstancias, son pensados como amenaza a la identidad de las sociedades metropolitanas, particularmente en el caso de los inmigrantes. Desde la perspectiva de Miguel Bartolomé, la diferencia entre pluralismo y multiculturalismo “radica en que con frecuencia el segundo es utilizado para nombrar configuraciones multiculturales considerándolas como problema a enfrentar o resolver, en tanto que el pluralismo las entiende como un punto de partida necesario para pensar esa misma realidad” (Bartolomé en Hernández, 2007:433).

Roberto Campos rechaza, en el proyecto político del multiculturalismo, el reforzamiento del etnocentrismo que conduzca a un nuevo racismo o nacionalismo excluyente:

En este sentido normativo quedaría fuera lo que podríamos llamar “multiculturalismo radical” o defensa “del desarrollo de las culturas separadas e incontaminadas” y, por lo tanto, como rechazo del mestizaje, un multiculturalismo que, ciertamente, puede conducir a un nuevo racismo o nacionalismo excluyente. El multiculturalismo se refiere a la coexistencia de distintas culturas en un mismo espacio real, mediático o virtual. Marca el estado, la situación de una sociedad plural desde el punto de vista de comunidades culturales con identidades diferenciadas.¹¹

¹¹ Alsina (1999).

Como hemos observado, el concepto de multiculturalidad es un término descriptivo que pone de relieve la existencia de diversos grupos culturales en un mismo contexto, mientras que el multiculturalismo es un término normativo que busca regular la diversidad cultural ya reconocida en la multiculturalidad: “el multiculturalismo en tanto movimiento está entretejido con el reconocimiento de la identidad y la diferencia por parte de los grupos minoritarios y es eminentemente político. Asimismo, como movimiento es un proyecto de modificación y creación de políticas públicas” (Hernández, 2007:434).

A diferencia de la multiculturalidad, desde el reconocimiento de la existencia de varios grupos culturales en una sociedad, la interculturalidad refiere a la interacción o al encuentro específico entre dos o más grupos culturales en un contexto multicultural (*Ibid*). El énfasis que se le otorga al concepto de interculturalidad descansa en el encuentro, la interacción y la relación, incluso entre grupos que no comparten un Estado.

Para Gonzalo Solís, la interculturalidad es “un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto a las diferencias existente en una o varias culturas, en un espacio determinado, indispensable para construir una sociedad justa, en el ámbito político, económico, social, cultural, étéreo, lingüístico, de género y generacional”.¹² En un sentido similar, Alfredo López Austin la define como la “relación entre dos o más grupos culturales en una actitud de reconocimiento y respeto para lograr un fin común en la coexistencia, no siempre exenta de

¹² Solís (2003).

conflicto”.¹³ Por su parte, Almaguer y Mas (2009), señalan que la interculturalidad se refiere a la cultura de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde se concibe que ninguna cultura está por encima de otras favoreciendo, en todo momento, la integración y convivencia.

Para Hernández (*Ibid*), uno de los antecedentes del interculturalismo es el biculturalismo, propuesto por Evon Vogt en 1951. El término hace referencia al manejo de dos culturas al mismo tiempo, sin que una demoliera o exterminara a la otra. El biculturalismo también se manejó para la educación, enfocado a complementarse o desarrollarse desde el bilingüismo, que también se ha posicionado como uno de los elementos centrales del interculturalismo.

El interculturalismo es propuesto como una reflexión del fenómeno de la interculturalidad que abarca la multiculturalidad. A su vez, asume la definición de multiculturalismo como proyecto intercultural y se construye, el interculturalismo, como proyecto político (*Ibid*). Hernández distingue a la interculturalidad por el énfasis que el término pone en el encuentro entre culturas y no solamente por la existencia de éstas en un sólo termino y, a su vez, señala que el interculturalismo:

Refiere a un proyecto político pero también a un campo teórico, en este sentido no es tan marcada la diferencia con el multiculturalismo, lo que sí destaca es que el multiculturalismo está más ligado a movimientos sociales que a una reflexión teórica sobre los fenómenos de la multiculturalidad y la interculturalidad. Es posible decir que el interculturalismo articula una reflexión teórica que recoge también los debates al interior del multiculturalismo como movimiento. (Ibid: 436).

¹³ Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (s/f).

Podemos afirmar que la interculturalidad es el espacio de reunión y comunicación entre varias culturas, mientras que el interculturalismo puede implicar un proyecto político y una reflexión que se construye desde distintos campos del conocimiento. Desde el espacio de las reivindicaciones políticas de los grupos indígenas latinoamericanos, en sus procesos de diálogo y resistencia ante el Estado, que atraviesan las nuevas definiciones sobre política pública incluyente, la interculturalidad y el interculturalismo resultan imprescindibles para la construcción de una sociedad con equidad y reconocimiento de los derechos culturales.

1.3 La medicina hegemónica

La medicina hegemónica es aquella que se conoce como científica y comprende un conjunto de prácticas y saberes, legitimados, por parte del Estado, la sociedad y las empresas farmacéuticas. Generalmente, se puede interpretar como una opción posterior a la que acuden las personas después de que se atienden en casa.

El modelo médico hegemónico, desde la perspectiva de Eduardo Menéndez, se entiende como:

[...] el conjunto de prácticas, saberes y teoría generada por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde finales del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalterno al conjunto de prácticas, saberes e ideología que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de entender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado (Menéndez, 1990: 33).

Menéndez plantea que este modelo constituye una hegemonía que intenta la exclusión ideológica y jurídica de las otras posibilidades de atención, entre las que se encuentran las prácticas tradicionales de salud, lo cual en la práctica social se resuelve en procesos de transformación de las prácticas de saberes curativos-preventivos que, cada vez en mayor medida, constituyen relaciones conflictivas complementarias constituidas a partir de la hegemonía obtenida por el modelo médico con rasgos estructurales que impera o domina a toda la sociedad como la única forma de curar y que no hay una oportunidad de poder aplicar de otra forma (*Idem*).

Este investigador describe los siguientes modelos: 1) médico hegemónico, 2) alternativo subordinado: 3) autoatención.

En el modelo alternativo se integran las prácticas reconocidas como “tradicionales”, pero esta calificación no sólo connota una suerte de “pasado” cargado de valores, sino que clausura toda las series de prácticas alternativas que se van constituyendo como dominantes, pero que no solo procede del pasado, sino que en gran medida son derivaciones emergentes del modelo médico hegemónico y que sintetizan y transforma en las llamadas prácticas “tradicionales”.

Menéndez caracteriza el modelo de autoatención como aquél en el que no se requiere de otros individuos, sino de sí mismo (al menos que sean familiares), para la atención en el cuidado de la salud. Es decir, no se necesita un especialista en la atención a la salud. Menéndez define el modelo a partir de las siguientes características:

Tiene una estructura de la participación simétrica y homogenizada, legitimidad grupal y comunal, concepción basada en la experiencia, tendencia a la apropiación tradicional de las prácticas médicas, tendencia sintetizadora, tendencia a asumir la subordinación inducida respecto de los otros modelos (Ibid).

Con respecto al modelo médico hegemónico, Menéndez reconoce tres submodelos: a) médico individual privado, b) médico corporativo público y c) médico corporativo privado.

Los rasgos estructurales del modelo médico hegemónico son los siguientes: biologismo, concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asociabilidad, individualismo, eficacia pragmática, salud como mercancía, relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, y participación subordinada y pasiva de los consumidores. En las acciones de salud, este modelo tiende a excluir al consumidor del saber médico, construye legitimación jurídica y académica sobre otras prácticas “curadoras”, implica profesionalización formalizada, se identifica ideológicamente con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de los otros modelos, conlleva una tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas a las que “medicaliza”, implica normatización de la salud-enfermedad en sentido medicalizador, marca la tendencia al control social e ideológico, al consumismo médico, al dominio de la cuantificación sobre la calidad y a la escisión entre teoría y prácticas; es decir, a escindir la práctica de la investigación (*Ibid*).

Las consecuencias de la superioridad del paradigma científico, desde su jerarquía epistémica, se pueden observar en el poco o nulo reconocimiento de la

multiculturalidad y, en concreto, de los saberes y prácticas de los grupos indígenas de los distintos continentes. Cuando se han usado los conocimientos científicos para el cuidado de la salud, y el tratamiento de la enfermedad, la mirada científica ha prevalecido sobre otras posibilidades de ver, concebir y atender la salud-enfermedad sin reconocer la pluralidad de enfoques ajenos al modelo médico hegemónico. Esta mirada ha pretendido homogenizar las formas de encaminar la salud y la atención de la enfermedad, imponiendo esquemas rígidos y ahistóricos que han arrojado miradas imprecisas de los procesos salud-enfermedad, desligadas de los múltiples contextos culturales.

En el siguiente cuadro podemos apreciar de una manera más completa las características de los submodelos del modelo médico hegemónico:

Cuadro 1. Rasgos estructurales del Modelo Médico Hegemónico

Rasgos estructurales del Modelo Médico Hegemónico	a) Submodelo médico individual privado	b) Submodelo médico corporativo público	c) Submodelo médico corporativo privado
Biologismo	X	X	X
Concepción teórica evolucionista-positivista	X	X	X
Ahistoricidad	X	X	X
Asocialidad	X	X	X
Individualismo	X	X	X
Eficacia pragmática	X	X	X
Profesionalización formalizada	X	X	X
Salud como mercancía	X	X	X
Relación asimétrica en el vínculo médico-paciente	X	X	X

Participación subordinada y pasiva de los consumidores en las acciones de salud	X	X	X
Legitimación jurídica y académica de las otras prácticas “curadoras”	X	X	X
Identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de los otros modelos.	X	X	X
Tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas a las que “medicaliza”	X	X	X
Normatización de la salud/enfermedad en sentido medicalizador	X	X	X
Tendencia al control social e ideológico	X	X	X
Producción de acciones que tienden a excluir al consumidor médico.	X	X	X
Tendencia inductora al consumismo médico	X	X	X
Tendencia al dominio de la cuantificación sobre la calidad	X	X	X
Tendencia a la escisión entre teoría y práctica	X	X	X
Estructuración jerarquizada de relaciones internas y externas en la organización de la atención médica.		X	X
Burocratismo y disminución de las responsabilidades		X	X
Dominación de los criterios de productividad		X	X
Tendencia al enfoque de prevención		X	
Tendencia a actuar sobre “el medio” y no sobre los individuos, aunque “naturalizando” a dicho “medio”		X	
Tendencia a constituir subprofesionales controlados		X	

Tendencia a dirigir las legitimaciones políticas ideológicas en el sector salud.		X	
--	--	---	--

La salud, cobijada desde este enfoque hegemónico, se ha convertido en una mercancía controlada por monopolios médicos. Como consecuencia, los Estados se encuentran lejos de garantizar los derechos sociales de la población y, en sintonía con las políticas neoliberales, han ido transformado los servicios que están obligados a cumplir en una ruta clara de privatización de la salud.

En el caso mexicano, Asa Cristina Laurell (2001) señala que las reformas neoliberales en salud imponen una nueva política social sobre dos ejes centrales: 1) la conversión del mercado en principio organizador del bienestar (poner en manos de la iniciativa privada la administración de los fondos sociales y la prestación de los servicios rentables) y 2) la disminución gradual de la responsabilidad social del Estado, es decir, el Estado como único garante de un mínimo de servicios y beneficios para los pobres. Como advierte la investigadora, los beneficios y servicios “son tratados como si fueran cualquier artículo de consumo y no algo necesario para proteger a la gente contra la adversidad y garantizarle una vida segura y digna” (*Ibid*: 10).

Laurell describe cómo las reformas en salud se dan en dos tiempos: el de los apresurados cambios legislativos que no permiten espacio para el análisis y, por otra parte, las percepciones en torno a los resultados de estos cambios años después. Además, argumenta Laurell, el gobierno ha ocultado los propósitos de las reformas que, en realidad, son contrarreformas por su significado social. Por ejemplo, en el manejo del IMSS se han restringido los derechos a los asegurados

y, en consecuencia, se ha llegado a diferentes formas de privatización. Estas reformas del Estado contribuyen a agudizar la desigualdad social del país, la desgracia del pueblo y reflejan la baja o nula participación de ciudadanos en el diseño de políticas públicas con beneficio social y especificidad cultural.

La reforma social en salud se enfoca a la seguridad social, al sistema de pensiones y a los servicios de salud afectando a los colectivos y a las personas que se encuentran en situaciones de mayor fragilidad y vulnerabilidad social: indígenas, migrantes, adultos mayores, personas con discapacidad, desempleados, entre otros. De este modo, queda claro que los valores sociales y los principios éticos configuran la alternativa para sostener las evaluaciones de estas reformas y políticas sociales.

Las reformas en salud fortalecen al modelo médico hegemónico al tener, como premisas, al mercado como principio articulador de la sociedad y como el mejor mecanismo para asignar recursos que satisfagan las necesidades de los individuos. Además, comenta Laurell (2001:14), existe la creencia de que hay una competencia perfecta, es decir, que todos acuden al mercado en igualdad de condiciones. La desigualdad social, la diversidad cultural y la histórica inequidad para el acceso a oportunidades, no son consideradas en estas reformas que dejan de lado prácticas alternativas al modelo médico hegemónico o intentan penetrarlas a través del mercado.

1.4 Medicina tradicional indígena

En diferentes épocas, las prácticas tradicionales indígenas han sido concebidas desde distintas perspectivas, muchas instituciones las han etiquetado y definido a

partir del concepto de medicina tradicional indígena. Es significada y resignificada por aquellos que la viven y la practican. Sobre su eficacia en el contexto de la dominación del modelo médico hegemónico, existe un amplio debate: para las culturas indígenas mexicanas la medicina tradicional está incorporada a sus prácticas cotidianas y poco lugar a duda existe sobre su efectividad al interior de éstas; en contraste, el avance de la ciencia y el mercado han fomentado los cuestionamientos, desde un orden de dominación cultural, sobre esta misma efectividad.

Para algunas instituciones llega a ser reconocida. Por ejemplo, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas considera como medicina tradicional indígena mexicana:

[...] al conjunto de sistemas de atención a la salud que tiene sus raíces en profundos conocimientos sobre la salud y la enfermedad que los diferentes pueblos indígenas y rurales de nuestro país han acumulado a través de su historia, fundamentados en una interpretación del mundo (cosmovisión), de la salud y enfermedad de origen prehispánico, que ha incorporado elementos provenientes de otras medicinas, como la medicina antigua española, la medicina africana y en menor medida por la interacción de la propia medicina occidental.¹⁴

Pese a que el objetivo de la institución es beneficiar a las diferentes comunidades indígenas a través de programas de apoyo, encaminados a resolver las diferentes necesidades, en la práctica, no suele cumplir con tal objetivo. Se ofrecen programas estandarizados, sin un análisis profundo de sus diferencias culturales y

¹⁴ CDI, s/f

de sus necesidades económicas y sociales. De esta manera, justifican los recursos económicos de la institución.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la medicina tradicional es:

[...] la suma de conocimientos teóricos y prácticos explicables o no, utilizado para el diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos mentales y sociales basados exclusivamente en la experiencia y observación, transmitido verbal o por escrito de una generación a otra y que ha permitido a los individuos protegerse contra la enfermedad, aliviar sus propios sufrimientos y curarse a sí mismos.¹⁵

En el documento “Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional (2002-2005)”, se reconoce que el término “medicina tradicional” se utiliza para referirse tanto a los sistemas de medicina tradicional, como a las diversas formas de medicina indígena.¹⁶ Asimismo, la OMS señala que la medicina tradicional no sólo se utiliza ampliamente a nivel mundial, sino que la cataloga como un sistema sanitario que está creciendo rápidamente, al igual que la medicina complementaria y alternativa (aquel grupo de prácticas sanitarias que no forman parte de la tradición de un propio país). En muchos lugares del mundo, los responsables de las políticas, los profesionales sanitarios y el público se debate con preguntas sobre la seguridad, la eficacia, la calidad, la disponibilidad, la preservación y con el desarrollo de este tipo de atención sanitaria.¹⁷

¹⁵ Castelán, (2006).

¹⁶ OMS, (2002).

¹⁷ *Ibid.*

Para Eduardo Menéndez, las prácticas reconocidas como “tradicionales” pueden ser clasificadas, junto a las prácticas “alternativas” contemporáneas, en el modelo médico alternativo subordinado. Se incluyen, en este modelo, “a prácticas médicas de alto nivel de complejidad y organización desarrolladas hasta ahora al margen del sistema médico “occidental”, como la medicina aryuvedica o la acupuntura y herbolarias chinas.¹⁸

Desde la perspectiva de este autor, la medicina tradicional no debiera ser analizada “en sí”, “sino referida al sistema cultural dentro del cual el grupo utiliza un espectro de representaciones y prácticas, producto no sólo de dicha “medicina”, sino de un conjunto de saberes que redefinen continuamente el sentido, significado y uso de la llamada medicina tradicional.¹⁹ Menéndez advierte que en América Latina “la aproximación dominante en el análisis de la llamada medicina tradicional opera en forma opuesta, no sólo centrándose en lo tradicional, sino ignorando frecuentemente el sistema relacional en el cual se desarrolla”. Por tanto:

Esto ha conducido a malinterpretar las funciones y significados que los grupos estudiados dan, en su práctica, a lo tradicional, dado que estos autores suelen buscar “lo tradicional en sí”, aislándolo del conjunto de prácticas y representaciones operadas respecto del proceso s/e/a por los grupos concretos. En consecuencia, todo análisis del saber médico popular que utilice la categoría de tradicional debiera hacer explícito qué entiende y qué busca al utilizar dicha categoría, en virtud de que ella ha adquirido una significación ideológica, más que técnica, que debiera obligar a quien la usa a proponer cuál es el sentido que le da.²⁰

¹⁸ Menéndez, (1994).

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ *Ibid.*

Por su parte, María del Carmen Anzures acusa que la medicina tradicional “siempre ha estado en una situación de inferioridad, de desprecio, desconocimiento y hostilización, y entre sus practicantes se encuentra un 50% de la población que sufre esa discriminación más por parte de los dominadores que imponen su sistema de medicación.”²¹ Es decir, se ha buscado el desprestigio de la medicina tradicional describiéndola de peligrosa, atrasada y no científica sin tomar en cuenta la diversidad de saberes en el contexto de una sociedad pluricultural.

En el siguiente esquema sobre caracteres básicos del modelo médico alternativo subordinado subrayamos los elementos que, a juicio de nuestra pertenencia y acercamiento a la cultura mazateca, corresponden a la medicina tradicional mazateca y, por otro lado, señalamos los que necesitan una mayor investigación para determinar si pertenecen a las prácticas y significados de esta cultura:

²¹ Anzures, (1983).

Cuadro 2. Caracteres básicos de modelo médico alternativo subordinado

Caracteres básicos del modelo médico alternativo subordinado	Pertenencia a la medicina tradicional mazateca
Concepción globalizadora de los padecimientos y problemas (las acciones terapéuticas suponen casi siempre a la eficacia simbólica y a la sociabilidad como un condicionante de la eficacia).	Los sabios y/o curanderos saben curar la pérdida del alma, y es a partir de la limpia con el huevo y la preparación de San Pedro, entre otros conocimientos que sólo ellos pueden reconocer.
Asimetría en la relación curador-paciente	El sabio y la partera están al pendiente de la salud individual y la familiar. Demuestran una afectividad directa. Existe asimetría, aunque no es la que observa el modelo médico hegemónico como se argumenta en esta investigación.
Identificación con una determinada racionalidad técnica y simbólica	Esta comunidad se comunica en un solo lenguaje, la lengua los une. Se reconocen y están unidos por todos y con todos los saberes de la medicina indígena.
Tendencia a excluir a otros de su saber y prácticas curativas	Mientras la exclusión en el modelo médico hegemónico está vinculada a las desigualdades socioeconómicas, la exclusión en la medicina tradicional mazateca está sustentada en la diferencia cultural y la resistencia frente a los procesos de dominación cultural.
Tendencia reciente a la mercantilización	Anteriormente, el pago a los sabios, curanderos y parteras era simbólico. Hoy existe una cuota establecida por ellos mismos. La naturaleza se ha transformado y para conseguir ciertos elementos que el sabio, curandero y partera utilizan, ellos tienen que pagarlo. No tienen que ver con la mercantilización de generar una industria de la salud como el caso del modelo hegemónico.
Participación subordinada de los consumidores	El curandero, sabio o brujo es el depositario de los saberes, heredados ancestralmente, y reconocidos por la propia comunidad mazateca. La relación es distinta porque no parten de la imposición.
Ahistoricidad	Las prácticas y los significados en la medicina tradicional mazateca responden a una tradición histórica que, si bien se resignifica constantemente, remite a un pasado ancestral.

1.5 Marco Normativo sobre Derechos Indígenas y Salud.

Los históricos niveles de pobreza y marginación de los pueblos indígenas en México y en América Latina, a pesar de las exigencias de dichos pueblos para satisfacer sus demandas, contrasta con los marcos normativos nacionales e internacionales que buscan garantizar los derechos indígenas. La tradicional política asistencialista, instrumentada a través de programas y proyectos como si estos fueran dádivas, contrasta con las perspectivas de autonomía y exigibilidad de derechos que nacen de las propias comunidades.

El derecho a la salud para todas y todos los individuos y colectivos, sin distinción alguna, es inalienable: no se puede ceder, ni prestar o vender, y tampoco caduca porque no se pierde en el tiempo. El derecho a la salud es un derecho social, como son el derecho al trabajo, a la educación, a la vivienda, a la cultura, a la seguridad social. Los derechos sociales se requieren para que la persona pueda realizarse como tal en los ámbitos laboral, cultural, social y económico.²²

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su Artículo 25, señala que:

[...] toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez,

²² UACM, (2007).

viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

En lo referente a los pueblos indígenas, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas observa en su Artículo 24:

Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud. Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho.

Por otra parte, en el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) se reconoce que los Estados, que forman parte de dicho Pacto, reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. En la observación general 14 del PIDESC se describen cuatro elementos esenciales del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

En el caso del Convenio 169 de la Organizaciones Internacional del Trabajo (OIT): Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes (1989), el artículo 25 hace mención a la salud:

1. Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados y proporcionar a dichos

pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

2. Los servicios de salud deberán organizarse en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

En el caso americano, el Protocolo de San Salvador, protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, reconoce que los Estados deben garantizar “la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad”, así como “la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”.

En el caso mexicano el apartado B, fracción III, del Artículo Segundo de la Constitución Política de la República Mexicana, señala que es obligación del Estado “asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del Sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los Indígenas mediante

programas de alimentación, en especial para la población infantil.” Por su parte, en el Artículo Cuarto se establece que:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general [...].

Como podemos observar existe toda una legislación en materia de derechos; no obstante, el Estado mexicano no se ha hecho responsable de asumir una política que garantice el pleno goce de los mismos. Todo queda escrito en papel, porque en la práctica no se trabaja para beneficiar a los pueblos indígenas que están con el mayor índice de marginación y discriminación. La política del Estado, tal como está estructurada, no busca implementar una política social universal, sino al contrario, los beneficios en educación, alimentación y salud se encuentran en el ámbito del mercado; tiene salud quien pueda pagarla.

Se habla de que los tratados y el propio PIDESC le dan juridicidad a los derechos humanos, pero quiénes en realidad tienen acceso, disponibilidad y calidad de los servicios de salud, cuántas comunidades indígenas tienen acceso a servicios de salud cuando tienen que caminar horas para ser atendidos, cuántos centros de salud proporcionan una atención considerando el entorno cultural, qué tan capacitado se encuentra el personal de salud para atender a una población indígena que no habla el español, cuándo se sanciona a las instituciones por llevar a cabo prácticas discriminatorias y violatorias de los derechos humanos. Estas preguntas nos dan un panorama real de las condiciones de acceso a los servicios

de salud que viven las comunidades indígenas, más allá de lo utópico que se plantea en los pactos, tratados, cartas u otros discursos internacionales.

Capítulo 2. Promoción de la Salud

En este capítulo se discutirá el enfoque socio-histórico de promoción de la salud, revisando categorías como clase social, formación económico-social, desigualdad social, inequidad, acumulación capitalista, explotación, condiciones materiales de vida. Esto, debido a que el objetivo principal del trabajo tiene que ver con la forma en que los mazatecos significan sus prácticas de salud a partir de sus condiciones materiales de vida, por ello, se estudiará a la comunidad desde la perspectiva socio histórica, lo cual no implica que las otras visiones de la promoción de la salud no sean importantes o no tengan relación con la vida cotidiana, tiene que ver con el marco teórico de nuestra investigación, ya que la forma en que los habitantes han percibido a la medicina hegemónica y cómo han mantenido sus prácticas en salud obedece a un contexto social, económico y cultural en el cual está inmersa la comunidad.

Para definir a la promoción de la salud es conveniente entender cómo ésta se ha transformado a través del tiempo, además de entender que las formas de promover la salud no son universales y no todas parten desde el marco de la llamada medicina científica.²³ Los pueblos indígenas son un ejemplo de la diversidad de prácticas que existen para promover la salud aún cuando las han transformado a partir del contacto con la cultura occidental, lo que ha dado lugar a prácticas híbridas. Por lo anteriormente señalado, es necesario iniciar con una breve exposición histórica del concepto salud y definirlo a partir de corrientes actuales, la influencia de los discursos internacionales en la definición para,

²³ Para Menéndez la medicina científica puede ser definida como un conjunto de saberes y prácticas enmarcados desde los conocimientos científicos.

posteriormente, enmarcar el estudio de la salud-enfermedad como un proceso socio-histórico determinado por sus condiciones materiales de vida.

En la concepción de salud de los griegos hay una preocupación muy alta por el cuerpo sano y se le vincula al equilibrio:

Esculapio era el dios de la salud y su culto persistió por mucho tiempo, tuvo dos hijas Panacea conocida como la diosa de la curación e Hygea de la salud quien dio origen a la palabra “higiénica” a Hygea se le conoce como la diosa del arte de estar sano, entendido éste como la moderación en vivir o “el orden natural de las cosas” Panacea por el contrario era la diosa de la medicina y de los procedimientos terapéuticos. El balance entre Panacea y Hygea se ha roto en los tiempos modernos con la exagerada supremacía de los curativos y el gran desarrollo de la biotecnología, que en su tiempo convirtiéndose en un determinante de inequidades en salud, al hacer la atención médica cada vez más costosa e inalcanzable. Para los fines de la Promoción de la Salud lo importante para el futuro es restablecer el equilibrio entre Hygea y Panacea.”²⁴

Así, durante el tiempo de Homero lo más importante que se le pedía a los dioses era una larga vida y envejecimiento sin dolor, en los siglos VI y V a.c. predominaban los valores proporcionados a la salud y a estar saludable. Para Platón, de nada servía tener mucho dinero y no tener salud; sin embargo, sólo los aristócratas podían gozar de buena salud.

Los romanos emprendieron acciones específicas desde el Estado para promover la salud. Su postura estaba centrada en la higiene y, algunos médicos como Plutarco, exaltaban el trabajo como fuente de salud. En contraste, la pereza era considerada como un problema de salud por lo cual criticaban la visión

²⁴ Restrepo y Málaga, (2001).

hedonista de los griegos y la excesiva exaltación del cuerpo, de allí la frase "mente sano en cuerpo sano".

Durante el cristianismo del siglo XIII y XIV, el concepto de salud estuvo ligado a una visión mágica-religiosa, las enfermedades se relacionaban con castigos divinos, se exaltaba la culpa por lo que las prácticas de salud iban encaminadas a limpiar las impurezas del cuerpo. La perspectiva judeo-cristiana prescribía las formas de promover la salud, se privilegió el estado del alma como la principal fuente de bienestar y la conservación de la salud. Durante este tiempo la atención a la salud era a través de subsidios a los enfermos hospitalizados hasta que pudieran regresar al trabajo. En este período no hubo avance en la salud pública, pero sí una gran epidemia de la peste o muerte negra que desató al mundo en el siglo XIV de la que nace el concepto de cuarentena.

En el período del Renacimiento se da un impulso distinto a la salud: el cuerpo deja de ser depositario de males relacionados con la culpa y el pecado. Esta nueva mirada reacciona contra los dogmatismos de la Edad Media.

Durante los Siglo XVII Y XVIII se registra grandes acontecimientos en la medicina, como la aparición del microscopio, y con éste el reconocimiento de seres vivos como el causantes de la enfermedad. En este periodo surgen las bases de la bacteriología y la microbiología y el dominio por largo periodo el enfoque médico. Se impulsa una regulación en salud desde el Estado, se institucionaliza la atención a la salud y se organizan hospitales.

Durante la Revolución Industrial, los trabajadores de las fábricas textiles y de las minas inglesas ponen en evidencia la falta de una legislación que proteja de

manera mínima a la población. Algunos científicos comienzas a observar las condiciones de salud de la población trabajadora y la voracidad del capitalismo incipiente. Es decir, se relaciona la salud a las condiciones de vida.

2.1 Concepto de Promoción de la Salud y los discursos internacionales.

Las distintas perspectivas en Promoción de la Salud cuentan con objetivos y propósitos loables; sin embargo, el reto para el campo profesional, aún es arduo. Hace falta una comprensión más compleja del proceso salud-enfermedad que pueda nutrir de contenido a las políticas sociales y, en consecuencia, apoyar el desarrollo de las comunidades. Para que la promoción de la salud se convierta en un asunto prioritario del Estado se necesita un enfoque que tome en cuenta las condiciones sociales, económicas, históricas y ambientales de cada grupo.

Si la Promoción de la Salud es entendida desde un marco positivista, sus prácticas estarán encaminadas a eliminar el síntoma. Si se observa desde una perspectiva más integral, la situación cambia. La Carta de Ottawa (1986), uno de los documentos fundacionales de la promoción de la salud institucional, señala que ésta:

(...) consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de

un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas.

La Carta de Ottawa coloca el concepto de salud en una perspectiva más completa que la simple ausencia de enfermedad, o la salud como una meta a alcanzar. Este avance ha permitido que las políticas públicas en promoción de salud cuenten con mayores elementos para su diseño, implementación y análisis.

A continuación, se enlistan las conferencias internacionales sobre promoción de la salud y sus conceptos medulares:

Cuadro 3 Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud.

<p>I Conferencia</p> <p><i>Iniciativa en pro de una nueva acción de Salud pública.</i></p> <p>Ottawa, Canadá, 1986</p>	<p>Promoción de la salud: consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.</p> <p>Objetivo: Salud para todos en el año 2000</p> <p>Salud: No como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.</p>
<p>II Conferencia</p> <p><i>Políticas Públicas favorables a la salud</i></p> <p>Adelaida, Australia, 1988</p>	<p>Objetivo: construcción de políticas saludables.</p> <p>Puntos centrales: 1) apoyo a la mujer, 2) mejoramiento de la seguridad e higiene, 3) reducción del consumo del tabaco y el alcohol, 4) creación de ambiente saludable a la salud.</p>
<p>III Conferencia</p> <p><i>Entornos propicios para la Salud</i></p> <p>Sundsvall. Suecia, 1991</p>	<p>Objetivo: Desarrollo sostenible y la acción social en el ámbito comunitario.</p> <p>Punto central: la creación de ambientes saludable a la salud. Cinco factores a considerar: 1) conflictos armados, 2) rápido crecimiento de la población, 3) alimentación inadecuada, 4) falta de medios para la autodeterminación y</p>

	5) degradación de los recursos humanos.
IV Conferencia <i>Nueva era, nuevos actores: adaptar la Promoción de la Salud al siglo XXI</i> Yakarta. Indonesia, 1997	Puntos centrales: 1) promover la responsabilidad social, 2) aumentar la capacidad de la comunidad y potenciar a los individuos, 3) expandir y consolidar alianzas por la salud, 4) aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud, 5) asegurar una infraestructura para la promoción de la salud.
V Conferencia <i>Promoción de Salud, hacía una mayor equidad</i> Ciudad de México, 2000	Objetivos: a) demostrar que la promoción de la salud mejora la calidad de vida de los individuos; b) priorizar a la salud en los programas de desarrollo locales, nacionales e internacionales; c) vincular a los diferentes sectores en todos los niveles de la sociedad.
VI Conferencia <i>Mayor participación en los esfuerzos para mejorar la salud mundial</i> Bangkok, Tailandia, 2005	Objetivos: 1) garantizar que la promoción de la salud sea esencial en el programa mundial para el desarrollo, 2) hacer que la promoción de la salud sea primordial para los gobiernos, 3) incluir a la promoción de la salud como una buena práctica corporativ, 4) fomentar la promoción de la salud como objetivo fundamental de las actividades de la comunidad y la sociedad civil.

Los esfuerzos realizados en las distintas conferencias internacionales buscan dar mejores respuestas a las problemáticas del proceso salud-enfermedad a través de la profesionalización de un campo teórico y práctico que vaya más allá de la prevención de enfermedades. Uno de los objetivos es ofrecer herramientas, tanto a individuos como a comunidades, para que ejerzan mayor control sobre su salud a partir de los recursos con los que cuentan.

Para fines de esta investigación se entenderá a la promoción de la salud como una labor social que se enfoca a las necesidades básicas de la comunidad, una forma de proporcionar herramientas para la defensa de los derechos tomando

en cuenta economía, trabajo, vivienda, educación, igualdad, equidad y políticas públicas.

2.2 La perspectiva Socio-histórica en la Promoción de la Salud.

La perspectiva socio histórica parte de concebir a la salud y a la enfermedad no como datos aislados, sino hechos sociales a partir de procesos históricos. La concepción de salud, desde este enfoque, va más allá de la determinación biomédica, tiene en el análisis elementos históricos y sociológicos, lo cual es el sustento teórico para entender la especificidad de los procesos de salud-enfermedad de los grupos sociales.

La mirada social de la salud comienza a cobrar fuerza desde los siglos XVIII y XIX, cuando se presentan los cambios sociales, económicos, políticos y tecnológicos en Europa. Cambios que provocaron la formación de un mercado mundial, el ascenso económico y político de las clases burguesas y la conformación de una nueva clase social, el proletariado industrial:

La revolución industrial fue el inicio de una serie de transformaciones tanto en lo productivo como en los cambios de vida que conllevó al nacimiento de grandes empresas; pero, de igual manera, al incremento de una clase trabajadora que fue sometida a condiciones de explotación y marginación en medios ambientes no saludables.²⁵

²⁵ Carmona et al, (2005).

El desarrollo de la gran industria produjo cientos de trabajadores carentes de medios de producción, pero dueños de su fuerza de trabajo, aspecto que les permitió integrarse a la producción. El desarrollo de los grandes capitales depende de esta fuerza de trabajo; por ello, la absorbe en las condiciones más despiadadas: jornadas extenuantes, mano de obra infantil, ausencia de medidas de seguridad y con pocas posibilidades de reproducir su fuerza de trabajo y la de su familia.

Engels describe en *La situación de la clase obrera en Inglaterra* las condiciones de vida y de salud de los trabajadores y sus familias, así como los efectos del capitalismo en las clases trabajadoras. Se conoce que en las minas morían los trabajadores por las altas concentraciones de gases y las pésimas condiciones de higiene. A los industriales les interesaba producir de acuerdo a la alta demanda de las ciudades; por ello, la jornada de trabajo no tenía límites de horario. Sin embargo, la clase trabajadora no podía hacer nada para mejorar las condiciones de su trabajo, sus necesidades básicas no le permitían renunciar o irse al huelga.

El esquema industrializador profundizó el proceso de desigualdades sociales inherente al capitalismo, aumentó las condiciones de explotación y marginación y generó ambientes inadecuados para la salud.

Estas condiciones dentro de este contexto permitieron que médicos y otros profesionales observaran al proceso salud-enfermedad y su estrecha relación con las condiciones materiales de vida. Bernardino Ramazzini y Johan Peter Frank

analizaron la relación entre salud-enfermedad y las condiciones sociales (Rosen, 1986).

Rudolf Virchow estudia la epidemia de fiebre tifoidea que ocurrió en 1817 en Silesia. Observa que la enfermedad está atada ligada al entorno de cada individuo. Para Virchow la medicina era una ciencia social y la política no era más que una medicina en gran escala. En este contexto, nace la Medicina Social europea.

En Alemania, Salomón Neumann afirmaba que la ciencia médica era intrínseca y esencialmente una ciencia social y, mientras no se reconociera como tal, ya en la práctica, no habría forma de disfrutar de sus beneficios. Además, Neumann advertía que la salud del pueblo era un problema que concernía a toda la sociedad, la sociedad tiene la obligación de asegurar la salud de sus miembros.

Dentro de los principales enfoques de la medicina como ciencia social se observa que las condiciones sociales marcan un papel fundamental en el estudio de los procesos salud-enfermedad. Para algunos representantes de dicha corriente no existía muerte por causas naturales, más bien ésta se debía a causas artificiales producto de las condiciones sociales. La mirada social del proceso salud-enfermedad enfatiza las condiciones en que cada sociedad organiza su modo de vida en los distintos contextos de desigualdad social. Además, relaciona esta desigualdad al papel del Estado como garante de los derechos sociales de las poblaciones a partir del diseño y la implementación de políticas públicas.

Actualmente, el estudio de la salud-enfermedad como proceso social tiene sus referentes en la Medicina Social latinoamericana. Dentro de esta corriente, destaca la Epidemiología Crítica. Jaime Breilh, representante de esta escuela, considera aspectos históricos y sociales en el estudio de los procesos fisiológicos de los sujetos, señala que los procesos de enfermedad se gestan en la dimensión social de la vida, tienen sus raíces en formas de organización social y fundamentalmente a los patrones de trabajo y consumo de los distintos grupos. La clase social ubica a los sujetos en distintas posiciones frente a los medios de producción, de la clase social dependerán las condiciones de vida y, por tanto, la salud.

Por su parte, Asa Cristina Laurell señala que la historicidad de los procesos de salud enfermedad puede ser demostrada a través de los cambios en los perfiles epidemiológicos, los cuales no se explican por cambios biológicos ni por la evolución de la práctica médica. El carácter social se verifica en la comparación epidemiológica de países con distinto desarrollo de las fuerzas productivas y relaciones sociales de producción. Las diferentes clases sociales, para Laurell, enferman y mueren de distinto modo.

Así, sentirnos sanos o enfermos no depende únicamente del estado de nuestro organismo, la sensación de sentirse bien "aun cuando hay aspectos subjetivos, depende de aspectos objetivos: la forma en que los individuos y grupos sociales se insertan en el aparato productivo (propietarios y no propietarios de los medios de producción" (Rojas, 1999). Por ello, la salud y la enfermedad no son entidades aisladas, dependen de nuestras condiciones de vida. Rojas Soriano

clarifica aún más esta relación cuando señala que la presencia de una enfermedad en una sociedad dividida en clases está en función de sus intereses de clase, lo cual se determina por la posición que se tenga frente a los medios de producción.

Desde esta perspectiva, la salud se encuentra definida como un proceso vinculado de manera dinámica y directa a la enfermedad, dicho proceso se encuentra determinado por las condiciones materiales de vida. Así, la promoción de la salud no implica prevenir, curar, educar, habilitar a la población para mejorar la salud, implica mejorar las condiciones de vida, reducir la brecha de desigualdad e inequidad, eliminar la discriminación, permitir que las personas ejerzan sus derechos como ciudadanos.

De este modo, y para los fines de la presente investigación, es necesario ubicar el contexto social del Municipio de Santa María La Asunción para explicar con mayor claridad las condiciones de salud-enfermedad que tiene la población por su condición de pobreza.

Capítulo 3. Estudio de caso. Santa María La Asunción, Municipio de Teotitlán de Flores Magón, Oaxaca.

3.1 Perfil sociocultural

Para Quintanar y Maldonado (1999) la zona mazateca, que forma parte de la Cuenca del Papaloapan, tiene una extensión aproximada de 2,263km². Alrededor de tres cuartas partes del territorio se asienta en la Sierra Madre Oriental y se le conoce como Sierra Mazateca. Debido al terreno montañoso, existe una gran diversidad de microclimas y microecologías. El resto del espacio mazateco se ubica en la llanura costera del Golfo de México. Generalmente, se divide al conjunto de los municipios mazatecos en Alta Mazateca y Baja Mazateca a partir de su ubicación geográfica.

Según Luna (2007), el territorio mazateco está integrado por 31 municipios que pertenecen a los estados de Oaxaca, Puebla y Veracruz. En 25 municipios el mazateco es la lengua mayoritaria, en otros 13 su presencia es importante, lo cual sucede también en dos municipios nahuas no oaxaqueños: San Sebastián Tlacotepec, Puebla; y Tezonapa, Veracruz. (Quintanar y Maldonado, 1999).

Los mazatecos constituyen una mesoetnia; es decir, es un grupo cuyo contingente poblacional suma centenares de miles de habitantes. La región mazateca colinda con zonas habitadas por otros grupos étnicos oaxaqueños: al oeste con nahuas y, al sur, con mixtecos, Cuicatecos y Chinantecos. (Ibid, 1999).

Santa María la Asunción es uno de los 21 municipios que forman parte del territorio de la Sierra Mazateca en La Cañada, una de las ocho regiones culturales que conforman al Estado de Oaxaca.²⁶ Quintanar y Maldonado (1999) señalan que el rasgo más importante que define la identidad mazateca es la lengua, la cual cumple el papel de diferenciador al enfatizar las variantes dialectales. Como señala Xicohténcatl Luna (2007), el mazateco es un idioma oral, cuenta con diez variantes dialectales y pertenece al grupo lingüístico olmeca-otomangue, subgrupo otomiano-mixteco y familia popoloca.

Cuadro 4 Variantes dialectales mazatecas.²⁷

Grupo	Municipios
A	Huautla, Tenango, Huautepec y Chilchotla
B	San Mateo, San Jerónimo, San Lucas, Eloxochitlán, San Francisco Huehuetlán, San Pedro Ocopetatlillo y Santa Cruz Acatepec
C	San Lorenzo y Santa Ana Ateixtlahuaca
D	Mazatlán, San Marín Toxpalan, San Juan de los Cues y Tecomavaca
E	Santa María La Asunción
F	Chiquihuitlán, San Juan Coatzacoaspam, San Lucas Ojitlán, San Pedro Teutila
G	San José Independencia
H	San Pedro Ixcatlán
I	Nuevo Soyaltepec, Acatlán de Pérez de Figueroa, Tuxtepec, Santa María Jacatepec y Cosalapa
J	San Bartolomé Ayautla y Jalapa de Díaz

Ante la riqueza de la diversidad lingüística mazateca, encontramos distintas formas utilizadas por los mazatecos para autodenominarse. María Cristina

²⁶ Según datos del INEGI (2012), el estado de Oaxaca está conformado por 570 municipios divididos en las siguientes regiones: Cañada, Costa, Istmo, Mixteca, Papaloapan, Sierra Norte, Sierra Sur y Valles Centrales.

²⁷ Quintanar y Maldonado (1999:19).

Quintanar y Benjamín Maldonado (1999), por ejemplo, ubican *chjota éнна* (“gente que habla nuestra lengua”) y *ha shuta enima* (“trabajamos el monte”); mientras que Luna (2007) advierte que *ha shutaenima* puede traducirse como “personas que trabajan en el campo”. El origen de la categoría externa “mazateco” proviene del náhuatl *mazatecatl*, que significa “gente del lugar donde abundan los venados” (Quintanar y Maldonado, 1999:15).

Otro concepto fundamental en la cultura mazateca es el de *nashinandá*, o pertenencia a la comunidad, en el que intervienen dos factores asociados, el nacimiento y el principio de participación, en este último se finca la filiación comunitaria (*Ibid*, 16):

[...] los ámbitos por excelencia en lo que se participa con la comunidad son: las ayudas mutuas, las faenas (tequios) y el sistema de cargos. Estos trabajos solidarios compartidos con los que se da una intensa y permanente participación en términos políticos, económicos y sociales, contribuyen a formar una representación ideológica de la vida colectiva, en la que se concibe a cada individuo como integrante de una colectividad. Por ejemplo, ellos explican: “la faena es labor social, se dice xabasen que es trabajo para la comunidad”, también lo traducen como “lo que damos nosotros entre todos.

Otros indicadores de identidad y diferenciación al interior de la zona mazateca son el fenotipo y la indumentaria, particularmente la femenina. La identidad abarcativa, entre distintos poblados, se refuerza a través de la exogamia comunal: “en este sistema se da el intercambio de bienes, trabajo, favores y mujeres entre las familias patrilocales extensas; la reciprocidad es un elemento fundamental” (Neiburg, 1988; citado en Quintanar y Maldonado, 1999). Un elemento que

refuerza la identidad abarcativa es el de las fiestas patronales, “se dan intercambios tanto materiales como simbólicos que proporcionan parámetros referenciales comunes (Bartolomé, 1992; citado en Quintanar y Maldonado, 1999).

Entre las fiestas más importante en la Sierra Mazateca destaca la de muertos, la cual coincide con la cosecha y está conformada por distintos elementos: los *huehuentones*, los altares domésticos, las comidas especiales y la velación en el cementerio. El término *chama* o *huehueton* significan “hombre negro” en Chilchotla. Su similar, *cha xo’o*, “hombre ombligo” en Huautla. Ambos términos hacen referencia a los antepasados, “a los que ya no están en el mundo”, y tienen como función fomentar la reciprocidad entre los miembros de la comunidad. En las noches de fiesta visitan las casas del pueblo para bailar y cantar. A su vez, los anfitriones les ofrecen bebida, alimento y/o dinero. (Quintanar y Maldonado, 1999).

Los títulos de las canciones de las fiestas de muertos reflejan significados culturales e históricos de las comunidades; por ejemplo, “Sobre la creación del universo” habla de la historia mítica mazateca. Sobre las costumbres, está la canción “Cómo vivieron nuestros viejos”. Otros nombres de melodías que reflejan relaciones de dominación, precariedad y militarismo son “Sobre la opresión que sufrimos por los extranjeros”, “Cada día se va poniendo más difícil la situación” y “Sobre los hombres soldados” (Ibid, 1999).

Resulta importante señalar que, de acuerdo a los datos del Censo 2010 (INEGI), Oaxaca es el estado con mayor población que habla alguna lengua indígena en el país (34.2%), seguido por Yucatán (30.3%) y Chiapas (27.2%). De

las lenguas indígenas que se hablan en la entidad, las cinco principales son el zapoteco (31.1%), mixteco (21.9%), mazateco (14.5%), mixe (9.8%) y chinanteco (9.1%).²⁸

3.2 Antecedentes, organización y características de la comunidad de Santa María La Asunción.

Los municipios que integran el territorio mazateco son: Santa María la Asunción, San Miguel Huautepec, San Bartolomé Ayautla, San Juan Coatzacoahuila, Santa Cruz Acatepec, Santa Ana Ateixtlahuaca, Santa María Magdalena Chilchotla, San Lorenzo Cuahnequiltitla, San Mateo Yolozochitlan, San Antonio Eloxochitlán de Flores Magón, Santa María Teopoxco, San Francisco Huehuetlán, Mazatlán Villa de Flores, San Pedro Ocopetatillo, San Jerónimo Tecoaatl, San José Tenango, Santiago Texcaltzingo, San Lucas Zoquiapam y Huautla de Jiménez. Las principales poblaciones corresponden a las localidades de Huautla de Jiménez y Chilchotla, tanto por su tamaño como por su actividad económica (Morales, s/f).

En el Diagnóstico Municipal de Santa María La Asunción, es elaborado por José Ramón Morales Rodríguez, para el Consejo Municipal de Desarrollo Rural Sustentable, Trienio 2008-2010. Se advierte que el territorio que conforma Santa María la Asunción ocupa una extensión territorial de 33.17 km², colinda al norte con Huautla de Jiménez, al sureste con Santa Catarina Buena Vista, al sur con Loma Grande Mazatlán, al suroeste con Xochitonalco Huautla, al oeste con Agua

²⁸ INEGI. Perspectiva estadística. Oaxaca. Diciembre, 2012.

de Lluvia Huautla, al noreste con San Agustín Zaragoza y al este con San Miguel Huautepec.

En el diagnóstico de salud obtenido en el centro de salud de Santa María la Asunción, en 2012, se incluye un apartado histórico sobre el municipio. En éste se señala que la localidad se fundó en 1803, su nombre original era Asunción Allende y, en 1949, se le denominó Santa María Jiotés. Entre 1961 y 1980 cambió el nombre a Santa María Asunción, y no fue sino hasta 1981 cuando oficialmente se le nombró Santa María La Asunción en honor a la virgen de La Asunción. A esta virgen se le celebra cada 15 de agosto, representando la conmemoración más importante del municipio. Otras de las festividades importantes son la del 24 de marzo, en honor a la Anunciación del Señor y, como anteriormente fue señalado, las relativas a las tradiciones de Todos los Santos y los Fieles Difuntos que inician el 26 de octubre y concluyen el 2 de noviembre.

En este mismo documento se menciona que la organización política en Santa María La Asunción está sustentada en el sistema de usos y costumbres. En concordancia, Morales (s/f) comenta que cada tres años, en asamblea, se eligen a los representantes del municipio: presidente municipal; síndico municipal; regidores de Hacienda, Salud, Obras, Educación, Ecología; tesorero municipal; secretario técnico y a un representante de la zona Tierra Amarilla. Además, el propio municipio tiene la atribución de nombrar a los comités de Agua Potable, Salud, Obras, Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Festejos e Iglesia, Alumbrado Público, Padres de Familia y del programa federal PROGRESA.

La población total del municipio, según el Censo de Población y Vivienda realizado por el INEGI en el año 2000, era de 3,329 habitantes. Diez años después, el censo 2010 registra una ligera baja poblacional; de 3,329 habitantes en 2000 a 3,252 habitantes en 2010.²⁹ A reserva de realizar una investigación sobre patrones migratorios, podemos suponer que la disminución población tiene su origen en el fenómeno de emigración debido a las condiciones de muy alta marginación del municipio.

En el Censo del año 2000 se registró que el 54% de la población en Santa María la Asunción es femenina y, el 46%, masculina. Por otro lado, el 97% de la población hablaba el mazateco como primera lengua y el 90% profesaba la religión católica. Diez años después, y con los datos del Censo 2010, el porcentaje de mujeres sube a 55.71% y, el de varones, disminuye al 44.28%, con lo cual la brecha de género se profundiza. Otro dato que llama la atención entre estos dos censos es el de la religión. Del 90% de fieles católicos registrados por el INEGI en 2000, el porcentaje disminuye a 74.69%, incrementándose el número de habitantes que practican otras religiones no católicas.

3.3 Condiciones Socio-Económicas de la Comunidad de Santa María Asunción.

Según el diagnóstico de salud de Santa María La Asunción (2012), el cual fue elaborado por un médico de la clínica, específica que la comunidad cuenta con la

²⁹ Indicadores sociodemográficos de la población total y la población indígena 2010, Oaxaca, 396 Santa María la Asunción. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI).

siguiente infraestructura general: una escuela preescolar, una primaria de educación bilingüe, un centro de educación inicial en su agencia de Llano de Agua, un preescolar, una primaria bilingüe y una tele-secundaria, Posee, además, una unidad de salud perteneciente a la Secretaría de Salud, canchas de basquetbol, agua potable, alumbrado público y pavimentación en algunas zonas, policía municipal, casetas de teléfono fijo, televisión satelital, una iglesia y capillas católicas. La unidad de segundo nivel de atención en salud se ubica a 13 kilómetros de distancia, y 45 minutos de recorrido, en la población de Huautla de Jiménez. Se trata de un hospital regional del IMSS.³⁰

Sobre el analfabetismo, México contaba en 2010 con una media de 6.9 entre mayores de 15 años, según datos del INEGI. Por su parte, el estado de Oaxaca era la tercera entidad federativa con el registro más alto de analfabetismo (16.3) después de los estados de Guerrero (16.7) y Chiapas (17.8). En contraste, los estados con menor analfabetismo eran el Distrito Federal (2.1), seguido por Nuevo León (2.2), así como Coahuila y Baja California (2.6). En Santa María la Asunción, Oaxaca, alrededor del 40.28% de la población mayor de 15 años es analfabeta.³¹

En cuanto al promedio de escolaridad de la población mayor a 15 años, México cuenta con una media de 8.6; en contraste, el grado de escolaridad del estado de Oaxaca es de 6.9, ocupando el penúltimo lugar comparado con el resto de las entidades federativas, lo que indica que sólo una parte de la población de

³⁰ Diagnóstico de salud obtenido de la comunidad Santa María la Asunción en el año 2012.

³¹ *Ibid.*

15 años y más cuenta con educación media superior³². Santa María la Asunción es el sexto municipio con menor grado de escolaridad a nivel nacional (3.3), dejando atrás a otros municipios de los estados de Oaxaca, Veracruz y Guerrero. En contraste, los tres municipios o delegaciones con mayor grado de escolaridad son las delegaciones Benito Juárez (13.9) y Miguel Hidalgo (12.3), ambas en el Distrito Federal, y San Pedro Garza García en Nuevo León (12.3). En este municipio el 29.95% de la población ha cursado la primaria, el 28.46% la secundaria, el 1.09% la preparatoria y el .06% estudios profesionales.³³

Sobre el índice de marginación, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) ubica a Santa María la Asunción como un municipio de alta marginación, el número 30 a nivel nacional. El propio CONAPO cataloga a este municipio con un Índice de Desarrollo Humano bajo, correspondiente al 0.485 y al lugar número 2417 a nivel nacional.³⁴

Los principales sectores económicos y productivos del municipio corresponden al comercio, los servicios y la agricultura. La población económicamente activa, según el INEGI, corresponde al 34% aproximadamente del total de la población, de los cuales la mayoría son hombres. Por su parte, la población económicamente inactiva corresponde al 31% y del resto no está especificada su condición o no está en edad de laborar³⁵. El 48.23% de las

³² INEGI (2010). Principales resultados del Censo de Población y Vivienda. [En línea]. México, disponible en: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi_result/cpv2010_principales_resultadosV.pdf [Accesado el día 10 de junio de 2013].

³³ Diagnóstico de salud obtenido de la comunidad Santa María la Asunción en el año 2011.

³⁴ Morales, José Ramón. Plan Municipal de Desarrollo Rural Sustentable, Santa María la Asunción, Consejo Municipal de Desarrollo Rural Sustentable. Trienio 2008-2010

³⁵ *Ibid.*

familias en Santa María la Asunción sobreviven con menos de un salario mínimo, el 49.91% con un salario mínimo y el 2.85% con más de un salario mínimo.³⁶

A partir de la migración, las personas buscan en otros lugares mejores oportunidades y se van a los lugares urbanizados locales, regionales, nacionales e internacionales. Según las estadísticas, este fenómeno no corresponde exclusivamente a Santa María la Asunción sino a toda la Sierra Mazateca. Se considera, por otro lado, que a pesar de los datos, y en comparación con otros estados, la Sierra Mazateca presenta un índice de migración bajo en comparación a otros puntos del país. De hecho, el índice de remesas recibidas por efecto de la migración es mediano según estudios realizados por el CONAPO.³⁷

En el grupo mazateco se utilizan los siguientes términos para marcar una diferenciación social: *chjotayomah* para la gente con menos recursos económicos, también significa campesino; por otro lado, *chjotanyina* se emplea para referirse a los ricos. Entre los factores de diferenciación están la posesión de tierra y el control del comercio y de los transportes que han quedado en mano de un pequeño grupo nativo. Lugar privilegiado ocupan los sabios y las personas de edad avanzada, cuya sabiduría y experiencia son las claves de su prestigio.

En un alto porcentaje, la tenencia de la tierra es privada. El acceso a la posesión de la tierra es desigual, hay quienes poseen grandes extensiones de 20, 30 y hasta 100 hectáreas, pasando por los que cuentan con terrenos más o menos pequeños, hasta los que carecen de ella y se ven obligados a rentar.

³⁶ Diagnóstico de salud obtenido de la comunidad Santa María la Asunción en el año 2012.

³⁷ Morales, José Ramón. Plan Municipal de Desarrollo Rural Sustentable, Santa María la Asunción, Consejo Municipal de Desarrollo Rural Sustentable. Trienio 2008-2010

La tierra es el principal espacio de trabajo con el que cuenta la comunidad. Lo que más se siembra es: mango; plátano de diversas clases; caña; guayaba; durazno; café; aguacate; jitomate; cítricos como limón, naranja, lima; leguminosas como distintas especies de frijol; tubérculos como yuca, camote y papas; chiles verdes manzanos; verduras como cilantro, epazote, hierba santa; variedad de quelites y guajes. Entre las flores que más se producen destacan las hortensias, begonias, jazmines, rosas, tulipanes, alcatraces y gladiolas. Otras actividades productivas de la región son la caza del conejo y de la tuza; así como la obtención de maderas tipo cedro, rosadillo y otate.

3.4 Proceso salud-enfermedad de la población Santa María Asunción.

Según el Censo de Población y Vivienda 2010, elaborado por el INEGI, el 33.8% de la población mexicana no cuenta con ningún tipo de derechohabiencia. Quienes sí cuentan con servicios de salud, 48.8% son atendidos en el IMSS; 36.2% en el Seguro Popular; 8.7% en el ISSSTE; 2.8% en instituciones privadas; 1.5% en Pemex, Defensa o Marina; 1.2% en el ISSSTE estatal y 2.3% en otras instituciones.

Si bien en México el 64.6% de la población cuenta con uno o más servicios de salud, en el caso del Estado de Oaxaca sólo el 56% tiene algún tipo de derechohabiencia. En contraste, el resto del país, a excepción de los estados de Michoacán (54.2%), Guerrero (53.3%) y Puebla (49.5%) tienen tasas de cobertura mayor que las de Oaxaca. En el caso del municipio de Santa María la Asunción, el

53.6% no cuenta con servicios de salud y, de la minoría que sí lo tiene, el 30.0% cuenta con Seguro Popular (CDI, 2010). Además, por cada 774.5 habitantes, existe un médico y una enfermera.³⁸

En el documento Microrregión 13: Zona Mazateca, elaborado por la Secretaría de Desarrollo Social y Humano del Estado de Oaxaca, y que utiliza datos de 2000, 2005 y 2010, se ubica al municipio de Santa María la Asunción con un porcentaje del 70.3 años de esperanza de vida, al Estado de Oaxaca con 73.5 años y, a nivel nacional, el porcentaje alcanzaría el 74.6 años de vida.

En el diagnóstico de salud del centro de salud de Santa María Asunción se ubica como fauna nociva a moscas, cucarachas, mosquitos, ratas y víboras. Inclusive, se han identificado a 248 perros y 39 gatos, los cuales pueden ser transmisores de la rabia, por lo que se ha vacunado al 91.5% en el primer caso y al 82% en el segundo.

Este diagnóstico reporta que la contaminación del medio ambiente está dada en el aire, principalmente, por incineración de basura y defecación a ras del suelo. La del agua, por falta de limpieza en los pozos de abastecimiento e insuficiencia de drenaje y, la de la vivienda, por falta de aseo del hogar, mala disposición de excretas de animales, mala disposición de basura orgánica e inorgánica, así como mala disposición de aguas contaminadas.

En cuanto a las viviendas en este municipio, el 62% tiene piso de tierra, el 56% cuenta con paredes de adobe y el 85% con techo de lámina galvanizada. En

³⁸ Diagnóstico de salud obtenido de la comunidad Santa María la Asunción en el año 2012.

el 97% de las viviendas el combustible más usado es la leña, muy por encima del gas intradomiciliario (3%).³⁹

Sobre hábitos higiénicos, el 68% de los habitantes del municipio se bañan y cambian de ropa diariamente y, el 20%, lo hace cada segundo día según las autoridades locales de salud. El 78% de las viviendas se limpian una vez al día y, el 14%, cada tercer día; lo cual lleva a concluir, a estos funcionarios, que existen “regulares hábitos higiénicos”. Por otra parte, el agua se abastece a los domicilios a través de tanques. Según el centro de salud municipal, el 93.12% recibe agua entubada intradomiciliaria y el 7% agua entubada extradomiciliaria. Pozos, norias, ríos y lluvias son reportados con registro cero.

En cuanto a la disposición de excretas, el mayor porcentaje se realiza vía letrinas (74.50%), posteriormente a ras de suelo (14.95%), drenaje (7.53%) y fosa séptica (3.18%). El 76% de los habitantes eliminan la basura a través de la incineración, el 9.5% por enterramiento y sólo el 8.8% a cielo abierto.

Oaxaca, en comparación con el resto del país, se ubica en el último lugar de entidades en donde las viviendas particulares cuentan con drenaje (70.8%) y el penúltimo con agua entubada (69.5%).⁴⁰

³⁹ Diagnóstico de salud obtenido de la comunidad Santa María la Asunción en el año 2011.

⁴⁰ INEGI. Perspectiva estadística. Oaxaca. Diciembre, 2012

3.4.1 Morbilidad-mortalidad en el municipio de Santa María la Asunción

Según el diccionario de la Real Academia Española, morbilidad se refiere a la proporción de personas que se enferman en un sitio y tiempo determinado. Para Alejandra Moreno, Sergio López y Alexánder Corcho la enfermedad se puede medir a través de la prevalencia y la incidencia:

La prevalencia se refiere al número de individuos que, en relación con la población total, padecen una enfermedad determinada en un momento específico. Debido a que un individuo sólo puede encontrarse sano o enfermo con respecto a cualquier enfermedad, la prevalencia representa la probabilidad de que un individuo sea un caso de dicha enfermedad en un momento específico. La incidencia, por su parte, expresa el volumen de casos nuevos que aparecen en un periodo determinado, así como la velocidad con la que lo hacen; es decir, expresa la probabilidad y la velocidad con la que los individuos de una población determinada desarrollarán una enfermedad durante cierto periodo. (Moreno, López y Corcho, 2000).

Por su parte, el concepto de mortalidad expresa la magnitud con la que se presenta la muerte en una población en un momento determinado. La mortalidad refleja la dinámica de las muertes acaecidas en las poblaciones a través del tiempo y el espacio, y sólo permite comparaciones en este nivel de análisis. La mortalidad puede estimarse para todos o algunos grupos de edad, para uno o ambos sexos y para una, varias o todas las enfermedades. La mortalidad se clasifica de la siguiente manera: a) general y b) específica (Ibid, 2000).

La mortalidad general, a diferencia de la específica, “es el volumen de muertes ocurridas por todas las causas de enfermedad, en todos los grupos de edad y para ambos sexos. La mortalidad general, que comúnmente se expresa en

forma de tasa, puede ser cruda o ajustada, de acuerdo con el tratamiento estadístico que reciba” (Ibid, 2000). Si bien la mortalidad cruda obedece a la relación entre volumen de muertes ocurridas en un periodo y el tamaño de la población; la mortalidad ajustada considera las posibles diferencias en la estructura (como puede ser edad y sexo) de las poblaciones analizadas, lo que permite hacer comparaciones entre éstas.

La mortalidad específica, según estos autores, supone una variación entre los distintos subgrupos de la población y se divide para su estudio. “Cada una de las medidas obtenidas de esta manera adopta su nombre según la fracción poblacional que se reporte. Por ejemplo, si las tasas de mortalidad se calculan para los diferentes grupos de edad, serán denominadas tasas de mortalidad por edad”. (Ibíd., 2000).

En el diagnóstico de salud de Santa María Asunción, realizado por el Médico de la comunidad, se advierte que la tasa de mortalidad general, en 2011, fue de 9.03 por mil habitantes, resultando las principales causas el paro respiratorio, la insuficiencia cardiaca, el traumatismo craneoencefálico, la falla hepática y el infarto agudo al miocardio. Entre las causas de morbilidad más frecuentes se ubican las infecciones respiratorias agudas (917 casos al año), lumbalgias y mialgias (232 por año), enfermedades diarreicas agudas (191 por año), infecciones en vías urinarias (158 por año), gastritis (7.61 por año) y colitis (6.71 por año). Otros padecimientos presentes en el municipio son conjuntivitis, alergias, otitis media aguda e infecciones de transmisión sexual. En este mismo

documento la mortalidad por sexo predomina en mujeres con una tasa de 5.16 en relación a los varones, quienes presentan una tasa de 3.87.

Problemas como alcoholismo, desnutrición y deficiente salud bucal se observan en el municipio. El consumo de alcohol (42%) representa la principal toxicomanía detectada por los agentes médicos, seguida del uso de medicamentos sin receta (sic) (11%). El 26% de la población menor de cinco años sufre desnutrición, mientras que en la población mayor a 10 años y adulta la tasa sube a 30%. Por otro lado, se registra una salud bucal deficiente, pues sólo el 38% de la población accede a cepillado dental diario.⁴¹

Es interesante como clasifica este diagnóstico la automedicación, que cabría en el rubro de medicamentos sin receta, como una toxicomanía. Aquello que sale del control del marco de la medicina institucional se convierte en un problema de salud.

Los cuadros de morbilidad se encuentran relacionados con las condiciones de vida de la población, existe un porcentaje considerable de desnutrición en niños, y también en adultos, con una tasa más elevada. Pese a los programas sociales, se nota que no es posible detener el proceso de desnutrición en generaciones posteriores, tal como lo intenta el propio programa. La pobreza sigue siendo el origen de distintos padecimientos de la población en la comunidad.

⁴¹ Diagnóstico de salud obtenido de la comunidad Santa María la Asunción en el año 2011.

Para 2011, 86 mujeres recibieron cobertura en métodos de planificación familiar, lo que representa el 19.90% de las mujeres en edad fértil. De este universo, el 41.86% utiliza métodos definitivos, el 32.55% hormonales y, el 24.41, el dispositivo intrauterino (DIU).

3.5 Prácticas tradicionales de salud en la comunidad de Santa María la Asunción

Llama la atención que el diagnóstico de salud de Santa María Asunción maneje una clasificación de “medicina tradicional” de la siguiente manera:

Cuadro 5 Clasificación de Medicina tradicional según el centro de Salud de Santa María la Asunción.

Medicina tradicional	Número	%
Partera	0	0
Curandero	389	86.25
Yerbero		
Huesero	82	18.18
Boticario	0	0
Otros		
T O T A L		100

Esta relación, contrasta con los datos etnográficos a presentar en el próximo capítulo, ya que simplifica las prácticas de la medicina tradicional en Santa María Asunción a dos categorías de especialistas: curanderos y hueseros. Si bien la

influencia de la medicina tradicional ha perdido fuerza (Luna, 2007), ésta todavía resulta importante.

Los mazatecos llaman a los curadores *shuta tshinea* (gente sabia) y, a los hechiceros, *shuta teej* o *shuta taa*. Tanto el *tshinea* como el *teej* entre lo terrenal y lo sagrado. Al principal curandero se le conoce como *tshinea ditho*, quienes necesitan el aval de la comunidad son llamados *tshinea thingui*, para algunos autores los elementos utilizados los tipifican como psicotrópicos tal como señala Luna:

El uso de psicotrópicos es común entre los chamanes; así pues, manipulan lo religioso. El chamán, bajo la influencia de los psicotrópicos, hace un “vuelo mágico”, y en él abandona su cuerpo para intentar comunicarse con los espíritus de la naturaleza, el “cielo” y el “infierno”; puede comunicarse con los animales, las plantas y la naturaleza. (2007: 24).

En el próximo capítulo se explorará el trabajo de algunos médicos tradicionales, las significaciones de sus prácticas y las tensiones existentes entre sus prácticas y las de la medicina hegemónica.

Capítulo 4. Metodología.

4.1 Justificación

Cuál es la importancia de realizar una investigación en la comunidad de Santa María la Asunción, cuál es la trascendencia para el campo de la promoción de la salud el conocer la percepción que tienen los habitantes de la comunidad sobre la medicina hegemónica y visibilizar sus prácticas tradicionales en salud. Si bien estas preguntas se contestan en el desarrollo del trabajo, es necesario partir de un primer elemento. Sobre las prácticas curativas en la Sierra Mazateca se ha hablado mucho. La difusión de la figura de María Sabina ha sido importante y ha despertado el interés en distintos medios académicos. En segundo lugar, pertenezco a la comunidad de Santa María la Asunción y existe una riqueza en medicina tradicional, la cual ha convivido durante los últimos años con la medicina institucional y, cabe señalar, que no hay necesariamente una lucha entre ambas.

Para la promoción de la salud es un campo importante de trabajo ya que muchos enfoques están centrados en la medicina hegemónica y en contextos urbanos, se ha puesto poca atención al trabajo en salud en las comunidades indígenas.

A las prácticas tradicionales de atención a la salud indígena se les han restado importancia por las instituciones de salud así como por la población urbana asentada en las metrópolis. El propio Estado no reconoce la importancia de la mismas y lo que ha hecho es llevar a cabo programas generales de salud en

comunidades indígenas sin considerar los contextos sociales y culturales específicos de unas y otras. Por ejemplo, los impulsados por la Secretaría de Salud (en conjunto con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas), el IMSS-Solidaridad, las secretarías estatales de salud, el Instituto de Seguridad Social y Servicios para Trabajadores del Estado, el Sistema Nacional Para el Desarrollo de la Familia y otras organizaciones tanto del sector público, como social.

De acuerdo a los datos epidemiológicos de Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), las comunidades indígenas siguen teniendo problemas graves de salud: enfermedades diarreicas, infecciosas y respiratorias, contrario con el perfil nacional en el que predominan las enfermedades crónico degenerativas.

Los programas se han convertido en una bandera política-electoral, como el caso de Oportunidades, y no han roto con la pobreza generacional, ni han mejorado las condiciones de salud y educación en las poblaciones.

Por otro lado, cuando los profesionales de la salud realizan trabajo con los pueblos indígenas, parten de paradigmas biomédicos para explicar la realidad. Habrá que preguntarse por qué a los médicos que estudian varios años en las universidades se les dificulta relacionarse con las comunidades indígenas y reconocer las prácticas tradicionales de salud. Posiblemente, porque la disciplina en la que se forman parte de un modelo científico positivista.

No existe un entendimiento del contexto cultural de los indígenas, aun cuando hay una normatividad jurídica como el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, el cual fue aprobado por la Cámara de Senadores el 11 de julio de 1990.

La promoción de la salud es un campo de conocimiento que permite entender la salud como una categoría compleja, producto de una construcción social de los distintos grupos humanos; así, las prácticas tradicionales de salud de los indígenas mazatecos se convierten en objeto de estudio de la promoción de la salud desde el momento que se reconoce que hay diferentes maneras de entender a la salud y que los indígenas han desarrollado prácticas que tienen que ver con su historia, su identidad, sus saberes, lo cual nos permitirá -a los promotores de salud- tener un ejercicio profesional ligado al entendimiento de un México intercultural.

4.2 Tipo de estudio

Éste es un estudio descriptivo. La investigación nos permitirá analizar la percepción que tienen los indígenas mazatecos sobre la medicina hegemónica, describir y analizar sus prácticas en salud desde su construcción colectiva. También es transversal, ya que se revisan las percepciones y las prácticas en la actualidad. No se pretende realizar un análisis histórico de las prácticas; sin embargo, la historia de las mismas es inherente a su ejercicio cotidiano.

La metodología parte de un paradigma cualitativo en donde son los actores sociales quienes construyen los elementos de explicación de su propia realidad. Lo más importante es entender los hechos desde la mirada de los actores; por ello, la validez de los datos sólo puede ser efectiva a partir de la revisión de los sujetos sociales quienes, a su vez, han ayudado a entender y describir una realidad específica.

4.3 Técnicas e instrumentos

Se aplicaron entrevistas individuales a informantes clave considerando que poseen conocimientos y experiencias relevantes y se encuentran en una posición en la comunidad que les permite brindar información rica y relevante (Rojas, 1999). La entrevista permite un acercamiento directo con los sujetos que brindarán la información.

Taylor (1987) menciona que la entrevista es la herramienta de excava para adquirir conocimiento de la sociedad, los científicos sociales reposan en gran medida sobre relatos verbales. La entrevista puede ser individual o colectiva. Esta tiene características propias, ya que el entrevistador no sólo se tiene que relacionar con cada miembro individualmente, sino también con todo el grupo. En esta situación desarrolla roles y balancea las relaciones de poder competitivo dentro del grupo.

Se aplicaron entrevistas semi-estructuradas o semi-estandarizadas, las cuales permiten cierto margen para la reformulación y la profundización en

algunas áreas, combinando algunas preguntas abiertas con preguntas cerradas. Por lo general, existe una pauta de guía de la entrevista, en donde se respeta el orden y el fraseo de las preguntas.

Con algunos informantes, como los sabios, se aplicaron entrevistas a profundidad, las cuales consisten en encuentros reiterados, cara a cara, entre el investigador y los informantes clave, encuentros dirigidos hacia la comprensión que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan en sus propias palabras (Taylor, 1987).

La observación participante es otra de las técnicas que fue aplicada en el proceso de investigación. Es una técnica en la que el investigador hace uso de la observación como una forma de adentrarse a las tareas cotidianas de los miembros de la comunidad, conocer de cerca las expectativas y las percepciones y prácticas de los curadores implicaba participar de cerca con la comunidad, ser parte de ella, por ello viví durante 12 meses dentro de la comunidad, para poder reencontrarme con sus miembros.

La observación es la técnica más común de investigación, sugiere y motiva los problemas, conduce a la necesidad de la sistematización de los datos, hace referencia explícita a lo que se percibe.

Respecto a los instrumentos utilizados se contó con una guía de observación y una guía de entrevista, mismas que se integran en los anexos. Se tuvo presente siempre el diario de campo.

4.4 Criterio de selección de los sujetos

Se trabajó con adultos mayores, chamanes y sabios, los cuales son los curadores tradicionales indígenas de la comunidad, así como con parteras. También con mujeres y hombres que solicitan la ayuda de los sabios/chamanes para el cuidado de su salud. Es importante señalar las dificultades que se presentaron en las entrevistas con los sabios ya que no permitieron ser grabados por considerar que la información no puede ser utilizada de forma equivocada. Tampoco aceptaron que se les tomaran fotografías porque no saben para qué será utilizada su imagen.

Los sabios de la comunidad aceptaron varios encuentros, siempre y cuando fueran acordados con anticipación.

La aplicación de las entrevistas fue realizada en lengua mazateca, lo que permitió un mejor acercamiento con los entrevistados para poder acceder a la información de forma más fidedigna. Hablar su lengua permitió una mayor aceptación por parte de los entrevistados.

La mayor ventaja de pertenecer a la comunidad es la confianza que se genera con los entrevistados, tanto sabios como parteras mostraban una mayor disposición en el momento que identificaban su lengua. Pertenecer a la comunidad me permitió establecer un mismo campo de significados, aun así, se corre el riesgo que lo dicho por el otro no se plasme de forma fiel. Está la mediación de quien traduce y, de entrada, es un velo al verdadero significado que el otro nos dice y que el investigador trata de decir: la palabra del otro.

Capítulo 5. Análisis de resultados

Partimos de la concepción que los habitantes han construido de la salud-enfermedad a partir de su cosmovisión y del contexto social en el cual se ubican y de la clasificación de los problemas por los sabios o chamanes, curanderos y parteras. Lo hemos etiquetado como diagnósticos, no obstante, es necesario aclarar que utilizamos el término con fines prácticos considerando que en el lenguaje de los sabios o chamanes el término no existe. También se analizan sus prácticas curativas a partir de elementos utilizados y sus significados, los problemas que han enfrentado las parteras en su práctica cotidiana y cómo se ha ido construyendo, en la comunidad de Santa María la Asunción, la percepción respecto a la medicina hegemónica ubicada como la científica desde el discurso institucional.

Por otro lado, se aclara que el término de chaman o sabio es indistinto para la comunidad, para fines de la investigación se utilizó en ambos sentidos y los nombres de éstos y de los curanderos serán omitidos a lo largo de las entrevistas transcritas, respetando la solicitud de los mismos de no aparecer su nombre en la presente investigación. El siguiente cuadro que permite identificar a cada uno de ellos:

Cuadro descriptivo de los curadores tradicionales indígenas en la comunidad

Chamán o Sabio	Son aquellos que guían para realizar viajes, interpretan los sueños y cuidan de la salud, leen el maíz, realizan limpiezas con el huevo, hacen preparaciones con el cacao y con San Pedro. Guían el camino, otorgan sabiduría, entienden las enfermedades del espíritu.
Curandero	Son aquellos que se enfocan a la hierbas, ellos se encargan de curar infecciones o heridas, pues su especialidad son las plantas y tratar infecciones de alguna cortadura o mordida de serpientes o de otros animales. Su saber es generacional.
Partera	El principal trabajo de estas mujeres es acompañar a las mujeres embarazadas durante el embarazo, acomodar al producto para que nazca bien y sano. Después del nacimiento, las parteras se encargan de que estas mujeres se bañen en el temazcal por lo menos tres veces a la semana durante la cuarentena. También ellas se encargan de ver el desarrollo del niño.

5.1 Terapéutica medicinal mazateca (análisis descriptivo)

Concepto de Salud- Enfermedad

Salud para los indígenas del Municipio Santa María la Asunción está definida por la alegría, estar de pie, tener que comer, beber, ir a trabajar, estar con los amigos, con la familia, estar bien con la naturaleza y con el señor (Dios), disfrutar del cielo y platicar sobre los asuntos que uno trae pendiente, la comunicación entre los hijos, vivir en armonía, no pelear por la tierra y sólo trabajar para estar mejor con el entorno. No sufrir dolor, estar feliz, visitar a los parientes, cuidar a los animales, realizar actividades, que todos en la familia estén sanos, que cada uno de

nuestros hermanos e hijos trabajen, estar en paz con los dueños de los cerros y la tierra, poder elegir las hierbas y ayudar a los otros. En esta definición podemos observar la relación con la naturaleza, con la tierra, en una comunidad que tiene como una de sus principales actividades el cultivo de la tierra, el vínculo con la misma que ha sido heredada por generaciones:

[...] estar bien, es el trabajo y el alimento, la alegría, las visitas de la familia, sembrar y cosechar todo lo que uno siembra y luego ya que esté poder repartir a los familiares y amigos más cercanos, eso es estar bien porque compartes lo que siembras cuando se cosecha, a la gente se les reparte y además se les manda a sus familiares [...] hay algunos que no tienen un pedazo de tierra para sembrar entonces es bueno compartir.⁴²

La tierra no sólo es la posibilidad de alimentarse, sino el establecer un nexo permanente con la comunidad, tal como se expresa en la entrevista a uno de los sabios. No olvidemos que un concepto fundamental en la cultura mazateca es el de *nashinandá*, o pertenencia a la comunidad, en el que intervienen dos factores asociados, el nacimiento y el principio de participación, en este último se finca la filiación comunitaria.

Para las mujeres de la comunidad, la salud también implica estar “llenitas” o “gorditas”, evalúan a la misma por la talla y peso de las personas, mientras más obesas, su condición es mejor.

En la concepción de las mujeres respecto a la enfermedad, encontramos dos elementos adicionales: el concepto de dolor y el cuidado de los otros. Estas mujeres han sufrido históricamente una triple opresión: de clase, de género y por ser indígenas. El dolor es parte de la enfermedad porque les imposibilita continuar

⁴² Sabio1. Entrevista realizada el 21 de abril del 2011

con sus faenas cotidianas, la alusión del dolor está dentro del marco del cuerpo habilitado para el cuidado de los otros.

Respecto al concepto de enfermedad, y cómo la viven, las y los indígenas de Santa María la Asunción la definen de un modo particular: la enfermedad hace perder la voluntad propia, se va debilitando el conocimiento, las personas pierden la noción de tiempo, se pierden así mismos, tal como lo señala Erasto: “Ahora que estuve enfermo no me daba cuenta de los días que había estado en la cama, no percibía la hora y tampoco sabía cómo estaba el tiempo”.⁴³

La enfermedad se encuentra relacionada con la tristeza, y aparece nuevamente el vínculo con la tierra. Desde su cosmovisión, la naturaleza también se enferma porque la naturaleza puede secarse y la producción de la tierra se paraliza. De ahí la importancia del cuidado del entorno físico, puesto que si la naturaleza se enferma, la comunidad también se enferma de tristeza al no contar con alimentos, tanto para la familia como para los animales que en ella viven, principalmente. La imposibilidad de trabajar los coloca en una situación de dependencia que afecta al colectivo no sólo familiar, sino comunitario. La afectación de los otros miembros es motivo de profunda preocupación:

[...] lloran por la incapacidad de no poder ayudar a su familia, me doy cuenta que sufren al verme acostado y sobre todo que no ven buenos resultados y pronto; al ver a mi familia, me duele porque no me gusta verlos o escucharlos que sufren por mí. El malestar del cuerpo y la mente es lo peor que le puede llegar a suceder a un ser humano, la enfermedad te va corrompiendo si es que está en la parte física y mental de tu cuerpo, te mata sin darte cuenta y tampoco la familia se entera sino que hasta que sucede (...) tu familia te visita, pero la conversación entre mis familiares y yo pues es escasa. Estar en cama te limita muchas cosas, desde estar

⁴³ Entrevista realizada el 28 de octubre del 2011.

*separada de tu familia, necesitas de ayuda; estar malo, no comes, te da tristeza, lloras, estás tumbado. No tener salud es igual a no servir para nada, porque nada haces, sólo más problemas con la familia. Una cosa más es que la enfermedad no sólo es del cuerpo, es de todo lo que está en la tierra, en los árboles, en el cielo, en el agua, aquí mismo en el piso, entre el individuo y la naturaleza no existe una comunicación.*⁴⁴

También encontramos que las formas de enfrentar la muerte parte de una cosmovisión particular, de costumbres muy arraigadas existentes en la comunidad de Santa María la Asunción. Se observa que el mayor arraigo está en las generaciones de adultos, por ello algunas personas se oponen a tratamientos que impliquen un cambio o mutilación en su cuerpo, aun cuando médicamente se les prescriba una mayor esperanza de vida si son sometidas a cirugías o tratamientos médicos. Para los mazatecos, las personas deben ir completas en el ataúd, se prohíbe la cremación porque no se sabe a dónde se llegará, tampoco es permitido mutilarse o volverse polvo. Cabe mencionar que probablemente existan en otros municipios variantes respecto a sus tradiciones frente a la muerte, la visión de los habitantes de la comunidad de estudio puede clarificarse en lo señalado por uno de los entrevistados:

Mi tía abuela falleció de cáncer, eso no se había escuchado aquí en el pueblo, y la tía no padecía ningún dolor. Cómo nos dimos cuenta de eso, uno de esos días, como de costumbre, vinieron sus hijos y la llevaron a la ciudad, los médicos le dijeron que estaba muy enferma y le harían muchas cosas, mi tía ya no tendría su cabello blanco y largo y además le quitarían un pedazo de su cuerpo. Mi tía no quiso que le hicieran, no estaba de acuerdo ya que las costumbre son muy claras. Tres meses después ella falleció a la edad de 75 años, pero completa, pudiendo

⁴⁴ Emilio y Avelino, entrevistas realizadas el 14 de abril y el 16 de agosto de 2012

haber vivido como cien años o más porque nosotros vivimos mucho tiempo y esos últimos meses mis primos venían cada quince días a visitarla y ella era feliz”⁴⁵

Que la enfermedad coloque a las y los indígenas en una posición de dependencia afecta gravemente su estado de ánimo, además de identificar de forma clara el impacto económico y moral para toda la familia, la cual puede enfermarse completamente porque les inunda de la misma manera la tristeza. En las distintas entrevistas, la preocupación por la tierra es un aspecto presente en todo momento cuando se habla de enfermedad: abandonar la cosecha y perderla es perder el sentido de la vida, del individuo en donde se afecta toda una familia y muchas veces la mayoría de la comunidad, en una comunidad donde la subsistencia depende de la producción de autoconsumo del maíz, frijol, café, quelites y chiles que se siembran en el patio trasero conocido como huerto familiar. La enfermedad también puede ser vivida como un proceso colectivo y solidario porque la comunidad se congrega por un mismo objetivo, ver por la persona que está delicada de salud. Son las mujeres, principalmente, las que llevan alimentos a las y los enfermos, los productos pueden variar de acuerdo a la edad, género o tipo de padecimiento: a las personas de edad madura se le lleva atole de dulce y atole agrio, tacos de guisado con bastante epazote dependiendo de la temporada y si alguna familia está cosechando en ese momento. También es importante mencionar que a las personas enfermas, dentro del cuidado, se le realiza limpia; no deben comer huevo ni frijol negro, pues eso los debilitaría y complicaría una pronta recuperación, “como se ha limpiado con huevo, se consume nuevamente lo

⁴⁵ Brígida. Entrevista realizada el 10 de agosto del 2011

que se ha limpiado.” Existe una visión colectiva al ubicar que una persona enferma es problema de toda la comunidad.

La percepción de salud-enfermedad parte no sólo de la cosmovisión mazateca con referencia a su filiación comunitaria, sino a partir de sus condiciones materiales de vida. Podemos ver a lo largo de sus explicaciones que en el concepto salud-enfermedad está presente la relación con el trabajo como una forma de subsistencia.

En la comunidad los servicios de salud son limitados, los entrevistados señalan la falta de medicamentos básicos y, si se les encuentra algún padecimiento grave, tienen que viajar a la ciudad de Oaxaca, lo cual limita el derecho al acceso a la salud.

Por otro lado el índice de marginación, de acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO), ubica a Santa María la Asunción como un municipio de alta marginación, el número 30 a nivel nacional. La propia CONAPO cataloga a este municipio con un Índice de Desarrollo Humano bajo, correspondiente al 0.485 y al lugar número 2,417 a nivel nacional.⁴⁶ Por otro lado, el fenómeno de la migración⁴⁷ ha generado que las personas busquen en otros lugares mejores oportunidades y se van a los lugares urbanizados locales, regionales, nacionales e internacionales. Estos datos en su conjunto construyen el colectivo respecto al concepto de salud-enfermedad a partir de sus condiciones de vida.

⁴⁶Plan Municipal de Desarrollo Rural Sustentable Santa María la Asunción, Consejo municipal de desarrollo rural sustentable trienio 2008-2010. Ing, José Ramón Morales Rodríguez asesor en desarrollo rural.

⁴⁷ Según las estadísticas, este fenómeno no corresponde exclusivamente a Santa María la Asunción sino a toda la Sierra Mazateca. Se considera, por otro lado, que a pesar de los datos, y en comparación con otros estados, la Sierra Mazateca presenta un índice de migración bajo en comparación a otros puntos del país así. De hecho, el índice de remesas recibidas por efecto de la migración es mediano según estudios realizados por la CONAPO

Su relación con la tierra, el agua y los bosques es armónica y de profundo respeto, de allí se construye una concepción de salud alejada del paradigma médico hegemónico. Desde la cosmovisión mazateca, la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, ni el equilibrio físico, emocional o social, implica la relación con la naturaleza y el universo.

Diagnóstico y Atención.

El diagnóstico por parte de los sabios o chamanes, y de los curanderos, se construye de diferentes maneras. Una de ellas es a partir de algún dolor en un lugar específico del cuerpo, particularmente en brazos o cabeza, o en la sensación de “cuerpo cortado”. A partir de la narración del tipo de dolor por parte del paciente, el chamán o curandero revisa y pregunta antecedentes. La persona habla sobre su problema desde y así el especialista descubre la causa del mismo. Dependiendo de la observación, el curandero o chamán da el tratamiento.

Otra forma de diagnosticar es a partir del sueño. Cuando éste es frecuente, el chamán o curandero analiza e interpreta los elementos del sueño. Por ejemplo, soñar con algún pariente ya muerto es aviso de algún accidente o de alguna enfermedad. No es lo mismo soñar con animales que con personas, el significado es diferente y, la advertencia del especialista, cambia.

La lectura del maíz es otra manera de construir el diagnósticos. Se parte de tener 21, 34, 39 o 54 granos (el número puede variar dependiendo del sabio). El maíz curado y limpiado se guarda por lo regular en un paliacate de color rojo (el rojo representa protección y poder) o en una servilleta blanca (representa

limpieza) y, una vez envuelto, es guardado por el chamán o sabio. Se realizan tres tiradas en la mesa y se revisa las formas en las cuales se acomodaron. Si coinciden las tres veces, se establece un diagnóstico. Cuando las tiradas de maíz no coinciden, el malestar tiene otras causas. Se puede saber si alguna persona provocó el daño con intención o si es de la naturaleza, y de que está enferma la persona.

También existe la limpia del cuerpo con huevo de gallina, ramitas de ruda y cabeza de ajo. Una vez que se ha pasado el huevo por todo el cuerpo, se parte y el contenido se vacía en un vaso con tres cuartos de agua. El especialista da la explicación del resultado. Este proceso lo practican la mayoría de indígenas mazatecos, diagnostican a partir del huevo.

Cabe señalar la importancia que también le dan los curanderos a la combinación de formas de diagnóstico, tal como se muestra en la siguiente explicación:

Lo primero que uno debía hacer era tirar el maíz y depende de lo que apareciera se tenía que complementar con lo que ellos sentían del cuerpo y también si han habido algunos sueños, porque los sueños avisan y entonces uno sigue el camino para poder ayudarlos a sanar, hay veces que no encontramos el mal y se mueren, pero eso pasaba hace mucho tiempo, ahora cuando los sabios no pueden curar se van a Huautla o hasta Oaxaca y aun así se mueren, pero ya no con los sabios.⁴⁸

El contacto con las personas, a partir de lo que sienten, es muy importante para establecer el diagnóstico; el elemento tierra está presente nuevamente como parte de la cosmovisión vinculada a la naturaleza.

⁴⁸ Sabio 2, entrevista realizada 25 de octubre de 2011

Elementos utilizados y significado

Las ofrendas son elementos utilizados para la recuperación del alma y ésta no es liberada hasta pagar dicha ofrenda. El alma se pierde cuando una persona (niño, hombre, mujer o adulto) en su camino por cuevas, cerros, ríos o montañas se asustan por alguna circunstancia. Estos lugares son sagrados porque son los hogares de los dueños de la tierra, a ellos no les gusta que los molesten, como lo señala doña Elena:

No puedes hacer ruido, uno anda en el camino y siempre hay ruidos; sin embargo, no está permitido. Por ejemplo, si unos burros se encuentran en el camino y no se han visto, comienzan a rebuznar, ése es el ruido que a los dueños de la tierra no les gusta, o que los perros estén ladrando seguido. Entonces, lo que hacen estos dueños de la tierra (chikon) es que te cobran por haberlos molestado, les tienes que dar algo a cambio, mientras tú no pagues con la ofrenda que te pidan ellos se quedan con tu alma o espíritu hasta que llegues con la ofrenda pedida y esto lo sabes cuando llegas con el chaman o sabio, te explica lo sagrado del lugar. Los dueños de la tierra protegen la tierra y el universo, es por eso que te hacen pagar tus actos aunque no lo hagas intencionalmente, pero ellos no te van a estar preguntando si lo has hecho con intención o no, lo importante de aquí es el respeto a la tierra y, sobre todo, los lugares que son más sagrado como la punta del monte, la cueva que puede haber en una parte de tu terreno o la de tu vecino. Ante todo el respeto a la naturaleza.⁴⁹

Otro elemento comúnmente utilizado por sabios (*schine*) y curanderos es el huevo de guajolote, el cual tiene un poder más fuerte que el huevo de gallina porque es un animal más grande que la gallina, el tamaño implica potencia. A mayor número de pecas del huevo, mayor es el poder. Otro elemento que utilizan es la pluma de

⁴⁹ Elena, entrevista realizada 12 de agosto del 2012

un pájaro especial, un pequeño pajarito de vuelo elevado. La pluma es empleada en las preparaciones, los colores representan la alegría, la vida y el universo: "el plumaje representa la elevación y el ánimo, es un pájaro muy pequeño pero de gran vitalidad."⁵⁰

Las plumas de estos pájaros son muy valoradas por los sabios y curanderos porque su valor es alto en el mercado y es difícil conseguir las.

El cacao es una semilla que, para los chamanes, representa un poder mágico. Ellos creen que beber esta semilla da fortaleza y vida hasta después de la muerte, y colocarlo junto a las personas enfermas proporciona una doble fortaleza para sacar adelante a la persona enferma. El cacao se relaciona con la fuerza y vitalidad, tiene un poder regenerativo y curativo, pues tiene un color fuerte y un sabor amargo.

Otro de los elementos esenciales en los procesos curativos es el tabaco verde. Se muele en el metate y se mezcla con cal, la cual le da una consistencia maleable. Una vez molido en el metate, se extiende al aire o al sol para que se seque y así poder aplicarlo en un lugar específico. Se puede untar en brazos, en pecho, se combina con otros elementos para protegerlos de la persona y para que sane.

Otro elemento es el hilo rojo. El hilo sirve para reforzar, para que no se escape lo que ha sido atrapado. Éste es importante cuando el curandero o chamán envuelve. El color del hilo puede ser rojo o blanco, el rojo representa poder y fortaleza, el blanco pureza y fortaleza. Deben ser estos colores para que

⁵⁰ Sabio 4, entrevista realizada el 15 de junio del 2012

lo preparado tenga efecto y, lo malo que se haya atrapado, no salga. El papel de estraza es esencial, también cuida la obscuridad para no dejar salir lo maléfico de todo lo que encontró el huevo.

Las velas son otros elementos de las prácticas sanadoras. Para ser leídas se necesitan 13 velas color café para hacer oración. Se pide a todos los santos por la persona enferma. Son 13 velas porque los días del año son 12, siendo el número 13 para dios y para el sol, el padre del cada mañana. El Chaman prende dos veces las velas de cuatro en cuatro, a las cinco restantes sólo les reza, se prenderán en la casa del enfermo. El chamán realiza una oración y se hace mención a los muertos de la familia, se les pide a todos los dioses, principalmente a San Pedro y San Pablo, por la salud de la persona enferma. Posteriormente se le pide la virgen María.

A lo largo de las entrevistas, así como en lo registrado en la observación, podemos identificar al hongo como uno de los elementos centrales en las prácticas curativas de los indígenas de la comunidad Santa María la Asunción. No es sólo la cura del cuerpo, los hongos también proporcionan información y sabiduría porque permiten identificar los peligros en los que puede estar la familia:

El objetivo es curarnos de la enfermedad, para eso hacemos el viaje, yo hago mis viajes cada mes, cada mes porque me da espacio para pensar bien y mirar bien las cosas que protegerán a mi familia, porque soy el hombre y como tal tengo que proteger a mi familia. A como dé lugar yo realizo los viajes, entonces me preparo, tres días antes sólo tomo agua, luego trato de conseguir los niños, niñitos [se refiere a los hongos alucinógenos o (nditu, ndixo)].⁵¹

⁵¹ Sabio 1, entrevista realizada el día 21 de abril de 2011

Los hongos permiten realizar viajes. Se utilizan dos o tres pares de hongos (niño, niños, *nditu*, *ndixo*), a veces más piezas si se quiere curar desde el fondo, lograr que el demonio o diablo se aleje de las personas. Por lo regular, en el viaje hay visiones entre el bien y el mal, la lucha siempre es constante. Hay varios caminos y, en ocasiones, pueden ser traicioneros. Si la persona no se pone atenta y no busca su interior, puede quedarse en el viaje. Otra forma de perderse es a partir de no darle la importancia necesaria al evento, considerarlo que sólo es un juego, desconocer el verdadero significado del viaje y la importancia del sabio o chamán para orientar el viaje. Esta falta de entendimiento generalmente está presente en personas ajenas a la comunidad, hay muchos extranjeros que llegan a la comunidad por experimentar el viaje con los hongos:

Si la persona que viene a realizar el viaje no tiene objetivo y tampoco viene para curarse, sólo viene a jugar o a ver otras cosas y sus intereses no son buenos, se quedan en su fantasía y como es tan fuerte la ilusión, algunos se quedan atrapados ahí en su cabecita para siempre.⁵²

Cuando se recurre a los hongos por salud y se tienen los objetivos claros, las cosas salen bien. Sin embargo, también se debe saber que las primeras dos veces los hongos no te muestran nada, pues se dice que para encontrar respuestas se debe estar consciente de los objetivos, pues primordialmente los viajes se realizan por cuestión de salud y bienestar con el entorno. Los sabios señalan con certeza encontrar el camino verdadero, siempre y cuando se le tome con seriedad. Advierten lo peligroso del juego si no se tiene el contexto de la realidad y de la cultura. Los hongos pueden llevar a los sujetos a la pérdida de la

⁵² Chamana 3, entrevista realizada en mayo 2012

realidad, si sólo se toman como juego, eso va a depender del verdadero ser, es decir, a partir del respeto hacia el mundo exterior, el respeto hacia el niño o el hongo. El viaje puede enseñar nuevas oportunidades para mejorar lo que hiciste mal en tu pasado y así tener una mejor vida futura, pues en general te presenta una reflexión de tu vida, del ayer, del ahora y del mañana, después de varias veces de haberlo consumido. Algunos corren con la suerte de ver mucho, algunos nada.

De acuerdo a la cosmovisión mazateca, los viajes que se realizan con los sabios o chamanes a través de los honguitos o niños, permiten curar la salud de las personas o ayudar para que el otro tenga salud. La intensidad de la experiencia exige estar limpio; es decir, no tener pensamientos negativos, no haber consumido carne roja y no haber tenido relaciones sexuales. A los invitados que llegan a la casa de la persona enferma, no se les ofrece alimento alguno tres días antes y cinco días después de consumir los hongos, pues se considera que toda persona que se encuentre en el entorno debe tener abstinencia total. En todo momento debe existir precaución para no romper las reglas de la curación.

Se prescribe suspender la conducta sexual como una forma de respeto y de cuidado hacia el cuerpo. El individuo puede llegar a enfermarse de gravedad por no cumplir la regla. Una parte del cuerpo y de la mente están abiertas, son heridas por cerrar, de lo contrario pueden contaminarse, es algo que no se ve, pero se siente.

Perfil de las personas que solicitan ayuda

Los antepasados son el punto de partida y llegada. La comunidad de Santa María la Asunción guarda un profundo respeto por las prácticas sanadoras de los sabios, chamanes o curanderos; por ello, no se puede hablar de un perfil que identifique los que solicitan ayuda, acude la mayoría de la comunidad, desde el presidente municipal y su familia, hasta personas con ingresos mínimos. La comunidad acude porque, para ellos, es una forma natural de curarse y lo primordial es la salud. Pagan con entusiasmo porque existe la fe de que la salud llega a mejorar, inclusive se pide prestado para poder juntar desde los 100 pesos hasta los 1500 y más pesos. Depende para qué, ya que si sólo es la lectura de velas, se cobra aproximadamente 120 pesos.

Es necesario resaltar que las diferencias de clase les permiten a algunos completar sus curaciones. En caso de atención a enfermedades difíciles, se acude al médico de Huautla de Jiménez, o cuando el sabio o curandero no puede atender algunas enfermedades, tienen que recurrir a la medicina alópata.

La comunidad también ha desarrollado cambios importantes producto de los procesos migratorios. No olvidemos que Oaxaca es uno de los estados que tiene fuerte migración a Estados Unidos. Según las estadísticas, este fenómeno no corresponde exclusivamente a Santa María la Asunción, sino a toda la Sierra Mazateca. Se considera, por otro lado, que a pesar de los datos, y en comparación con otros estados, la Sierra Mazateca presenta un índice de migración bajo en comparación a otros puntos del país. De hecho, el índice de remesas recibidas por efecto de la migración es mediano según estudios realizados por la CONAPO y, aunque no el mismo porcentaje que en otras

comunidades, principalmente los más jóvenes se han alejado de las prácticas tradicionales tal como lo refiere Enrique:

Algunos les da pena seguir con nosotros que porque nosotros somos brujos y que ellos piensan que los médicos son mejores, pero yo no hago caso, siento tristeza porque mi comunidad se está transformando.⁵³

La cantidad de visitas que llegan con los sabios o curanderos va de 15 a 20 personas al mes, aun cuando ello depende de la temporada. En días de fiesta hay más visitas. En diciembre, por ejemplo, viene un nuevo comienzo, por lo tanto, hay que estar listo y limpio para recibir el año. También unos días antes de Semana Santa y de la fiesta de la comunidad aumenta el número de consultas.

Para la realización de los viajes con el hongo los meses de junio a enero son los más socorridos porque hay lluvia.

Ayudas solicitadas

La ayuda que piden los pobladores es particularmente la sanación del individuo o de algún pariente. La enfermedad o el problema no se reduce a dolores del cuerpo, es una cosmovisión compleja que implica elementos de la naturaleza, de expresar el vínculo con la tierra. Las ayudas también se relacionan con la colectividad, puede ser el pedir por los hijos migrantes para que tengan mejor oportunidad de empleo, por los miembros de la familia, por el cuidado de la tierra:

Unos llegan para curar alguna herida, o saber porqué no sana pronto la misma, también vienen para interpretar los sueños continuos que tienen las personas,

⁵³ Sabio 2, entrevista realizada el 25 de octubre del 2012

sobre todo si se ha soñado últimamente con algún familiar que ya no está en este mundo, o preparación en tiempo de siembra para que, lo que se está sembrando dé los mejores frutos o para que la gente no le haga un mal a la cosecha, esto significa que se prepara a san Pedro [conocida como la mezcla del tabaco y la cal] para que la siembra no se pierda, y para que los animales no se la coman, animales como los cuervos, las tuzas y los azotadores negros.⁵⁴

Como la construcción del concepto de salud implica no sólo enfermedades del cuerpo, sino problemas con la tierra, con los vecinos, la protección de la familia, el trabajo, su vínculo con la tierra y la naturaleza, puede entenderse entonces que las ayudas se encaminan a una diversidad de eventos.

5.2 Percepción sobre la medicina hegemónica

Para las y los entrevistados, sobre el servicio de salud hay una opinión generalizada al considerar que la atención que reciben por parte del personal de salud es mala porque no los revisan bien, que no hay toda la medicina, se pierde tiempo al no poder asistir al trabajo, no hay paciencia por parte del personal de salud.⁵⁵ Se verbaliza una molestia en la forma en que son atendidos porque no hay la interacción constante y de comunicación entre ambos. La incapacidad para ser atendidos en el centro de salud les genera problemas de orden económico al tener que trasladarse a la ciudad de Oaxaca, tal como se aprecia en la entrevista:

⁵⁴ Curandero 1, entrevista realizada el 18 de junio del 2012

⁵⁵ Para los entrevistados, el personal de salud son las enfermeras y los médicos, a quienes también los reconocen como "los de la bata blanca".

En el pueblo todos somos personas del campo y no tenemos dinero, apenas para nuestra tortilla y frijolitos, lo otro es que ir a otro lugar implica que tenemos que llevar dinero para el camión y también debemos entender lo que nos digan y si un familiar nos acompaña, pues es otro gasto. Entonces de nada sirve que esté aquí el centro de salud, porque ni nos pueden curar, por eso mejor vamos con lo que nosotros estamos acostumbrado.⁵⁶

Las parteras también comentan que si fuera posible no irían al centro de salud. Hay una molestia generalizada por las largas filas, el tiempo perdido, la distancia que establece el personal de salud con la comunidad. No existe un entendimiento con las personas que llegan a consulta, ni un interés del personal por entender las lógicas culturales de la comunidad en donde la comunicación, y el interés por los demás, es parte de su estructura identitaria. En el caso de las parteras, su vínculo con el centro salud también se da a partir del apoyo económico que les otorga. Asisten para simular que acuden a consulta y poder realizar el pase de lista, pues si llegaran a faltar a sus citas, aunque no son atendidas como es debido por parte del personal médico, ellas cumplen y no pierden el apoyo económico condicionado. Por lo tanto, es un elemento que las liga, pero no las identifica con el mismo, se encuentran obligadas a asistir por la asistencia que se les registra:

Si pudiera, no iría al centro de salud, pero voy porque tengo la necesidad de ir por mi dinerito para ayudarme un poco con la comida. Si tengo falta, entonces no me dan el dinero, y empiezan a hablar diciendo que no voy a consulta, pero bien que viene por el dinero, entonces hay que hacer todo lo que nos diga, no podemos hacer nada.⁵⁷

⁵⁶ Luisa, entrevista realizada el 14 de junio del 2012

⁵⁷ Dolores, entrevista realizada el 30 de julio del 2012

Con el chamán hay una plática y con las enfermeras parece ser que siempre están enojadas y no existe la comunicación, no te revisan bien, sólo te dicen “está usted bien, coma bien y venga su próxima cita”.⁵⁸

El problema de atención en la comunidad de Santa María la Asunción no se encuentra aislada del contexto nacional en donde la atención en los centros de salud carece de las condiciones mínimas que garanticen el derecho a la salud. Se viola el derecho a la accesibilidad, tomando en cuenta que las personas tienen que ir a la ciudad de Oaxaca. Las obligaciones del Estado por proteger la salud incluyen, entre otras, adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y a los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros; velar porque la privatización del sector salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos.

Si bien es cierto que la comunidad cuenta con un centro de Salud en donde es atendida la comunidad, la institución procura que los solicitantes cuenten con el Seguro Popular. En su mayoría lo tienen, aspecto que implicó un proceso administrativo para obtener un carnet que los acredita como beneficiarios de dicho seguro. Sobre este punto, las y los entrevistados no ofrecieron mucha información, cuestionan fuertemente la deficiencia del servicio, no así que tengan la obligación de afiliarse al Seguro Popular para ser atendidos por la institución.

⁵⁸ Soledad, entrevista realizada el 6 junio 2012

Para algunos entrevistados, la medicina científica puede servir para alguna enfermedad que los chamanes o sabios no logran curar, por ejemplo cáncer, diabetes o enfermedades mentales. Las personas con enfermedades difíciles son atendidas en los centros de salud y canalizadas hasta la ciudad de Oaxaca. Algunas ya no siguen el proceso de atención por lo que implica el traslado. También encontramos opiniones de que la medicina no puede hacer los trabajos que sólo los chamanes pueden, como es el empacho, el susto, la recuperación del alma, la búsqueda del espíritu.

La comunidad ubica a la medicina como una forma de ayuda en algunas cosas, por ejemplo, en heridas grandes porque cosen la parte afectada. Antes, el curandero o uno mismo se ponía una pasta de hierbas y limpiaba. Para enfermedades más difíciles los propios curanderos, parteras y sabios llegan a mandar a las personas a los centros de salud, como una segunda opción ante problemas de orden físico que salen del campo de posibilidades de los curanderos. En este sentido, hay un reconocimiento a la medicina alópata; en realidad, ambas conviven en un mismo contexto, si bien es cierto que hay críticas a las instituciones de salud y al mismo personal médico, también hay un reconocimiento de su utilización en la comunidad.

En algunos problemas de enfermedad, la comunidad indígena reconoce a la medicina científica, pero también reconocen que en ocasiones no es de gran ayuda, inclusive puede detener y atrasar los procedimientos. Hay un señalamiento constante de la pérdida de tiempo en las instituciones de salud considerando que, para la comunidad, el trabajo es su razón de vida y su posibilidad de subsistir.

Las parteras han hecho señalamientos de su relación con la medicina institucional, observan que los médicos y las enfermeras les han llegado a prohibir seguir su actividad. Hay constantes amenazas para que dejen de atender partos y ponen en entredicho sus conocimientos. Ubican a la medicina como un poder capaz de dañarlas generando un estado de persecución cuando se les advierte que los problemas desencadenados en los partos puede llevarlas a la cárcel:

Los doctores no deberían decirnos que no sigamos atendiendo a las mujeres embarazadas, debemos estar juntos para que todo salga bien y si fueran buenas personas [hacen referencia a los médicos] deberían enseñarnos si es que no sabemos nada, como ellos nos lo han dicho. Nos lastiman porque nosotras no tenemos oportunidad de estudiar y tenemos otras necesidades como el trabajar para ayudar a nuestra familia y desde muy chicas vamos con nuestros padres y no hay opción de ir a la escuela, lo que estaría bien sería que ellos, los que tienen la ropa blanca, nos dejen trabajar como lo hemos hecho siempre, trabajar con nuestra gente y apoyarnos.⁵⁹

La percepción de la medicina científica se puede entender a partir de sus descripciones en la relación con el personal de salud, existe una distancia que los ubica como profesionales que pueden ayudarles a enfermedades graves, principalmente del cuerpo, pero que en esta relación no pueden ser atendidos ni escuchados, que existe una incomprensión de sus problemas de salud-enfermedad, que no hay respeto a sus tiempos, perciben además el desinterés del personal por problemas que afectan a su familia y a la propia comunidad:

Sí puede servir para algunas cosas, y no funciona en lo que solamente yo puedo encontrar, todas las personas que vienen a verme, antes han ido al médico en donde me dicen que lo que les dan en el centro de salud que no les resultó efectivo, y que también van a donde pagan mucho y que tampoco los curan, así

⁵⁹ Catarina, entrevista realizada el día 26 junio 2012

*que vienen aquí y se van, o a veces regresan con otra impresión. A veces vamos, pero no tienen ahí lo que necesitas, te mandan a la ciudad para que puedan curarte y es mucho lo que piden.*⁶⁰

Como podemos observar en los comentarios de los entrevistados, las necesidades de que exista un centro de salud se relaciona con que se cuente con los medicamentos necesarios. Hay un cuestionamiento al Estado, a las estructuras de gobierno, se reclama la falta de compromiso para atender a las necesidades básicas de la población:

*Claro, el gobierno dice que la gente va mejorar, pero no, si está el centro de salud, la doctora casi no está, las que están son las otras doctoras [refiriéndose a las enfermeras] pero que no te pueden dar medicina porque ellas no pueden darlas, y si vas con dolor te dan una pastillita que no te ayuda de mucho, pero qué le hacemos, tenemos que ir porque también es por la lista [lista de asistencia] pero si no existiera, sobrevivimos, como siempre se ha hecho, con nuestros curanderos o los sabios, pero no más doctores porque no más no ayudan y hay opciones. Hoy ya hay médicos, pero no la medicina, entonces no sirve porque no te dan nada.*⁶¹

Los programas de ayuda social tienen el mismo funcionamiento que en otros estados o incluso en las ciudades, los beneficios de las ayudas se encuentran condicionados. Los beneficiarios que están dentro del programa Oportunidades tienen la obligación de asistir a las clínicas para chequeo familiar, pláticas o para ayudar en la limpieza o faenas del lugar, a quien no lo hace se le borra de la lista.

La comunidad considera a la medicina tradicional como un legado que les pertenece, en donde no les es prohibido nada, hay una fe por las prácticas del sabio o curandero, saben que son bien recibidos. Lo que el sabio dice es lo que el

⁶⁰ Sabia 3, entrevista realizada 22 mayo 2012

⁶¹ José, entrevista realizada 13 de agosto 2012

individuo o la comunidad llevan a cabo, son escuchados y orientados a partir de los problemas con los que llegan, ubican al sabio o al curandero como aquel que en verdad los ayudará porque han adquirido un don generacional para ayudar a los otros, aun cuando algunos reconocen que dicho don los ha llevado a perder miembros de su familia:

Si vas con el sabio o curandero te va decir “tómese estas hierbitas y póngase esta preparación y si en tres días sigue con el dolor me viene a ver otra vez, y aquí la limpio”, es bueno porque también platica con uno y pregunta cómo estoy, cómo me he sentido desde que no está mi madrecita, yo le digo que la recuerdo y que lloro, pero él dice que no hay que llorar porque ella está bien, que si me pongo triste, ella se va a poner triste; y estoy mejor.⁶²

La comunidad confía y tiene fe en los sabios, curanderos, hueseros y parteras. Muchas de las mujeres embarazadas piden que sean atendidas por parteras, piden se cubra todo el proceso hasta el nacimiento. No obstante, las parteras llevan parte del proceso, no terminan de atender a las mujeres embarazadas por miedo a que les suceda algo malo, por complicaciones del parto u otras, considerando las amenazas por parte de los médicos del centro del salud:

Ustedes ya no pueden trabajar con la mujeres embarazadas o las que van a parir, porque para eso estamos nosotros los medico para atender a las embarazadas, si ustedes se hacen cargo, y si la situación se llega a complicar se verán en problemas.⁶³

Las mujeres de la comunidad de Santa María la Asunción siguen buscando el trabajo de las parteras, confían en ellas, no quieren ir con los médicos porque les practican cesárea. No hay acercamiento con ellas y consideran que las parteras

⁶² Rosa, entrevista realizada el día 13 junio 2012

⁶³ Partera Catarina, entrevista realizada el 14 de junio 2012

son de las personas más importantes en la comunidad porque ayudan a las mujeres a tener sus partos:

Yo nací de una partera, así como todos mis hermanos, y hemos sobrevivido con el chamán que nos ha guiado en todo momento. No comprendo porqué los médicos vienen y amenazan a nuestras mujeres parteras, porqué no mejor trabajar en conjunto, que los que sí pudieron ir a una escuela enseñen a los nuestros, los sabios, chamanes, curanderos o a las parteras en lugar de prohibirles, no porque ellos fueron a una escuela quiere decir que sean mejores, aquí para nosotros los sabios, chamanes, curanderos y parteras son más valiosos porque ellos no tuvieron que ir a una universidad, ellos nacieron con el conocimiento y la sabiduría.⁶⁴

Las entrevistas muestran una valoración del sabio, del chamán, de la partera, del huesero y del curandero de la comunidad, reconocen que el platicar con ellos, el ser escuchados, les levanta el ánimo, lo que permite que los enfermos salgan adelante a través de la fe y la armonía de seguir viviendo. Las personas que asisten con los sabios se ponen contentas, reciben una atención personal, ellos brindan sus conocimientos a la comunidad, comparten, se preocupan, por ello contribuyen a tener salud porque desde su definición les devuelve la alegría, les permite volver a trabajar, a caminar por la tierra, a sembrar, les devuelve la confianza de que podrán seguir caminando, les ayudan a recobrar su salud, es un bien de la comunidad heredado desde sus antepasados:

La hierbitas y nuestras curas tradicionales son lo nuestro, es con lo que hemos nacido y es los que nos dejaron nuestros antepasados, por lo que no es tan fácil que se pierda la cultura de la medicina tradicional, la fe que la comunidad tiene para con la medicina tradicional es muy alta, piden que los dejen trabajar como siempre lo han hecho.⁶⁵

⁶⁴ Plácido, entrevista realizada el 10 de agosto 2011

⁶⁵ Brígida, entrevista realizada el 11 de agosto 2011

Los indígenas mazatecos reconocen que hay enfermedades que no pueden curar, allí es cuando recurren a medicina científica, pero también piden seguir con su tradiciones, mantener una relación de respeto hacia su cultura y cosmovisión. El uso de las hierbas y de los hongos es histórico para la comunidad, la cual durante muchas décadas no tuvo servicios de salud. Las personas entrevistadas refieren que antes no existían los médicos tal como los conocemos, la comunidad organizaba sus cultivos de plantas medicinales y algunos tenían el conocimiento para curar, ayudar a las personas en sus males era su misión en la vida.

Para los indígenas mazatecos el uso de las plantas y hierbas medicinales les permite tener salud. Los hongos son uno de los elementos de mayor trascendencia en sus prácticas de salud porque se mezclan con elementos mágico religiosos. Los viajes otorgan a los sujetos salud al brindar sabiduría, conocimiento e información del entorno, desde la cosmovisión de los mazatecos permiten la protección no sólo individual, sino de la familia. No olvidemos que dicha trascendencia no es sólo local, sino es parte del ámbito regional.

Huautla de Jiménez ha sido llamada la "ciudad de los hongos alucinógenos", nombre muy apropiado considerando que la vida de esta población de Oaxaca, casi perdida durante mucho tiempo en la Sierra Mazateca, gira -en gran parte- alrededor del culto a los hongos, también denominados "enteógenos" (que generan a Dios en el interior del ser) porque indígenas de varios lugares de México los consideran "hongos sagrados", con la capacidad de provocar el efecto de una profunda comunicación con la divinidad, con Dios y con los santos, con los

seres humanos que acompañan al que ingiere los hongos o con pacientes que desean eliminar alguna enfermedad física, mental, depresiva o sicosomática.

Por su trascendencia, la región también ha sido objeto de curiosidad para la mirada externa. Hay quienes consideran a los hongos como placer o que pueden predecir el futuro, obtener riquezas, mejorar sus vidas. No logran comprender el significado que tiene para los indígenas de la comunidad de Santa María la Asunción el consumo de hongos alucinógenos, lo cual no representa un juego, sino parte de lo sagrado, de la posibilidad de curar la salud del cuerpo y del alma, de otorgar sabiduría para la comprensión del mundo. Eso es para los indígenas mazatecos obtener salud.

Conclusiones y sugerencias

La desigualdad social y económica que han padecido las sociedades, especialmente las comunidades indígenas de nuestro país, ha tenido repercusiones en sus condiciones de vida en general y hasta el momento el Estado no ha podido garantizar el bienestar de los pueblos en tanto proveer las condiciones de educación, salud, alimentación y empleo, aspecto que obliga a migrar a los habitantes de comunidades indígenas.

Los resultados del trabajo de investigación muestran cómo la comunidad de Santa María La Asunción, ubicada en la Sierra Mazateca y perteneciente al Distrito de Teotitlán de Flores Magón, Oaxaca, es un claro ejemplo de una comunidad marginada, donde una gran parte de su población es analfabeta dentro de un contexto de pobreza.

En el municipio de Santa María la Asunción la población vive del campo, los campesinos ganan, por jornada laboral, menos de un salario mínimo, sólo pueden sobrevivir con el consumo de maíz y chiles. Hay producción de algunas frutas y verduras que son para autoconsumo. No hay fuentes de empleo y la mayoría de los hombres termina migrando de la comunidad. Cabe mencionar que el índice de alcoholismo es elevado. En el municipio tampoco hay servicios de salud de segundo y tercer nivel, cuando la población tiene enfermedades más graves deben viajar a la ciudad de Oaxaca, aspecto que se traduce en gastos catastróficos en salud.

Ante el contexto descrito, la concepción de salud-enfermedad entre los mazatecos de esta comunidad se relaciona a la situación que han vivido históricamente, situación de desigualdad y marginación. Por ello, su definición se

enlaza al cuerpo: una persona gordita es sinónimo de buena salud, contrario a una persona delgada, sinónimo de enfermedad. En una comunidad que sólo puede sobrevivir a partir del trabajo, el cuerpo es el instrumento más importante para mantenerse y mantener a su familia.

La concepción de la salud también se construye desde su cosmovisión. El bienestar y la armonía con el entorno significa estar bien con la familia, el medio ambiente, la naturaleza, el universo. Salud es contar con alegría, la salud es la unión familiar, la fiesta, la magia y la convivencia. Para la atención de la enfermedad, existe un sentido de colectividad, la enfermedad une al pueblo, dentro de sus posibilidades la gente reparte y comparte, visita a los enfermos y se le brinda apoyo incondicional a la familia.

A partir de esta definición podemos comprender que la concepción de salud no es única, pues la cultura de cada comunidad está constituida de rasgos específicos que la enmarca en la diversidad. Por ello, cada entidad y municipio mira la salud desde sus propios referentes culturales y desde sus modos de vida. Así, han ido construyendo su universo de modo particular y no globalizado, pues para ellos el universo en conjunto con la naturaleza es primordial.

Los resultados de la investigación permiten identificar la percepción que indígenas mazatecos del municipio de Santa María la Asunción tienen respecto a la medicina hegemónica. Su mirada refleja apertura a lo médico, consideran importante que se trabaje mutuamente médicos y parteras, que puedan compartir sus conocimientos, además de reconocer la eficacia de la medicina cuando se trata de enfermedades graves. Sin embargo, hay una serie de cuestionamientos: la distancia con el personal de salud por cuestiones lingüísticas, la falta de un trato

digno y respetuoso hacia la comunidad indígena, la incapacidad del personal médico para entender y respetar la cultura, el desconocimiento de padecimientos que sufre la comunidad, la falta de apego a la naturaleza y el desinterés por aprender sobre los elementos mágico curativos utilizados por los sabios y el desprecio a las elementos naturales utilizados para obtener salud.

El reclamo no implica que la medicina alópata no conviva con la medicina tradicional, hay elementos clínicos tomados y reconocidos para la cura de enfermedades que salen de la posibilidad del sabio o curandero. Se reconoce su utilización, pero se identifica el desprecio de las instituciones de salud por los saberes de los curanderos de la comunidad.

Hay, por ejemplo, una exigencia para que se deje a las parteras realizar su trabajo con las mujeres embarazadas. A los indígenas del municipio les ocasiona malestar la atención recibida por considerarla de mala calidad ante la falta de medicamentos y clínicas especializadas. Ir a una atención de segundo o tercer nivel impacta en la precaria economía trasladarse a la ciudad. Como puede observarse, la medicina hegemónica es ubicada como una práctica incapaz de comprender la cosmovisión y de respetar la cultura, no obstante la reconocen como un campo de conocimiento que puede ser completado en sus prácticas tradicionales.

Cuando ellos o alguno de sus familiares sienten alguna malestar, su primera opción es ir con el chamán, sabio o curandero para recuperarse de su enfermedad, depositan la confianza en estos curadores y hacen todo lo que se les

indica, desde la limpia con el huevo hasta la preparación de San Pedro para la protección.

Los elementos simbólicos que utilizan para el mejoramiento de su salud son de orden social y natural: la unión, la amistad y el buen ambiente. La utilización del maíz, del tabaco, de los hongos son centrales en sus prácticas curativas, permiten mejorar la vida de las personas, la de sus familias y, por lo tanto, la de su comunidad.

Esta investigación permite no sólo el acercamiento a las prácticas tradicionales en salud de indígenas mazatecos, sino la reflexión desde el campo de la Promoción de la Salud, considerado un campo en construcción, para el trabajo con comunidades indígenas.

En este sentido, planteamos algunas propuestas a desarrollarse en un futuro:

- Integrarnos como promotores de salud en las diferentes comunidades y aprender sus prácticas de salud desde el marco de la multiculturalidad y la interculturalidad.
- Abrir espacios con los gobiernos municipales y estatales para que las universidades trabajen con las comunidades, ya sea en servicio social o en prácticas profesionales
- Impulsar el respeto a las prácticas tradicionales de las comunidades indígenas, incluyendo programas de trabajo intercultural con médicos.

- Que las instituciones del Estado partan de las necesidades de las diferentes comunidades para implementar programas de salud acordes a su contexto social y cultural.
- Respetar y hacer respetar los derechos indígenas, acompañarlos en procesos de organización y exigibilidad, específicamente de su derecho a la salud.
- Que los Promotores de la Salud trabajen en conjunto con las comunidades indígenas para realizar programas de acuerdo a las necesidades primordiales y a las condiciones de vida.
- Que se den oportunidades a las personas de las comunidades indígenas para ofrecer conferencias, pláticas o información sobre las condiciones de vida, así como la divulgación de sus prácticas tradicionales en salud.
- La reestructuración del plan de estudios de la licenciatura en Promoción de la Salud de la UACM en donde se incluyan materias enfocadas a los estudios diversidad cultural, interculturalidad y derechos .

Es importante mirar la realidad indígena desde la interculturalidad entendida ésta como una relación de respeto y reconocimiento de las diferentes comunidades indígenas. Alfredo López Austin enfatiza la actitud de reconocimiento y respeto para lograr un fin en la coexistencia, teniendo en consideración que siempre hay conflictos.

El reconocimiento de la interculturalidad permite un aprendizaje colectivo, nadie está encima del otro, nadie domina al otro, nadie impone al otro. Acercar la universidad a las comunidades indígenas, y vincular el trabajo del promotor de

salud con nuestros pueblos indígenas, es contribuir a mejorar sus condiciones de vida para construir un mundo mejor, aprender como universitarios que ese mundo sólo podrá ser mejor cuando no se excluya del desarrollo a los pueblos indígenas.

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre, G., (1992) *Obra Antropológica. Tomo VIII. Medicina y magia, el proceso de aculturación en la estructura colonial.* México, FCE.

Aguirre, G., (1994a) *Obra Antropológica. Tomo V. Programa de Salud en la situación intercultural.* México, FCE.

Aguirre, G., (1994b) *Obra Antropológica. Tomo XIII. Antropología médica, sus desarrollos teóricos en México.* México, FCE.

Alsina, M., (1999) *La comunicación intercultural.* Barcelona, Anthropos Editorial.

Anzures, M., (1983) *La medicina tradicional en México. Proceso histórico, sincretismos y conflictos.* México, Universidad Nacional Autónoma de México.

Aparicio, A., (2006) "Tres ámbitos de la expresión de la cultura tradicional de salud y de la etnomedicina en Mesoamérica" en *Revista de Antropología Experimental.* Núm. 6, texto 7, pp. 107-117

Breilh, J., (1990) "La salud-enfermedad como hecho social: un nuevo enfoque" en Breilh, J. et al *Deterioro de la vida.* Quito, Corporación Editora Nacional.

Carmona, L.D.; Rozo, C.M. y A.S. Mogollón, (2005) "La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social" en *Revista Ciencias de la Salud.* Vol. 3, núm. 1, enero-junio 2005, pp. 62-77

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1996).

Castelán, G., (2006) *La medicina tradicional. La otra realidad.* México, Universidad Autónoma de Chapingo.

Castro, R., (2000) *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción de la pobreza.* Cuernavaca, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, "Medicina tradicional indígena" [En línea]. México, disponible en: http://www.cdi.gob.mx/participacion/dlupe/medicina_tradicional_indigena.pdf [Accesado el día 30 de junio de 2011]

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2010), *Indicadores sociodemográficos de la población total y la población indígena 2010, Oaxaca, 396 Santa María la Asunción.* México, CDI.

De la Peña, G. y L. Vázquez (2002) *La antropología sociocultural en el México del milenio. Búsquedas, encuentros y transiciones*. México, Fondo de Cultural Económica.

Gubler, R. (1996) "El papel del curandero y la medicina tradicional en Yucatán" en *Alteridades*. Vol. 6, núm. 12, 1996, pp. 11-18

Guía de estudios de la asignatura "Problemas Jurídicos Contemporáneos", semestre 2007-II, Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Hernández, M. (2007) "Sobre los sentidos de multiculturalismo e interculturalismo" en *Ra Ximhai*. Vol. 3, núm. 2, mayo-agosto 2007, pp. 429-442

Hersch, P., (1995) "Tlazol, ixtlazol y tzipanación de heridas: implicaciones actuales de un complejo patológico prehispánico" en *Dimensión Antropológica*. Vol. 3, pp. 27-59

INEGI, (2012). *Perspectiva estadística*. Oaxaca.

La Jornada (2007), "Los migrantes indígenas: la defensa de su cultura". [En línea]. México, disponible en:

<http://www.jornada.unam.mx/2007/04/22/index.php?section=opinion&article=002a1edi> [Accesado el 7 de febrero de 2012].

INEGI, (2010) *Principales resultados del Censo de Población y Vivienda* [En línea]. México, disponible en:

http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi_result/cpv2010_principales_resultadosV.pdf [Accesado el día 10 de junio de 2013].

Laurell, A. C., (2001) *Mexicanos en defensa de la salud y la seguridad social*. México, editorial Planeta.

Laurell, A. C., (1994) "Sobre la concepción biológica y social del proceso salud enfermedad" en Rodríguez, M. I. (coord.) *Lo biológico y los social. Su articulación en la formación del personal de salud*. Estados Unidos, OPS y OMS.

Lerín, S., (2004) "Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta" en *Desacatos*. Núm. 15-16, otoño-invierno 2004, pp. 111-125.

Martínez, J. (2009), "El EZLN y la política social". [En línea]. La Jornada, México, disponible en:

<http://www.jornada.unam.mx/2009/01/30/index.php?section=opinion&article=026a2pol> [Accesado el 7 de febrero de 2012].

Mendoza, J. M., (s/f) “La mirada médico-social de la Promoción de la Salud”, documento interno de la Academia de Promoción de la Salud. México, Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Menéndez, E., (1994) “La enfermedad y la curación, ¿Qué es medicina tradicional” en: *Alteridades*. Vol. 4, núm. 7, 1994, pp. 71-83

Menéndez, E., (1992) “Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo autoatención. Caracteres estructurales” en Campos, R. (comp) *La antropología médica en México*. México, Instituto Mora y Universidad Autónoma Metropolitana.

Menéndez, E., (1990) “El modelo médico hegemónico. Estructura, función y crisis” en *Morir de alcohol, saber y hegemonía médica*. México, CNCA-AEM.

Morales, J.R., (s/f) “Plan Municipal de Desarrollo Sustentable Santa María la Asunción”. Oaxaca, Consejo Municipal de Desarrollo Rural Sustentable trienio 2008-2010.

Moreno, A.; López, S. y A. Corcho, (2000) “Principales medidas en epidemiología” en *Salud Pública de México*. Vol. 42, núm. 4, julio-agosto 2000.

Naciones Unidas (2008), “Pueblos indígenas urbanos y migración” [En línea].

Disponible en:

http://www.un.org/es/events/indigenousday/2008/pdfs/factsheet_migration_ESP.pdf [Accesado el 7 de febrero de 2012]

Naciones Unidas (2000), “Observación General N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”. Ginebra, Consejo Económico y Social de la ONU.

Organización Mundial de la Salud (2002), *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional (2002-2005)*. Ginebra, OMS.

Pérez, J. (1996) “Tradiciones de chamanismo en la Mazateca Baja” en *Alteridades*. Vol. 6, núm. 12, 1996, pp. 49-59

Pérez, R., (1988) *El concepto moderno de enfermedad: su evolución a través de la historia II*. México, Fondo de Cultura Económica.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, (2010) *Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas en México. El reto de la desigualdad de oportunidades*. México, PNUD.

Restrepo, H. y H. Málaga, (2001) *Cómo construir una vida saludable*. Bogotá, Editorial Médica Panamericana.

Rojas, R., (1999) *Capitalismo y enfermedad*. México, Plaza y Valdés.

Rojas, R., (1995) *Guía para realizar investigaciones sociales*. México, Plaza y Valdés.

Rosen, G., (1986) “Qué es la Medicina Social” en *De la policía médica a la Medicina Social*. México, Siglo XXI.

Solís, G., (2003) *Modelo intercultural de atención a la salud con los pueblos indígenas de México*. México, Cámara de Diputados.

Stavengahen, R., (2007) *Los pueblos indígenas y sus derechos*. México, UNESCO, 2007.

Tamayo, M., (2003) *El proceso de la investigación científica*. México, editorial Limusa.

Xee Tatnaa A.C. y Organización de Médicos Indígenas de la Mixteca Alta (2004), “Declaración de los médicos indígenas tradicionales de la Mixteca Alta”. [En línea]. México, disponible en:
http://www.cdi.gob.mx/participacion/omima/pdf/declaracion_medicos.pdf
[Accesado el 9 de julio de 2012].

Zolla, C., (1994) *Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana*. México, Instituto Nacional Indigenista.

Diseño de portada López Hernández José.

ANEXOS

Guías de Entrevista

Comunidad mazateca.

1. Para usted, qué es tener salud.
2. Qué hace para estar bien, con salud.
3. A dónde acude cuando se enferma.
4. Cómo se cura (qué hace para curarse).
5. Con qué medicina prefiere curarse y por qué.
6. Qué opinión tiene de la medicina de los médicos.
7. Que piensa de quienes lo atienden.

Sabios, Curanderos y Parteras.

1. Para usted, qué es la salud.
2. Qué se tiene que hacer para estar con salud.
3. Cuando se enferma, cómo se cura.
4. Qué se hace para poder curarse.
5. Que piensa usted de la medicina de los médicos.
6. Qué piensa de los doctores, enfermeras.
7. Considera usted que el centro de salud ayuda a la comunidad en los problemas de enfermedad.
8. Cuando lo vienen a ver para consultarlo, cuáles son los padecimientos más comunes de la población.
9. Cómo cura usted a la gente, qué elementos utiliza (depende de lo que responda para preguntar el significado de cada elemento mencionado).
10. Tiene usted idea de la gente que lo viene a ver (cantidad).
11. Sólo lo visitan para problemas de enfermedad o vienen a solicitar otro tipo ayuda

Guía de observación

1. Material de viviendas (condiciones).
2. Principales actividades económicas.
3. Fuente de empleo.
4. Servicios (agua, pavimentación, energía, etc.).
5. Caminos.
6. Organización social.
7. Organización política.

Condiciones de Salud.

1. Infraestructura de servicios de salud.
2. Principales enfermedades, mortalidad.
3. Describir las condiciones de los servicios.
4. Investigar si hay servicio de salud privado y con qué frecuencia acude la comunidad al mismo.
5. Prácticas tradicionales en salud específicas a la comunidad.

Ubicación de Santa María la Asunción de la Región Cañada de Oaxaca.



Santa María la Asunción y municipios aledaños.



Fotografías de la comunidad



Parteras del municipio Santa María la Asunción



Mujer curandera que transmite conocimientos de su región



Congregación de parteras, curanderas y huseras en el municipio Santa María la Asunción



Mujeres hueseras participando en la “levantada de la cruz”



Sabios



Trabajo cotidiano de mujeres y niños



Vivienda



Algunos elementos de altar para realizar limpia.



Ruda y tabaco, elementos para prácticas de salud.



Familia



Trabajo en el campo y tequio.



Retiro de la congregación



Trabajo campesino