

*Anales de
Antropología*

Volumen 37

2003



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ANTROPOLÓGICAS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Anales de Antropología

FUNDADOR JUAN COMAS

CONSEJO EDITORIAL

Lyle Campbell, Universidad de Canterbury

Milka Castro, Universidad de Chile

Mercedes Fernández-Martorell, Universidad de Barcelona

Santiago Genovés, Universidad Nacional Autónoma de México

David Grove, Universidad de Illinois, Universidad de Florida

Jane Hill, Universidad de Arizona

Kenneth Hirth, Universidad Estatal de Pennsylvania

Alfredo López Austin, Universidad Nacional Autónoma de México

Claudine Sauvain-Dugerdil, Universidad de Ginebra

Gian Franco De Stefano, Universidad de Roma

Cosimo Zene, Universidad de Londres

EDITORES ASOCIADOS

Yolanda Lastra, Universidad Nacional Autónoma de México

Rodrigo Liendo, Universidad Nacional Autónoma de México

Rafael Pérez-Taylor, Universidad Nacional Autónoma de México

Carlos Serrano Sánchez, Universidad Nacional Autónoma de México

EDITOR

Lorenzo Ochoa, Universidad Nacional Autónoma de México

Anales de Antropología, Vol. 37, 2003, es editada por el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Ciudad Universitaria, 04510, México, D.F. ISSN: 0185-1225. Certificado de licitud de título (en trámite), Certificado de licitud de contenido (en trámite), reserva al título de Derechos de Autor 04-2002-111910213800-102.

Se terminó de imprimir en diciembre de 2004, en *Impresos ENACH, S.A. de C.V.*, México, D.F. La edición consta de 500 ejemplares en papel cultural de 90g; responsable de la obra: Lorenzo Ochoa; su composición se hizo en el IIA por Martha Elba González y Ada Ligia Torres; en ella se emplearon tipos Tiasco y Futura de 8, 9, 11 y 12 puntos. La corrección de estilo estuvo a cargo de Adriana Incháustegui; la edición estuvo al cuidado de Ada Ligia Torres y Hélida De Sales. Diseño de portada: Francisco Villanueva. Realización: Martha González. Fotografía de portada: detalle de textil totzil de Chiapas, México.

Adquisición de ejemplares: librería del Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM, Circuito Exterior s/n, Ciudad Universitaria, C.P. 04510, México, D.F., tel. 5622 9654, e-mail: libreria@servidor.unam.mx

MEDICINA TRADICIONAL-MEDICINA MODERNA¹ ENTRE LOS HUASTECOS DE SAN LUIS POTOSÍ

Patricia Gallardo Arias

Posgrado en Antropología FFyL/IIA, UNAM

Resumen: Este trabajo tiene como objetivo describir y analizar las relaciones que mantienen los teenek y nahuas de la Huasteca potosina con los diferentes programas gubernamentales e institucionales para la salud. Con lo anterior debe quedar claro que la medicina tradicional forma parte de una resistencia que se da entre la cultura indígena y la cultura mestiza. Dicha resistencia se entiende porque la medicina hegemónica mantiene como proyecto único ser prioritaria para toda la población en un mismo territorio. Los esquemas que propone la medicina moderna chocan con la ideología y objetivos de la medicina tradicional, sobre todo en lo que respecta a la interpretación y atención de la enfermedad.

Palabras clave: Huastecas, medicina tradicional, medicina moderna, relaciones, salud, enfermedad.

Abstract: This job has like objective describe and analyze the relations that maintain the teenek and nahuas of the Huasteca potosina with the different governmental and institutional programs for the health. With the previous thing, sit must be clear that the traditional medicine form leaves from a resistance that is given among the indigenous culture and the mestiza culture. This resistance is understood because the hegemonic medicine maintains like unique project to be priority for all the population in a same territory. The schemes that the modern medicine proposes hit the ideology and objectives of the traditional medicine, above all in the interpretation and attention of the disease.

Keywords: Huastecas, traditional medicine, modern medicine, relations, health, disease.

¹ Por cuestiones de precisión, cabe aclarar que los términos: medicina moderna, medicina hegemónica, medicina occidental y medicina académica, se refieren a un mismo tipo de práctica encabezada por las instituciones de salud gubernamentales que promueven los programas de salud en la Huasteca. Por otro lado, en este trabajo el término “medicina tradicional” hace referencia a la practicada por indígenas de la región considerando que teenek y nahuas así la denominan.

EL ESCENARIO

El huasteco es un grupo maya que actualmente se distribuye en una franja extendida por el norte de Veracruz desde la sierra del Otontepec, cruzando por Tantoyuca y continuando por el noreste del estado de San Luis Potosí. La Huasteca comprende parte de la planicie costera del Golfo de México y parte de la Sierra Madre Oriental. En la Huasteca potosina conviven teenek o huastecos, nahuas y pames en los municipios de Tanlajás, Ciudad Valles, San Vicente Tancuayalab, San Antonio, Huehuetlán, Tanquián, Tancanhuitz de Santos, Aquismón, Tampamolón, Tamuín y Ébano. En tanto esta zona se puede considerar pluriétnica, Coxcatlán, San Martín Chalchicuautla, Tamazunchale, Tampacán, Axtla y Xilitla son municipios principalmente de población nahua, en tanto que Tamasopo es pame. De los 19 municipios con población indígena en la zona se registran 2 300 localidades que representan 44% del total con que cuenta el estado y 95% de éstas tiene una población menor a 2 500 habitantes (INEGI, San Luis Potosí, 2000).

Esta porción estatal se clasifica como rural y se caracteriza por la dispersión de sus asentamientos, patrón que dificulta la dotación de servicios básicos. Como consecuencia se generan y reproducen esquemas de aislamiento que permiten, en diferentes niveles, el control político y económico de los mestizos y blancos. Dado el alto nivel de marginación entre las comunidades indígenas de esta zona, los índices de bienestar social se ubican por debajo de los mínimos aceptables. La marginación, los bajos índices de bienestar, la dispersión y la falta de infraestructura pública (salud, carreteras, caminos vecinales y electrificación adecuada) son factores que limitan el acceso a la medicina moderna.

Las enfermedades más comunes en la región son las de tipo gastrointestinal y las respiratorias entre ellas la tuberculosis, igualmente, se observan otras patologías como paludismo, reumatismo y diabetes, a lo que se añade un alto grado de mal nutrición y alcoholismo. Actualmente, la Secretaría de Salud cuenta con clínicas en todas las cabeceras municipales y el IMSS-COPLAMAR² ha instalado casas de salud que se encuentran más cerca de las comunidades indígenas. Es importante señalar que sólo en Ciudad Valles y Tamazunchale existen los que se conocen como hospitales de segundo nivel. En algunas cabeceras municipales hay médicos particulares cuyos servicios, dado el alto

² Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR).

costo de su consulta, resultan inaccesibles para las familias indígenas. Este marco político y socioeconómico sitúa a los indígenas de la región Huasteca en el rubro de extrema pobreza, por debajo de los índices de bienestar social (INEGI, San Luis Potosí, 2000).

CONCEPTOS Y DOCTRINAS MÉDICAS DE TRADICIÓN OCCIDENTAL

Las ideas, creencias y conceptos en torno a las enfermedades y al conjunto de prácticas médicas para curarlas se dan en relación con los patrones culturales de cada grupo humano los cuales cambian con el tiempo y el espacio. Los conceptos y doctrinas médicas de tradición occidental que surgieron con Hipócrates y más tarde con Galeno son los fundamentos de la medicina académica actual. En la época medieval la medicina retomó los fundamentos sobrenaturales como causantes de la enfermedad. “La enfermedad volvió a ser patrimonio de la divinidad y su tratamiento se basó en la creencia en los milagros y en la eficacia de la oración” (Aguirre, 1980: 23). La medicina con fundamentos racionales vuelve a Europa a finales de la Edad Media, a través de la ocupación árabe y como resultado de las Cruzadas. De estos fundamentos se derivan los conceptos y prácticas,³ unos racionales y otros religiosos y, sobre todo, la idea de cómo sería tratada la enfermedad por los pueblos, tanto europeos como conquistados.

En tanto, los grupos indígenas que poblaban México tenían sus propios conceptos sobre las enfermedades, estrechamente ligados con su cosmovisión y religión. Nahuas, mayas, huastecos, mixes, pames y demás grupos existentes en México antes de la llegada de los españoles se encontraban en interacción, y uno de sus bienes de intercambio eran los conocimientos que se conformaron

³ Hipócrates, filósofo de la Grecia Clásica, iniciador de la medicina racional y de la doctrina humoral consideró que el cuerpo humano está constituido por cuatro humores, a saber: “la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra, estos correspondían respectivamente al aire, el agua, al fuego y a la tierra, y su equilibrio significaba la salud”. Unos siglos después Galeno de Pérgamo aumentó, reorganizó y sistematizó la doctrina de Hipócrates, pero estuvo de acuerdo en que la alteración de los humores era la causa de la enfermedad: “cada uno de los elementos, pues, participaba de las cualidades primarias, que determinaban en el cuerpo humano la existencia de los cuatro humores cuyo predominio daba un particular carácter a cada uno de los hombres: colérico al que abundaba en bilis amarilla; sanguíneo al que tenía predominio de sangre; flemático al rico en flema; y melancólico al poseedor de demasiada bilis negra. Las medicinas eran clasificadas en húmedas, secas, calientes y frías” López Austin (1971: 31).

en torno a la medicina indígena prehispánica. Existen escritos, tanto de autores indígenas como europeos, que dan cuenta de ese acervo.⁴

Durante la época de la Colonia hubo varios cambios en cuanto a la atención de las diferentes enfermedades que atacaron a la población. El gobierno español intentó combatir éstas con la medicina existente pero era deficiente, porque “muchos médicos practicaban su oficio sin licencia; cuando ocurría una epidemia se improvisaban las medidas sanitarias[...] no existía una iniciativa oficial centralizada para el manejo de emergencias” (Molina, 1996: 59). La falta de médicos, el aislamiento y la pobreza en los que vivían muchos individuos, obligaron a la población de la Nueva España a depender de los curanderos que existían. Los médicos indígenas eran reconocidos por la población indígena y por los españoles.

No fue sino hasta la reforma de los Borbones cuando cambiaron los planteamientos de salud pública. Este cambio afectó las prácticas médicas tradicionales, que de alguna u otra forma habían sobrevivido. Los españoles, como grupo dominante, veían como un peligro para sus intereses, el otorgar valor y aceptar las respuestas de la medicina indígena, quedando como opción el desvirtuar y considerar las prácticas médicas indígenas como inferiores. El desprecio y la oposición hacia la “medicina indígena por parte de los españoles y religiosos representantes de esta tendencia, provenía particularmente de dos rubros: uno, de índole religiosa, y otro de naturaleza científica” (Anzures, 1983: 67). Para completar su hegemonización sobre las tradiciones indígenas, los españoles les impusieron la medicina tenida por “racional”.

Uno de los objetivos del Protomedicato fue terminar con los médicos ilegales y los curanderos. Así se crearon secretarías como la Junta de Sanidad, organismo político para regular la salud pública. También hubo cambios en la estructura de los hospitales que se transformaron en centros en donde se agruparía la atención médica a partir de diversas especialidades (Molina, 1996). Las campañas sanitarias en el manejo y prevención de enfermedades alcanzaron su expresión más destacada a fines del siglo XVIII; la concepción actual de la salud pública tuvo sus inicios en este periodo.

⁴ Por mencionar sólo algunos: *El Códice Badiano* de Martín de la Cruz, el *Códice Florentino* de fray Bernardino de Sahagún, la obra de Fray Francisco Ximénez. Por otro lado, el tema de la medicina entre los aztecas ha sido estudiado desde varias perspectivas por gran número de investigadores, entre éstos se pueden consultar a: del Paso y Troncoso, 1886; Comas, 1954; Aguirre Beltrán, 1980; y López Austin, 1967, 1971, 1972, 1980. Sin embargo, las prácticas médicas de otros grupos indígenas son hasta ahora poco conocidas.

LOS PROYECTOS NACIONALES Y LA SALUD PÚBLICA

El Estado-nación surgido del movimiento social de 1910 incrementó la cobertura de los servicios médico-asistenciales con el propósito de abarcar a la población total del país para el año 2000. La insuficiencia financiera, el endeudamiento, la dependencia y las crisis económicas inherentes al sistema capitalista impidieron a un país en desarrollo como México, con altas tasas de crecimiento demográfico, alcanzar las metas que se propuso en materia de salud (Aguirre, 1986: 307). El INI, desde 1951, al instrumentar sus programas de desarrollo en los estados mexicanos donde había población indígena, optó por innovar la medicina científica mediante un compromiso que conlleva el respeto a las prácticas y creencias indígenas, tratando sólo de suplir las deficiencias de la medicina tradicional sin pretender sustituirlas.

La protección contra los males infecto-contagiosos, el saneamiento del medio, el cuidado materno-infantil, la nutrición y la educación sanitaria dejaron amplios espacios donde la medicina indígena podía expresarse o concurrir paralelamente. En el mejor de los casos, el programa abrió las puertas para que las personas o familias eligieran entre la práctica científica, la tradicional o ambas; pero, el personal médico profesional sólo estaba facultado para desempeñar su papel de acuerdo con su formación académica: no podía mezclar magia y ciencia.

Así, la medicina científica de hoy, como disciplina encargada de aplicar las ciencias físicas y biológicas a la promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, es o trata de ser imparcial, dejando fuera las tradiciones culturales de sus pacientes, ya que para lograr ser ciencia requiere del tratamiento objetivo y racional, y así dejar los aspectos emotivos que puedan intervenir en sus juicios (Módena, 1990: 15-17). Los programas de desarrollo regional en los que intervienen indígenas y mestizos dan también integridad y orientación hacia una política puesta en práctica que las distingue de las implantadas durante la Colonia. “En 1997 Ignacio Ovalle asume la dirección del INI y de un nuevo organismo llamado COPLAMAR, cuya filosofía postula la existencia en México de un capitalismo dependiente que, para prosperar, requiere mantener en marginación a grupos desvalidos de campesinos e indios en condición de fuerza de trabajo de reserva” (Aguirre, 1994: 16). Así se crearon diferentes programas para las llamadas zonas marginadas en México, no concebidas ya como interétnicas sino, simplemente, como zonas económica y socialmente marginadas.

IDEAS DIFERENTES Y UN PROBLEMA EN COMÚN

La medicina académica y la tradicional operan bajo supuestos diferentes, porque además de que toman en cuenta factores diversos para diagnosticar, existe una contradicción entre lo que persigue el sistema médico moderno y lo que los pacientes creen. Al tratar con medicina académica a pacientes indígenas de otra tradición cultural, los resultados no son los óptimos. Según palabras de un curandero nahua,⁵ la medicina se compone de “todas las prácticas mágico-religiosas que ayudan a conservar el equilibrio entre la naturaleza, el hombre, su cuerpo y alma”, por lo cual los medios para atender la salud y la enfermedad están ligados con los conceptos de armonía con el universo. Es decir, el hombre, como integrante del cosmos, funciona a la par con él, con los mismos elementos que componen su equilibrio; cuando éste se rompe sobrevienen la enfermedad y la muerte.

La medicina tradicional está determinada por “la causalidad emotiva-sentido de culpa, proyección de los dioses hostiles, transferencia del mal, daño por dependencia de otro” (Aguirre, 1986: 328). Esta concepción del mundo también determina “los rasgos atribuidos que dan peculiaridad al rol del médico nativo y a la estructura conforme a la cual se institucionalizan las relaciones del médico y el paciente en la práctica diaria” (Aguirre, 1986: 328). La ideología que opera en la medicina académica y en los programas de salud es otra. Su finalidad inmediata es la introducción de la salud pública y la asistencia médica modernas en los sectores de la población considerados como marginados. Estos programas están llenos de conocimientos técnicos y de recursos provenientes de la cultura occidental (Finkler, 1992: 202-224), que opera con su propia cosmovisión.

La respuesta de los teenek y nahuas de la Huasteca potosina ante los programas de salud es de desconcierto, levantando así barreras de resistencia, especialmente en aquellas comunidades donde para su aceptación, la práctica impositiva requiere ajustes radicales en sus modos de pensar y de actuar. El desconcierto es más drástico en las comunidades indígenas que mantienen una ideología y cultura diferentes a la de la propuesta nacional. Por tener gustos, preferencias y juicios fuertemente arraigados, así como ideas propias acerca de la salud y la enfermedad, rechazan, ante el asombro del personal sanitario y médico, “los beneficios de la medicina científica”. La reacción de los médicos académicos ante esa respuesta de los indígenas es considerarlos

⁵ Entrevistado durante periodo de campo en 1999.

como ignorantes, pues se asumen como los únicos depositarios de las formas correctas y legítimas para erradicar la enfermedad.

En los municipios de la Huasteca potosina existen clínicas de salud con personal médico permanente. En las comunidades, ejidos y barrios hay casas de salud construidas por los pobladores. Cinco brigadas de salud por municipio cubren gran parte del mismo, el ISSSTE⁶ cubre otra parte. Entre los brigadistas se encuentra un médico general, una enfermera, un dentista, un promotor indígena y un ingeniero agrónomo. Las visitas se realizan cada 15 días, de lunes a viernes, de ocho de la mañana a cinco de la tarde.

Respecto a los resultados, en aspectos como la prevención de embarazo y el uso de anticonceptivos se ha avanzado muy poco. La mayoría de las mujeres se niega a usar algún método. La población que asiste a las casas de salud cuando las brigadas las visitan son, en su mayoría, niños y mujeres tanto indígenas como mestizos. En apariencia, los hombres no se enferman tanto, pues raras veces asisten a consulta. Los pocos hombres que acudieron a alguna visita fueron ancianos. Las mujeres dicen que los hombres no asistían a consulta porque tenían que trabajar. Quienes manejan los proyectos, los difunden y realizan son médicos modernos, que no hablan el idioma indígena. Las pláticas preventivas contienen discursos que son de difícil acceso para el teenek y el nahua y, a veces, no se entienden. Para el indígena que no está familiarizado con este lenguaje es imposible seguir los planteamientos y consejos de los doctores, así como los referentes a las mejoras de la casa, la separación de los animales, el uso de camas, letrinas, pisos de cemento, la quema adecuada de la basura, entre otros. Con todo, si la mayoría no sigue todas estas indicaciones porque no tiene los recursos para hacerlo hay quienes, al menos, lo intentan.

Todos los días el personal médico de la Huasteca potosina trata de erradicar las enfermedades, de proponer cambios, se preguntan por qué las personas no hacen todo lo posible para mejorar sus condiciones de salud y de vivienda, por qué las mujeres no llevan a vacunar a sus hijos. Algunas de ellas no desean que vacunen a sus hijos, a pesar de que la enfermera les indica que es para prevenir cinco enfermedades diferentes. Aun cuando dichas enfermedades estén presentes, las mujeres teenek y nahuas que se niegan a vacunar a sus hijos, no entienden por qué si las vacunas curan, provocan a los niños calentura, lloran todo el día, no duermen y se les inflama la parte donde se aplicó la inyección. A pesar de que la enfermera explica previamente las

⁶ Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado.

reacciones secundarias que van a aparecer, el esposo les replica: “ya ves, tú tienes la culpa por llevar a la niña con los doctores”.⁷

LAS PRÁCTICAS MÉDICAS INDÍGENAS Y LA RELACIÓN CON LA MEDICINA ACADÉMICA

Las prácticas curativas de los teenek y nahuas se conciben como una totalidad en la cual las cuevas, cerros, ríos, muerte, vida, espíritus de las divinidades y de la naturaleza son un todo que si bien constituye parte de la enfermedad, también lo es de su sanación y del tratamiento para restablecer la salud. La brujería es causante de la mala enfermedad, el espíritu es parte esencial para mantener la salud y el curandero determina el proceso para recobrarla. Las prácticas curativas están conformadas por especialistas, terapias, diagnósticos, padecimientos, ofrendas, armonía y colectividad.

Los factores que influyen en la pérdida de las prácticas curativas nahuas y teenek son diversos. Por ejemplo, la llegada de religiones protestantes que no permiten que el curandero realice sus ritos; las nuevas organizaciones de médicos tradicionales que han cambiado la relación entre los especialistas; la constante crítica que hace la medicina académica a los curanderos y, en el caso de las parteras, la falta de dinero para trasladarse de un poblado a otro produce un desgaste físico por el cual algunas de ellas deciden ya no ejercer esa especialidad.

Por otro lado, la medicina tradicional en los pueblos indígenas ha sido siempre desconcertante para el pensamiento y el mundo occidental y, en particular, para los médicos académicos. Regularmente se establecen relaciones entre una y otra medicinas, pero desde perspectivas distintas que llevan a diferencias en la forma de atender y explicar la enfermedad. Esta diversidad ha significado un obstáculo en la relación entre médicos y población para la que trabajan. Las diferencias que existen entre la medicina occidental y la tradicional determinan la dificultad que los médicos académicos enfrentan al intentar comprender y tratar la enfermedad de la población indígena.

Podemos ver el sistema médico en su totalidad como un sistema en transición. De cualquier forma, la medicina académica ha logrado echar raíces pero, al mismo tiempo, la curación tradicional continúa ejerciéndose con fuerza y aceptación. Desde este punto de vista, el sistema tradicional y el

⁷ Trabajo de campo realizado en 1999 y 2004.

moderno pueden considerarse como dos alternativas para explicar y manipular una misma realidad: la enfermedad.

Las acciones concretas de teenek y nahuas giran alrededor de sus costumbres a través de las cuales ven el mundo y se relacionan con los demás individuos y sociedades. También es en este ámbito, el de las diferencias culturales, donde entran en conflicto por no ser ni pensar igual que las otras sociedades con las que conviven, sobre todo, cuando no sólo se trata de convivencia sino de imposición. Cuando se tiene una identidad propia, cualquiera que ésta sea, se defiende y justifica, más aún si es la que permite vivir diferenciado del otro.

El proceso de dominio se observa cuando los proyectos de salud para indígenas pretenden ser los únicos y verdaderos, desvirtuando a las otras medicinas. Hay un dominio que se puede observar en el control de las tierras, el comercio, los recursos para la salud, el pago de mano de obra, la diferencia de salarios y los límites para la obtención de mejores condiciones de vida. El grupo dominante no sólo se apropia de los mejores recursos para la salud, sino que exige cambios en las comunidades indígenas, que nunca van acompañados del material real que pueda hacer posibles las propuestas.

Actualmente existen varios problemas como resultado de las relaciones que se establecen entre las poblaciones indígenas y los programas oficiales de salud, sobre todo en lo que concierne a sus propuestas. La medicina tradicional tiene respuestas que se basan en una concepción mística del universo y emplean procedimientos mágico-religiosos para curar o sanar a sus pacientes indígenas y grupos marginados. Los conflictos que surgen entre las medicinas son una manifestación del choque entre dos culturas (Finkler, 1992: 222).

El especialista que dirige las ideas y prácticas de la medicina tradicional es depositario de los valores culturales de la comunidad, símbolo de lo bueno y lo malo, de lo equilibrado, de lo armónico y de lo moral. Por otro lado, los individuos que representan la medicina moderna también participan de la cultura popular, pero sus propósitos y técnicas son diferentes. La medicina del grupo dominante tiene como finalidad procurar el consenso de los indígenas y de las clases marginadas a través de la introducción de la salud pública y la asistencia médica modernas en las poblaciones que se les asignan, a las que se trata sin las convenientes diferenciaciones culturales (Menéndez, 1992: 97-111). Pero los programas de la medicina moderna no logran el consenso porque dejan fuera factores importantes para la población indígena. Estos factores son los de orden cultural y social. En este contexto las condiciones materiales o económicas no son suficientes para lograr la aceptación por parte de las clases subalternas o dominadas, sino que es necesario recurrir a los mecanismos de

orden ideológico o superestructurales que constituyen la cultura (Gramsci, 1982: 239). Existe, pues, una relación entre los factores materiales y los ideológicos que se presentan como opuestos y conflictivos entre las dos prácticas médicas, lo que se evidencia en las enfermedades que padecen las poblaciones indígenas.

La explicación sobre la persistencia de la medicina tradicional y la reproducción de los patrones indígenas en cuestión de enfermedad y salud no está sólo en los recursos económicos de la familia indígena sino también en la reproducción de su cultura. También, porque las prácticas, conceptos y creencias en torno a la medicina tradicional “son más que un recurso para la salud [...] incluyen apoyaturas específicas para la prevención y combate de diversos padecimientos” (Zolla y Lozoya, 1983: 16).

La distinción entre la medicina moderna y la medicina indígena no radica únicamente en su eficacia, sino en el valor asignado a su significado hegemónico uno, subalterno el otro. La medicina moderna, como disciplina científica, es la encargada de aplicar las ciencias físicas y biológicas para la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad. Este tipo de medicina no toma en consideración la ideología y cosmovisión de sus pacientes. “La enfermedad de la persona y su bienestar dejan de ser asunto meramente individual para convertirse en materia pública y, en consecuencia, son actos socialmente validados el aislamiento, la segregación y la inmunización forzosos” (Aguirre, 1994: 12). Para las instituciones de la medicina académica la enfermedad aparece como un fenómeno biológico separado de los aspectos emocionales y de los factores históricos y socioculturales. Se pretende que la utilidad y eficacia de la medicina sea general y total; que la introducción de la medicina moderna entre las poblaciones indígenas sea la solución a todo tipo de problemas; pero se olvida que la medicina no debe ser una fría práctica tecnológica, ni un ejercicio separado de referentes y significados sociales y culturales, sino el encuentro y la interacción profundamente humana entre el paciente y el médico (Laplantine, 2000).

REFERENCIAS

AGUIRRE BELTRÁN, GONZALO

- 1980 *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial.* Instituto Nacional Indigenista, Secretaría de Educación Pública, México.
- 1986 *Antropología médica, Obra antropológica XII.* Fondo de Cultura Económica, México.
- 1994 *Programas de salud en la situación intercultural, Obra antropológica V.* Fondo de Cultura Económica, México.

ANZURES, MARÍA DEL CARMEN

- 1983 *La medicina tradicional en México. Proceso histórico, sincretismos y conflictos.* Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas (Serie Antropológica 57), México.

FINKLER, KAJA

- 1992 El cuidado de la salud. Un problema de relaciones de poder. Roberto Campos Navarro (comp.) *La antropología médica en México*, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, tomo II, México: 202-224.

GRAMSCI, ANTONIO

- 1982 *1891-1937, Antología/Selección.* Traducción y notas de Manuel Sacristán, Siglo XXI, México.

INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFÍA, ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

- 2000 *XI Censo Nacional de Población y Vivienda, 2000. San Luis Potosí.* Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática, México.

LAPLANTINE, FRANÇOIS

- 2000 *Antropología de la enfermedad. Estudio etnológico de los sistemas de representaciones etiológicas y terapéuticas en la sociedad occidental contemporánea.* Ediciones del Sol, Buenos Aires.

LÓPEZ AUSTIN, ALFREDO

- 1971 De las plantas medicinales y de otras cosas medicinales. *Estudios de Cultura Náhuatl*, Universidad Nacional Autónoma de México, vol. IX, México: 125-230.

MENÉNDEZ, EDUARDO

- 1992 Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. Roberto Campos Navarro (comp.) *La antro-*

pología médica en México. Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, tomo I, México: 97-111.

MÓDENA, MARÍA EUGENIA

1990 *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*. Secretaría de Educación Pública, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Ediciones de la Casa Chata, México.

MOLINA, AMÉRICA

1996 *Por voluntad divina: escasez, epidemias y otras calamidades en la Ciudad de México, 1700-176*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Ediciones de la Casa Chata, México.

ZOLLA, CARLOS Y XAVIER LOZOYA

1983 La medicina tradicional mexicana y la noción de recurso para la salud, Zolla y Lozoya (coords.) *La medicina invisible, introducción al estudio de la medicina tradicional de México*. Folios Ediciones, México.