

Adrián Urióstegui Flores

Confrontaciones biomédicas ante el empleo de medicina tradicional en Taxco de Alarcón, Guerrero
Ciencia Ergo Sum, vol. 14, núm. 1, marzo-junio, 2007, pp. 47-53,
Universidad Autónoma del Estado de México
México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10414106>



Ciencia Ergo Sum,
ISSN (Versión impresa): 1405-0269
ciencia.ergosum@yahoo.com.mx
Universidad Autónoma del Estado de México
México

¿Cómo citar?

Fascículo completo

Más información del artículo

Página de la revista

www.redalyc.org

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Confrontaciones biomédicas ante el empleo de medicina tradicional en Taxco de Alarcón, Guerrero

Adrián Urióstegui Flores*

Recepción: 15 de marzo de 2005
Aceptación: 9 de noviembre de 2006

*Instituto de Geografía, UNAM.
Correo electrónico: a_uriostegui@yahoo.com

Resumen. Se pretendió esclarecer y verificar las tendencias que se presentan en las relaciones de confrontación y/o complementación que practicantes biomédicos tienen ante 1) el uso de medicina tradicional, 2) la clasificación nosológica popular, 3) la implementación de programas relacionados con dicha disyuntiva y 4), las posturas de terapeutas ante la medicina científica (situación no estudiada y desconocida tanto en términos teóricos como empíricos a nivel local y comarcal) en la comunidad de Taxco de Alarcón, Guerrero.

El principal hallazgo enfatizó que las mayores tendencias porcentuales en el universo censado reflejan más apertura, aprobación y complementación ante la alternativa tradicional, e incluso se presentaron casos de practicantes médicos que acudían con curanderas al manifestarse un malestar popular (mal de ojo, por ejemplo) buscando reforzar su disciplina 'occidental'.

Palabras clave: medicina tradicional (ancestral o antigua), nosología popular, confrontación, conflicto.

Biomedical Confrontations Towards the Use of Traditional Medicine in Taxco de Alarcón, Guerrero.

Abstract. This work tries to clarify and verify the tendencies that appear in the confrontational relations and/or complementarities that biomedical medical instructors have towards 1) the use of traditional medicine, 2) popular classification, 3) the implementation of programs related to the old dilemmas and 4) the positions of therapists towards scientific medicine (a situation which has not been studied and is not known in theoretical terms so much as empirical at local and municipal level) in the community of Taxco de Alarcón, Guerrero. The main finding emphasized that the greater percentage of tendencies in the registered universe reflect a greater opening, approval and complementarity towards the traditional alternative and cases even appeared in which medical instructors attended with traditional healers when pronouncing a popular malaise (bad eye, for example) looking to reinforce their 'western' discipline.

Key words: Traditional medicine (or old), popular classification, confrontation, conflict.

Introducción

La importancia de la confrontación y conflicto como fenómeno social radica en la continuidad de su presentación en la interacción de individuos y grupos humanos. Dicha continuidad ha permitido elaborar una vasta gama de obras donde se discuten y plantean sistemas teóricos que preten-

den explicar esta compleja parte de la estructura sociocultural, respaldado, sin duda, de un diverso y novedoso cúmulo de material empírico resultante.

Los sistemas propuestos y objetos empíricos derivados han sido analizados ampliamente en discusiones que han abordado a profundidad la constitución social de la hegemonía, del poder cultural y la lucha por la legitimación cul-

tural (González, 1994), en disertaciones de aculturación integrativa (Nahmad, 1988) donde se aborda una postura de la antropología que explica y analiza la resolución de luchas entre “diversos pueblos y grupos étnicos y la sociedad dominante” enfatizando “un cambio social dirigido” (Nahmad, 1988: 27). O bien, en obras que explicitan la teoría del conflicto como alternativa al funcionalismo estructural ya desde los cincuenta y sesenta (Ritzer, 2002: 50).

Han destacado también análisis críticos a los planteamientos de Dahrendorf (citado por Ritzer, 2002: 151) sobre la disertación del conflicto, e incluso comentarios que han llegado a considerar sus mismos postulados solamente como traducciones inadecuadas de la teoría Marxiana a la sociología” (Ritzer, 2002: 151, 155, 157).

En cuestiones de salud existen explicaciones y análisis respecto al conflicto y sus aplicaciones específicamente en sociología médica (Minako, 1980: 45-52), discusiones y marcos de referencia respecto a la extensión marxista del paradigma del conflicto (Bloom y Wilson, 1998: 388-391), exposiciones respecto a las características del modelo médico hegemónico y su expansión conflictiva (Menéndez, 1992: 98) o bien, demostraciones de la resistencia de sectores subalternos a la medicina hegemónica (Modena, 1990: 13).

A lo anterior se han sumado estructuras teóricas que han abordado la situación de antagonismo, integración y complementación biomédica y tradicional (Aguirre 1994a, 1994b), asimismo conceptualizaciones que hacen referencia a barreras sociales, culturales y psicológicas designadas para categorizar factores de oposición al cambio (Foster, 1980) e incluso, obras que continúan considerando propuestas conce-

bidas a principios de los sesenta por el mismo Foster y que fueron tomadas en cuenta en la aplicación del modelo de atención integral a la salud en el programa IMSS-Solidaridad a principios de los noventa (Rodríguez *et al.*, 1994), por ejemplo.

Otros trabajos relativistas (Fassin, 1992) han enfatizado posiciones que han diferido de la antropología aplicada clásica debido a que han puesto “a las ciencias sociales al servicio de los agentes de poder” (Fassin, 1992: 16) o bien, han partido desde disertaciones de la investigación evaluativa (Urióstegui, 2001) para analizar la diversidad de factores influyentes en la continuidad de antagonismo entre habitantes purépechas y representantes médicos de unidades rurales del IMSS-Solidaridad.

También llegan a sobresalir escritos de Lozoya *et al.* (1988) con propuestas para relacionar prácticas de culturas tomando en cuenta la prepotencia de la “cultura occidental etnocéntrica” y la imposición de decisiones e ideas sobre “la forma de curar” de esta última (Lozoya *et al.*, 1988: 12) e incluso, la explicación sobre la internalización de dichas bases en iniciativas tales como el “Programa de interrelación de la medicina tradicional con las actividades del IMSS-COPLAMAR”, ya aplicada a principio de los ochenta en el estado de Chiapas por el mismo IMSS.

Asimismo se suman los escritos de Zolla (*et al.*, 1988) que intentan fundamentar el enfoque de integración entre el modelo médico institucional y la medicina tradicional (reconociendo la coexistencia de esta última con los servicios gubernamentales de higiene), los modelos derivados de la geografía de la salud tales como el espacio social y las referencias de continuas peleas por la legitimación de la biomedicina en el siglo pasado y la exclusión de otros practicantes alternativos (Gesler, 1992: 141), así como las obras de Gramsci y la importancia que han tenido sus ideas sobre cómo las clases dominantes imponen valores a las clases subordinadas (Gesler, 1992: 141).

Por otra parte y de manera puntual, el objetivo del presente trabajo tuvo la intención de verificar y analizar la condición que ha guardado la alternativa tradicional en el complejo entorno biomédico gubernamental local.

Finalmente, a partir de la teoría del “espacio social”,¹ la hipótesis pretendió esclarecer las tendencias que se presentan en las relaciones de confrontación y/o complementación que practicantes biomédicos tienen ante *a)* el uso de medicina tradicional,² *b)* la clasificación nosológica popular, *c)* la aplicación de programas relacionados con dicha disyuntiva y *d)* las posturas de terapeutas ancestrales ante la medicina científica (situación no estudiada y desconocida tanto en términos teóricos como empíricos a nivel local y comarcal) en la comunidad de Taxco de Alarcón, Guerrero.³

1. Donde se ha llegado a especificar cómo la biomedicina ha peleado por legitimarse, el mantenimiento de los médicos del “control económico y político sobre los sistemas liberados del cuidado de la salud” así como la lucha de practicantes no biomédicos y curadores holísticos para “legitimarse ellos mismos” (Gesler, 1992: 140).
2. La medicina tradicional hace referencia a los recursos y tratamientos conocidos y usados ancestralmente que buscan sanar padecimientos de mayor incidencia y prevalencia a nivel comunal.
3. Taxco de Alarcón se encuentra al norte del estado de Guerrero entre los 18° 33' de latitud norte y 99° 36' de longitud oeste aproximadamente (INEGI, 1998). Actualmente cuenta con 50488 habitantes (INEGI, 2003), está conformada por población mestiza (básicamente una mezcla de descendientes de españoles, náhuatl, matlazincas, chontales y tlahuicas), algunos representantes estadounidenses y en ella se encuentran ubicadas las tres instituciones gubernamentales de salud (IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud). A nivel municipal es la comunidad más importante en cuestiones de administración de gobierno y de infraestructura turística, comercial y educativa.

Lo anterior es una contribución al estudio de los conflictos territoriales y espaciales en la utilización de diferentes tipos de medicinas y su específica disertación prevaleciente a principios del siglo XXI en este lugar particular del país.

Respecto a la metodología, en una primera etapa se aplicó un censo a médicos generales que laboraban en las tres instituciones de salud gubernamentales del IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud locales. Posteriormente se levantó una matriz etnográfica a sanadores ancestrales radicando en la población (seis en total), todo lo anterior en el periodo comprendido entre principios de 2003 hasta finales de 2004.

Básicamente (y a manera de breve prelude) en los apartados denominados “Tendencias en la Secretaría de Salud”, “Esquemas en el ISSSTE local” y “Situaciones y consideraciones prevalecientes en el IMSS” se han desarrollado, explicado y analizado las propensiones que se presentaron en las instituciones de salud visitadas ante la opción tradicional y demás acotaciones realizadas; posteriormente se incluyó un apartado denominado “discusión” en el cual se indican los hallazgos más importantes y se confrontan los resultados empíricos y teóricos vislumbrados, finalmente se presentan las conclusiones donde se han detallado las observaciones más sobresalientes del presente trabajo.

1. Tendencias en la Secretaría de Salud

Las tendencias mostradas por el personal de salud con relación al uso de medicina tradicional tuvieron propensiones contrastantes.

Al momento de aplicar el censo en el centro de salud urbano de la Secretaría de Salud laboraban un total de 7 médicos generales. Es sobresaliente mencionar aquí cómo en el mayor porcentaje (71%, 5 casos) se avaló la utilización de medicina tradicional.⁴

De los puntos que vale la pena destacar (determinantes y de mayor relevancia en el apoyo de la alternativa en cuestión) se refieren sobre todo al reconocimiento de la efectividad vislumbrada al aplicar hierbas curativas (fuertemente respaldado por ideas que atribuían los principios activos de fármacos industriales en dichas plantas antiguas). Lo anterior se reflejó en la misma práctica biomédica ya que incluso, en algunos casos, se recomendó primero el remedio herbolario antes que el fármaco de patente (agua de manzanilla como astringente en hemorragias nasales o corteza de encino en dolores e inflamaciones bucales, por ejemplo).

En esta institución el concepto de ahorro en la economía familiar e individual, al utilizar remedios antiguos, tuvo un segundo orden de importancia. Asimismo y aunque el personal reflejó conocimientos limitados respecto a la estructura

cultural local, sí destacó reconocimiento, respeto y búsqueda de diálogo con las costumbres y creencias más conocidas.

Esta última situación resaltó tanto en generaciones de médicos generales que contaban con amplia experiencia profesional como en representantes de salud muy jóvenes, incluso se distinguieron casos en donde se permitió la intervención de la curandera común para sanar familiares del propio médico familiar:

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

Finalmente las posturas filosóficas del mayor porcentaje del universo censado que aprobó dicha alternativa no distaron de las nociones preventivas incluidas en el concepto normativo de la medicina cosmopolita (sobre todo el evitar tratamientos dañinos o intoxicaciones graves). Las consideraciones que desaprobaron dicho empleo abarcaron un menor porcentaje (29%) y se focalizaron en ideas que intentaban desarraigar costumbres dañinas para el organismo y evitar engaños encubiertos.

Los esquemas y nociones anteriores no se alejaron de fundamentos ideológicos positivistas y experimentales enmarcados en objetivos institucionales que buscan evitar la expansión patológica a nivel provincial.

En contraposición a lo anterior (y a pesar de que en esta institución se atendía al mayor número de pacientes en el ámbito local) la nosología popular (mal de ojo, aire, empacho, susto, caída de mollera, pérdida del alma, etc.) tuvo fuerte desaprobación en el mayor porcentaje de los casos censados (71%).

Hay varias vías que permiten explicar el rechazo y antagonismo hacia dicha clasificación popular. En un primer rubro la misma formación profesional del personal considerado dio continuidad al choque ideológico entre los conocimientos biomédicos y los andamios conceptuales que sustentan la certeza de las convicciones comunales, destacando incluso un sentido despectivo del tema (muy restringida en cuanto a veracidad, irreal, solamente tradiciones o cuestiones de fe, por citar algunos ejemplos).

A lo anterior se sumaron nociones que enfatizaban la falta de credibilidad hacia dicha nosología (malestares con diag-

4. Esta institución fue muy frecuentada y el personal se encontraba en constante contacto con pacientes que acudían de todas las comunidades del municipio.

nóstico y tratamiento bien definido o signos y síntomas manejados por gente tradicional e inexperta). Este panorama deslegitimó determinadamente manifestaciones inmersas en las ideas colectivas referentes a la salud y enfermedad, de suma importancia incluso en la escala municipal.

En esta institución un porcentaje menor del personal (29%) avaló dicha clasificación. El fundamento de esta aceptación tuvo origen en la constante observación de tratamientos (para empacho, caída de mollera y/o aire) en experiencias personales y en la confirmación de “malestares antiguos” que incidieron en propios familiares, situación que se vinculó a la búsqueda de explicaciones científicas, repercusiones y/o aciertos de algunos de los remedios usados y en el reconocimiento de la existencia (e importancia) que estas entidades nosológicas tienen en el nivel regional.

En esta unidad de salud los alcances y problemáticas observados en programas relacionados con la disyuntiva antigua fueron moderadamente variados. En 71% (5 casos) se tenía conocimiento de algún programa relacionado con dicha iniciativa y sólo en 29% (2 casos) se manifestó desconocerlas.

Las problemáticas mencionadas continúan interfiriendo en estrategias y metas de programas vinculados con terapias ancestrales (es constante la renuencia a la capacitación, la dificultad para dejar prácticas inadecuadas, la deficiente atención brindada o incluso, el desconocimiento y la falta de identificación de factores de riesgo por parte de curanderos locales).

En los alcances vislumbrados adquirió suma importancia la confirmación del diálogo e intercambio de ideas y técnicas de curación entre personal biomédico y ancestral, la obtención de resultados al usar herbolaria con igual efectividad que los fármacos industriales y, sobre todo, lo más influyente, la reducción de la mortalidad en la región.

En general en este universo institucional destacó (en mayor medida) una ideología de franca apertura hacia tratamientos inmersos en la tradición e incluso, fueron ampliamente aceptadas otras alternativas de apoyo (tales como la masoterapia, la hidroterapia y/o la herbolaria combinada con terapia emocional, por ejemplo).

2. Esquemas en el ISSSTE local

En el caso del ISSSTE laboraban un total de 5 médicos generales. Aunque en esta institución se atendía al menor número de pacientes a nivel local, el 100% del personal censado avaló positivamente la utilización de dichas terapias ancestrales. Incluso las objeciones del personal censado sólo fueron mínimas y concordaron con la orientación profesio-

nal referente a la prevención de intoxicaciones o en el reconocimiento de la peligrosidad de sustancias contenidas en dichos remedios.

En esta unidad, el costo de los medicamentos y su alza constante tuvo un peso determinante ya que también fue considerado prioritario y una de las principales razones para acceder a la alternativa en cuestión.

A diferencia de lo anterior en un mayor porcentaje (60%) se desaprobó la clasificación nosológica popular. La desaprobación derivó sobre todo de la supuesta “falta de sustento” del lenguaje popular, ya que contradecía los principios teóricos de la historia natural de la enfermedad. También fue importante la diferencia observada entre la práctica y la teoría (existencia de signos y síntomas de alguna enfermedad que han sido traducidos en el idioma de la población) o bien, la confirmación de malestares que tienen su respectiva “explicación científica”.

Las nociones registradas comprobaron la búsqueda de legitimación de técnicas y acciones institucionales minimizando la importancia de las creencias comunales, estas últimas inmersas profundamente en los sistemas ideológicos familiares.

El respaldo a dicha nosología se reflejó en un menor porcentaje (40%) y enfatizó un mayor entendimiento hacia la cultura provincial, resaltó la necesidad de considerar estos padecimientos por el mismo médico general y, sobre todo, reconoció la negación de la ciencia de estas agrupaciones.

En esta institución, en la mayoría de los casos censados (60%) se desconocía la existencia de programas relacionados con dicha alternativa, no se tenía contacto con personal laborando en esta especialidad o bien se ignoraba de iniciativas vinculadas con medicina étnica.

De los que habían tenido conocimiento de estos programas (40% del total) la problemática observada se relacionó con la falta de disposición de recursos económicos para adquirir medicamentos. En los alcances vislumbrados el énfasis sólo fue puesto en la confirmación de la utilidad de remedios caseros y en el aumento del respeto (previamente observado) en la aplicación de otras medicinas alternativas.

3. Situaciones y consideraciones prevalecientes en el IMSS

En el IMSS local se encontraban laborando 10 personas en el área de medicina familiar al momento de aplicar el cuestionario. En esta institución el mayor porcentaje (50%, 5 casos) aprobó dicho empleo.

Lo más destacado en esta institución fue la legitimación y reconocimiento de la disyuntiva antigua fundamentado en

la importancia histórica de su utilidad. También se resaltó el amplio peso que han tenido los tratamientos herbolarios en la elaboración de medicamentos industriales.

Otras ideas importantes enfatizan la necesidad de discernir entre prácticas inofensivas y peligrosas de curación y los requerimientos de experiencia que se deben tener para lograr alcances equilibrados en su aplicación. Finalmente la efectividad vislumbrada al emplear el recurso en la experiencia profesional fundamentó posturas de conformidad.

Por otra parte, en el 30% se desaprobó enfáticamente la utilización de medicina antigua. Esta divergencia tuvo cimientos en la falta de conocimiento de la disyuntiva ancestral (tales como la peligrosidad extrema debido al desconocimiento de sus efectos tóxicos, la falta de información sobre la consecuencia terapéutica verdadera e incluso la alteración de la evolución del padecimiento por el empleo de medidas empíricas). En esta unidad, las tendencias referentes a nosología popular tradicional fueron negativas en el mayor porcentaje (esto es 60%, lo que representó 6 casos).

Estas tendencias confrontaron abiertamente las representaciones étnicas sobre la curación, el equilibrio orgánico y el malestar. La información obtenida aludió específicamente a recursos empiristas y conceptos “mágico-religiosos” manejados por “gente con escasa educación”, o bien, situaciones favorecidas por la “indiosincracia”.

A lo anterior se sumaron ideas que sustentaron la falta de fundamento experimental de las clasificaciones populares o fueron considerados solamente como interpretaciones de la población ante respuestas del organismo.

Con menor porcentaje (20%) también destacaron posturas que avalaron dicha nosología. El cuerpo de nociones que fundamentó la existencia de la clasificación comarcal mostró intenso acatamiento hacia las costumbres comunitarias aún a pesar del reconocimiento de las deficiencias de técnica de los terapeutas tradicionales, a lo anterior se sumó la consideración por dicha “casta” o bien, expresiones que evitaron negar este tipo de manifestaciones: “[...] el no tener una explicación científica o no saber traslapar una entidad específica no nos da derecho a negarlas ni mucho menos a ridiculizarlas” (Informante anónimo, 2004).

Las problemáticas observadas en programas relacionados con esta alternativa fueron las más variadas del estudio (ya sea desacreditamiento por charlatanería, dificultad de mantener dosificaciones, falta de unificación de posología, complicaciones en la evolución del cuadro clínico, difusión inadecuada, falta de escuelas y maestros capacitados para su enseñanza o la intoxicación de pacientes, por citar algunos ejemplos). Aquí los alcances vislumbrados en la aplicación de programas vinculados con la disyuntiva ancestral

fueron alentadores, ya que abarcó desde el rubro económico (reducción de los costos en los tratamientos y la accesibilidad en cuanto a costos), el marco cultural (mayor identificación con la indiosincracia e ideas de la gente) hasta, inclusive, los rasgos positivos que pueden derivar de la interrelación de medicinas (como la consonancia en sustituir fármacos industriales o el apoyo que la técnica ancestral puede brindar al conocimiento institucional al existir estudios que la respalden).

4. Los curadores ancestrales

Respecto a los 6 (100%) terapeutas tradicionales entrevistados, el 50% (3 casos) manifestó desaprobación insistente hacia la medicina científica y sus representantes. 17% (1 caso) estuvo en desacuerdo con las terapias biomédicas y sin embargo también llegaron a sobresalir posturas de complementación. En el restante 33% (2 casos) resaltaron básicamente nociones de aprobación y complementación.

Resulta interesante destacar aquí el celoso resguardo que se continúa teniendo para mostrar remedios y técnicas antiguas, sobre todo en un afán de evitar que curadores con diferente iniciación terapéutica (en especial practicantes de la medicina industrial) apliquen dicho conocimiento.

5. Discusión

El principal hallazgo enfatizó que las mayores tendencias porcentuales en el universo censado reflejan una mayor apertura, aprobación y complementación ante la alternativa tradicional, e incluso se presentaron casos de practicantes médicos que acudían con curanderas al manifestarse un malestar popular (“mal de ojo”, por ejemplo) buscando reforzar su disciplina occidental.

El mayor porcentaje de estas tendencias de compatibilidad y complementariedad se confirmaron en el ISSSTE (100%) y en la Secretaría de Salud (71%). También en el IMSS el mayor porcentaje (50%, 5 casos) aprobó el empleo de la alternativa en cuestión y sólo en el 30% (3 casos) se presentó confrontación y desaprobación.

En este caso el modelo médico hegemónico considerado por Menéndez (1992:98) tuvo una restringida expansión conflictiva a nivel local, ya que en el mayor porcentaje del universo censado se reconoció la importancia de utilización de sistemas alternativos ancestrales.

Un segundo hallazgo resaltó las tendencias de desaprobación insistente en la mitad de los 6 terapeutas ancestrales entrevistados. Esta censura fue dirigida hacia las técnicas de la medicina científica y sus representantes, asimismo

estos curanderos buscaron legitimación justificando la utilidad de sus recursos, situación que no discrepó de las exposiciones de Gesler (1992: 140) respecto a la lucha por dicha legitimación.

Aunque en mínimo porcentaje, el mantenimiento del control ideológico por parte de practicantes biomédicos se fundamentó en la búsqueda de la salud por medios científicos, prevenir la expansión del charlatanismo, evitar la administración inadecuada de tratamientos antiguos altamente tóxicos e incluso, mantener el “status” y posición con respecto a la población comunal.

Este control ideológico concorrió con posturas aculturadoras tendientes a intentar un cambio conductual dirigido, cuyos cimientos filosóficos se sustentaron en la prevención de prácticas destructivas y en la búsqueda de eficacia de esta compleja alternativa ancestral. Sin embargo, hubo diferencias notables respecto al intento de mantenimiento del control económico por parte del personal biomédico censado; este control no fue determinante ya que se laboraba en centros de gobierno donde las cuotas o pagos de registro de pacientes eran administradas por diferente personal burocrático, situación que presentó divergencias con los planteamientos de Gesler (1992) respecto al mantenimiento del control económico sobre los sistemas liberados de salud.

Si bien hubo mayor complementación hacia tratamientos y recursos médicos tradicionales, la situación fue discrepante respecto la clasificación nosológica popular de enfermedades, ya que en las mayores tendencias porcentuales se desaprobó dicha división (71% en la Secretaría de Salud, 60% en el ISSSTE y 60% en el IMSS). En contraposición, este tipo de clasificaciones continúan registrándose en amplios sectores de la población mexicana, situación ya observada por Mateos (1999), Piedrasanta (s/f), Martínez (1993), Viesca (1999), Rivera (1999) y/o en escritos del Centro de Investigación y Cultura de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado de Guerrero (2001), por ejemplo.

Tal parece que los datos empíricos y esquemas porcentuales locales destacan mayor aprobación hacia re-

ursos ancestrales que presenten elevada efectividad, no así para la categorización popular de enfermedades. El primer esquema no está divorciado de las observaciones surgidas en los cincuenta y sesenta respecto a la búsqueda de tomar en cuenta prácticas proverbiales en el medio gubernamental de atención (Aguirre 1994a y 1994b) ni discrepan de la necesidad de coexistencia médica institucional-ancestral mencionada por Rodríguez *et al.* (1994) o Mateos (1999), considerada ya desde mediados y finales de los noventa.

Finalmente, las problemáticas, alcances y cuestionamientos mencionados por el personal que ha participado en proyectos relacionados con dicha disyuntiva a nivel local continúan enriqueciendo el marco empírico de esta contrastante articulación “biomédica-tradicional”.

Conclusiones

A nivel local la medicina tradicional ha sido una opción prioritaria décadas antes de la fusión náhuatl, matlazinca, chontal, tlahuica y española del siglo XVI. Dicha alternativa ha cobrado actualmente suma importancia en el ámbito terapéutico comunitario.

Aun sin conocer toda la variedad de propiedades comprobadas científicamente, su uso empírico y su efectividad derivada ha sido reconocida y recomendada por representantes del ámbito biomédico comarcal, asociado en un primer o segundo plano a un menor costo económico y más accesible que otras disyuntivas galénicas disponibles.

Como se observó, se confirmaron los fenómenos de conflicto entre alternativas de atención y sus principales tendencias empíricas. Asimismo las experiencias del personal censado (que ha participado en programas vinculados con dicha opción) ratificaron su aprobación y empleo a la par que fármacos industriales.

Por otra parte, la mitad de los terapeutas tradicionales considerados continuaron mostrando desaprobación hacia los sistemas ideológicos y comportamientos biomédicos, situación que se sumó a la constante carrera por ganar legitimación y pacientes potenciales.

Aunque la nosología popular continuó arraigada en ideas colectivas comunales, el fenómeno fue limitadamente comprendido y altamente inaceptado; esquema que fue totalmente divergente respecto al empleo de tra-

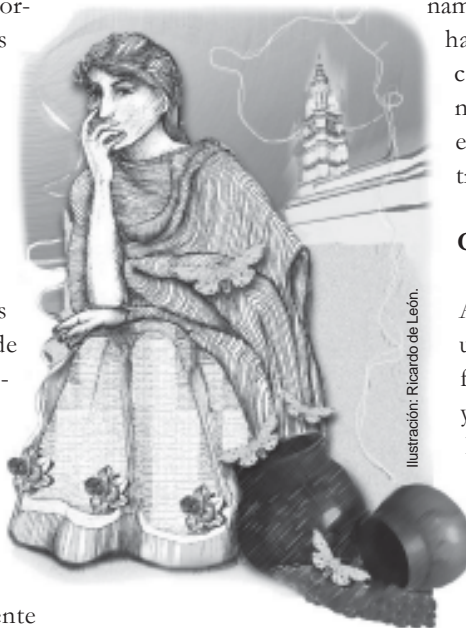


Ilustración: Ricardo de León.

tamientos herbolarios, intensamente aprobados y sustentados en la efectividad curativa históricamente comprobada.

Actualmente la importancia de esta herbolaria ha cobrado mayor significación debido a descubrimientos recientes de sus propiedades terapéuticas; la identificación de dimetilhistamina en el zapote blanco y el efecto que

provoca en la disminución de la presión arterial, la quercetina en la hoja de guayaba eficaz como antidiarreico, o bien, el mucílago del nopal, inhibidor de la absorción de glucosa en el intestino y útil en malestares tales como la diabetes (Rivera,1999), opciones que sin duda pueden ser útiles para combatir la constante incidencia patológica en este complejo espacio guerrerense.



Bibliografía

- Aguirre, G.
 _____ (1994a). *Antropología médica*. Universidad Veracruzana-INI-Gobierno del Estado de Veracruz-Fondo de Cultura Económica, México.
 _____ (1994b). *Programas de salud en la situación intercultural*. Fondo de Cultura Económica, México.
- Bloom, S. y R. Wilson (1998). “La extensión marxista del paradigma del conflicto”, en Freeman, H., S. Levine y L. Reeder (Comp.). *Manual de sociología médica*. Secretaría de Salud-Fondo de Cultura Económica, México.
- Centro de Investigación y Cultura de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado de Guerrero (2001). “Plantas medicinales de Guerrero”, 2a parte, Núm. 180, *Así somos. Órgano quincenal de información cultural*. Centro de Investigación y Cultura de la Secretaría de Desarrollo Social, Gobierno del Estado de Guerrero. México.
- Fassin, D. (1992). *Antropología y salud en comunidades indígenas*. Instituto Francés de Estudios Andinos. Ecuador.
- Foster, G. (1980). *Las culturas tradicionales y los cambios técnicos*. Fondo de Cultura Económica. México.
- Gesler W. (1992). “Social Spaces”, en *The Cultural Geography of Health Care*. University of Pittsburg Press, USA.
- González, J. A. (1994). “Los frentes culturales. Culturas, mapas, poderes y luchas por las definiciones legítimas de los sentidos sociales de la vida”, en Lameiras, J. y J. Galindo (Edit.). *Medios y mediaciones. Los cambiantes sentidos de la dominación en México*. El Colegio de Michoacán. México.
- IMSS (1994). *Programa IMSS-Solidaridad, 1988-1994*. Instituto Mexicano del Seguro Social, México.
- INEGI
 _____ (1998). *Cuaderno estadístico municipal. Taxco de Alarcón, Estado de Guerrero*. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México.
- _____ (2003). *Science 2000*. [CD-Rom]. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México.
- Lozoya X.; G. Velásquez y A. Flores (1988). *La medicina tradicional en México. Experiencia del programa IMSS-COPLAMAR, 1982-1987*. Instituto Mexicano del Seguro Social, México.
- Mateos, R. M. (1999). *Medicina y cultura*. Plaza y Valdés, México.
- Menéndez, E. (1992). “Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención, caracteres estructurales”, en Campos, R. (1992). *La antropología médica en México*. Tomo I, Instituto Mora-UAM. México.
- Mínako, M. (1980). *Medical Sociology*. Alfred Publishing Co. INC., USA.
- Martínez, M. (1993). *Las plantas medicinales de México*. Editorial Botas, México.
- Nahmad, S. (1988). “Corrientes y tendencias de la antropología aplicada en México”, en *Teoría e investigación en la antropología social mexicana*. UAM-CIESAS, México.
- Piedrasanta, R. (s/f). *Salud, cultura y migración en áreas rurales: nosología popular y atención de padecimientos frecuentes. Región mixte baja, Oaxaca, México*. Asociación mexicana de población, A.C. Investigaciones sociodemográficas en algunas regiones de México. Asociación Mexicana de Población, A.C., México.
- Ritzer, G. (2002). *Teoría sociológica moderna*. McGraw-Hill, España.
- Rivera, E. (1999). “Investigación reciente sobre plantas medicinales mexicanas”, *Arqueología mexicana. Plantas medicinales prehispánicas*. Vol. VII, No.39. Editorial Raíces-Instituto Nacional de Arqueología e Historia, México.
- Rodríguez, A.M., M.C. Baltazar, P. Ortega, L. Molina y M. Aguilar (1994). *Algunos factores sociales presentes en la aplicación del modelo de atención integral a la salud del programa IMSS-Solidaridad*. Instituto Mexicano del Seguro Social, México.
- Urióstegui, A. (2001). *Evaluación formativa en una comunidad Purhé*. Tesis de maestría. El Colegio de Michoacán, México. En prensa.
- Viseca, C. (1999). “Usos de las plantas medicinales mexicanas”, *Arqueología mexicana. Plantas medicinales prehispánicas*. Vol. VII, núm. 39. Editorial Raíces-Instituto Nacional de Arqueología e Historia, México.
- Zolla, C., S. Del Bosque, A. Tascón y V. Mellado (1988). *Medicina tradicional y enfermedad*. CIESAS, México.