



COLEGIO DE POSTGRADUADOS

INSTITUCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS AGRÍCOLAS

CAMPUS TABASCO

PROGRAMA PRODUCCIÓN AGROALIMENTARIA EN EL TRÓPICO

**PREFERENCIA EN EL USO DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN UNA
COMUNIDAD CAMPESINA DE OCOSINGO, CHIAPAS.**

SANDRA TRINIDAD ATONDO CORDOVA

T E S I S

PRESENTADA COMO REQUISITO PARCIAL
PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN CIENCIAS

H. CÁRDENAS, TABASCO, MÉXICO

2015

La presente tesis, titulada: **Preferencia en el uso de la medicina tradicional en una comunidad campesina de Ocosingo, Chiapas**, realizada por la alumna: **Sandra Trinidad Atondo Cordova**, bajo la dirección del consejo particular indicado, ha sido aprobada por el mismo y aceptada como requisito parcial para obtener el grado de:

MAESTRA EN CIENCIAS

POSTGRADO EN PRODUCCIÓN AGROALIMENTARIA EN EL TRÓPICO

CONSEJO PARTICULAR



CONSEJERA:

Dra. Elsa Chávez García



ASESOR:

Dr. Ángel Galmiche Tejeda



ASESOR:

Dr. Arturo Pérez Vázquez



ASESOR:

M.C María Cristina García Ángel

H. Cárdenas, Tabasco, México 09 de Junio del 2015

RESUMEN

PREFERENCIA EN EL USO DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN UNA COMUNIDAD CAMPESINA DE OCOSINGO, CHIAPAS

SANDRA TRINIDAD ATONDO CORDOVA, M.C.

Colegio de Postgraduados, 2015

El objetivo fue analizar los factores socioculturales y económicos que determinan la preferencia en una comunidad campesina del municipio de Ocosingo, Chiapas por la medicina tradicional para la atención de sus problemas de salud. La metodología consistió en la aplicación de un censo; se realizaron 33 entrevistas semiestructuradas y observación participante durante nueve meses. Se identificaron siete modalidades de medicina tradicional y cinco de medicina moderna. Todas las modalidades de la medicina tradicional registraron alto grado de confianza, superior a la registrada para la medicina moderna. Los elementos intrínsecos que favorecen la preferencia de la medicina tradicional fueron: mayor número de personas que curan (*Poxhawanej*) con respecto al sistema de salud pública, recursos de curación accesibles y de bajo costo, diferentes formas de pago del servicio, atención personalizada, concordancia con el sistema cultural local, servicio integral, entre otros. Las limitantes de la medicina tradicional se relacionan principalmente con la visión modernizadora que devalúa las formas tradicionales de vida. No se encontró relación significativa de la preferencia de atención a la salud con ninguna variable socioeconómica analizada.

La medicina tradicional persiste en paralelo con la medicina moderna, pero en condiciones desiguales; su práctica conlleva elementos potenciales para impulsar el desarrollo endógeno.

Palabras claves: Medicina tradicional, preferencia, indígena, modernización, desarrollo endógeno.

ABSTRACT

PREFERENCES OF TRADITIONAL NATIVE MEDICINE USES IN A FARMERS COMMUNITY (OCOSINGO, CHIAPAS)

SANDRA TRINIDAD ATONDO CORDOVA, M.C.

Colegio de Postgraduados, 2015

The objective of this investigation is to analyze socio-cultural and economic factors that determine, in the Ocosingo municipality, Chiapas, a farmers community preference in the use of traditional native medicine to take care of health problems. Methodology was based on the conduction of a census; during nine months researchers used participant observation; and thirty three semi-structured interviews were made. Researchers identified seven modalities of traditional native medicine and five modalities of modern medicine. All the modalities of traditional native medicine registered a high level of confidence, superior in comparison with modern medicine registries. The intrinsic elements which favor the preference of traditional native medicine are: higher number of recuperated people (*Poxhawanej*) in comparison with public health care system; accessible healing resources at a low cost; several modes of health service payment, personal attention, concordance with local cultural system, comprehensive service, among other elements. Limitations of traditional native medicine are mainly related to the modernizing point of view, which depreciates traditional native ways of life. Researchers did not find significant relation between the health care preferences and any of the socio-economic variables analyzed by them.

Traditional native medicine concurrently persists with modern medicine, but with unequal conditions. Traditional native medicine's practice entails potential elements to motivate endogenous development.

Key words: Traditional native medicine, preference, indigenous, modernization, endogenous development.

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por el financiamiento otorgado para la realización de mis estudios de Maestría en Ciencias.

Al Colegio de Postgraduados, por permitirme continuar con mi formación académica.

A la Dra. Elsa Chávez García, por su apoyo, confianza, paciencia, por la bonita amistad que surgió en este tiempo y que será para siempre y por haberme permitido formarme como persona y profesional bajo su supervisión.

Al Dr. Ángel Galmiche Tejeda, por su valiosa asesoría y orientación para el enriquecimiento de este trabajo.

Al Dr. Arturo Pérez Vázquez, por sus conocimientos y sugerencias a fin de llevar a buen término este trabajo.

A la M.C María Cristina García Ángel, por el apoyo, asesoría, orientación en este trabajo y sobre todo por la amistad incondicional que nos une.

A los que fueron mis maestros, Dra. Elsa, Dr. Galmiche, Dr. Víctor, Dr. Sol, Dr. Julián

A mis amigos, Liliana y Juan Carlos por la bonita amistad que surgió en el transcurso de este objetivo.

A mis compañeros de generación, por compartir momentos agradables.

Al personal del Colegio de Postgraduados, por todas las facilidades otorgadas durante mi estancia, así como su amistad y apoyo brindado.

A los habitantes de Busiljá, por permitirme realizar esta investigación.

DEDICATORIA

A mi mamá

Por estar siempre a mi lado

A César

Por ser mi principal motivación

A mis hermanos:

Alex, Julio, Monse y Samantha

Por todo su amor y apoyo brindado

A mi familia en general

Por el cariño y los buenos deseos

Con todo mi amor...

CONTENIDO

	Página
CAPITULO I. INTRODUCCION GENERAL.....	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2 OBJETIVOS.....	3
1.2.1 Objetivo general.....	3
1.2.1.1 Objetivos específicos.....	4
1.3 REVISION DE LITERATURA.....	4
1.4 REFERENCIAS.....	8
CAPITULO II. MODALIDADES Y PREFERENCIA DE LA MEDICINA TRADICIONAL ENTRE LOS TZELTALES DE CHIAPAS, MÉXICO	12
2.1 INTRODUCCIÓN	16
2.2 METODOLOGIA	18
2.3 RESULTADOS.....	20
2.3.1 Perfil de las familias	20
2.3.2 Modalidades de la Medicina Tradicional	20
2.4 DISCUSION Y CONCLUSION	25
2.5 AGRADECIMIENTOS	28
2.6 REFERENCIAS.....	28
CAPITULO III. LA MEDICINA TRADICIONAL ANTE EL CAMBIO MORDENIZADOR ENTRE LOS TZELTALES DE CHIAPAS, MEXICO	31
3.1 INTRODUCCION	35
3.2 ÁREA DE ESTUDIO	39
3.3 METODOLOGÍA	40
3.4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	41
3.4.1 Contexto del proceso modernizador de Busilja.....	41
3.5 CONCLUSIONES	64
3.6 AGRADECIMIENTOS	66
3.7 REFERENCIAS.....	66
CAPITULO IV. CONCLUSIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES	71

4.1	CONCLUSIONES GENERALES.....	72
4.2	RECOMENDACIONES	73

CONTENIDO DE CUADROS

Página

Cuadro I. MODALIDADES PARA LA ATENCION DE ENFERMEDADES FRECUENTES Y PREFERENCIA EN LA COMUNIDAD DE BUSILJA, CHIAPAS, MÉXICO..... 21

Cuadro II. MODALIDADES PARA LA ATENCION DE ENFERMEDADES GRAVES O CRÓNICAS Y PREFERENCIA EN LA COMUNIDAD DE BUSILJA, CHIAPAS, MÉXICO 22

Cuadro III. GRADO DE CONFIANZA POR MODALIDAD DE ATENCION A LA SALUD 23

Cuadro IV. RAZONES DECLARADAS PARA OTORGAR EL GRADO DE CONFIANZA POR MODALIDAD DE ATENCION A LA SALUD 24

Cuadro V. RECURSO HUMANO DISPONIBLE EN BUSILJÁ PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD EN EL SISTEMA DE MEDICINA TRADICIONAL Y MODERNA 56

CONTENIDO DE FIGURAS

Página

Figura 1. ASPECTOS INTRÍNSECOS Y CONDICIONES DEL CONTEXTO MODERNIZADOR QUE FAVORECEN Y LIMITAN LA MEDICINA TRADICIONAL EN LA COMUNIDAD DE BUSILJÁ, OCOSINGO, CHIAPAS.....	55
--	-----------

CAPITULO I. INTRODUCCION GENERAL

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La medicina tradicional se define como aquellas prácticas, conocimientos y habilidades basadas en teorías, creencias y experiencias indígenas de distintas culturas, que incorporan el uso de plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, así como en la prevención, diagnóstico y la mejora o tratamientos de enfermedades físicas y mentales¹. En distintos países del mundo como China 40% y la India 65% de su población utiliza la medicina tradicional para el tratamiento de numerosas enfermedades y padecimientos. Aún en países Industrializados como Australia, Bélgica, Francia, Canadá y Estados Unidos, utilizan medicamentos tradicionales, complementarios y alternativos². En América Latina sólo existen datos para Chile con 71% y Colombia con 40% de la población la utiliza, a pesar de que se encuentra subordinada a los sistemas oficiales de salud y su práctica puede ser considerada ilegal³. En México, la práctica de la medicina tradicional reúne elementos de los sistemas de salud indígena mesoamericana, española del siglo XVI, africana, china y alópata⁴. Las investigaciones realizadas en México durante el periodo 1900-1994^{5,6}, han tenido principalmente un enfoque antropológico y en menor medida etnobotánico; sin embargo, esta tendencia se invirtió en las últimas dos décadas^a. A pesar de que la medicina tradicional en nuestro país se remonta a la época precolombina⁷, que representa en muchos casos la única alternativa de atención a la salud en comunidades rurales e indígenas históricamente marginadas⁸, y que aprovecha recursos locales de bajo costo, existen pocos estudios relativos al uso y

^a Búsqueda de artículos de investigaciones realizadas en México con el metabuscador PRIMO-COLPOS.

preferencia por parte de la población con respecto a la medicina moderna, así como las condiciones que bajo el contexto del proceso modernizador la favorecen o limitan. De particular interés para el estudio de esta temática resultó la elección del estado de Chiapas, por su gran contraste entre la enorme riqueza biótica y cultural⁹, y las condiciones de pobreza de la población, condición en la que dicho estado ocupó para el año 2010, el primer lugar a nivel nacional; con 78.5% de su población y se registró en condición de pobreza^b, y 38.3% en pobreza extrema^{c10}. Ocosingo es uno de los cinco municipios con mayor número de personas en pobreza y pobreza extrema; por lo que se ha designado con *Muy Alto* grado de marginación y *Alto* grado de rezago social¹¹. Además es el municipio con mayor número de hablantes de lengua indígena y, junto con el municipio de Chilón, los dos que concentran más del 90% de hablantes de la lengua tzeltal¹². Por lo anteriormente expuesto, los objetivos de la presente investigación fueron:

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

Analizar los factores socioculturales y económicos que determinan la preferencia de una comunidad campesina del municipio de Ocosingo por la medicina tradicional para la atención de sus problemas de salud.

^b Coneval¹⁰, menciona que una persona se encuentra en situación de pobreza cuando tiene al menos una carencia social (en los seis indicadores de rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación) y su ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias.

^c Una persona se encuentra en situación de pobreza extrema cuando tiene tres o más carencias, de seis posibles, dentro del Índice de Privación Social y que, además, se encuentra por debajo de la línea de bienestar mínimo. Quien se encuentra en esta situación dispone de un ingreso tan bajo que, aun si lo dedicara por completo a la adquisición de alimentos, no podría adquirir los nutrientes necesarios para tener una vida sana¹⁰.

1.2.1.1 Objetivos específicos

- Identificar las principales modalidades de la medicina tradicional que la población utiliza para atender los problemas de salud.
- Determinar el grado de la preferencia de la población en el uso de la medicina tradicional.
- Analizar las condiciones que promueven o limitan la preferencia en el uso de la medicina tradicional en la comunidad de estudio.

1.3 REVISION DE LITERATURA

Uno de los registros etnobotánicos más antiguos en nuestro país es el Códice Florentino que contiene información de 755 plantas, 266 son de uso medicinal y 81 ceremonial¹³. Dentro de los proyectos institucionales más destacados está la creación de la Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional, coordinado por la UNAM y publicado en 1994^d, concentra información de un total de 1,000 especies de plantas y 45 hongos medicinales sustentada en 5869 fuentes de literatura especializada y 45 herbarios del país. Dicha información abarca los siglos XVIII y XIX y está organizada en 47 monografías de distintas temáticas relevantes de la medicina tradicional de 56 pueblos indígenas de México, un diccionario enciclopédico de alrededor de 1,100 términos de medicina tradicional y 33 monografías de la flora medicinal indígena de México.

En la región del sureste de México, se han realizado diversas investigaciones sobre plantas medicinales, principalmente desde el enfoque etnobotánico, que permiten evidenciar la vigencia del uso de la herbolaria, una de las modalidades de la medicina

^d Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. [consultado Junio 2013] Disponible en: www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx

tradicional. En Tabasco, Magaña¹⁴, reporta 232 especies medicinales para comunidades mayachontales del municipio de Nacajuca; Gómez¹⁵ registra 112 plantas medicinales para la Ranchería Corregidora Ortiz 1ª Sección, municipio del Centro, utilizadas para curar diversos males, Puente y colaboradores¹⁶, reportan 56 especies registradas en huertos familiares de Caobanal, municipio de Huimanguillo. Para Veracruz, Ramos y colaboradores¹⁷, identificaron 16 plantas medicinales que los médicos tradicionales utilizan para la mordedura de serpientes en Acayucan; Gheno-Heredia y colaboradores¹⁸ reportan 91 especies vegetales que utiliza la organización de parteras y médicos indígenas tradicionales del municipio de Ixhuatlancillo para la atención primaria de la salud, y Cabrera¹⁹ reporta para la comunidad Tlalnelhuayocan, 163 especies de plantas medicinales con 95 usos diferentes, desde abortivas, para infecciones estomacales, epilepsia, adelgazar, o como aporte vitamínico, entre otras. En Oaxaca, Cervantes y Valdés²⁰ registra 101 plantas en el Distrito de Ocotlán, 66 silvestres y 35 cultivadas, ubicadas en su mayoría en ambientes perturbados; y en Yucatán, Manzanilla²¹ reporta 114 plantas medicinales utilizadas para 163 enfermedades atendidas por parteras, curanderos y yerbateros de la comunidad de Oxkutzcab.

En Chiapas, la investigación sobre las prácticas curativas tradicionales en comunidades rurales ha sido de gran interés por ser un estado con gran diversidad florística; ocupa el segundo lugar a nivel nacional, además de su riqueza cultural⁹. La revisión bibliográfica evidenció que los estudios sobre los recursos naturales utilizados en la medicina tradicional se concentran principalmente en la región de los Altos. Domínguez y Castro²², encontraron 50 especies de la familia Labiatae, representadas en 17 géneros,

las cuales son utilizadas para tratar padecimientos gastrointestinales y respiratorios. Por otra parte, Vázquez²³ reportó un total de 74 especies de animales y 36 partes o productos empleados para tratar uno o más de los 128 padecimientos registrados, desde el dolor de cabeza hasta el cáncer. Sánchez e Ishihara²⁴ revisaron 368 ejemplares del Herbario ECOSUR-CH, detectando 68 especies empleadas en los Altos de Chiapas para tratar infecciones de las vías respiratorias; la principal infección de este tipo fue la amigdalitis, para la cual emplean las hojas de algunas plantas en forma de infusión. Aguirre-Ruiz y colaboradores²⁵ realizaron un estudio con el propósito de caracterizar los traspatios en la comunidad de Amado Nervo, municipio de Yajalón, perteneciente a la región Selva, reportando 19 especies de plantas medicinales presentes con mayor frecuencia en dicho agroecosistema; concluyen que el 35% de la comunidad utiliza solo plantas medicinales para aliviar su salud debido a la escasez de recursos económicos y el 26% utiliza medicina alópata.

Si bien se ha logrado identificar la importancia de la medicina tradicional y la gran diversidad de plantas que utilizan con fines medicinales, existen pocos estudios que analizan el papel de la medicina tradicional por la población en México, lo que permitiría comprender mejor las causas de su permanencia para ser considerada en las políticas públicas de salud. Al respecto, Berenzón y colaboradores⁴ en un ambiente altamente urbanizado como es la ciudad de México, reporta que las prácticas de la medicina tradicional siguen presentes, ya que los principales motivos por lo que las personas recurren a terapeutas tradicionales, son problemas amorosos, conflictos familiares, apuros económicos, estrés, tensión, nervios y angustias espirituales. En Chiapas, Tibaduiza²⁶ realizó un estudio de corte cualitativo de la curación, en colonias del norte

de San Cristóbal de las Casas, encontrando que existe una forma de organización autónoma en torno a la salud, donde el Estado no tiene intervención y con la cual han podido recuperar sus saberes tradicionales. Este autor menciona que las personas enfermas buscan obtener alivio a sus dolencias dentro de un sistema ajustado a su economía personal y familiar; y con base en esto eligen a uno u otro terapeuta, o acuden a más de una opción (curandero religioso, curandero, pastor/a, espiritista, médico religioso, grupo de la iglesia). Otras personas no tienen opción y van a donde el dinero les alcance para pagar. Además del criterio económico, el autor remarca la “exclusión de facto” que determina la residencia periférica de la población de estudio con respecto a la ciudad y su condición de migrantes rurales, lo cual les obliga a construir otro mundo desde el lugar que actualmente ocupan, emprendiendo proyectos vinculados a la educación, la sanidad y la producción. Ruiz²⁷ en un estudio descriptivo sobre las prácticas tradicionales de salud en la comunidad La Maravilla, municipio de Simojovel, Chiapas; reportó que el 100% de la población utiliza la medicina tradicional para la atención de la salud, empleando plantas, animales u objetos; tradición heredada de sus ancestros. Sin embargo, este mismo autor reportó casos de consumo prolongado de un recurso terapéutico sin la supervisión del terapeuta tradicional, en los cuales se registraron alergias, vómito y otros síntomas, así como la demanda de atención dentro de los servicios oficiales o particulares de salud.

Respecto al Municipio de Ocosingo, no existen antecedentes de investigación que den cuenta de la situación actual de la medicina tradicional entre la población rural y de los recursos que la sustentan. La falta de reconocimiento oficial de estas estrategias de salud y el poco interés en su investigación generan que se cuente con pocos datos

respecto al grado de preferencia por la medicina tradicional¹. Uno de los estudios en relación con el tema en el Municipio de Salto de Agua es el de García y colaboradores²⁸, quienes mencionan que ante la falta de investigación sobre el rescate y uso de la medicina tradicional en la región, los documentos generados por los grupos comunitarios organizados constituyeron una fuente importante de información para el análisis realizado, y que un actor social identificado -que brinda servicios de atención a la salud en la zona- es la SPR *Tiemelonla Tsijibu Bij*, fundada en 1986 por 42 promotores de salud de 26 comunidades del municipio de Salto de Agua. Los médicos tradicionales de dicha organización mencionaron la necesidad de mejorar los aspectos internos de su organización, ampliar la difusión de los servicios que ofrecen, iniciar el acervo documental de las plantas medicinales que utilizan, analizar las dificultades que tienen para conseguir algunas plantas medicinales en el entorno, mejorar los empaques para sus medicamentos, entre otros. El principal avance logrado a través del proyecto fue la identificación de 58 especies de plantas medicinales, a través de un diálogo de saberes que se construyó a lo largo de talleres participativos, entrevistas a profundidad y caminatas etnobotánicas²⁸.

1.4 REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2002.
2. Organización Mundial de la Salud. Medicina Tradicional. 56ª Asamblea Mundial de la Salud, A56/18. Informe técnico. 2003. [consultado 2014 noviembre]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/sa5618.pdf.
3. Nigenda G, Mora-Flores G, Aldama-López S, Orozco-Núñez E. La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia. *Salud Pública de México*. 2001; 43(1):41-51.

4. Berenzon-Gorn S, Ito-Sugiyama E, Vargas-Guadarrama LA. Enfermedades y padeceres por los que se recurre a terapeutas tradicionales de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*. 2006; 48(1):45-56.
5. Ramírez A. *Bibliografía comentada de la medicina tradicional mexicana (1900-1978)*: IMEPLAM; 1978.
6. Pinzón SM, Zolla C. *Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana: Biblioteca de la medicina tradicional mexicana/Instituto Nacional Indigenista: Instituto Nacional Indigenista*; 1994.
7. Lozoya X. *La Herbolaria en México*. Consejo Natural para la Cultura y las Artes. Colección Tercer Milenio, México, 1998.
8. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2011*. México, D.F. CONEVAL., 2012.
9. Lillo JC, Provencio E, Pinzana-Soto C, Marza-Elvira J. *Programa de manejo reserva de la biosfera la Sepultura, México*. Instituto Nacional de Ecología, México, DF. 1999.
10. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Informe de pobreza y evaluación en el estado de Chiapas 2012*. México, D.F. CONEVAL., 2012.
11. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Catálogo de claves de entidades federativas, municipios y localidades 2015*. [consultado 2015 Mayo] Disponible en: <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/Default.aspx?buscar=1&tipo=nombre&campo=mun&valor=Ocosingo&varent=>
12. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Estadísticas a propósito del día internacional de los pueblos indígenas datos nacionales. 2012*. [consultado 2014 Enero]. Disponible en: www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espa%o1/indigena0.doc,
13. Estrada-Lugo EIJ, Hernández Xolocotzi E, Rojas Rabiela T, Engleman EM, Colegio de Postgraduados CM, Agrícolas. *El Códice Florentino; su información etnobotánica: [Tesis de Maestría]*. Colegio de Postgraduados, Chapingo, México; 1987.
14. Alejandro MAM, Campillo LMG, Méndez RM. *El uso de las plantas medicinales en las comunidades mayachontales de Nacajuca, Tabasco, México*. *Polibotánica*. 2010(29):213-62.
15. Gómez Álvarez R. *Plantas medicinales en una aldea del estado de Tabasco, México*. *Revista Fitotecnia Mexicana*. 2012; 35(1):43-9.

16. Puente-Pardo E, López-Hernández E, Mariaca-Méndez R, Magaña-Alejandro M. Uso y disponibilidad de plantas medicinales en los huertos familiares de El Caobanal, Huimanguillo, Tabasco, México. UNACAR Tecnociencia. 2010; 4(1):40-53.
17. Ramos-Hernández M, Ávila-Bello CH, Morales-Mávil JE. Etnobotánica y ecología de plantas utilizadas por tres curanderos contra la mordedura de serpiente en la región de Acayucan, Veracruz, México. Boletín de la Sociedad Botánica Mexicana 2007; 81:89-100.
18. Gheno-Heredia YA, Nava-Bernal G, Martínez-Campos Á. Las plantas medicinales de la organización de parteras y médicos indígenas tradicionales de Ixhuatlancillo, Veracruz, México y su significancia cultural. Polibotánica 2011(31):199-251.
19. Cabrera R. Plantas medicinales del municipio de Tlalnelhuayocan, Veracruz. [Tesis de Licenciatura]. Veracruz: Facultad de Biología, Universidad Veracruzana-Xalapa; 2010
20. Cervantes L, J Valdés. Plantas medicinales del distrito Ocotlán, Oaxaca. Anales del Instituto de Biología. Serie Botánica 1990; 60:85–103.
21. Manzanilla A. Plantas medicinales en Oxkutzcab, un reencuentro con nuestras raíces mayas. [Tesis de Licenciatura]. México: División de ciencias forestales, Universidad Autónoma de Chapingo-Texcoco; 2009
22. Domínguez-Vázquez G, Castro-Ramírez AE. Usos medicinales de la familia Labiatae en Chiapas, México. Etnobiología 2002; 2:19-31.
23. Vázquez PE, Méndez RM, Guascón ÓGR, Piñera EJM. Uso medicinal de la fauna silvestre en los Altos de Chiapas, México. Interciencia 2006; 31(7):491-9.
24. Sánchez AEN, Ishihara MI. Las plantas empleadas para el tratamiento de las infecciones respiratorias en los altos de Chiapas (México). Etnobiología 2010; 8:11-30.
25. Rosa RMA-R, Torres-Vázquez NG, Elvira EPV-T, Jiménez-Guzmán OL, Sánchez ASR, Velázquez-Avendaño JA. Caracterización del subsistema de plantas medicinales en los patios traseros (*Patyotyoty*) de la comunidad de Amado Nervo, Municipio de Yajalón, Chiapas; México. Espacio I+D, Revista Digital de la Universidad Autónoma de Chiapas. 2013. Disponible en: http://www.espacioimasd.unach.mx/articulos/num2/pdf/caracterizacion_del_susbsistema_plantas_medicinales_en_los_PATY_OTYOTY_en_Chiapas.pdf
26. Tibaduiza Y. La curación como experiencia: la zona norte, San Cristóbal de las casas, Chiapas. [Tesis de Maestría]. San Cristóbal de las Casas, El Colegio de la Frontera Sur; 2010.

27. Ruiz O. Estudio descriptivo de prácticas tradicionales en salud de una población de origen tzotzil en el año 2001. [Tesis de Licenciatura]. Tuxtla Gutiérrez Chiapas: Universidad Autónoma de Chiapas; 2002.
28. García M, Atondo CST, Ubierno CP, Albores, MS, Estrada LJM, Pérez LE. Plantas medicinales de Salto de Agua, Chiapas, México. Ed Unidad de Divulgación Científica-UNACH. Chiapas. 2013.

CAPITULO II. MODALIDADES Y PREFERENCIA DE LA MEDICINA TRADICIONAL ENTRE LOS TZELTALES DE CHIAPAS, MÉXICO

MODALIDADES Y PREFERENCIA DE LA MEDICINA TRADICIONAL ENTRE LOS TZELTALES DE CHIAPAS, MÉXICO

Autor 1: Ing. Sandra Trinidad Atondo Cordova¹

Autor 2: Dra. Elsa Chávez García¹

Autor 3: Dr. Ángel Galmiche Tejeda¹

Autor 4: Dr. Arturo Pérez-Vázquez²

Autor 5: M.C María Cristina García Ángel³

¹Colegio de Postgraduados Campus Tabasco. Periférico Carlos A. Molina, Km 3.5. Carret. Cárdenas-Huímanguillo. H. Cárdenas, Tab. C.P. 86500.

²Colegio de Postgraduados, Campus Veracruz. Programa en Agroecosistemas Tropicales. Km. 26.5 carr. Fed. Veracruz-Xalapa. Mpio. Manlio F. Altamirano, Ver

³Universidad Autónoma de Chiapas, Escuela Maya. Carretera Catazajá-Palenque, Km 4, Catazajá 29980, Estado Chiapas.

RESUMEN

Objetivo. Identificar las modalidades, la preferencia y el grado de confianza de la medicina tradicional respecto a la medicina moderna en una comunidad rural e indígena de origen Tzeltal en Chiapas. **Material y métodos.** Estudio de caso en la comunidad de Busiljá, municipio de Ocosingo, Chiapas. Se aplicaron cuestionarios a 130 jefes y jefas de familia; se realizaron entrevistas semiestructuradas a 13 personas y se hizo observación participante en diferentes espacios de la comunidad. **Resultados.** Se identificaron 13 modalidades de medicina en general. Para

enfermedades frecuentes, la automedicación con medicina moderna registró una preferencia del 52.5%, la clínica de salud pública 20.0%, la autoatención con plantas medicinales 18.2% y el promotor de salud comunitaria 14.2%. Para la atención de enfermedades graves y crónicas acuden al médico particular (16.2%), al curandero (3.1%), y al uso de productos naturistas (1.5%). Todas las modalidades de la medicina tradicional registraron alto grado de confianza. Las modalidades de la medicina moderna registraron distintos niveles de confianza y su preferencia se relacionó con el programa gubernamental de Oportunidades. **Conclusión.** La Medicina tradicional continúa vigente con siete modalidades de atención y con un mayor grado de satisfacción que la medicina moderna, por lo que se recomienda garantizar su aplicación en la política local de salud pública.

Palabras claves: Medicina tradicional, preferencia, indígena, tzeltales.

TRADITIONAL NATIVE MEDICINE: TYPE AND PREFERENCES AMONG TZELTALES FROM CHIAPAS, MEXICO

Autor 1: Ing. Sandra Trinidad Atondo Cordova¹

Autor 2: Dra. Elsa Chávez García¹

Autor 3: Dr. Ángel Galmiche Tejeda¹

Autor 4: Dr. Arturo Pérez-Vázquez²

Autor 5: M.C María Cristina García Ángel³

¹Colegio de Postgraduados Campus Tabasco. Periférico Carlos A. Molina, Km 3.5. Carret. Cárdenas-Huímanguillo. H. Cárdenas, Tab. C.P. 86500.

²Colegio de Postgraduados, Campus Veracruz. Programa en Agroecosistemas Tropicales. Km. 26.5 carr. Fed. Veracruz-Xalapa. Mpio. Manlio F. Altamirano, Ver

³Universidad Autónoma de Chiapas, Escuela Maya. Carretera Catazajá-Palenque, Km 4, Catazajá 29980, Estado Chiapas.

ABSTRACT

Objective: To identify type, preferences, and reliability of traditional native medicine compared to modern medicine in a Tzeltal rural indigenous community in Chiapas.

Methods and materials: A case-study at the community Busiljá in Ocosingo, Chiapas were carried out. 103 householders (either women and men) were interviewed; similarly 13 individuals were interviewed by using semi-structured interview. Participative observation was carried out in different community locations. **Results:** 13 types of health attention modalities were identified; seven of them were traditional medicine. Regarding to the frequent illnesses, auto-medication had the highest preference (52.5%); then public health clinics (20%), the self-care with herbal remedies 18.2% preference; and the community health extension officer had a preference of 14.2%. Regarding to modalities linked to acute and chronic illnesses, 16.2% private consultation 3.1% the local traditional healer (curandero); and 1.5% natural products. All modalities of traditional native medicine scored the lowest reliability. Modern medicine modalities had the major preference and reliability. This could be due to the influence of the official poverty alleviation program “Oportunidades”, which boosts the use of the allopathic approach. **Conclusion:** Traditional native medicine persists in the community together with the allopath medicine. For those who used traditional medicine, this was

more satisfying than modern medicine. For this reason we recommend to consider local traditional medicine modalities inside the public health policies.

Key words: Traditional native medicine, preference, indigenous, Tzeltales.

2.1 INTRODUCCIÓN

La medicina tradicional se define como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades¹. En distintas regiones del mundo, la medicina tradicional forma parte del tratamiento de numerosas enfermedades y padecimientos. En China, el 40% de la población la utiliza y en la India el 65% de la población rural. En países industrializados, las personas que han utilizado medicamentos tradicionales, complementarios y alternativos, representa el 48% en Australia, 31% en Bélgica, 49% en Francia, 70% en Canadá y 42% en los Estados Unidos de América².

En América Latina, ésta se encuentra subordinada a los sistemas oficiales de salud y su práctica puede ser considerada ilegal. Sin embargo, un alto porcentaje de la población la utiliza. Por ejemplo, en Chile el 71% y en Colombia el 40%³.

En México, el uso de la medicina tradicional se remonta a la época precolombina, caracterizada por el uso de plantas y prácticas mágico-religiosas⁴. Actualmente, su práctica reúne elementos de los sistemas de salud indígena mesoamericana, español del siglo XVI, africano, chino y alópata⁵.

De acuerdo a la revisión bibliográfica realizada sobre medicina tradicional en México, durante el periodo 1900-1978⁶; los trabajos tienen principalmente un enfoque antropológico (91.8%) o etnobotánico (8.2%). Esta misma tendencia se observó en investigaciones de campo registradas en la Enciclopedia de la Medicina Tradicional Mexicana⁷, para el periodo de 1979-1994 con 76.5% de estudios antropológicos y 23.5% etnobotánico. En la últimas dos décadas predomina el enfoque etnobotánico (80.3%) sobre el antropológico (18%)^e.

Existen pocos antecedentes que analicen la preferencia de la medicina tradicional en México. En el ámbito urbano, de la ciudad de México, los principales motivos de consulta al terapeuta tradicional fueron problemas amorosos, conflictos familiares, apuros económicos, estrés, tensión, nervios y angustias espirituales⁵.

En comunidades rurales de Tabasco, se reporta el uso frecuente de plantas medicinales para tratar padecimientos digestivos y respiratorios^{9,10,11}. En Chiapas, Tibaduiza¹² reporta que las razones para elegir la medicina tradicional fueron: un costo razonable para economía y la diversidad en sus modalidades (curandero religioso, curandero, espiritista, médico religioso). En Las Maravillas, municipio de Simojovel, Ruiz¹³ indica que el total de la población utiliza la medicina tradicional y reporta casos de consumo prolongado de plantas medicinales sin la supervisión del terapeuta tradicional, lo que genera efectos secundarios.

Existen escasos registros sobre el uso y preferencia de la medicina tradicional en México, que representa en muchos casos la única alternativa de atención a la salud en

^eLa búsqueda se realizó con el metabuscador PRIMO⁸, considerando sólo artículos de investigaciones realizadas en México, con 61 registros encontrados.

comunidades rurales e indígenas históricamente marginadas¹⁴, y que aprovecha recursos locales de bajo costo. Este es el caso de la comunidad de Busilja en Chiapas, donde se desconoce el nivel de aceptación de la medicina tradicional. Por ello, el objetivo de esta investigación fue identificar las modalidades, la preferencia y el grado de confianza de la medicina tradicional con respecto a la medicina alópata, en el ámbito de una comunidad rural indígena Tzeltal en el municipio de Ocosingo, Chiapas.

2.2 METODOLOGIA

La comunidad de Busiljá, perteneciente al municipio de Ocosingo, Chiapas, México, fue fundada en el año 1960 por familias de la región de los altos de Chiapas que colonizaron la región de la selva lacandona durante el impulso de la reforma agraria, lo que implicó cambios ambientales y socioculturales en sus formas de vida. Esta comunidad se ubica en las coordenadas 91° 21' 36.28" W, 17° 3' 51.62" N¹⁵ a una altitud de 150 msnm. El clima es cálido húmedo, con temperaturas mínimas entre 12 a 15°C y máximas de 27 a 30°C¹⁶. Tiene una población de 1,125 habitantes y 261 familias (Censo elaborado por la asistente rural, 2014). La lengua que hablan es Tzeltal y la mayoría profesa la religión cristiana protestante. La propiedad de la tierra es ejidal, con una superficie de 4,000 ha. Cuenta con servicio de luz eléctrica, agua entubada y servicios educativos hasta el nivel secundaria. Registra un Alto grado de marginación¹⁷ y un rezago social Medio¹⁸.

El estudio se llevó a cabo de Octubre del 2013 a Octubre del 2014. Al inicio del trabajo de campo, se le explicó al presidente del comisariado ejidal los objetivos del trabajo, quien los presentó a la asamblea de ejidatarios, conformada principalmente por

hombres, en donde fueron aprobados. Posteriormente, dicha autoridad convocó a las mujeres para presentarles también el proyecto, el cual fue aceptado. Se diseñó y piloteo un cuestionario que fue aplicado a manera de censo en 191 viviendas; el 68% fue respondido por jefas y jefes de familia. Del total de personas que respondieron, 94% fueron mujeres y 6% hombres, cuya edad varió de 15 a 83 años. Además, se realizaron 13 entrevistas semiestructuradas^{19,20}, a 11 mujeres y 2 hombres, cuya edad fluctuó entre 28 y 57 años, para ampliar la información del cuestionario. Se realizó observación participante²⁰ durante una estancia continua de cuatro meses y visitas periódicas a la comunidad, enfocada a la práctica y contexto de los distintos servicios de salud utilizados por la población. Cabe mencionar que todas las actividades de campo fueron asistidas por tres mujeres de la comunidad, que fungieron como intérpretes cuando las condiciones lo requirieron. Para el análisis de datos se utilizó el programa IBM-SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Los porcentajes de preferencia para la atención de enfermedades frecuentes, graves y crónicas, se calcularon considerando el total de datos válidos en cada modalidad de manera independiente, por tal razón la sumatoria de valores no siempre es 100%. El cuestionario contempló dos modalidades de la medicina moderna (clínica de salud pública y médico particular) y cinco de la medicina tradicional (curandero, partera, huesero, culebrero y yerbatero), identificadas durante la etapa de piloteo; además de una opción abierta que permitió el registro de nuevas modalidades.

Los porcentajes del grado de confianza se calcularon considerando el total de usuarios como el 100% en cada modalidad; con base en las siete modalidades originales, previamente mencionadas. Las razones declaradas por los informantes para designar

el grado de confianza por modalidad, se agruparon en categorías temáticas y se identificaron las de mayor relevancia. Mediante la prueba de Ji-cuadrado se analizaron 14 variables relativas a vivienda, propiedad y uso del suelo; y 23 variables relativas a sexo, edad, religión, escolaridad y estado civil, para determinar su relación con la preferencia de atención a la salud.

2.3 RESULTADOS

2.3.1 Perfil de las familias

El 70% de los hogares censados fueron nucleares^γ y 25% ampliados^α, 66% viven en unión libre y 38.5% casados. De éstos, el 63.8% habla sólo tzeltal, mientras que 30% habla español y tzeltal. El 43.9% cuenta con primaria completa, 18.4% con secundaria terminada y 0.8% con educación media superior. Todas las mujeres declararon dedicarse a las labores del hogar y los hombres a actividades del campo. El 96.2% de las familias cuentan con tierras para realizar actividades agrícolas y ganaderas; el 96.7% las dedica a la agricultura de autoconsumo, siendo los cultivos principales: maíz, frijol y chile.

2.3.2 Modalidades de la Medicina Tradicional

El cuestionario contempló siete modalidades de atención a la salud y una opción abierta para registrar nuevas modalidades. En total se identificaron 13 modalidades de atención a la salud. Cinco corresponden a la medicina moderna: automedicación, clínica de salud pública, médico particular, hospital público y promotor de salud

^γ Hogares nucleares: Integradas por el padre, la madre y los hijos²¹.

^α Hogares Ampliados: Están formados por un hogar nuclear más otros parientes (tíos, suegros, primos, hermanos, etc.)²¹.

comunitario; y siete a la medicina tradicional: autoatención con plantas medicinales, curandero (*Poxhawanej*)^φ huesero (*ya sna' spasel bak*), partera (*tam la*), culebrero (*ya xpoxta ti'el ta chan*), yerbatero^δ (*Poxhawanej*), remedio casero y producto naturista^φ.

Las enfermedades frecuentes tratadas fueron gripe (45.4%), tos (23.1%) y diarrea (16.2%). El Cuadro I, muestra la preferencia por seis modalidades para la atención de enfermedades frecuentes, el 4.2% que declaró no atenderse bajo ninguna modalidad no está incluido en dicho Cuadro.

Cuadro I. MODALIDADES PARA LA ATENCION DE ENFERMEDADES FRECUENTES Y PREFERENCIA EN LA COMUNIDAD DE BUSILJA, CHIAPAS, MÉXICO.

Modalidad	Valor (%)
Medicina Moderna	
Automedicación	52.5
Clínica de salud pública	20.0
Promotor de salud comunitario	14.2
Médico particular*	9.9
Hospital público	0.8
Medicina Tradicional	
Autoatención con Plantas medicinales*	18.2

n= 130.

Datos válidos=120.

* Datos válidos=121.

Datos recopilados Mayo-Junio 2014.

La automedicación —con medicamento moderno— fue la modalidad con mayor preferencia para atender las enfermedades frecuentes. La autoatención con plantas medicinales, tuvo una preferencia muy cercana a la de la clínica de salud pública y

^φ La persona que atiende problemas o enfermedades sobrenaturales a través de magia y hechicería.

^δ La persona que cura con plantas padecimientos como: espanto, calentamiento de cabeza, mal de ojo, quebradura de cabeza, empacho, etc.

^φ Con este término designaron a los suplementos alimenticios, comercializados en tiendas naturistas que incluyen diferentes componentes orgánicos.

superior a la del promotor de salud comunitaria; dichas modalidades representan fuentes cercanas y económicamente accesibles para la población.

Las principales enfermedades graves y crónicas fueron la gastritis (26.3%), diabetes (21.1%) y colitis (12.3%). El Cuadro II muestra la preferencia para las ocho modalidades en relación a la atención de enfermedades graves y crónicas. El 6.2% de las personas que declaró no atenderse bajo ninguna modalidad no fue incluido.

Cuadro II. MODALIDADES PARA LA ATENCION DE ENFERMEDADES GRAVES O CRÓNICAS Y PREFERENCIA EN LA COMUNIDAD DE BUSILJA, CHIAPAS, MÉXICO.

Modalidad	Valor (%)
Medicina Moderna	
Médico Particular	16.2
Clínica de salud pública	11.5
Hospital público	3.8
Automedicación	0.8
Medicina Tradicional	
Curandero	3.1
Autoatención con Plantas medicinales	8.5
Remedio casero	0.8
Medicina naturista	
Producto naturista	1.5

n=130.

Datos válidos=130.

Datos recopilados Mayo-Junio 2014.

Cuando padecen enfermedades graves y crónicas, la preferencia se dirige al médico particular y la clínica de salud pública en el caso de la medicina moderna. En la medicina tradicional, la autoatención con plantas medicinales sigue siendo una opción de curación, pero también se acude, en menor medida, a un especialista en la figura del curandero. Sólo una persona declaró utilizar agua con azúcar para calmar la acidez

estomacal, considerándolo como remedio casero. Se observó también el uso de productos naturistas como un nuevo elemento en la atención de la salud.

El Cuadro III muestra el grado de confianza de las modalidades de medicina utilizadas por la gente de la comunidad. Para este análisis se utilizaron solo las siete modalidades originalmente incluidas en el cuestionario. Se encontró un alto grado de confianza en la medicina tradicional, mientras que la confianza asignada para las modalidades de la medicina moderna, se encuentra distribuida en las tres categorías evaluadas.

Cuadro III. GRADO DE CONFIANZA POR MODALIDAD DE ATENCION A LA SALUD.

Modalidad	Total de usuarios	Grado de Confianza		
		Mucho	Poco	Nada
Medicina Moderna				
Clínica de salud pública	117	34.2%	49.6%	16.9%
Médico particular	59	57.6%	37.3%	5.1%
Medicina Tradicional				
Partera	114	97.3%	0.8%	1.7%
Yerbatero	33	100.0%		
Huesero	33	90.9%	6.1%	3.0%
Culebrero	12	100.0%		
Curandero	5	100.0%		

n= 130.

Datos recopilados Mayo-Junio 2014.

Para el caso de la clínica de salud pública, se observa que un tercio de informantes la evaluaron con mucha confianza. Sin embargo, las razones que declaran para otorgársela se relacionan principalmente con el programa de Oportunidades (Cuadro IV).

Cuadro IV. RAZONES DECLARADAS PARA OTORGAR EL GRADO DE CONFIANZA POR MODALIDAD DE ATENCION A LA SALUD.

Modalidad	Razones declaradas		
	Mucho	Poco	Nada
Medicina Moderna			
Clínica de salud pública	Programa Oportunidades Buena calidad Consulta general Servicio gratuito	Programa Oportunidades No surten medicinas No efectivo Buena calidad Servicio gratuito Mal servicio Sin especialistas	No surten medicinas Mala atención Programa Oportunidades Consulta general
Médico particular	Efectividad Servicio rápido Última opción Buena calidad	No efectivo Última opción Alto costo	No efectivo Alto costo
Medicina Tradicional			
Partera	Efectividad Buena calidad Por ser mujer (confianza)	Mala atención	Mala atención Desconfianza
Yerbatero	Atiende padecimientos culturales		
Huesero	Efectividad Bajo costo	Mala atención	Mala atención
Culebrero	Efectividad		
Curandero	Efectividad		

Datos recopilados Mayo-Junio 2014.

Se destaca también, que la mitad de los informantes evaluó con poca confianza a la clínica de salud pública, declarando el condicionamiento impuesto por el programa Oportunidades como la principal razón de dicha evaluación. Dicho programa condiciona los apoyos económicos otorgados, con el cumplimiento de visitas mensuales a la clínica de salud pública por los beneficiarios, como se menciona en las siguientes citas:

“Si no cumplimos con Oportunidades nos quitan el apoyo” (Mujer de 38 años).

“Pues llegamos por obligación al programa de oportunidades (vacunas y control de embarazo) nunca hay medicina, sólo dan receta y nos da igual si no tenemos dinero” (Mujer de 35 años).

Además describieron distintos aspectos negativos que determinaron su baja confianza en esta modalidad. Sobre el médico particular, más de la mitad de los informantes le otorgaron mucha confianza. Las razones declaradas se relacionaron con buena calidad y rápida atención del servicio, sin embargo, también indicaron alto costo económico, última opción de atención y casos en que no fue efectivo. Estos últimos aspectos determinaron también la poca y nula confianza para esta modalidad.

En todas las modalidades de la medicina tradicional se reiteró alto grado de confianza en el servicio; con bajos porcentajes de evaluaciones negativas para la partera y el huesero. Cabe destacar el papel importante de las parteras en la salud de las mujeres al evaluarlas con buena efectividad y calidad en su servicio, además del hecho de ser mujeres, aspecto determinado por el género. En el caso del huesero, se le otorga la confianza por su efectividad y no siempre demanda un pago. Los servicios del yerbatero, culebrero y curandero, son considerados efectivos en padecimientos que no son atendidos por la medicina alópata.

No se encontró relación significativa de la preferencia de atención a la salud con ninguna variable socioeconómica analizada.

2.4 DISCUSION Y CONCLUSION

La medicina tradicional persiste con mayor número de modalidades que la medicina moderna, a pesar del proceso de cambio —que implicó la adaptación de la población a un nuevo ambiente natural y sociocultural en los últimos 50 años— y la imposición de la medicina moderna a través de la instrumentación de políticas públicas.

La preferencia por autoatención con plantas medicinales en el tratamiento de enfermedades frecuentes se equipara a la preferencia por clínica de salud pública y supera a la del promotor comunitario, lo que coincide con los resultados de distintos trabajos, que registran la importancia de las plantas medicinales en la atención de padecimientos de bajo riesgo^{10,11,22,23,24}.

El alto grado de confianza depositado al yerbatero, culebrero y curandero, refleja la satisfacción plena de los pacientes y su importante función para atender padecimientos que pocas veces son tratados por la medicina moderna. Tal es el caso del yerbatero, que cura el mal de ojo, empacho^f, espanto, quebradura de cabeza^g y calentamiento de cabeza. El culebrero es una opción para situaciones de emergencia provocada por animales venenosos o ponzoñosos, ante la falta de antídoto en la clínica de salud pública.

El condicionamiento y la mala calidad del servicio registrado para la clínica de salud pública, concuerda con los resultados de la evaluación del programa Oportunidades²⁵ — actualmente Prospera — y el análisis de las políticas públicas de salud en comunidades de las regiones Altos, Norte y Selva de Chiapas²⁶. La práctica frecuente de automedicarse con medicina moderna para tratar enfermedades frecuentes puede ser

^f Se presenta principalmente en los niños, pocas veces en adultos. Se caracteriza por problemas del estómago, ocasionado por el consumo de algunos alimentos y por frituras (botanas) que se pegan en el estómago, causando la falta de apetito, náuseas, inflamación del estómago. Se cura con purgante elaborado con plantas medicinales o en ocasiones con aceite comestible, se puede tomar o mediante un lavado; esto despega lo que tiene en el estómago y se ve pronta recuperación.

^g Se presenta en los niños, principalmente en recién nacidos. Se caracteriza por que el cráneo no se cierra, esto hace que la cabeza se caliente presentando dolor de los sentidos, dolor de la quijada que no les permite comer, se la pasan durmiendo todo el día, los ojos se les hace chiquito. Se les coloca cataplasma elaborado con varias plantas, se coloca en la cabeza y se ve cómo sale el vapor de la cabeza y se cierra el cráneo.

resultado de los fuertes cambios de las formas tradicionales de vida de la población rural e indígena durante las últimas décadas^{27,28,29}, así como la mala calidad y el sistema vertical en los servicios de salud pública. Esta práctica, conlleva importantes riesgos de salud para las personas y puede presentarse de igual manera en la medicina tradicional cuando sus elementos son utilizados fuera de su contexto sociocultural¹³.

La preferencia para la atención a la salud entre los habitantes de Busiljá, no estuvo determinada por ningún parámetro socioeconómico, incluyendo la religión. Si bien, Corpus³⁰ plantea que existe una relación directa entre el auge de la religión cristiana protestante y el incremento en el uso de la medicina moderna, también registra evidencias de distintas prácticas tradicionales relacionadas con la salud, entre creyentes de dicha religión. De acuerdo a los resultados, se considera que este contraste puede explicarse bajo el concepto de inculturación³¹, proceso que se caracteriza por una negociación entre sujetos activos ante las distintas propuestas religiosas más que un proceso pasivo de aculturación.

Con base en los datos de preferencia y grado de confianza registrados aquí, se concluye que la medicina tradicional continua vigente y con un alto grado de satisfacción entre los usuarios de Busiljá, Ocosingo, Chiapas. Por lo anterior, se debe garantizar que este sistema de conocimiento sea integrado e implementado en la política pública de salud en la región cuyas comunidades tienen una alta presencia indígena. Se recomienda considerar el registro censal de la preferencia de atención a la salud a nivel nacional.

2.5 AGRADECIMIENTOS

La primera autora agradece al Colegio de Postgraduados, Campus Tabasco, y al Conacyt por la beca otorgada para realizar estudios de Maestría en Ciencias. A las parteras Manuela Hilario Pérez, Petrona Hilario Pérez y a la asistente rural, Lendy López Hilario por el apoyo permanente.

2.6 REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2002.
2. Organización Mundial de la Salud. Medicina Tradicional. 56ª Asamblea Mundial de la Salud, A56/18. Informe técnico. 2003. [consultado 2014 noviembre]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/sa5618.pdf.
3. Nigenda G, Mora-Flores G, Aldama-López S, Orozco-Núñez. La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia. Salud Publica Mex [en línea] 2001 [consultado 2014 noviembre 18]; 43 (1):41-51.
4. Lozoya X. La Herbolaria en México. Consejo Natural para la Cultura y las Artes. Colección Tercer Milenio, México, 1998.
5. Berenzon-Gorn S, Ito-Sugiyama E, Vargas-Guadarrama LA. Enfermedades y padeceres por los que se recurre a terapeutas tradicionales de la Ciudad de México. Salud Pública de México. 2006; 48(1):45-56.
6. Ramírez A. Bibliografía comentada de la medicina tradicional mexicana (1900-1978): IMEPLAM; 1978.
7. Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana [sitio de internet]. México: Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. [consultado 2013 junio 23]. Disponible en: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx>.
8. Sistema de Búsqueda Integrada [sitio de internet]. Servicio Bibliotecario del Colegio de Postgraduados. [consultado 2013 Enero 10]. Disponible en: <http://www.biblio.colpos.mx/portal/>.
9. Cordova DNC. Comparación sobre el uso dado a las plantas medicinales en la rancharía Vernet 1ª sección de Macuspana y el poblado Francisco I Madero 3ª sección del Paraíso, Tabasco [Tesis de Licenciatura]. Tabasco. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 2005.

10. López JG. Uso y manejo de las plantas medicinales de la ranchería Nicolás Bravo, Paraíso, Tabasco, México [Tesis de Licenciatura]. Tabasco: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 2006.
11. Ulín HLY. Uso y manejo de las plantas medicinales en el poblado de Iquiuapa, Jalpa de Méndez, Tabasco [Tesis de Licenciatura]. Tabasco: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 2006.
12. Tibaduiza Y. La curación como experiencia: la zona norte, San Cristóbal de las casas, Chiapas. [Tesis de Maestría]. San Cristóbal de las Casas, El Colegio de la Frontera Sur; 2010.
13. Ruiz, O. Estudio descriptivo de prácticas tradicionales en salud de una población de origen tzotzil en el año 2001. [Tesis de Licenciatura]. Tuxtla Gutiérrez Chiapas: Universidad Autónoma de Chiapas, 2002.
14. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. CONEVAL 2011, [consultado 2014 Enero]. Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/Informes/Coordinacion/Pobreza_2012/COMUNICADO_PRENSA_003_MEDICION_2012.pdf
15. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Mapa Digital de México. México: INEGI, 2014 [consultado 2013 julio] Disponible en: <http://gaia.inegi.org.mx/mdm6/>
16. Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica de Chiapas. Región XII, Selva Lacandona. CEIEG, 2014 [consultado 2014 noviembre] Disponible en: http://www.ceieg.chiapas.gob.mx/home/wp-content/uploads/Secciones/InfoPorNivel/InfoRegional/Contexto/REGION_XII_SELVA-LACANDONA_post.pdf
17. Secretaria de Desarrollo Social. Indicadores de marginación. SEDESOL 2010 a [consultado 2014 noviembre]. Disponible en: <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/indiMarginacLoc.aspx?refnac=070590027>
18. Secretaria de Desarrollo Social. Indicadores de rezago social. SEDESOL, 2010 b [consultado 2014 noviembre]. Disponible en: <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/indRezSocial.aspx?ent=07&mun=059&loc=0027&refn=070590027>
19. Álvarez-Gayou JL. Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. Métodos básicos Ed Paidós México. 2007.
20. Olabuénaga JIR. Metodología de la investigación cualitativa. Ed Universidad de Deusto España. 2003.

21. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Vivimos en hogares diferentes. Censo I de Población y Vivienda 2010 [Monografía en internet]. México: INEGI, 2010. [Consultado 2014 noviembre 12]. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/hogares.aspx?tema=P#>
22. Hernández MJ. Uso actual de las plantas medicinales, empleadas como alternativas en el tratamiento de enfermedades y/o padecimientos de los habitantes de la Villa Ocuilzapotlán, Centro, Tabasco, México. [Tesis de Licenciatura]. Tabasco: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 2007.
23. Rojas PNP. Uso y manejo de las plantas medicinales por los sanaderos en el poblado de Tapijulapa, municipio de Tacotalpa, Tabasco. [Tesis de Licenciatura]. Tabasco: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 2008.
24. Hernández GG. Uso y aprovechamiento de plantas medicinales por habitantes zoques del ejido Nuevo Volcán Chichonal Juárez, Chiapas. [Tesis de Licenciatura]. Tabasco. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 2013.
25. Escobar LA, González RM. Evaluación cualitativa del programa oportunidades en zonas urbanas. Informe. En Boltvinik J, Damian A. ed. La pobreza en México y en el Mundo. Realidades y Desafíos. Siglo XX. México, D.F. 2003: 340.
26. Solaegui IA. El derecho a la salud en comunidades indígenas del estado de Chiapas. Pueblos y Fronteras digital. 2011; 6(11):2.
27. Soto PL, López MA, García AMC. Etnobotánica y religión entre los chamulas en los Altos de Chiapas, México. En Uribe R. Medio ambiente y comunidades indígenas del sureste, Villahermosa, Tabasco. Comisión Nacional de los Estados Unidos Mexicanos para la UNESCO, IV Comité Regional, Gob. del Estado. Secretaria de Educación, Cultura y Recreación, 1988:105-117.
28. Uribe IR. La transición entre el desarrollismo y la globalización: ensamblando Tabasco. Cuernavaca, México: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. 2003.
29. Uribe IR. El esfuerzo persistente. Desarrollo, infraestructura, integración regional y medio ambiente en Tabasco, 1995-2008. En Ruiz A.C, P.A Fábregas, Historia Política Contemporánea de Tabasco. Gobierno del Estado de Tabasco. México, D.F, 2009:119-310.
30. Corpus A. Jóvenes presbiterianos y sus prácticas divergentes. Los Mensajeros de Cristo en la iglesia Gólgota de El Corralito, Oxchuc: [Tesis de maestría no publicada]. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México; 2008.
31. Garrard-Burnett V. Inculturación de la teología protestante en Guatemala. En Ruiz MH, Garma C. ed. Protestantismo en el mundo maya contemporáneo. México, UNAM/UAM-I. 2005:49-64.

**CAPITULO III. LA MEDICINA TRADICIONAL ANTE EL CAMBIO
MORDENIZADOR ENTRE LOS TZELTALES DE CHIAPAS, MEXICO**

LA MEDICINA TRADICIONAL ANTE EL CAMBIO MORDENIZADOR ENTRE LOS TZELTALES DE CHIAPAS, MEXICO

Autor 1: Ing. Sandra Trinidad Atondo Cordova ¹

Autor 2: Dra. Elsa Chávez García¹

Autor 3: Dr. Ángel Galmiche Tejeda¹

Autor 4: Dr. Arturo Pérez-Vázquez²

Autor 5: M. C. María Cristina García Ángel³

¹Colegio de Postgraduados Campus Tabasco. Periférico Carlos A. Molina, Km 3.5. Carret. Cárdenas-Huimanguillo. H. Cárdenas, Tab. C.P. 86500.

²Colegio de Postgraduados, Campus Veracruz. Programa en Agroecosistemas Tropicales. Km. 26.5 carr. Fed. Veracruz-Xalapa. Mpio. Manlio F. Altamirano, Ver.

³Universidad Autónoma de Chiapas, Escuela Maya. Carretera Catazajá-Palenque, Km 4, Catazajá 29980, Estado Chiapas.

RESUMEN

Objetivo. Analizar las condiciones que favorecen y limitan la medicina tradicional en la comunidad Tzeltal de Busiljá, municipio de Ocosingo, Chiapas, desde el enfoque de desarrollo endógeno. **Material y métodos.** Se realizaron treinta y tres entrevistas semiestructuradas a autoridades, informantes especializados y usuarios de medicina tradicional y moderna; además de observación participante durante nueve meses entre 2013 y 2014. **Resultados.** El análisis histórico de las políticas modernizadoras implementadas en la región de estudio, no evidencia la integración de los recursos locales y el conocimiento tradicional relativo a la atención de la salud. La medicina

tradicional persiste a nivel comunitario con 14 personas que ofrecen sus servicios, contra tres de la medicina moderna. La primera es preferida porque se sustenta en la visión cultural de la población, utiliza recursos de bajo costo, puede pagarse de forma distinta a la monetaria, y por su atención diversificada y personalizada. Las condiciones que la limitan se relacionan con un proceso de devaluación de las formas tradicionales de vida desde una visión modernizadora presente en los medios de comunicación y la intrusión de instituciones gubernamentales. **Conclusiones.** Las características intrínsecas de la medicina tradicional y la mala atención de los servicios del sistema de salud pública favorecen que la calidad de servicio de la primera sea valorada por la población. La política de atención a la salud no integra a la medicina tradicional en sus programas implementados, dejando a un lado el potencial del territorio, materia del desarrollo endógeno.

Palabras claves: modernización, medicina tradicional, desarrollo endógeno.

TRADITIONAL NATIVE MEDICINE FACING MODERNIZING CHANGE AMONG TZELTALES, IN CHIAPAS, MEXICO

Autor 1: Ing. Sandra Trinidad Atondo Cordova ¹

Autor 2: Dra. Elsa Chávez García¹

Autor 3: Dr. Ángel Galmiche Tejeda¹

Autor 4: Dr. Arturo Pérez-Vázquez²

Autor 5: M.C. María Cristina García Ángel³

¹Colegio de Postgraduados Campus Tabasco. Periférico Carlos A. Molina, Km 3.5. Carret. Cárdenas-Huimanguillo. H. Cárdenas, Tab. C.P. 86500.

²Colegio de Postgraduados, Campus Veracruz. Programa en Agroecosistemas Tropicales. Km. 26.5 carr. Fed. Veracruz-Xalapa. Mpio. Manlio F. Altamirano, Ver.

³Universidad Autónoma de Chiapas, Escuela Maya. Carretera Catazajá-Palenque, Km 4, Catazajá 29980, Estado Chiapas.

ABSTRACT

Objective: To analyze, from the endogenous development point of view, the conditions which favor and limit traditional native medicine in Busiljá, a Tzeltal community in Ocosingo, Chiapas. **Methodology and material:** Thirty-three semi-structured interviews were made to authorities of the community, to specialized informants, and to traditional native and modern medicine users; researchers used participant observation during nine months, between 2013 and 2014. **Results:** The historical analysis of the modernizing policies introduced in the region of study does not give evidence that local resources and traditional native health care knowledge had been integrated into institutional health care services. Traditional native medicine persists in the community level: fourteen people offer traditional native health care services against three people who offer modern medicine health care services. People prefer the first modality because it is based on the cultural vision of the population, because it uses low cost resources, because there are several ways of payment (different from monetary system), and because of its diversified and personalized attention. The conditions that limit the traditional native medicine are related to the traditional native ways of life depreciation process. This process is provoked by the modernizing vision, present in mass media, and by the intrusion of government institutions. **Conclusion:** The intrinsic

features of traditional native medicine favor its valuable service appreciation. Low quality in public health care services favors the preference for traditional native medicine services. Institutional health care policy does not integrate traditional native medicine in its programs, leaving aside the territory endogenous potential, which is the substance for endogenous development.

Key words: Modernization, traditional native medicine, endogenous development.

3.1 INTRODUCCION

El modelo modernizador es concebido históricamente bajo un contexto europeo, elitista, individualista y masculino, en el cual subyace la idea del “progreso” valorando en mayor medida lo objetivo y racional, y enfocado principalmente al crecimiento económico mediante la industrialización, la urbanización y el consumo masivo de la sociedad¹. Plantea una visión homogeneizadora que invisibiliza las diferencias culturales, al negar el aporte del conocimiento y la tecnología tradicionales desarrollados por los grupos campesinos e indígenas. En el mejor de los casos estos saberes son considerados elementos rezagados o primitivos, destinados a desaparecer mediante un proceso de integración de dichos grupos al modelo modernizador². Los saberes relacionados con la práctica de la medicina tradicional no han quedado excluidos de este proceso, que se caracteriza en México, por ser parte de un continuo histórico remontado a la época precolombina con el uso de plantas y prácticas mágico-religiosas y la integración de nuevos elementos occidentales, con la dominación de los españoles³. Actualmente, la Organización Mundial de la Salud define a la medicina tradicional como el conjunto de prácticas, enfoques, conocimientos y creencias

sanitarias diversas, que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades; y que en distintas regiones del mundo, sobre todo en zonas rurales, es la principal fuente, si no la única, de atención sanitaria⁴. El quehacer de la medicina tradicional forma parte del conocimiento tradicional, por ser un fenómeno que ha surgido de la actividad de reconocimiento y clasificación de las experiencias de muchas generaciones, pero íntimamente ligada a la posibilidad de un tratamiento terapéutico de bajo costo, lo que hace referencia a un fácil acceso para los estratos sociales bajos⁵. La medicina tradicional sigue siendo importante tanto en el medio rural como en el urbano, por ser el recurso esencial para una gran parte de la población que está al margen de los servicios oficiales de salud⁶, esto a pesar del predominio de la medicina moderna o alópata, a la cual se destinan todos los recursos de la ciencia y la tecnología. En contraparte, la medicina moderna ofrece una práctica segmentada, donde los problemas de salud son atendidos mediante especializaciones, lo cual impide considerar la complejidad de la vida humana cotidiana, el valor de la atención personalizada, la compasión, la comprensión, la empatía y la utilidad del mundo simbólico para la solución de conflictos y problemas de salud propios de la humanidad⁷.

La generación del conocimiento tradicional es un proceso dinámico, involucra experiencias que ponen a prueba su uso, así como procesos de adaptación, innovación o rechazo de elementos externos que se integran a contextos particulares⁸. Para el análisis de la medicina tradicional -ante el proceso de cambio modernizador- se retoma

el concepto de Desarrollo Endógeno, que se define como el desarrollo específico de los pueblos, que considera el bienestar material, social y espiritual basado principalmente en las estrategias, los valores, las instituciones y los recursos locales, permitiendo a los pueblos seleccionar aquellos recursos externos que mejor se adecuen a las condiciones locales⁹. Por su parte, para Posey, citado por Rist y colaboradores¹⁰ significa “dar prioridad a los valores, visiones y potencialidades de desarrollo de las personas”. Lo que implica que la gente participe y decida en las iniciativas de desarrollo definidas externamente y que a su vez los agentes externos participen en las iniciativas propias de las personas. Hernández¹¹, indica que el desarrollo endógeno se da cuando entre los habitantes de una comunidad existe organización, comunicación, colaboración, integración, participación e interacción. Además, debe haber una decisión colectiva de compartir conocimientos para generar la mejora de la comunidad, utilizar los recursos disponibles en ella y promover una dinámica de desarrollo que considere las potencialidades propias de la comunidad, otorgando beneficios a todas y a todos sus integrantes; es decir que promueva el desarrollo local.

El trabajo de Rist y colaboradores¹⁰ muestra que entre los Quechuas en Bolivia, la gente integra el sistema propio o endógeno y el externo o moderno para la resolución del problema de la atención de sus enfermedades. Esto implica un proceso de reflexión interontológica para poder adecuar las diferentes concepciones de salud y enfermedad. La gente trata primero de curarse con el conocimiento endógeno y si este intento no tiene éxito, entonces consultan a un médico especialista. También encontraron una clara preferencia por el sistema medicinal endógeno entre los agricultores andinos,

independientemente de su edad, nivel de educación, situación económica, religión o estatus migratorio.

En otro contexto, un grupo de mujeres de la Red Latinoamericana de Conservación de la Biodiversidad con Comunidades Tradicionales de Chile desempeñan la función tradicional de guardianas de las semillas. Se encargan de proteger la permanencia de las plantas alimenticias y medicinales con base en el conocimiento transmitido de generación en generación, comparten esos conocimientos dentro de su comunidad y con personas de otras localidades. Sin embargo, esta función que desempeñan se ve amenazada por la migración rural-urbana, la asalarización industrial, la siembra de especies introducidas y semillas genéticamente mejoradas¹². En contraparte, Torres y De la Fuente¹³, realizaron un estudio en una comunidad rural del estado de Sonora, México, sobre los saberes y prácticas culinarias de la comida tradicional y los cambios propiciados a la cultura alimentaria por el estilo de vida más urbano, impuesto en los últimos años. Sus resultados demuestran que la comida se ha mantenido en la localidad como una expresión de resistencia cultural hacia una dieta más comercial, logrando integrarse y permanecer en la economía local y generando ingresos para muchas familias campesinas; a pesar de la diversificación de la oferta alimentaria comercial que ha propiciado el acelerado proceso de urbanización y el desarrollo tecnológico que ha caracterizado a la globalización, de tal suerte que la permanencia de estos saberes y prácticas culinarias se han ido constituyendo como elementos dinámicos y compatibles o adaptables a los cambios.

Los estudios anteriores, permiten visualizar la importancia de entender bajo qué condiciones se da la interacción entre los sistemas tradicionales y los modernos, y si

esta interacción favorece el potencial de la comunidad. En este contexto, el presente trabajo analiza la persistencia de la medicina tradicional a través de un estudio de caso en una comunidad indígena tzeltal de Chiapas, aplicando los principios del desarrollo endógeno para discutir las condiciones que lo limitan y lo favorece, en un contexto de cambio modernizador.

3.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en la comunidad tzeltal de Busiljá, perteneciente al municipio de Ocosingo, Chiapas, México. Los tzeltales pertenecen a la cultura Maya. Se llaman a sí mismos *winik atel* que significa "hombres trabajadores" y su idioma es autodenominado *batsilk'opo* "lengua verdadera". Los tzeltales se localizan en una extensa zona del estado de Chiapas, principalmente en la región de los Altos, con una población menor ubicada en el norte de la entidad¹⁴. La comunidad de Busiljá se encuentra en el norte del estado; fue fundada en 1960 por familias provenientes de la región de los Altos como resultado de un proceso de colonización de la región Selva Lacandona impulsado por la reforma agraria. Para el año 2014, contaba con una población de 1,125 habitantes, conformados en 261 familias (Censo de la asistente rural, 2014), donde el 70% profesa en distintas variantes, la religión cristiana protestante. Dispone de una superficie de 4,000 hectáreas de propiedad ejidal donde todas las familias cuentan con tierras para la realización de actividades agrícolas dirigidas principalmente al autoconsumo, y la cría de ganado vacuno. Cuenta con servicio de energía eléctrica, agua entubada y servicios educativos hasta el nivel secundaria. Se le ubica en un alto grado de marginación¹⁵ y rezago social medio¹⁶.

3.2 METODOLOGÍA

El trabajo de campo se realizó de Octubre de 2013 a Octubre de 2014. La selección de la comunidad de Busiljá estuvo condicionada a la aceptación y apertura de las autoridades locales, y a un proceso de evaluación y aprobación por consenso comunitario. La aprobación inició con la explicación del objetivo del trabajo al Comisariado ejidal, posteriormente el comisariado transmitió la información a la asamblea de ejidatarios, conformada principalmente por hombres, en donde fue aprobada mi inserción en la comunidad. De igual forma, se hizo una petición a la misma autoridad para convocar a las mujeres y presentarles el proyecto, mismo que fue aceptado y aprobado. La inserción a la comunidad fue a través de la observación participante y aplicación de 33 entrevistas semiestructuradas, durante una estancia continua en la comunidad de cuatro meses, además de visitas periódicas durante cinco meses posteriores. La entrevista al Comisariado ejidal abordó aspectos relativos a las formas y procesos de representatividad comunitaria, fundación de la comunidad, inserción de programas gubernamentales, principales problemas de salud y recursos médicos utilizados por la población; además se solicitó su apoyo para la elaboración de un croquis comunitario que facilitara el trabajo en campo. Se entrevistaron a seis *poxtawanej* o personas que curan con medicina tradicional (dos parteras[≠], dos hueseros^h, una yerbatera^º y un curandero^º) sobre aspectos relativos a la iniciación en

[≠] *Tam alal* o persona que asiste a la mujer durante el embarazo y después del parto.

^h *Ya sna' spasel bak* o persona que cura zafaduras y quebradura de los huesos.

^º *Poxtawanej* o persona que cura con plantas padecimientos como: espanto, calentamiento de cabeza, mal de ojo, quebradura de cabeza, empacho, etc.

^º *Poxtawanej* o persona que atiende problemas o enfermedades sobrenaturales a través de magia y hechicería.

la práctica de la medicina tradicional, atención al paciente, recursos utilizados para curar y su relación con los programas de salud gubernamental. De igual forma se entrevistaron a 26 personas, 23 mujeres y tres hombres, con un rango de edad de 25 a 83 años, acerca de las razones por las que prefieren la medicina tradicional y la medicina moderna. Todas las actividades de campo fueron asistidas por dos parteras y una asistente rural de la comunidad[∞] que colaboraron no sólo como intérpretes, también fueron pieza clave para el acercamiento a los entrevistados.

Para la sistematización de la información se utilizó el programa Atlas. Ti, versión 5. La codificación se orientó a identificar las condiciones que favorecen y limitan la práctica y la preferencia de la medicina tradicional. Para el análisis de la interacción de la medicina tradicional con la medicina moderna -bajo un contexto de cambio modernizador- se retomó el concepto de desarrollo endógeno.

3.3 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.3.1 Contexto del proceso modernizador de Busilja

Para analizar la situación actual de la medicina tradicional en Busiljá, se revisó el contexto político que ha marcado los cambios históricos más importantes en las formas de vida de la comunidad, y generando transformaciones en las formas de atención de la salud ocurridas en las últimas cinco décadas.

[∞] Son personas de la comunidad elegidos en Asamblea, realizan trabajo voluntario para atender la salud de la población. Son capacitados por los promotores de acción comunitaria y equipos de salud de unidades médicas por un periodo de uno a dos meses para diagnosticar y tratar enfermedades frecuentes y de baja complejidad o en su caso referir a las personas de la comunidad que soliciten el servicio¹⁷.

La política de la reforma agraria tardía en Chiapas. El reparto agrario en Chiapas puede dividirse en dos periodos: el primero, comprendido entre 1914 y 1940, es una etapa de reacomodo de las fuerzas sociales tras la Revolución Mexicana en donde el reparto de tierras tuvo intereses políticos que beneficiaron principalmente a los terratenientes; en el segundo, de 1940 a 1970, el reparto se llevó a cabo a través de la ampliación de la frontera agrícola y correspondió a las tierras nacionales, sin tocar las propiedades de los terratenientes. Si bien, bajo el mandato del presidente Lázaro Cárdenas se impulsa fuertemente el reparto agrario en México, en Chiapas la ejecución de la reforma agraria fue tardía, debido a que la clase terrateniente seguía ostentando el poder¹⁸. Con la expedición de la Ley Federal de la Colonización en 1946 por el presidente Miguel Alemán, y que estuvo vigente hasta 1962, la asignación de terrenos fue importante para algunos municipios de las zonas Frailesca y Soconusco, donde ya se estaba dando un impulso a la agricultura capitalista y, en la zona Norte, a la ganadería. En caso contrario, para la zona de los Altos, con predominancia de población indígena (El Bosque, Chamula, Chanal, Chenalhó, Huixtan, Larrainzar, Mintontic, Oxchuc, Sitalá, Tenejapa, Yajalón, Zinacantan, entre otros) la reforma no llegó, ya que en estos municipios predominaba la agricultura de tipo tradicional, dedicada al autoconsumo¹⁹.

Esta situación tuvo repercusiones importantes para la población de los Altos, ya que ante la falta de tierras, numerosos grupos de campesinos se desplazaron hacia las zonas de colonización, entre ellas la zona de la Selva Lacandona, dejando el lugar de origen y enfrentándose a condiciones ambientales diferentes. La región Altos se caracteriza por ser un territorio montañoso conocido como tierra fría, con altitudes

superiores a los 1800 m.s.n.m, donde predomina el clima templado húmedo, con temperatura en la época fría de hasta -3°C con presencia de heladas, y con vegetación predominante de coníferas (bosque de pino-encino)²⁰.

En el caso de la comunidad de Busiljá, ésta se funda en 1960 con un grupo inicial de diez personas, principalmente de la etnia tzeltal procedentes de la región Altos, de los municipios de Oxchuc, Pantheló, Altamirano y Sitalá; posteriormente se integraron familias de los municipios de Simojovel, Chenalhó, Ocosingo y Palenque. De acuerdo a los relatos de los primeros pobladores, la adaptación a un nuevo ambiente fue difícil dado que la zona Selva se encuentra ubicada en un pequeño valle con región montañosa aledaña, a menor altitud que la región de Los Altos (150 m.s.n.m.), con clima cálido-húmedo, temperatura mínima de 12°C y una máxima de 30 °C, abundantes lluvias en el año, y con selva tropical como vegetación²¹.

“Cuando llegue a Busiljá tenía 16 años, fue difícil, eran puras montañas, hacía mucho calor, siempre llovía, había mucho zancudo y colmoyote, era un problema fuerte, utilizábamos plantas medicinales para curarnos, ya que era muy doloroso. Por eso la gente regresaba a Oxchuc, no aguantaban el zancudo y el colmoyote”
(Mujer, 55 años).

La población de Busiljá se encontraba sin servicios y alejada del comercio, la alimentación se adaptó de acuerdo a los recursos locales disponibles mediante la caza de animales silvestres como tepezcuintle (*Cuniculus paca*), jabalí (*Sus scrofa*), armadillo (*Dasypus novemcinctus*), venado (*Odocoileus virginianus*), caracol (*Lymnaea stagnalis*), puerco de monte (*Tayassu spp.*), peces, aves y la colecta de plantas alimenticias como el chapay (*Astrocaryum mexicanum* Liebm. Ex Mart) y la hierba mora

(*Solanum americanum* Mill). En las noches utilizaban diésel para alumbrarse; el calor y los zancudos les impedían dormir bien; los malestares de salud más frecuentes eran diarrea, vómito, calentura y dolor de cuerpo, desconocían que dichos síntomas corresponden al dengue y al paludismo, enfermedades típicas del nuevo ambiente tropical al que se enfrentaban. Los relatos mencionan que muchas personas murieron por no tener acceso al servicio médico, el más cercano se encontraba en la ciudad de Palenque a tres o cuatro días de camino a pie o bien por cayuco hasta llegar por vía fluvial a Tenosique, Tabasco.

“La única forma que contábamos para curarnos era con la cascara del árbol cabeza de mico y el té de zacate, que se preparaba en té y lo tomábamos para bajar la calentura o si teníamos mejoral lo partíamos en dos para podernos curar; pero esto no era suficiente para curarnos y las personas morían” (Hombre, 74 años).

La comercialización de maíz, frijol y chile que cultivaban se realizaba a pie, con mulas de carga, durante tres a cuatro días, hasta el poblado de Santo Domingo, o bien por la ruta fluvial del río Usumacinta hasta Tenosique, Tabasco. En la década de los sesentas se construye un campo de aviación cercano a Busiljá, que les permite comercializar sus productos y trasladar a los enfermos al estado de Tabasco con mayor rapidez pero a un mayor costo.

“Cuando llegué a Busiljá estaba como de 6 años, fue muy difícil porque prácticamente era selva y habían muchos moscos, era muy difícil desplazarse más cuando nos enfermábamos, lo más cerca que teníamos era Santo Domingo, que nos quedaba días de camino y Tenosique que teníamos que cruzar el río, o

en casos mayores con avioneta que en el viejo Busiljá construyeron un campo de aviación y pues pasaba a ser la única forma de sacar nuestros productos para vender (maíz, frijol y chile)” (Hombre, 57 años).

La política de colonización de la zona Selva en Chiapas implementada durante este periodo, permitió al estado atenuar la demanda de tierras de la población rural. En el caso de los grupos indígenas de la región Altos en Chiapas, la dotación de tierras otorgada fue insuficiente, de mala calidad y la conformación de los nuevos centros de población no consideró la planeación de infraestructura de los servicios básicos²². Por lo anterior, no existe evidencia de acciones oficiales para promover el reconocimiento de las capacidades productivas y de autogestión de la población que fortaleciera su autonomía y el desarrollo de sus propias potencialidades en los nuevos ejidos conformados.

Políticas modernizadoras durante el periodo 1970-1994. El gobierno federal en el sureste de México impulsa una rápida modernización capitalista durante este periodo, a través de la reforma agraria (Revel-Mouroz, citado por Díaz)²². La conformación de ejidos, el desarrollo de una agricultura capitalista, la expansión de la ganadería comercial, la construcción de presas hidroeléctricas y el impulso de la industria petrolera, constituyó en Chiapas un proceso de cambio social modernizador que buscó la desaparición de los sistemas tradicionales. Dicho cambio fue implementado por el Estado a través de distintos programas como el modelo del Desarrollo Compartido, bajo el gobierno de Luís Echeverría Álvarez, el cual buscaba una mayor intervención y control del Estado en los procesos económicos y sociales, mediante una política populista y paternalista en el medio rural, dirigida a atender los problemas agrarios y la

crisis de la producción agrícola bajo el esquema del modelo capitalista. Otros programas implementados durante este periodo fueron el Plan Maestro de la Selva Lacandona (1974), el Programa de Desarrollo Económico Comunitario (1975), el Fideicomiso para el desarrollo (1975), la Coordinación Ejecutiva del Programa Ecológico de la Selva (SARH 1978), el Programa de Asistencia Social, Servicios Comunitarios y Prestaciones Sociales (SEDUE–PASECOP, 1984) y la Comisión Intersecretarial para la Protección de la Selva Lacandona (1986).

En 1985 se inicia la construcción de la carretera Fronteriza del Sur que unió, a través de 422 km, las ciudades de Palenque y Comitán²³ con el objetivo de asegurar la comercialización al extranjero de los recursos maderables de la región Selva²⁴. Esta construcción fue aprovechada por los pobladores de Busiljá, quienes se reubicaron a la orilla de dicha carretera para facilitar el traslado y comercialización de sus productos agrícolas, así como el acceso a los centros de atención a la salud ubicado en la ciudad de Palenque. De acuerdo a los relatos, con la reubicación a la orilla de la carretera fronteriza se autodenominaron *Nuevo Busiljá* e implicó la reasignación de tierras, la cual se mantuvo con 20 hectáreas por familia y con prioridad a las familias fundadoras. La decisión de reubicar su comunidad no fue fácil, ya que tuvieron que abandonar las casas que habían construido en el área inicial, enfrentar condiciones de mayor inseguridad debido al incremento de asaltos ante un mayor tráfico hacia la frontera con Guatemala y el riesgo a ser desalojados, aun cuando la nueva población se ubica dentro de las posesiones de su ejido. A pesar de todo lo anterior, el nuevo Busiljá se estableció poco a poco, construyendo sus nuevas casas de techo de guano^ξ y paredes

^ξ Techo elaborado con las hojas de la palma de guano *Sabal mexicana* Mart²⁵.

de madera, y resembrando los árboles frutales que se tenían en los solares del antiguo Busiljá. Hasta 1986 se introduce la luz eléctrica a la comunidad.

En 1988, con la puesta en marcha de los ajustes económicos neoliberales establecidos por el Fondo Monetario Internacional a nivel global, se crea la primera secretaria de Desarrollo Social y con ésta el Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol) enfocado al abatimiento de la pobreza de las zonas indígenas y rurales, así como de la población de zonas áridas y urbanas, desde una política focalizada a la población marginada a través de apoyos monetarios y en especie, condicionados a la participación de los beneficiarios para lograr las metas en educación y salud. Sus acciones abarcaron seis componentes básicos: alimentación, salud, educación, vivienda, proyectos productivos y empleo. Particularmente en los servicios de salud, integró los Programa del IMSS-Coplamar y amplió los servicios de salud a un mayor número de localidades marginadas²⁶.

El proceso modernizador de 1970-1994, finaliza con la firma del Tratado de Libre Comercio entre México, Estados Unidos y Canadá, marca la política de un gobierno destacadamente neoliberal que impulsó, ante todo, el desarrollo capitalista de la elite nacional y favoreció la inversión internacional en el país; a pesar de los proyectos sociales implementados, la inversión pública mantuvo su tendencia a la baja y la pobreza extrema y moderada se incrementó durante este periodo en los trabajadores rurales.

Política social del Estado ante la irrupción del movimiento zapatista. Los primeros programas del gobierno federal para atender las necesidades de las poblaciones más vulnerables en México, se llevaron a cabo durante la década de los setenta a través del

Programa de Inversiones Públicas para el Desarrollo Rural (PIDER), la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), y el Sistema Alimentario Mexicano (SAM), caracterizados por ser programas aislados y sin continuidad ya que la población objetivo no era prioritaria en la agenda gubernamental²⁷.

A pesar de la implementación de dichos programas por el gobierno federal, las poblaciones rurales, mayoritariamente indígenas, presentaban condiciones precarias de salud ante los insuficientes recursos humanos e infraestructura en este y otros rubros básicos. El 1° de Enero de 1994, el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN o zapatistas), movimiento armado, formado por indígenas campesinos de las regiones Altos tzotzil y tzeltal y Selva Lacandona, llevaron a cabo un levantamiento armado en Chiapas, haciendo visible con ello la exclusión histórica de los pueblos indios²⁸. Particularmente, este movimiento evidenció las malas condiciones de salud y la falta de servicios básicos para un gran número de comunidades indígenas, y exigió el reconocimiento y respeto de sus costumbres y autonomía²⁹. El 16 de Febrero de 1996, el EZLN y el gobierno federal firmaron de manera conjunta, los “Acuerdos de San Andrés”, los cuales no fueron respetados por el último; a partir de estos eventos, el gobierno federal impulsa una política de desarrollo social con grandes inversiones en infraestructura educativa, de salud, comunicaciones y servicios con el fin de contrarrestar la influencia de dicho movimiento y retomar el control político de la región²⁹. Esta política se mantiene en 1997 con el Programa de Educación, Salud y Alimentación (*Progres*a), con el fin de lograr el desarrollo del capital humano; con este programa se promueven acciones intersectoriales en educación, salud y alimentación

para aquellas familias en situación de pobreza extrema³⁰. Particularmente en salud, dio seguimiento a niños menores de cinco años, mujeres embarazadas y en lactancia, para disminuir las enfermedades y el índice de mortalidad, y otorgar apoyos monetarios a las familias beneficiarias con la finalidad de contribuir a la mejoría de la calidad y el estado nutricional de la población foco.

A pesar del cambio de partido político en el poder, de Partido Revolucionario Institucional (PRI), con más de setenta años ejerciéndolo, al Partido de Acción Nacional (PAN), de extrema derecha, el programa *Progresá* es adaptado en 2002 como Programa de Desarrollo Humano Oportunidades y conserva sus principales características. Se amplía el número de familias que viven en condiciones de pobreza y se mantienen las transferencias monetarias y la dotación de suplementos alimenticios condicionados a la supervisión de los parámetros de salud de todos los integrantes de las familias beneficiadas en los Centros de Salud Comunitarios. En el año 2007, el programa *Oportunidades* beneficiaba a 5 millones de familias en 2,444 municipios y 92,961 localidades, donde aproximadamente el 30% de las familias se localizaban en los estados de Veracruz, Chiapas y Oaxaca²⁹.

En septiembre de 2014, con el regreso del partido político históricamente dominante (Partido Revolucionario Institucional) se modifica el decreto de creación del programa para designarlo como *Prospera*, lo que constituye la cuarta fase de una política de desarrollo social dirigida a lograr una mayor inserción al sistema modernizador de los grupos social y económicamente más vulnerables. Con *Prospera*, el objetivo general del programa *Oportunidades* se mantiene pero se fortalecen las intervenciones en los componentes de educación, salud y alimentación. Además, se incorpora un objetivo

específico adicional que amplía el radio de acción de sus intervenciones intersectoriales al ámbito del fomento productivo, generación de ingreso, bienestar económico, e integra programas asociados a los derechos sociales básicos para mejorar la medición multidimensional de la pobreza en México³¹, la cual es definida como la condición de no tener garantizado el ejercicio de al menos uno de sus derechos para el desarrollo social, e ingresos insuficientes para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades³² i.

En el 2015, Sedesol ³⁴ reporta 3, 010,727 beneficiarios del programa *Prospera* en el Estado de Chiapas y 152, 576 para el municipio de Ocosingo. Sánchez-Pérez y colaboradores³⁵, indican que en el 80% de las comunidades chiapanecas existe un médico por cada 2,370 habitantes y es el estado con menor porcentaje de población cubierta por algún esquema de seguridad social. La comunidad de Busiljá, se ubica dentro de la población foco con 913 beneficiarios de un total de 1125 habitantes, las personas que no reciben apoyo por dicho programa, reciben de otros programas federales como PAL (Programa de apoyo alimentario) y PAM (Pensión para Adultos Mayores). Busiljá está inscrita a la unidad médica de Nuevo Francisco León, ubicada a 5 km de distancia, comparte sus servicios con una población de ocho mil personas aproximadamente, de cinco comunidades aledañas (Las Maravillas, Nuevo Francisco

ⁱ Hasta el 2002 la pobreza en México se definía en tres niveles **pobreza alimentaria**, entendida como la incapacidad para tener una canasta básica alimentaria, aun si se hiciera uso de todo el ingreso disponible en el hogar para comprar sólo bienes de dicha canasta; **pobreza de capacidades**, como la insuficiencia del ingreso disponible para adquirir el valor de la canasta alimentaria y efectuar los gastos necesarios en salud y en educación, aun dedicando el ingreso total de los hogares nada más para estos fines y; **pobreza de patrimonio**, como la insuficiencia del ingreso disponible para adquirir la canasta alimentaria, así como para realizar los gastos de salud, vestido, vivienda, transporte y educación, aunque la totalidad del ingreso del hogar sea utilizado exclusivamente para la adquisición de estos bienes y servicios³³.

León, Nuevo Guerrero, Paraíso y Francisco Villa). La unidad médica cuenta con un sólo consultorio médico, un espacio para almacenar las medicinas y una pequeña sala de espera. El personal lo debe integrar un médico cirujano y dos enfermeros.

De acuerdo con los relatos registrados, la percepción es que la unidad médica otorga un servicio de mala calidad, ya que reciben malos tratos del personal de salud.

“Desde las cinco de la mañana los diabéticos estaban haciendo fila para pasar a consulta, ya eran las tres de la tarde y no tenían nada en el estómago, porque le van hacer el estudio de la sangre. Uno de los señores nos dijo “que le dijéramos al enfermero que los atendiera porque estaban aguantando hambre, a la mejor porque son parteras les hacen caso”; ya mi hermana le dijo al enfermero que porque no los despachaba desde la mañana a los diabéticos ya que estaban aguantando hambre. Lo que hizo esta persona fue de darnos la espalda y enojado tiró la silla, no le gusto lo que dijo mi hermana y al final no le realizaron el estudio a los diabéticos” (Partera, 47 años).

“La doctora si son las 10 de la mañana ya no quiere atender a ningún paciente. Ella quiere que llegues a la 5 de la mañana para hacer fila” (Partera, 47 años).

Desde finales del 2013, la unidad familiar no cuenta con médico y son los enfermeros quienes se encargan de la atención de la población de las seis comunidades. Los enfermeros, a su vez, delegan esta responsabilidad a las asistentes rurales de las seis comunidades, quienes organizan, controlan y supervisan la implementación del programa de Oportunidades, además de su trabajo como parteras son encargadas de los programas de planificación familiar y el control de mujeres embarazadas.

Los habitantes de Busiljá consideraron que el servicio médico que reciben por parte de este programa no es bueno, debido a la falta de medicinas en la unidad médica, las cuales deben ser compradas por su cuenta; las vacunas son aplicadas de manera extemporánea en los niños, los resultados del Papanicolaou no llegan y pocas veces les son explicados los resultados de los exámenes clínicos, por lo que no tienen certeza de su estado de salud.

“Como le pasó a una de las señoras de la comunidad, se hizo el estudio de Papanicolaou y llegó el resultado después de su muerte por cáncer de matriz”
(Partera, 48 años).

De acuerdo con los relatos registrados de pacientes y parteras, los enfermos diagnosticados con diabetes no tienen un seguimiento del control de su enfermedad, ni información para la mejora de su calidad de vida, además las medicinas recibidas tienen fecha por caducar o caducadas. El programa de planificación familiar a cargo de las parteras comunitarias, se concentra en pláticas personalizadas para convencerlas del uso de métodos anticonceptivos y el abastecimiento de métodos anticonceptivos con pastillas y condones; sin embargo la demanda de la población femenina para atender este aspecto es principalmente con hormonas inyectables, las cuales no siempre están disponibles para las mujeres que las demandan.

“Para las mujeres de Busiljá, es más cómodo utilizar las hormonas inyectables, ya que con pastillas se olvidan de tomarlas, el problema es que la unidad médica tiene más de un año que no da las hormonas inyectables, los enfermeros dicen que si ya no quieren tener más hijos que las compren, pero no tienen dinero, luego se enojan porque salen embarazadas” (Asistente rural, 2014).

El apoyo económico recibido es la única motivación que mantiene a los beneficiarios dentro del programa, ya que les permite cubrir una parte de los gastos de alimentación, educación y vestido para sus hijos, en algunos casos es el único ingreso percibido. Las condiciones para conservar el apoyo son evitar acumular más de cuatro faltas en las citas programadas por la unidad médica, para lograr las metas oficiales establecidas (vacunación, toma de papanicolaou, seguimiento a pacientes con síndrome metabólico, así como campañas temporales de mastografía, colposcopia, etc.) así como la asistencia mensual a la Casa Comunitaria de la Mujer, donde la asistente rural registra el peso y la talla de cada integrante de las familias beneficiadas y se imparten temas sobre el saneamiento de la vivienda, los métodos planificación familiar, la educación sexual y la alimentación, entre otros.

La política promovida por el programa Oportunidades busca, en el fondo, elevar el nivel educativo, la alimentación y la salud de las familias pobres, con el fin de lograr una mayor inserción de las mismas en el aparato económico capitalista; más que atender a la pobreza, busca enfrentar la marginación, entendida ésta como el aislamiento de determinados grupos sociales ante el mercado laboral y de consumo³⁶. Los programas de combate a la pobreza antes descritos están basados en el modelo liberal residual dominado por la asistencia social³⁷, en el cual se debe demostrar que un individuo está en situación de necesidad y carece de los medios suficientes para tener derecho a la asistencia y lo condiciona a integrarse al control de los sistemas gubernamentales de salud. Desde el enfoque de desarrollo endógeno, dichos programas no favorecen que las comunidades hagan uso de sus recursos locales para transformarlos en bienes y servicios bajo su propio control y con beneficios colectivos. Más bien favorece la

concepción de la población como un receptor pasivo de propuestas externas, sin ninguna posibilidad de incidir en la mejora de la calidad de los servicios de salud y en la decisión de los elementos y objetivos de los programas recibidos³⁸.

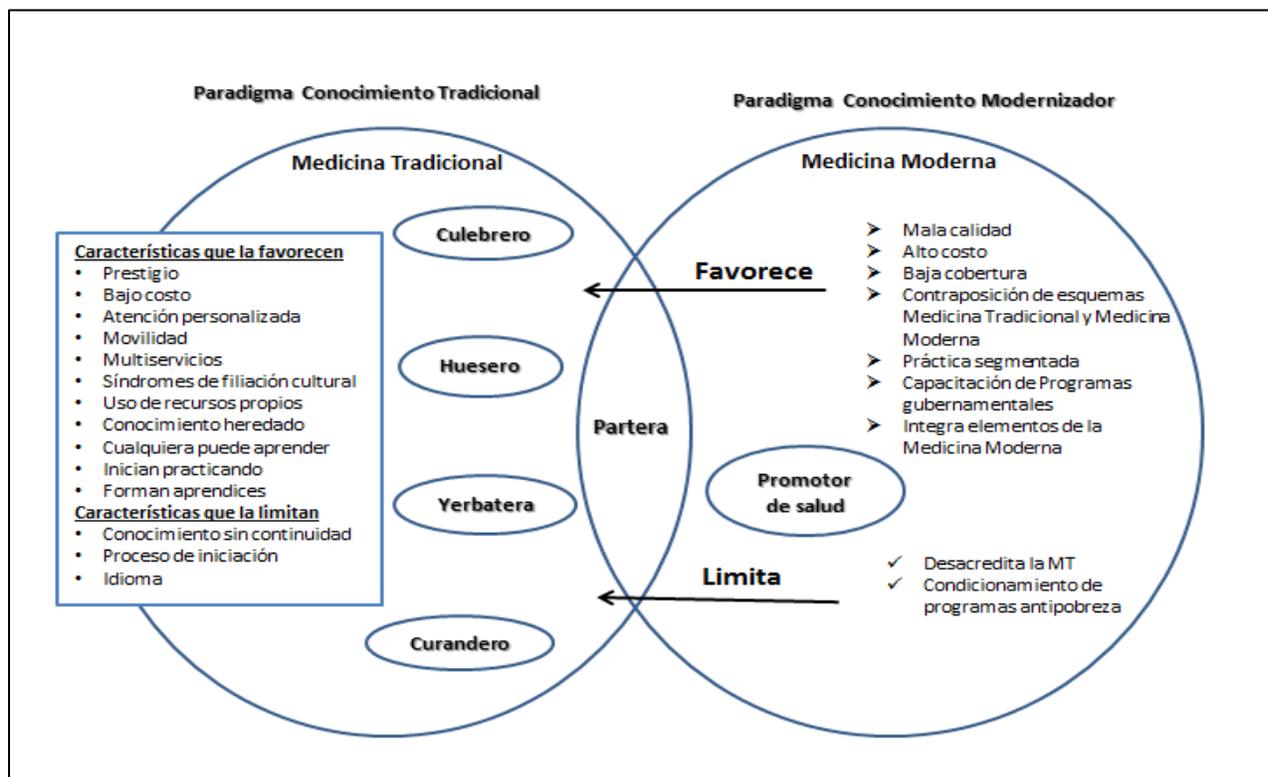
Persistencia de la medicina tradicional en Busiljá: consideraciones para el desarrollo endógeno.

A pesar del fuerte impulso modernizador que ha imperado en las últimas dos décadas dentro del sector salud, en la región donde se encuentra la comunidad de Busiljá, se encontró que la medicina tradicional es un sistema que persiste de manera paralela al sistema de medicina moderna. De acuerdo a los resultados cuantitativos obtenidos en el primer capítulo de esta tesis, el uso y preferencia por parte de la población de Busiljá resultó relevante con siete modalidades de atención dentro de la misma comunidad, un grado de confianza del 90 al 100%. Cabe destacar que la preferencia por la autoatención con plantas medicinales para el tratamiento de enfermedades frecuentes (gripe, tos y diarrea) se equiparó con la clínica de salud pública y superó a la del promotor comunitario.

Por lo anterior, el análisis cualitativo de los discursos registrados buscó determinar las condiciones que favorecen o limitan el desarrollo de este conocimiento tradicional. De esta manera, se encontró que la interacción entre el sistema de medicina tradicional y la medicina moderna en la comunidad de Busiljá se da bajo una relación desigual. Por una parte, la medicina moderna cuenta con una importante inversión gubernamental de infraestructura, recursos económicos y humanos, aunque también presenta contradicciones debido a su diseño externo, distinto a los esquemas culturales e identitarios de la población en la que pretende insertarse, su práctica vertical y la poca

sensibilidad para la mejora de la calidad de sus servicios. Por su parte la medicina tradicional presenta elementos intrínsecos a su cosmovisión que favorecen y limitan su preferencia, así como aspectos externos que la fortalecen como todas aquellas relacionadas con la percepción de mala calidad de la medicina moderna (Figura 1).

Figura 1. ASPECTOS INTRÍNSECOS Y CONDICIONES DEL CONTEXTO MODERNIZADOR QUE FAVORECEN Y LIMITAN LA MEDICINA TRADICIONAL EN LA COMUNIDAD DE BUSILJÁ, OCOSINGO, CHIAPAS



Datos recopilados febrero-octubre 2014.

Una de las condiciones que favorece a la medicina tradicional es el número de *poxhawanej* (persona que cura) presentes a nivel comunitario, el cual supera al sistema gubernamental de medicina moderna con un total de catorce personas contra cuatro respectivamente (Cuadro V). Cabe mencionar que durante el periodo de investigación

la Unidad Médica de Salud no contó con el médico cirujano, siendo los enfermeros los encargados de atender a los pacientes.

Cuadro V. RECURSO HUMANO DISPONIBLE EN BUSILJÁ PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD EN EL SISTEMA DE MEDICINA TRADICIONAL Y MODERNA.

Medicina Tradicional Poxhawanej (Persona que cura)		Medicina Moderna Especialistas	
Culebreros (<i>ya xpoxta ti'el ta chan</i>) ^δ	2	Médico Cirujano	1
Hueseros (<i>ya sna' spasel bak</i>)	2	Enfermeros	2
Parteras (<i>tam alal</i>)	7	Promotor de Salud Comunitario	1
Yerbateras (<i>Poxhawanej</i>)	3		
Total	14		4

Datos recopilados febrero-junio 2014

Además, el conocimiento del *poxhawanej* se construye desde el mismo concepto de salud-enfermedad de los abuelos, padres, tíos u otras personas, es decir, desde una misma identidad compartida. Los recursos de curación utilizados en la medicina tradicional se caracterizan por estar accesibles en el entorno próximo o de bajo costo. Si bien, los conocimientos se construyeron en su lugar de origen (Zona Altos), en un contexto ambiental muy diferente al que encontraron posterior a su desplazamiento colonizador, esta condición no parece haber sido una limitante importante para ampliarlos y adaptarlos a las nuevas condiciones al llegar a la zona Selva. Aunque al principio su conocimiento se vio limitado para atender las nuevas enfermedades a las que se enfrentaron con el cambio de su entorno, este conocimiento fue fortalecido ya que los relatos describen que identificaron algunas plantas medicinales cuya apariencia, tamaño y olor diferían al de lugar de origen, pero con similares propiedades para curar.

^δ Persona que cura mordida de animales ponzoñosos, principalmente serpientes venenosas

“Aquí en Busiljá encontré muchas plantas para curar que hay en Oxchuc, pero me di cuenta que nada más cambia el olor” (Yerbatera, 55 años).

La comunidad prefiere el servicio del *poxwanej* debido a que puede pagarlo en especie (aves de traspatio, productos básicos para una despensa, etc.), ya que no siempre la familia cuenta con dinero en efectivo. Los productos con valor de uso, también son valorados por el *poxwanej* como el dinero, pero además, el prestigio social de otorgar un buen servicio puede compensar incluso la falta de pago. La alta valoración de la medicina tradicional también se relaciona con el hecho de que el *poxwanej* no se limita a un solo campo de atención, como es el caso de los especialistas en el sistema médico moderno, sino que cuentan con una diversidad de conocimientos que les permite ofrecer un servicio integral, de acuerdo a las necesidades del paciente (por ejemplo: el huesero cura zafaduras y quebraduras, pero también cura de espanto^j; las parteras curan de espanto y calentamiento de cabeza^k; las yerbateras tienen conocimientos para atender partos). La calidad del servicio también se expresa en la atención personalizada del paciente que, en muchas ocasiones incluye la visita a domicilio y la capacidad de curar los síndromes de filiación cultural^l que, dentro del sistema médico moderno no tienen equivalencia. Todo lo

^j Se presenta en niños y adultos, se manifiesta por una alteración emocional y psicológica, causada por una impresión intensa. Es tratada mediante rezos, con el uso de plantas medicinales, huevo y agua ardiente para recuperar el alma pérdida del enfermo.

^k Se presenta principalmente en los niños de hasta un año, se manifiesta con mucho llanto, calentura, falta de apetito, diarrea, provocado porque al niño lo agarró una persona borracha o una persona con la mirada fuerte. Se realizan cataplasmas de plantas medicinales y se coloca en la cabeza del bebé o realizan limpias utilizando huevo, albahaca, ruda y agua ardiente.

^l De acuerdo con Zolla³⁹, se trata de complejos mórbidos que son percibidos, clasificados y tratados conforme a claves culturales propias del grupo y en los que es evidente la apelación a procedimientos de eficacia simbólica para lograr la recuperación del enfermo.

anterior hace que el concepto de calidad implícitamente declarado por las personas que utilizan la medicina tradicional en Busiljá, alcance mayores estándares que la recibida por el sector de salud público y privado. Todos estos aspectos determinan fuertemente la toma de decisiones y acciones de las personas cuando requieren solucionar sus problemas de salud. El prestigio del *poxhawanej* no se limita al espacio comunitario, puede extenderse a toda una región y propiciar el traslado del enfermo cuando es necesario, a fin de recibir el servicio. En el caso de la población de Busiljá, se recurre también a *poxhawanej* ubicadas en las comunidades de La Nueva Esperanza (huesero), Nuevo Francisco León (huesero), 20 de Noviembre (huesero), Lacanjá Tseltal (huesero), Palestina (huesero), Plan de Ayutla (curandero, culebrero), Zapotal (partera), Nuevo Guerrero (curandero) y Sibal (curandera), en el mismo municipio de Ocosingo y en la ciudad de Palenque (curandero, huesero). La población manifestó para todos ellos un alto grado de confianza, siendo algunas veces el primer servicio utilizado para atender sus padecimientos.

Un aspecto que limita el proceso de transmisión de conocimiento es la condicionante que imponen algunos *poxhawanej*, para el proceso de iniciación el cual solo puede darse en aquellas personas que nacen con el *don de curar*, señalando que dicho proceso sólo puede darse en la niñez, manteniéndose en celibato durante el proceso de aprendizaje. Aunque en otros casos se considera que cualquiera puede aprender siempre y cuando tenga las ganas y el deseo de servir a las personas.

“No cualquiera puede aprender a ser huesero porque no todos traemos el don, depende del carácter para atender a las personas. Por eso digo que el don de cada quien es diferente, además es lo que me heredó mi abuelo, aprendí

viéndolo, escuchándolo y ayudándolo, el vio en mí esa parte y a los 14 años me dio la bendición” (Huesero, 41 años).

La preservación del sistema de medicina tradicional es limitada también por condiciones externas y que están relacionadas con el proceso modernizador de devaluación de las formas de vida tradicional. De esta manera los hijos, nietos, hermanos y familiares que pudieran heredar el conocimiento, no muestran interés en ello debido a que los valores de apoyo mutuo han sido modificados por el valor monetario.

“Vienen mujeres a preguntarme como inicié con esto de la partería y muestran interés por querer aprender, les digo que les invito a que vayan conmigo cuando yo voy atender un parto, pero tienen miedo y les digo que es algo rápido, pero más se acercan para ver cuánto cobro y les digo que no cobro que lo que dios me dio no lo puedo vender, depende de la persona si me quiere dar o no dinero, ya depende de ellos, pero ya no regresan a aprender” (Partera, 47 años).

Los testimonios registrados reflejan que las nuevas generaciones conciben a la medicina tradicional como una actividad que no genera suficiente ingreso para cubrir las necesidades actuales, algunos jóvenes y niños prefieren asistir el paso de indocumentados y droga, sometiéndose a situaciones riesgosas o migran a las ciudades de Cancún y Tampico.

“Actualmente Busiljá, está pasando por situaciones muy fuertes. Se comenta de grupo de personas que se dedican a vender droga, pasan a los indocumentados; se valen de la necesidad de estas personas para sacarles el dinero, esto se está convirtiendo en un trabajo para los pobladores” (Mujer, 48 años).

“Arrestaron a tres niños en la comisaría, culpándolos de ser los que pasan información a la sectorial de las personas que roban motocicletas chocolate (robadas) a cambio de dinero” (Mujer, 21 años).

Todo ello favorece la idealización de elementos externos (idioma, vestido, consumo de refrescos, botanas y suplementos alimenticios) que son mejor valorados que los propios, negando con ello su propia identidad.

“Los primeros pobladores trajeron las costumbres que tenían en Oxchuc, la forma de vestirse lo utilizaron por muchos años, sin embargo, al pasar el tiempo dejaron de vestirse de manera tradicional, sólo son pocos, aquellas personas que aun respetan su vestimenta, hoy en día se visten de acuerdo a lo actual, como se viste cualquier persona” (Hombre, 39 años).

Sin embargo, por otro lado, se llevan a cabo diversas investigaciones desde la ciencia moderna que, bajo el término de bioprospección^ψ, justifican el saqueo de los recursos naturales y el conocimiento tradicional sobre plantas medicinales que los pueblos rurales e indígenas conservan, sin ninguna integración del contexto cultural en el cual se generan, ni beneficios para las comunidades que las resguardan, como se plantea desde la perspectiva del desarrollo endógeno. Tal es el caso del proyecto ICBG-Maya^m de la Universidad de Georgia y El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR) en Chiapas, cuyo objetivo se centraba en determinar las sustancias activas presentes en las plantas medicinales, con el fin de producir medicamentos de patente comerciales, el cual fue cancelado en el 2000 a partir de la movilización social del Consejo de Médicos y

^ψ Se define como la exploración, extracción e investigación de la diversidad biológica y los conocimientos indígenas en busca de recursos genéticos y bioquímicos de valor comercial (Rothschild citado en Lavín)⁴⁰.

^m International Cooperaty Biodiversity Group.

Parteras Indígenas Tradicionales de Chiapas (COMPITCH), que buscó proteger los recursos y el conocimiento de los pueblos mayas en Chiapas⁴⁰.

La mala calidad recibida en los centros públicos de atención, en donde pocas veces existe una atención personalizada, es un aspecto poco evaluado desde la percepción de la población atendida.

“Un tiempo me paso de una señora que fue parto sin dolor y que su segundo hijo lo tuvo en el hospital, le dieron de alta y a los ocho días la regresaron al hospital y la volvieron operar porque le había quedado gasas adentro [...] en ese momento la llevamos al hospital, fue un domingo y no nos quisieron recibir, en ese momento nos fuimos a Pakal-Ná a buscar el director del hospital a pedirle que mandara algo para que autorizaran y poder internar a la mujer y solamente así la recibieron, ya los doctores dijeron que la tenían que operar y que necesitaban sangre porque la infección era muy fuerte...” (Partera, 47 años).

El programa Oportunidades, generado e insertado como un elemento externo, promueve la medicina moderna como la única forma válida de atención a la salud, a pesar de que sus reglas de operación⁴¹ establecen la necesidad de integrar la medicina tradicional para mejorar la atención de la salud de la población. Lo que sucede en realidad es la captación de la persona que cura (*Poxhawanej*) a través de una capacitación limitada al idioma español, condicionada a dejar sus prácticas tradicionales (sobadas, tés de plantas medicinales, rezos, etc.) y a retomar la función de agente modernizador certificado por el sistema gubernamental para lograr un mejor control de los estándares de salud establecidos desde la visión de la medicina moderna y los intereses de las políticas de salud pública, sin considerar los valores, visiones y

potencialidades de las personas y la participación en las iniciativas de desarrollo de la comunidad.

“El grupo de parteras de Busiljá están certificadas por el IMSS, recibimos un apoyo por atender a las mujeres de la comunidad. Sin embargo, no nos permiten utilizar el conocimiento tradicional, diciendo que eso le puede causar la muerte a las mujeres” (Partera, 47 años).

“La unidad médica no nos permite utilizar las plantas medicinales para curar a las embarazadas, tampoco nos permite sobar con vick vaporub. Sin embargo, los enfermeros me pidieron ayuda para llevar plantas medicinales porque están haciendo un jardín, yo no sé porque si ellos no creen en eso” (Yerbatera, 55 años).

Todo lo anterior permite explicar la preferencia de la población de Busiljá por la medicina tradicional. Sin embargo, también se integran elementos de la medicina moderna a la práctica de la medicina tradicional que permiten mejorar los resultados y el prestigio de los *Poxlawanej*. Este es el caso de la parteras cuya capacitación dentro del programa de *Oportunidades* les ha permitido dominar el uso de quipo y materiales como el termómetro, el baumanómetro, el estetoscopio de pinard, las tijeras quirúrgicas, así como asegurar el uso del campo esterilizado e indicar la necesidad de estudios de ultrasonido en situaciones de riesgo de la madre o su hijo por nacer. A pesar de que su certificación dentro del sistema modernizador las condiciona a abandonar el uso de plantas medicinales, el discurso registrado reitera que siguen utilizando plantas medicinales para favorecer la dilatación del útero. De esta manera, la

partera tradicional se enfrenta a dos esquemas contrapuestos, pero decide aplicar el conocimiento tradicional ante una situación específica con su paciente.

“En la capacitación que recibimos en San Cristóbal, los médicos nos dijeron que no es recomendable darles té a las señoras antes de que empiece la labor de parto. Nos dijo que cuando la mujer empieza con dolor, se le debe de aplicar oxitocina, pero en el momento adecuado, porque si se le aplica en el momento que no es, el útero se cierra y la placenta le cuesta mucho para salir. Pero yo tengo preparado un té, hecho de una planta medicinal que se llama sensible, se agrega pimienta, esto es para que aligere el dolor de parto, el té debe de tomarse tibio. Después de que se alivian les preparo un té a base de manzanilla y maguey morado, el té debe de tomarse tibio o bien en lavado vaginal, esto les limpia y quedan muy bien las señoras y si se presenta dolor, les doy paracetamol”. “Estos té los aprendí de mi mamá que también fue partera”
(Partera, 48 años).

En el caso de los curanderos, hueseros, culebreros y yerbateros, mantienen su práctica de manera independiente al sistema modernizador de salud, sin ambivalencias para su reconocimiento social y toma de decisiones.

En síntesis, la práctica actual de la medicina tradicional bajo el contexto modernizador que vive la comunidad de Busiljá, conserva características propias que la fortalecen y contribuyen a su vigencia, a pesar del marcado proceso de condicionamiento implementado por los programas de desarrollo social para que la medicina moderna sea concebida como la única alternativa válida en la atención de la salud. Por otra parte, las contradicciones que genera el diseño externo del sistema de atención pública

de salud, paradójicamente contribuyen a fortalecer la preferencia de la población por la medicina tradicional. Sin embargo, las limitantes identificadas en esta misma práctica, se relacionan principalmente con los cambios de las formas tradicionales de vida ocurrida en las últimas décadas, lo cual impacta su continuidad en las nuevas generaciones.

3.4 CONCLUSIONES

1. El cambio ambiental al que se enfrentaron los habitantes de Busiljá al colonizar la zona Selva limitó, por una parte, el conocimiento para atender las nuevas enfermedades del trópico, pero por otra, les permitió ampliar y fortalecer el conocimiento previo sobre la medicina tradicional.

2. De acuerdo con la revisión histórica del contexto político que ha impactado las formas de vida de la comunidad de estudio, se concluye que el proceso de modernización desde principio del siglo pasado, no ha considerado las necesidades de los grupos indígenas y ha dado prioridad al desarrollo capitalista y la inversión internacional en la región. Debido a que las formas de vida tradicional son consideradas arcaicas, todas las políticas sociales a la fecha buscan desaparecer las prácticas y saberes que la sustentan mediante la integración y condicionamiento de la población a las formas de vida moderna. Este proceso incluye también las formas tradicionales de atención a la salud

3. La medicina tradicional persiste de manera paralela a la moderna, pero su interacción en un contexto modernizador se da bajo una relación desigual, ya que la

medicina moderna cuenta con una importante inversión gubernamental de infraestructura, y recursos económicos y humanos.

4. La medicina tradicional presentó elementos intrínsecos que permite una mayor preferencia por parte de la población de Busiljá con relación al sistema moderno, tales como: el número de personas que curan (*Poxtawanej*) con medicina tradicional supera al número de profesionales del sistema de salud pública a nivel comunitario; los recursos de curación se caracterizan por estar accesibles en el entorno próximo o ser de bajo costo; el prestigio social de otorgar un efectivo y buen servicio del (*Poxtawanej*) puede compensar la falta de pago en efectivo o con especie; su calidad es valorada por la atención personalizada, su cercanía y disponibilidad, sin contradicciones con los sistemas culturales e identitarios de la población; *Poxtawanej* posee una diversidad de conocimientos que le permite ofrecer un servicio integral de acuerdo a las necesidades del paciente, capacidad de curar enfermedades que en el sistema moderno no tiene equivalencia, recursos curativos accesibles y de bajo costo.

5. Se encontró mayor número de condiciones que limitan a la medicina tradicional derivadas del proceso modernizador que las relativas a sus características intrínsecas. Como aquellas relativas a la devaluación de las formas de vida tradicional a través de la educación formal y los medios de comunicación que limitan la continuación del conocimiento en las nuevas generaciones; la generación continua de nuevas necesidades que demanda mayor ingreso, las cuales no pueden ser cubiertas con el ingreso del *Poxtawanej* y la imposición de la medicina moderna a través de los programas de desarrollo social, como la única forma válida de atención a la salud.

6. Desde la percepción de los pobladores de Busiljá, el sistema de salud pública se caracteriza por su mala calidad, baja cobertura, práctica segmentada y contrapuesta a los conceptos de salud-enfermedad contruidos a nivel local. Lo anterior contribuye a una mayor preferencia por la medicina tradicional, para la atención de la salud.

7. Con relación a las formas de atención a la salud, se puede afirmar que la práctica individual de la medicina tradicional por los *Poxhawanej* permite el desarrollo de sus capacidades y el uso de los recursos que se encuentran a nivel local. Sin embargo, bajo el contexto modernizador actual, no existe un proceso colectivo de organización, colaboración, integración, participación e interacción que les permita decidir, de forma autónoma, qué elementos externos y bajo qué condiciones aceptan la supervisión de la salud de la población. Por lo anterior se concluye que existen elementos potenciales en la práctica de la medicina tradicional, pero no suficientes para impulsar el desarrollo endógeno.

3.5 AGRADECIMIENTOS

La primera autora agradece al Campus Tabasco, Colegio de Postgraduados, y al Conacyt por los apoyos recibidos para realizar esta investigación. Así, como a los Poxhawanej por compartir sus experiencias, a los habitantes de Busiljá y a las parteras Manuela Hilario Pérez, Petrona Hilario Pérez y a la asistente rural, Lendy López Hilario por el apoyo permanente.

3.6 REFERENCIAS

1. Zapata E, Mercado M, López B. Mujeres rurales ante el nuevo milenio. Centro de Estudios del Desarrollo Rural Colegio de Postgraduados Montecillos, Estado de

México México Velia Elideth García Villegas Ingeniera Agrónomo especialista en Sociología Rural egresada de la Universidad Autónoma Chapingo. 1994.

2. Albó X, Galindo JF. Interculturalidad en el desarrollo rural sostenible. El caso de Bolivia. La interculturalidad como principio ético para el desarrollo de nuestros pueblos. Cuadernos de Investigación. Centro de Investigación y promoción del campesinado. 2012:77.
3. Lozoya X. La Herbolaria en México. Consejo Natural para la Cultura y las Artes. Colección Tercer Milenio, México, 1998.
4. Chan M. Alocución al Congreso de la OMS sobre Medicina Tradicional. Beijing República Popular China. 2008; 7.
5. Méndez TdJR. Ser curandero en Uruapan: El Colegio de Michoacán AC; 2000.
6. Bartoli P. ¿Esperando al doctor? Reflexiones sobre una investigación de antropología médica en México. Revista de Antropología Social. 2006; 14:71-100.
7. Berenzon-Gorn S, Ito-Sugiyama E, Vargas-Guadarrama LA. Enfermedades y padeceres por los que se recurre a terapeutas tradicionales de la Ciudad de México. Salud Pública de México. 2006;48(1):45-56.
8. Grenier L. Conocimiento indígena: guía para el investigador: IDRC; 1999.
9. COMPAS A. Revista COMPAS nº13: Desarrollo endógeno. 2008.
10. Rist S, Boillat S, Gerritsen PR, Schneider F, Mathez-Stiefel S-L, Tapia N. Endogenous knowledge: Implications for sustainable development. Research for Sustainable Development: Foundations, Experiences, and Perspectives Perspectives of the Swiss National Centre of Competence in Research (NCCR) North-South, ed Urs Wiesmann and H Hurni. 2011:119-46.
11. Hernández, C.S., El desarrollo endógeno como agente transformador en la economía social venezolana. CONHISREMI, Revista Universitaria de Investigación y Diálogo Académico. 2012; 8(1): 83-94.
12. Red C. Las curadoras de semillas: contribución del conocimiento tradicional al manejo descentralizado de la biodiversidad. Biodiversidad: Sustento y Culturas [Uruguay]. 2006; 47:20-5.
13. Torres JMM, De la Fuente GMC. La cocina tradicional regional como un elemento de identidad y desarrollo local. El caso de San Pedro El Saucito, Sonora, México. Estudios Sociales. 2010(1 Esp.): 182-204.

14. Nieto GP. Los tzeltales: presencia histórica y literaria. *Temas de Nuestra América Revista de Estudios Latinoamericanos*. 2012:137-50.
15. Secretaria de Desarrollo Social. Indicadores de marginación. SEDESOL 2010 a [consultado 2014 noviembre]. Disponible en: <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/indiMarginacLoc.aspx?refnac=070590027>
16. Secretaria de Desarrollo Social. Indicadores de rezago social. SEDESOL, 2010 b [consultado 2014 noviembre]. Disponible en: <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/indRezSocial.aspx?ent=07&mun=059&loc=0027&refn=070590027>
17. Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades emite las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades para el Ejercicio Fiscal 2009. 2008. [consultado 2015 Febrero]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5076655&fecha=31/12/2008.
18. Rey Poveda LAd. Las expulsiones y desplazamientos en las comunidades indígenas de los Altos de Chiapas: consecuencias no anticipadas de la modernización. *Revista América Latina Hoy*. 1998; 19:13-21
19. Ramos MER. El reparto de tierras y la política agraria en Chiapas, 1914-1988: Unam; 1992.
20. Programa de Desarrollo Regional. Región V Altos Tsotsil-Tzeltal. [consultado 2014 Octubre]. Disponible en: <http://www.haciendachiapas.gob.mx/planeacion/Informacion/Desarrollo-Regional/prog-regionales/ALTOS.pdf>.
21. Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica de Chiapas. Región XII, Selva Lacandona. 2014 [consultado 2014 Noviembre]. Disponible en: http://www.ceieg.chiapas.gob.mx/home/wp-content/uploads/Secciones/InfoPorNivel/InfoRegional/Contexto/REGION_XII_SELVA-LACANDONA_post.pdf.
22. DÍAZ MdCL. Organización y cambio en haciendas y comunidades agrarias de los valles y cañadas de Ocosingo, Chiapas, de 1930 a 1994. *Sociológica-Transformación social en Chiapas Investigaciones recientes México*. 2007(63):111-46.
23. Robledo Hernández G. Vivir en frontera: Movimientos Socio-religiosos en Chiapas y Guatemala. *LiminaR*. 2010; 8(2):182-90.
24. Muench P. El libro blanco de la Selva. México, EPYPSA-Prodesis-Sedesol.[Links]; 2008.

25. Caballero J, Martínez A, Gama V. El uso y manejo tradicional de la palma de guano en el área Maya de Yucatán. *Biodiversitas*. 2001;39:1-16.
26. Chávez-méndez M. Guadalupe, José Ramiro caballero-hoyos, Joel monárrez-espino y Karla Y. covarrubias-cuéllar. "El Programa IMSS Oportunidades: un acercamiento a su estrategia de comunicación educativa aplicada a un contexto de alta marginalidad". *Estudios sobre las culturas contemporáneas*. 2010(31):113-47.
27. Robles MAM. La lucha contra la pobreza en México. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*. *Revista Académica de Economía*. 2009(109).
28. Cué SS. Reseña de "Conflicto armado y desplazamiento de población: Chiapas 1994-1998" de Julián Rebón. *América Latina Hoy*. 2002(32):192-3.
29. Sánchez P, Arana M, Yamin AE. Pueblos excluidos, comunidades erosionadas. La situación del derecho a la salud en Chiapas. México. Un informe de: Physicians for Human Rights, Ecosur, Centro de capacitación en Ecología y Salud para campesinos-Defensoría del Derecho a la salud. 2006.
30. Orozco M, Hubert C. La focalización en el programa de desarrollo humano oportunidades de México. *Serie de documentos de discusión sobre la protección social*. 2005;531.
31. Secretaria de Desarrollo Social. 2015. Evaluación externa. PROSPERA Programa de Inclusión Social y la Evaluación Externa. México. 2015 [Consultado 2015 Abril]. Disponible en: <https://www.prospera.gob.mx/EVALUACION/>
32. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de Pobreza Multidimensional en México. 2008. [Consultado 2015 Mayo]. Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/info_public/PDF_PUBLICACIONES/INFORME_POBREZA_MULTI_WEB.pdf
33. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Definición de los niveles de pobreza. 2007. [Consultado 2015 Mayo]. Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/med_pobreza/3489.pdf
34. Secretaria de Desarrollo Social. Programas sociales. Padrón de beneficiarios. México. 2015 [Consultado 2015 Abril]. Disponible en: http://www.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/Padron_de_Beneficiarios
35. Sánchez-Pérez H, Ocampo M, Espinoza L. La salud enferma de Chiapas. La Guerra en la Paz México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México/Editorial Comuna/El Colegio de la Frontera Sur. 2007:287-324.

36. Gallardo R, Osorio J, Geandreau M. Los rostros de la pobreza. *El debate*. 1998; (412).
37. Adato M, Boltvinik J, Damián A. La pobreza en México y el mundo: realidades y desafíos: Siglo XXI; 2004. (541).
38. Barquero AV. Desarrollo, redes e innovación: lecciones sobre desarrollo endógeno: Ediciones Pirámide; 1999.
39. Zolla C. Medicina tradicional y enfermedad: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social; 1988.
40. Lavín RRA. La biopiratería de los recursos de la medicina indígena tradicional en el estado Chiapas, México:" El caso ICBG-Maya". *Pueblos y Fronteras digital*. 2010; 6(10):5.
41. Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que la coordinación general del Programa IMSS-Oportunidades publica las reglas de operación del Programa IMSS-Oportunidades. 2005. [consultado 2015 Febrero]. Disponible en: <http://www.funcionpublica.gob.mx/scagp/dgorcs/reglas/2007/12%20SSA%2007/12-03%20IMSS%2005%20IMSS-Oportunidades%20ROP%20080305.doc>

**CAPITULO IV. CONCLUSIONES GENERALES Y
RECOMENDACIONES**

4.1 CONCLUSIONES GENERALES

La medicina tradicional persiste con mayor número de modalidades que la medicina moderna, a pesar del proceso de cambio —que implicó la adaptación de la población a un nuevo ambiente natural y sociocultural de los últimos 50 años— y la imposición de la medicina alópata a través de la instrumentación de políticas públicas.

La preferencia por las plantas medicinales autorecetadas en el tratamiento de enfermedades frecuentes se equipara a la preferencia por la clínica de salud pública y supera a la del promotor comunitario, lo que coincide con los resultados de distintos trabajos que registran la importancia de las plantas medicinales en la atención de padecimientos de bajo riesgo.

El alto grado de confianza depositado al yerbatero, culebrero y curandero, refleja la satisfacción plena de los pacientes y su importante función para atender padecimientos que pocas veces son tratados por la medicina moderna. Tal es el caso del yerbatero, que cura el mal de ojo, empacho, espanto, quebradura de cabeza y calentamiento de cabeza. El culebrero es una opción para situaciones de emergencia provocadas por animales venenosos o ponzoñosos en el ámbito rural, ante la falta de antídoto en la clínica de salud pública.

El condicionamiento y la mala calidad del servicio registrado por la clínica de salud pública, concuerda con los resultados de la evaluación del programa Oportunidades — actualmente Prospera — y el análisis de las políticas públicas de salud en comunidades de las regiones Altos, Norte y Selva de Chiapas. La práctica frecuente de automedicarse con medicina moderna para tratar enfermedades frecuentes es

resultado, probablemente, de los fuertes cambios de las formas tradicionales de vida de la población rural e indígena durante las últimas décadas, así como la mala calidad y el sistema vertical en los servicios de salud pública. Esta práctica, conlleva importantes riesgos de salud para las personas y puede presentarse de igual manera en la medicina tradicional cuando sus elementos son utilizados fuera de su contexto sociocultural.

La preferencia para la atención a la salud entre los habitantes de Busiljá no estuvo determinada por ningún parámetro socioeconómico, incluyendo la religión. Si bien, Corpus plantea que existe una relación directa entre el auge de la religión cristiana protestante y el incremento en el uso de la medicina moderna, también registra evidencias de distintas prácticas tradicionales relacionadas con la salud, entre creyentes de dicha religión. De acuerdo a nuestros resultados, consideramos que este contraste puede explicarse bajo el concepto de inculturación, proceso que se caracteriza por una negociación entre sujetos activos ante las distintas propuestas religiosas, más que un proceso pasivo de aculturación.

Con base en los datos de preferencia y grado de confianza registrados aquí, se concluye que la medicina tradicional continua vigente y con un alto grado de satisfacción entre los usuarios de Busiljá, Ocosingo, Chiapas.

4.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda hacer efectiva la aplicación de la política de salud pública, relativa al reconocimiento de la medicina tradicional establecida por la reforma realizada en el 2006, a la Ley General de Salud y en el reglamento interior de la Secretaría de salud.

Considerando que no se cuenta con datos detallados en el uso de la medicina tradicional en México, se recomienda incluir en el registro censal variables relativas a las modalidades utilizadas para la atención de la salud, que incluya a la medicina tradicional y otras formas alternativas.