

El mundo biomédico y la medicina tradicional: luchas por la vida de los Nn'anncue Ñomndaa frente a la COVID-19

The biomedical world and traditional medicine: struggles for life of the Nn'anncue Ñomndaa versus COVID-19.

Manuel Garza Zepeda¹

Ever Sánchez Osorio²

Nashyeli Figueroa Galván³

Resumen

El trabajo presenta resultados de un proyecto cuyo propósito fue explorar las posibilidades de un diálogo entre los saberes de grupos de población indígena y el conocimiento biomédico. La información se obtuvo mediante trabajo de campo en comunidades Nn'anncue Ñomndaa (amuzgas) del estado de Guerrero, México. En el trabajo mostramos que, frente a la COVID-19, se observaron en las comunidades indígenas articulaciones concretas de prácticas curativas provenientes de diversos saberes, junto a rechazos, más que al conocimiento biomé-

1 Mexicano. Doctor en Sociología. Instituto de Investigaciones Sociológicas de la Universidad Autónoma "Benito Juárez" de Oaxaca. Oaxaca, México. Correo electrónico: mgarza.cat@uabjo.mx. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2996-0238>

2 Mexicano. Doctor en Sociología. Instituto de Investigaciones Sociológicas de la Universidad Autónoma "Benito Juárez" de Oaxaca. Oaxaca, México. Correo electrónico: eso316@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4003-5553>

3 Mexicana. Doctora en Sociología. Maestría en Estudios de Género, Universidad Autónoma de Tlaxcala. México. Investigadora independiente. Correo electrónico: nashyelif@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1646-8850>

co, al trato degradante, excluyente y discriminatorio del personal de salud hacia las personas de origen indígena.

Palabras clave: Amuzgos, COVID-19, medicina tradicional, saber tradicional, medicina.

Abstract

The paper presents the results of a project whose purpose was to explore the possibilities of a dialogue between the knowledge of indigenous population groups and biomedical knowledge. The information was obtained through fieldwork in Amuzgos communities (Nn'anncue Ñomndaa) in the state of Guerrero, Mexico. We show that, in the face of COVID-19, specific articulations of healing practices from diverse knowledge were observed in indigenous communities, along with rejections, more than biomedical knowledge, of degrading, excluding and discriminatory treatment of people of indigenous origin by health personnel.

Keywords: Amuzgo, COVID-19, traditional medicine, traditional knowledge, medical science.

Introducción: aproximación contextual a la biomedicina y la medicina tradicional

Las prácticas médicas basadas en la biomedicina han logrado una posición hegemónica frente a otras formas de cuidar la salud, merced a los éxitos de sus métodos de diagnóstico y curación. Han hecho posible la prolongación de la vida humana y la erradicación de algunas de las enfermedades que durante siglos azotaron a la humanidad. Sin embargo, su hegemonía no implica la inexistencia de formas alternativas de atender la salud humana. Existen pueblos indígenas alrededor del mundo que han mantenido vivos sus propios saberes y prácticas medicinales, métodos de curación y atención a enfermedades, un saber hacer que resguardan frente a su negación por las prácticas médicas hegemónicas, y que han desarrollado desde su experiencia, conocimientos y vinculación con el mundo que los rodea.

El mundo biomédico, sus prácticas y concepciones, junto a otras que derivan de creencias populares, configuran lo que podría denominarse el sistema *real* de salud de distintos grupos de población. La variable presencia de prácticas de cada

uno de esos conjuntos en los grupos de población da lugar a múltiples sistemas de atención a la salud (Armus, 2000, p. 19). Por una parte, las prácticas basadas en concepciones biomédicas han hegemonizado de tal manera que aspiran a ser incuestionables, por lo que sus conocimientos, que reclaman validez universal, se imponen. Por otra parte, y como consecuencia, los saberes y prácticas curativas tradicionales son consideradas como creencias de los pueblos originarios carentes de validez científica, a pesar de la eficacia que han mostrado con sus propios métodos para el tratamiento de ciertos padecimientos; por ejemplo, el caso de las parteras y los curanderos que tienen distinción especial en algunas comunidades.

Desde el punto de vista del conocimiento biomédico, las prácticas de curación basadas en el saber propio de los pueblos indígenas o en el saber popular son consideradas como inferiores, poco eficaces, inspiradas en creencias y no en el conocimiento científico, con valor cultural pero no médico. Por lo tanto, difícilmente se admite, desde tales pericias, la posibilidad de un diálogo o una articulación de ambos tipos de prácticas. Desde el otro extremo, en cambio, los grupos indígenas en particular recurren a prácticas curativas basadas en distintos tipos de saberes, sin que ello implique inferiorizar o rechazar a ninguno de ellos. Desde el punto de vista de la experiencia del enfermo, se ha denominado a esta articulación de concepciones de la enfermedad y de prácticas curativas, *pluralismo médico* (Kazianka, 2012, p. 39).

La referencia a esas otras prácticas y concepciones relacionadas con la salud y la enfermedad, distintas a las biomédicas, no implica la idealización de conocimientos y saberes tradicionales desde una perspectiva multiculturalista. Un enfoque que incluso se ha politizado para hacer posible la funcionalidad del sistema capitalista y sus políticas, de tal manera que las diferencias se aprovechan para cosificar, dividir, individualizar e incluso discriminar y excluir.

Al respecto, en este trabajo aspiramos a una lectura crítica desde el reconocimiento de la diversidad como factor indispensable para la superación de los procesos de dominación y subalternización que siguen vigentes y que de diferentes maneras se continúan reproduciendo en el ámbito de los procesos de salud/enfermedad/prevenición. Consideramos que abrir la posibilidad de un diálogo entre los saberes y conocimientos, tanto tradicionales como biomédicos, desde el respeto y el reconocimiento, contribuirá sin duda a crear y fortalecer dinámicas de vida que repercutan directamente en las prácticas médicas hoy en día, sobre todo en poblaciones donde los saberes ancestrales forman parte de los usos y costumbres, contribuyendo así a procesos de identidad y cohesión comunitaria.

Esa posibilidad de diálogo enfrenta, por supuesto, una serie de dificultades que no pueden obviarse. Las primeras surgen de inmediato en cuanto nos preguntamos por los motivos que impulsan la búsqueda del diálogo. La preocupación por las concepciones de la enfermedad y las prácticas curativas de pueblos no occidentalizados ha sido objeto de atención de los antropólogos desde hace mucho tiempo (Young, 1982, pp. 258-259). Sin embargo, esa preocupación toma un carácter distinto en la situación actual de la pandemia causada por la COVID-19. Los gobiernos y las instituciones internacionales han expresado la necesidad de poner especial atención a la situación de los pueblos indígenas durante la pandemia, ya que sus condiciones particulares de pobreza y carencia de servicios básicos, así como de acceso a la protección de la salud, los colocan en un riesgo mayor por su vulnerabilidad (UN, 2020, p. 1).

En tales circunstancias, la posibilidad de que la pandemia afecte de manera mucho más grave a poblaciones indígenas ha impulsado a las instituciones gubernamentales a la búsqueda de estrategias que permitan reducir escenarios de contagio masivo que se traduzcan en la saturación de los servicios públicos de salud. Sin embargo, en el caso de México, el análisis inicial de las estrategias para reducir la transmisión del virus SARS CoV-2 ha puesto de manifiesto que el carácter homogéneo de las medidas de prevención genera diversos problemas para lograr la eficacia esperada. Así, por ejemplo, los llamados a quedarse en casa han ignorado la situación de miles de personas sin empleo formal en las ciudades, que se ven obligadas a salir a la calle diariamente para obtener un ingreso para el sustento de sus familias. De la misma manera, el trabajo desde casa o las clases escolares en línea han ignorado también que muchas personas más carecen ya no de equipos de cómputo adecuados en sus domicilios o de una conexión de internet con el ancho de banda necesario, sino con un servicio de primera necesidad, como es el de energía eléctrica en sus hogares. Un ejemplo más: la recomendación del lavado frecuente de manos para evitar el contagio no ha considerado la escasez cotidiana de agua potable en infinidad de colonias urbanas del país, desconsiderando la situación en las zonas rurales y poblaciones indígenas, donde como mencionamos, carecen de los servicios básicos. Habrá que comprender, en síntesis, que a pesar de que en el discurso se hace alusión a las condiciones particulares de los pueblos indígenas, las medidas de prevención frente a la COVID-19 por parte del gobierno mexicano han ignorado esas condiciones, que no tienen solamente un carácter cultural y, que por supuesto, van más allá del sesgo lingüístico.

La necesidad de evitar la transmisión del virus se sitúa, así, en el fondo de la preocupación por crear escenarios de diálogo que reconozcan la presencia de prácticas de atención a la salud que son distintas a las basadas en la biomedici-

na. Y de aquí se deriva otra dificultad, cuando la búsqueda del diálogo proviene de una de las partes, aquella comprometida con las prácticas biomédicas. Pues esa búsqueda implica una peculiar consideración de las prácticas del otro, aún cuando no sea explícita. En este sentido, la preocupación podría formularse de la siguiente manera: ¿cómo podemos entrar en un diálogo con las prácticas de atención a la salud de los pueblos originarios a fin de evitar de manera más eficaz los contagios de la COVID-19 entre dichos pueblos?

En esta formulación se halla implícita la suposición de que, por una parte, los pueblos originarios se encuentran ante la imposibilidad de adoptar las medidas de prevención, consideradas como universales, para evitar la propagación de la COVID-19. Y, por otra parte, que esos pueblos no tienen la posibilidad de enfrentar la pandemia a partir de sus propios conocimientos. Entonces, el diálogo pretendería encontrar algún mecanismo que permita superar las dificultades prácticas para la adopción de medidas de prevención y atención universales, y en su caso, hacer aceptables dichas medidas en entornos culturales diversos. ¿O podría afirmarse que el propósito del diálogo buscado radica en conocer las prácticas de los pueblos indígenas para adecuarlas a las sociedades occidentalizadas, para modificar nuestras prácticas basadas en la biomedicina?

La búsqueda del diálogo debe reconocer, en consecuencia, su carácter contradictorio: desde las instituciones y los espacios académicos institucionalizados se busca un diálogo cuyo punto de partida parecería ser el cuestionamiento del carácter excluyente de aquellos. Para decirlo de otra manera, somos nosotros, desde las prácticas biomédicas, quienes buscamos un diálogo con otros saberes, no para mejorar nuestras prácticas, no para cuestionarlas, sino porque nos importa la salud de los portadores de esos otros saberes. El hecho de que la preocupación por esos otros provenga desde fuera de ellos es ya un indicador de la condición subalterna en que, por principio, no dejamos de colocarlos: son el objeto de *nuestra* preocupación. Es evidente que no hemos dejado de mirarlos como incapaces para enfrentar por sí mismos la situación de emergencia. Porque se parte de la consideración de su particular vulnerabilidad, mirada desde fuera.

En otro sentido, la propia definición de los polos de la relación nos lanza a otra serie de problemáticas. En términos simplistas hemos dicho que se trata de indagar en las posibilidades de un diálogo entre saberes y conocimientos, entre prácticas, entre cosmovisiones distintas: por una parte, aquellas incluidas en el sistema de salud oficial y por otra parte las que desarrollan los pueblos originarios y que se designan en su conjunto como medicina “tradicional”. Esta forma de nombrar resulta ya problemática desde el principio, pues como señala Eduardo Menéndez (1994, p. 74), habría que comenzar por definir con claridad a qué nos referimos cuando utilizamos el adjetivo. Como señala el autor, es posible

afirmar que el uso más común de la categoría “tradicional” asociada a la medicina, la refiere a aquellos grupos que son definidos en sí mismos como tradicionales y que por lo general se identifican con los pueblos indígenas u originarios, aunque no se limita a ellos.

Independientemente de los rasgos particulares que pudieran adscribirse a la medicina tradicional, y sin el propósito de profundizar en el problema de su conceptualización, podemos afirmar que, de manera predominante, se le concibe como no científica y, por tanto, como opuesta, antagónica a la biomedicina (Menéndez, 1994, p. 75). Pero más importante aún es el hecho de que se le piensa como si, por definición, se tratara de un conjunto de concepciones y prácticas que no cambiaran en el tiempo o lo hicieran muy poco (Menéndez, 1994, pp. 74-75), tardíamente, siempre dentro del marco definido por la “cosmovisión” del grupo que la practica.

Estas nociones sustentan, en consecuencia, una concepción según la cual cuando nos referimos a la biomedicina y a la medicina tradicional estamos aludiendo a dos polos aislados, dos entidades monolíticas que se excluyen mutuamente. Esta perspectiva ignora, en primer término, el hecho de que ambos conjuntos de prácticas se hallan en un proceso de transformación constante y, en el caso de la biomedicina, a pesar de tener una base científica común, no se aplica de manera idéntica en diversos contextos locales, como señala Kazianka (2012). En segundo lugar, que en los cambios que sufren ambos saberes y conocimientos juegan un papel importante las interacciones, en una relación de hegemonía y subalternidad (Menéndez, 1994, pp. 74-75), entre las prácticas basadas en la biomedicina y aquellas de la medicina tradicional.

Las prácticas que denominamos de manera general como medicina tradicional no excluyen algunas basadas en la biomedicina, como el uso de medicamentos alópatas, de la misma manera que es posible identificar, entre grupos sociales no indígenas, ciertas prácticas provenientes de grupos de pueblos originarios. Como señala Menéndez (2015, p. 306), es importante tener en consideración que la expansión de la biomedicina no se expresa solamente en la instalación de servicios de salud gubernamentales en zonas con presencia indígena, sino en la adopción de algunas prácticas por estos grupos, como el uso de medicamentos por curadores tradicionales. Esta penetración de la medicina occidental (Cue-to, 2005, p. 54) hace posible esperar que las concepciones de enfermedad y las prácticas curativas de los grupos indígenas sean influidas por la biomedicina (Kazianka, 2012, p. 39).

Una consideración más, importante para el desarrollo de este trabajo: si bien es cierto que el proceso de salud/enfermedad/prevenición constituye una parte

importante de la cosmovisión de los pueblos indígenas, resulta más pertinente indagar en las prácticas concretas de salud que realizan los sujetos y los grupos, que apelar a una cosmovisión que tan solo idealmente o en el discurso estaría sustentando dichas prácticas (Menéndez, 2015, pp. 307-310).

En la vida cotidiana los sujetos adoptan decisiones pragmáticas que les permiten recuperar la salud, articulando de formas particulares los saberes propios y adaptando aquellos otros conocimientos basados en la biomedicina, según sus posibilidades. Conocen las ideas y conceptos de ambos conjuntos de prácticas curativas y se mueven entre esos ámbitos (Kazianka, 2012, p. 43). Así, la investigación de campo realizada en el proyecto que dio lugar a este trabajo muestra claramente cómo las mujeres embarazadas, por ejemplo, acuden a controles médicos durante el desarrollo del embarazo, al mismo tiempo que recurren a prácticas tradicionales como el consumo de infusiones para enfrentar padecimientos asociados al empacho, al espanto o al coraje. Como lo expresa claramente Menéndez (2015, p. 310):

La mayoría de estos grupos no usan la medicina tradicional ni realizan rituales de sanación porque están pensando que, a través de estos, definden su identidad cultural, y cuestionan la medicina de los actores sociales occidentales que los colonizaron y racializaron. La gente usa la medicina tradicional articulada o no con la biomedicina, con prácticas espiritistas o con rituales cristianos de diferente orientación para tratar de solucionar sus problemas de salud, en la forma más inmediata, eficaz y económica posible. Lo cual no niega que los rituales de sanación propios de los grupos son parte sustantiva de sus cosmovisiones, de su identidad y de su cohesión sociocultural; pero asumiendo que los sujetos y microgrupos actúan dichos rituales, al mismo tiempo que se inyectan antibióticos o ingieren vitaminas o analgésicos.

Tales actuaciones permiten considerar que las cosmovisiones no se mantienen estáticas. Sin embargo, no es propósito de este trabajo indagar acerca de los cambios en las cosmovisiones que puedan atribuirse a la interacción de las prácticas de salud tradicionales y aquellas basadas en la biomedicina.

Este documento se centra en el análisis de experiencias vividas durante el año 2020 y principios del 2021 en dos comunidades Nn'anncue Ñomndaa (amuzgas) en el municipio de Xochistlahuaca, Guerrero, México: Suljaa' (la cabecera municipal de Xochistlahuaca) y Lunja (Cozoyoapan), en el contexto de la contingencia sanitaria global causada por la pandemia de COVID 19. Ese año se extendió de manera veloz a cada rincón del planeta el virus SARS CoV-2, y las comunidades indígenas de México no fueron la excepción. De las condiciones particulares de

estas comunidades se derivó nuestro interés principal, que se centró en dar cuenta de cómo los Nn'anncue Ñomndaa (amuzgos) afrontaron esta coyuntura e indagar las posibilidades de un diálogo de saberes entre diferentes enfoques de salud. Para contextualizar, diremos que Suljaa' y Lunja son comunidades indígenas con un fuerte arraigo en sus usos y costumbres que coexisten junto a prácticas propias de la sociedad occidentalizada. En ambas comunidades se convive con el uso de internet, teléfonos celulares, personas con estudios de licenciatura y maestría; en suma, se encuentran rasgos que apuntan a la presencia de nociones de bienestar propias del mundo moderno/occidental. Sin embargo, mantienen viva la lengua Ñomndaa (palabra del agua), tradiciones, costumbres y prácticas comunitarias de vida que surgen desde la cosmovisión⁴. La medicina tradicional y las prácticas basadas en el conocimiento biomédico confluyen generando tensiones y encuentros importantes que permiten cuestionarse acerca de posibles caminos hacia procesos de interculturalidad y a diálogos entre saberes.

La reflexión en que se basa este trabajo surge del proyecto No. 314603, “Diálogos interciencias en sistemas tradicionales de salud para la prevención, enfrentamiento y resiliencia de los nn'anncue (amuzgos) ante la COVID-19” (RH-AMUZGOS). Proyecto beneficiado mediante la Convocatoria 2020 Redes Horizontales del Conocimiento, Programa de Apoyos para Actividades Científicas, Tecnológicas y de Innovación del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). Nuestro objetivo central fue la exploración acerca de las posibilidades de un diálogo entre los sistemas tradicionales de salud de la cosmovisión Nn'anncue Ñomndaa y prácticas médicas basadas en el conocimiento biomédico, que permitan una acción eficaz para la prevención, enfrentamiento y resiliencia de los amuzgos frente a la COVID-19. Se llevaron a cabo trabajos de campo, basados principalmente en recorridos entre las principales comunidades de la región Nn'anncue Ñomndaa, observación de campo, aplicación de entrevistas y encuentros con actores de la comunidad. Se aplicaron y transcribieron más de 50 entrevistas. La información fue posteriormente organizada, se sostuvieron reuniones periódicas entre los investigadores que se encontraban en campo para socializar y analizar la información con los investigadores que no podían asistir a las comunidades.

4 Como se describió en el proyecto interciencias *El calendario de los nn'anncue* (amuzgo): diálogo interciencias por la sustentabilidad ambiental y la seguridad alimentaria: “La cosmovisión y sincretismo de los nn'anncue se encuentra presente en sus rutinas cotidianas donde los elementos principales son la flora y la fauna, a través de los cuales se presenta una referencia simbólica sobre el medio ambiente, la alimentación y el proceso salud–enfermedad. En este campo simbólico el mundo natural es resignificado: cerros, sol, viento, trueno, lluvia, agua, tierra y sus espíritus forman un ecosistema donde los sujetos sociales también son parte de ella. Es una relación simbiótica entre la humanidad y su entorno natural” (Sánchez, 2019, p. 2).

En los fragmentos de entrevistas, o cuando aludimos a ellas, utilizaremos seudónimos, protegiendo la identidad original de los actores clave.

La región considerada Nn'anncue Ñomndaa o bien, territorio amuzgo, se integra por los municipios de Xochistlahuaca, Ometepepec y Tlacoachistlahuaca. Geográficamente forman parte de la región Costa Chica del estado Guerrero, compartiendo territorio con los amuzgos del estado de Oaxaca, en los municipios de San Pedro Amuzgos y Santa María Ipalapa, en México. Finalmente, es importante mencionar que la historia de los Nn'anncue Ñomndaa, particularmente los que habitan el municipio de Xochistlahuaca, ha sido de confrontación y luchas: por la defensa del territorio, el agua, la lengua y contra la desigualdad social. Políticamente se les conoce como amuzgos, aunque ellos se autoidentifican como Nn'anncue Ñomndaa (gente de maíz que habla la palabra del agua) (Valtierra, 2012), y a Xochistlahuaca lo reivindican como Suljaa' (llanura de flores). En la región puede leerse entre líneas esta dualidad, una imposición de formas que proviene de los gobiernos, el poder y otros lenguajes de dominación, así como una resistencia en sus prácticas, creencias y formas de vida por parte de la gente local.

La Mirada Colonial y La Medicina Occidental. El Saber Que Salva.

“las perspectivas de la colonialidad, sin embargo, surgen de la ‘herida colonial’, el sentimiento de inferioridad impuesto en los seres humanos que no encajan en el modelo predeterminado por los relatos euroamericanos” (W. Mignolo, 2007, p. 17)

El mundo biomédico, que basa sus conocimientos en el método científico desarrollado en Occidente, con operaciones lógicas y técnicas particulares y que sustenta sus hallazgos como conocimientos absolutos, se considera como el lugar donde se construye el saber que salva. Respaldados por un proceso histórico que ha constituido su hegemonía, los conocimientos que derivan de esta realidad histórica contienen en su propia esencia una dualidad que los hace espinosos; expresada en ese claroscuro que le caracteriza: salvar/eliminar. Son evidentes el poder y la fuerza que emanan del discurso biomédico: ostenta verdades que prácticamente son indiscutibles (o que en todo caso pueden discutirse desde una base común, que es la aceptación del mismo discurso, y recurriendo para zanjar la discusión a los métodos establecidos, particularmente los de carácter experimental), las que pertenecen a un conjunto de posturas jerárquicas que distinguen perfectamente *al otro que no sabe*, al indígena, los que poseen el llamado conocimiento tradicional o popular. Como ejemplo, en la sociedad occidental la

palabra y el diagnóstico de un médico alópata resulta difícilmente cuestionable - a no ser por otro médico - de aquí que se establezca una jerarquía del saber. La posibilidad del cuestionamiento está dada por la aceptación de un marco común: precisamente el método científico, a cuyos hallazgos han de referirse los argumentos que se despliegan en la posible discusión.

El método científico pretende lograr certeza, validez y eficacia en diferentes ámbitos respecto al proceso salud/enfermedad/prevención. En palabras de Pérez y Argueta (2019, p. 63) el método científico es “un método de carácter universal que garantizaba la correcta práctica científica y el conocimiento auténtico, a través de un conjunto de reglas de conocimiento y de procedimiento prácticamente infalibles para evaluar hipótesis, teorías, experimentos y resultados”. Es decir, lo que sustenta y contrasta en diversas situaciones como la verdad de sus saberes tiene que ver directamente con un ejercicio constante de estudio-experimentación-comprobación que al final logra salvar o curar vidas, a pesar de que al mismo tiempo las elimine. Además, los estados nacionales occidentales lo toman como el saber necesario dentro de su sistema sanitario para el ‘mantenimiento’ de la salud de la población. Como mencionan Alarcón, Vidal y Neira (2003, p. 1063) el “sistema médico occidental se ha establecido mundialmente como el modelo capaz de resolver si no todos, la mayoría de los problemas de salud de la población independientemente de los contextos sociales y culturales en que se desarrolle la enfermedad”.

Este éxito en el tratamiento de los padecimientos no significa, sin embargo, la supresión de otras prácticas orientadas a la curación, pero sí la subordinación de todas ellas, su reducción al carácter de prácticas comprensibles en términos culturales, pero no científicos. Esta subordinación puede entenderse, además, no solamente desde la perspectiva del conocimiento científico, sino desde un ámbito social más amplio, en términos de colonialidad del saber. Según Mignolo (2007, p. 36) para comprender la lógica de la colonialidad, es importante reconocer cuatro aspectos desde los cuales funciona: “(1) económico: apropiación de la tierra, explotación de la mano de obra y control de las finanzas; (2) político: control de la autoridad; (3) social: control del género y la sexualidad, y (4) epistémico y subjetivo/personal: control del conocimiento y subjetividad”. Desde esta perspectiva se puede comprender que la colonialidad del saber biomédico se impone con un grado de verdad pero, al mismo tiempo, dada su evolución tecnológica se hace exclusivo; es decir, hace real que no es un saber accesible para cualquier persona.

En México, el acceso a un servicio médico de calidad gratuito y que trate con dignidad a los ciudadanos ha dejado mucho que desear. Como menciona la Organización Panamericana de la Salud (OPS, s.f., párrafo 1):

“El Sistema Nacional de Salud en México, en su funcionamiento presenta segmentación y fragmentación. Coexisten distintos aseguradores que actúan de manera independiente y desarticulada y el acceso a uno u otro está en función de la inserción laboral y la capacidad de pago de las familias”.

Esto quiere decir que el sistema de salud en México es colonizado por los intereses del capital y del Estado, por lo tanto, el saber que salva no es un saber -¿mercancía?- asequible para todos.

Desde esta perspectiva, en países como el nuestro, donde la mayor parte de la población no tiene seguridad social ni médica, pensar en la salud en términos biomédicos resulta ser un lujo o privilegio. ¿Quién puede pagar por salvar una vida, pagar una atención personalizada con la más alta tecnología, costear los medicamentos o tratamientos, etc.? Estos sistemas de salud han traído consigo procesos de exclusión, maltrato, humillación, explotación, etc. Aunado a ello, los logros de la biomedicina son consecuencia de abusos y experimentos; lo que finalmente hace de esta ciencia una que, al mismo tiempo que pregona salvar vidas, deshumaniza, es selectiva. Esto quiere decir que la biomedicina es resultado de prácticas culturales; es un producto cultural, como lo ha señalado Granados (2020, minuto 10:47):

“Para analizar esta medicina, esta práctica médica, la práctica de la medicina científica, tenemos que dejar de considerarla como la única—primero—, segundo, como la idónea, tercero, como la que naturalmente se ha venido desarrollando de acuerdo con el desarrollo tecnológico, sino más bien considerarla como una práctica social”

y agregamos, que obedece en muchos sentidos a la lógica del capital.

Por otra parte, si este saber biomédico se ha desarrollado con altos costos (y no solamente económicos), es importante también señalar que la exclusividad que la identifica genera exclusión, como lo mencionamos anteriormente. En este sentido, la exclusión deviene de un sistema de clasificación que se apoya en “la marginación de determinados conocimientos, lenguas y personas” (Mignolo, 2007, p. 40). En México, como en otros países del continente, la población originaria es uno de los sectores que difícilmente tienen acceso a servicios médicos de calidad, por ende, en situación de emergencia sanitaria mundial, como la causada por la COVID-19, se encuentran muy probablemente frente al riesgo de la exclusión y la discriminación.

Lo anterior debido a las consecuencias históricas de la *invención de América*, “forjada durante el proceso de la historia colonial europea y la consolidación y

expansión de las ideas e instituciones occidentales” (Mignolo, 2007, p. 28). Parafraseando a Edmundo O’Gorman, plantea Mignolo (2007, p. 29) que “la invención de América implicó la apropiación del continente y su integración en el imaginario eurocristiano”. Desde estas perspectivas, la modernidad y el mundo occidental son la cuna de América Latina, porque antes de la conquista el continente “no existía”; por otro lado, la tensión/violencia y los espacios de resistencia/existencia que esta realidad histórica genera, son la posibilidad de nacimiento de otras formas de hacer, nombrar y existir. De hecho, en la cosmovisión de los pueblos originarios ese otro mundo negado y excluido existe; se materializa y visibiliza en sus prácticas cotidianas como una forma de relacionarse con el espacio de vida-universo que los rodea. Para el caso de los Nn’anncue Ñomndaa, se encuentra presente en sus prácticas religiosas, tradiciones, costumbres y en el proceso de atención y cuidado de la salud, las cuales fueron revitalizadas en el contexto de la pandemia. Como veremos, la población Nn’anncue Ñomndaa ha respondido a los síntomas de la COVID-19 en los mismos términos con que se tratan otros padecimientos: recurriendo de manera pragmática tanto a remedios caseros, como a los tratamientos de curadores tradicionales y a la medicina alópata.

Prácticas médicas de prevención, atención y cuidado en la medicina tradicional Nn’anncue Ñomndaa.

*“Está uno solo, uno tiene que pensar cómo le hace, buscar la manera, un modo de cómo hacerlo, con lo que se puede, revisar cómo se compone, cómo uno ha sanado a una persona.
Es buscar un modo, una manera de sanar, así como sale...
cómo se hace el trabajo, llevar cuenta de cómo lo haces, va y se comparte cómo lo hace cada quien”
(Eliseo⁵, curandero, comunicación personal)*

Las prácticas médicas tradicionales y sus saberes, modos y formas para la prevención y atención de la salud, han existido por siglos en todas las culturas del mundo. Durante y desde la conquista de América, los pueblos originarios junto con sus conocimientos han sido sometidos a dinámicas y creencias ajenas a sus usos y costumbres, a las que se considera arcaicas, no científicas. Frente a ello,

5 El uso de seudónimos es importante para este trabajo, pero sobre todo para algunas de las personas que contribuyeron con información para el proyecto de investigación del cual forma parte este escrito. Cabe señalar que, en algunos casos, se dejan los nombres reales debido a los cargos a nivel institucional que representan.

[d]estruidos la mayoría de los centros de transmisión de conocimiento y atacados de manera sistemática los sacerdotes y los sabios de los pueblos invadidos, se articularon procesos de transmisión y aprendizaje de los saberes por vías muy diversas y se potenciaron algunas ya existentes, como contar la historia en los textiles y difundir los saberes a través de la cerámica, la música, los cantos, las danzas y la literatura oral, entre otros (Pérez y Argueta, 2019, p. 51)

Un gran legado de conocimientos a través de la oralidad, prácticas que se mantuvieron en la clandestinidad, entre otras formas de resistencia; es el caso de la cultura *Nn'anncue Ñomndaa* de Suljaa' (Xochistlahuaca) y Lunja (Cozoyoapan), que han cuidado y preservado uno de los conocimientos más importantes para su cosmovisión: la medicina tradicional.

Particularmente, en la cultura *Nn'anncue Ñomndaa* existen tres figuras tradicionales principales que brindan atención a la salud: los curanderos, las parteras y los hueseros, aunque también se toma en cuenta a los rezanderos (una suerte de sincretismo con la religión católica) pues la fe juega un papel fundamental entre los habitantes de la población (sobre todo para los abuelitos y abuelitas) y la relación que ésta tiene con el estado de la salud en general. En el municipio de Xochistlahuaca (Suljaa') existen alrededor de 80 médicos tradicionales⁶. Por supuesto, el carácter subordinado en que se encuentran estos saberes frente al conocimiento biomédico se traduce en dificultades para que sobrevivan actualmente. Por ejemplo, la partería es algo que, según Elia (comunicación personal, octubre de 2020), curandera e hija de una partera fallecida, es un conocimiento que se está perdiendo.

En la cosmovisión *Nn'anncue Ñomndaa* la enfermedad se concibe de diferentes maneras, partiendo de la comprensión del cuerpo no sólo como un cuerpo biológico sino también como un cuerpo espiritual. En una charla informal con Javier, joven *Nn'anncue Ñomndaa* que vive en Lunja (Cozoyoapan), explicaba lo siguiente: “hay enfermedades que le podríamos llamar tradicional, que consiste en el espanto, el susto o el espanto, el antojo, el empacho... y la enfermedad que provoca el nahual, el mal del nahual, la enfermedad causada o provocada por el nahual... que es la otra parte del ser humano pero que es animal” (comunicación personal, octubre 2020). Es decir, cuando se enferma el alma, el espíritu, como consecuencia se enferma el cuerpo. No obstante, también hay enfermedades exclusivas del cuerpo, que los conocedores distinguen de las otras por los síntomas

6 Información obtenida de trabajo de campo durante el año 2020 para la elaboración de tesis de Javier, estudiante amuzgo egresado de la ENAH de la licenciatura en Antropología Social.

y además se apoyan con otro tipo de prácticas, como preguntarle a la canasta, la baraja y a los santos.

Por ejemplo, hay dos enfermedades comunes entre los Nn'anncue Ñomndaa que refieren a situaciones muy particulares: “olor de muerte” y “gripa de muerto”. La primera refiere a “más que nada una cuestión anímica, cuando hay tristeza, y la tristeza se transmite entre humanos y se puede convertir en coraje, o sea en una enfermedad [...] por eso hay riesgo cuando alguien va a un velorio, pero más los niños, ellos son más propensos a enfermarse” (Javier, comunicación personal, 8 diciembre 2020). La gripa de muerto refiere concretamente al día de muertos:

es la temporada, es más que nada por el día de muertos, porque según nosotros, van a venir los muertos, van a traer enfermedades, dicen que hasta la lluvia es lágrima de los muertos, cuando llueve pues en ese tiempo... esa es la creencia... y la persona que va a morir antes del día de muertos es que los muertos pues quieren la persona que cuide a sus casas de allá. (Elia, comunicación personal, noviembre 2020)

La existencia de estas concepciones relativas a la enfermedad entre los Nn'anncue Ñomndaa no implica, sin embargo, el rechazo a las prácticas del saber biomédico, en términos de autoatención. La mezcla de los saberes medicinales, tanto tradicionales como biomédicos, es algo cotidiano en las dos comunidades. Para una persona Nn'anncue Ñomndaa, el usar hierbas para infusiones y complementar con algún medicamento alópata es hasta cierto punto común en la actualidad; no obstante, esto depende principalmente de la capacidad económica que tengan las personas para pagar los costos del servicio médico y los medicamentos necesarios. Los síntomas de enfermedades comunes como las respiratorias (la tos, la gripe, fiebre, resfriado, diarreas, dolor de huesos) han sido tratados por los médicos tradicionales con hierbas, plantas, raíces, cortezas de árboles y otras hierbas, pues tratarlos con pastillas puede generar también efectos secundarios.⁷ De igual manera, el no conocer las dosis de raíces o plantas, puede intoxicar a las personas. Elia menciona que

“es lo que tenemos pues... lo que menos daño hace que las pastillas, porque hay gente que no puede tomar pastillas... por los efectos secundarios también, por la economía también, cuesta muy caro, es por eso pues... la gente busca en la naturaleza con qué controlarse” (Comunicación personal, noviembre 2020).

⁷ Cabe mencionar que dependiendo del tipo de enfermedad también recurren a tratamientos donde utilizan algunas especies de animales, se llevan a cabo prácticas rituales, así como la utilización de espacios sagrados: piedras, cuevas, ríos y arroyos. La fe y la espiritualidad es el componente principal de estas prácticas.

Por otra parte, acudir al sistema de salud público genera desconfianza en la mayor parte de la población Nn'anncue Ñomndaa pues han sufrido discriminación y rechazo. Además, el idioma es una de las barreras que impiden un acercamiento que inicie con confianza la relación con el personal médico alópata, involucrando situaciones que les ofenden e implican poco respeto hacia la población originaria. En relación con lo anterior, compartimos un par de fragmentos de entrevistas que nos muestran estas dificultades. El primero es de un joven y el segundo de un médico alópata, ambos de origen Nn'anncue Ñomndaa:

Nosotros como indígenas hacemos uso de lo que tenemos como pueblo, ¿por qué?, porque es muy difícil acceder a una instancia de primer nivel de salud porque el acceso está muy restringido [...] y recurrir a un médico privado es costoso, la población es campesina y artesana, no ganan lo que gana un empleado de una institución pública... (Javier, encuentro en Ometepec, octubre 2020)

Antes de llegar aquí yo hice un internado en Chetumal de Quintana Roo, decidí salir del estado y me fui para allá. Entonces, cuando yo llegué estaba más sensibilizado en ese sentido porque ese es un lugar turístico. Entonces, llegan gringos, llegan extranjeros y yo no hablo inglés, yo hablo otra lengua; entonces, para comunicarme estaba difícil, el trabajo lo tenía que hacer, realizar una historia clínica, valoración, etc., y otra parte, pues es una zona indígena, llegan mayas, igual no entendía el idioma. Entonces, llego aquí y digo: sí es difícil lo que les pasa a mis paisanos cuando llegan a una unidad de salud, y aquí es algo curioso, como para reírse, porque ya con el tiempo mucha gente del pueblo, de la población, empieza a formarse y a ganarse espacios en esos centros de salud, y es el sistema el que te absorbe y te hace ser parte de... (Luis, comunicación personal, octubre 2020)

Estos testimonios dan cuenta del papel que juegan las relaciones con el ámbito de los médicos y las instituciones de salud para explicar la actitud de los Nn'anncue Ñomndaa frente a aquellos: no se advierte un rechazo del saber biomédico en términos de una defensa de la cosmovisión. Más bien se acude a las prácticas tradicionales por la dificultad para acceder a la medicina privada. Por otra parte, las relaciones que se entablan con las instituciones públicas de salud han dado lugar al rechazo de la población indígena hacia el maltrato del que han sido víctimas. Se desconfía y se rechaza al personal de salud, pero no a las prácticas de curación basadas en la biomedicina.

En un encuentro realizado en Ometepec el 21 de octubre de 2020, para exponer de qué manera había afectado la pandemia en la región Nn'anncue Ñomndaa, pobladores de la región, profesionales de la salud, personal médico, de

protección civil, asistieron para dar su palabra y compartir su experiencia. Un sociólogo Nn'anncue Ñomndaa abrió el encuentro con la mesa titulada "Salud, higiene y prevención en la región amuzga frente al COVID 19" exponiendo las siguientes palabras:

el tema de salud... cada pueblo tiene, como ya lo conocemos, tiene su propia cosmovisión, tiene su propia forma de ver lo que es la salud, entonces hay históricamente formas distintas de ver la salud, de atenderse, de ver también la higiene. En cada cultura va variando en la forma en la que la gente se cuida, sobre todo en las primeras etapas de vida, en la niñez (José, octubre 2020).

En suma, los cuidados de la salud para la cosmovisión Nn'anncue Ñomndaa tienen una estrecha relación con la naturaleza, las plantas, animales y otros elementos naturales y espirituales que se encuentran en su región. Reconocen, por otra parte, que la alimentación de los adultos es más sana, aunque admiten que está mermando por el consumo de refrescos y comida chatarra, sobre todo en la población joven; pero existe aún una relación de mayor conexión entre su cuerpo, su estilo de vida y la naturaleza, pues han encontrado en ésta soluciones históricas para la sobrevivencia.

Diálogos y procesos interculturales: La experiencia amuzga en Suljaa' (Xochistlahuaca) y Lunja (Cozoyoapan) ante la COVID-19

"no puede haber un diálogo cuando todavía tenemos en el imaginario lo que es el indígena... puede ser el indígena bonito el que tenga la artesanía, pero no el indígena vivo [...] el que busca sobrevivir"
(Geovani, Nn'anncue Ñomndaa de Cozoyoapan, comunicación personal)

"como le digo pues... ellos nos tienen miedo y nosotros también a ellos"
(Graciela, curandera, comunicación personal)

Partiendo de la premisa que sostiene que la biomedicina es colonizadora, a pesar de que sustenta grandes conocimientos que han favorecido la salud del ser humano en general, dar pie a un diálogo con saberes tradicionales en torno a lo "médico", implicaría tener una ruptura desde su lógica de dominación como saber. Así, más que hablar de interculturalidad, podría hablarse de diálogos inter-

culturales, un movimiento dialéctico, autocrítico, en el que las palabras tengan significado y una real resonancia con los hechos.

Hay diferencia entre interculturalidad y diálogo intercultural. Por un lado, la interculturalidad no rompe con el statu quo de la modernidad, de la lógica colonial y su retórica; por el contrario, les sostiene. La interculturalidad, muchas veces entretrejida con el término de multiculturalidad, reconoce las diferencias, pero acentúa la desigualdad, lo que no rompe con la funcionalidad del sistema, no rompe con las distinciones jerárquicas. En palabras de Albán y Rosero (2016, p. 32)

La naturalización de la interculturalidad camina por la senda de la imagen ideal, convirtiéndose de esta forma en multiculturalidad liberal, que se explica con la expresión popular “juntos, pero no revueltos”, para mantener la armonía, un ideal que se traslada a la naturaleza con narrativas que propenden por su conservación, pero al mismo tiempo, incrementan su explotación.

La interculturalidad, en este sentido, no reconoce la fuerza de las relaciones de poder asimétricas que existen (al contrario, las refuerza) y por lo tanto no visibiliza los procesos de racialización, los procesos de exclusión, de marginación; en suma, es un concepto naturalizado e idealizado, de tal manera que se “corre el riesgo de creer que el estado de cosas actual es el que nos corresponde vivir, y que la armonía cultural se construye en la medida en que evitamos al otro para que no haya conflictos. Nada más paralizante y sospechoso” (Albán y Rosero, 2016, p. 33).

Los diálogos interculturales abren otro camino, otras posibilidades de nombrar y ser nombrado. Si bien se reconocen estructuras y formas de poder no verticales en las propuestas de deconstrucción, un diálogo intercultural tendría que devenir en un proyecto político que parta del otro. Por ejemplo, la construcción de un proceso intercultural, según Albán y Rosero (2016, p. 34), dependerá de tres acciones fundamentales: “1) desaprender para reaprender, 2) desmarcarse de las amarras epistémicas que nos sujetan y 3) desprenderse de las narrativas occidentalizantes”.

A partir de lo expuesto anteriormente, pensar en un diálogo intercultural entre el saber occidental y el saber tradicional Nn’anncue Ñomndaa respecto a prácticas médicas y saberes tradicionales implicaría ir más allá de las palabras y las intenciones. La existencia del otro y querer dialogar desde las diferencias y otras perspectivas es atreverse a construir un ejercicio político más consciente;

en palabras de Mignolo (2007, p. 24) “el ‘diálogo’ se iniciará cuando deje de imponerse el monólogo de una única civilización, la occidental”.

En este sentido, las condiciones para el diálogo existen si pensamos en que las prácticas de atención a la salud de los Nn’anncue Ñomndaa no implican la exclusión del saber biomédico ni aspiran a su sustitución. En la atención a la salud incorporan saberes populares, propios y biomédicos sin considerarlos excluyentes entre sí. No puede decirse lo mismo del conocimiento biomédico. Por ello, la posibilidad de un diálogo intercultural implica la necesidad de que el conocimiento biomédico abandone su pretensión excluyente de cualquier otro saber no científico sin que el reconocimiento los reduzca a prácticas con valor cultural pero no médico.

La COVID-19 entre los Nn’anncue Ñomndaa

La llegada de la COVID-19 a Xochistlahuaca (Suljaa’) data de finales de mayo del 2020, cuando se registró el primer caso. Sin embargo, las acciones gubernamentales promoviendo las medidas de prevención se produjeron mucho antes, prácticamente en los primeros meses del año. La población supo tempranamente del virus y de su origen en China. La primera reacción fue de incredulidad: para algunos era difícil que el virus llegara a estas latitudes pues estaba propagándose en un país muy lejano. Para otros se trataba de un simple invento del gobierno. Por los testimonios obtenidos en el trabajo de campo, la información se canalizó sobre todo en la promoción de las medidas preventivas: sana distancia, uso de cubrebocas, de gel antibacterial, lavado frecuente de manos, desinfección de áreas comunes, entre otras acciones. Al centrarse en las disposiciones de prevención y dejar de lado la explicación de las formas de contagio, es decir, la transmisión de persona a persona por gotas de saliva o indirectamente por contacto con superficies contaminadas, las medidas carecían de sentido y se percibían solamente como una imposición. Como señala Armus (2000), el combate a las epidemias ha ocasionado en repetidas ocasiones el rechazo de las poblaciones debido al carácter intrusivo y violento de las intervenciones oficiales. En el caso particular de la pandemia por COVID, habría que agregar los mensajes contradictorios desde instancias oficiales que, mientras por un lado promovían el uso del cubrebocas, por otro lo desalentaban, y más bien, ponían el ejemplo no utilizándolo.⁸

⁸ Mientras la Secretaría de Salud de México instaba a utilizar el cubrebocas, el presidente de la República, Andrés Manuel López Obrador no lo utilizaba y rechazaba la necesidad de utilizarlo.

Para la población Nn'anncue Ñomndaa las medidas preventivas son prácticas ajenas a su vida cotidiana que, además, vienen a interferir con aquellas que han venido realizando de manera tradicional. Así, las celebraciones de la comunidad, el día de las madres, la fiesta del santo patrón o la celebración del día de muertos se vieron amenazadas por la decisión de las autoridades municipales de atender a las recomendaciones del gobierno de no permitir aglomeraciones de personas. Frente a estas disposiciones, personas del pueblo reaccionaron al cierre del panteón y materialmente lo abrieron armados con palos y machetes.

En el caso de los filtros sanitarios y las medidas de prevención obligatorias (como el uso de cubrebocas en espacios públicos) la reacción fue la misma: el rechazo frente a algo percibido como imposición y carente de sentido. Al respecto, a la pregunta acerca del por qué las personas se rehúsan al uso de cubrebocas, una enfermera respondió:

Hay gente que no lo usa porque no cree en la enfermedad, hay gente que no lo usa porque no tiene, no sabe dónde comprarlo, dónde adquirirlo o no tienen dinero. Hay gente que no usan porque tienen pena, porque esto no es familiar a ellos, lo digo porque llegan pacientes al hospital y llevan su cubrebocas en la bolsa. (Rosa, enfermera del hospital de Xochistlahuaca, comunicación personal, octubre 2020)

Como es evidente, al no utilizar cubrebocas, las personas no están rechazando el conocimiento biomédico occidental en nombre de una cosmovisión propia que plantee una etiología distinta de la COVID-19, sino más bien están expresando su resistencia a una medida dictada por autoridades en las cuales no tienen confianza. Esto fue muy evidente desde el inicio de la pandemia: primero se desconfió de la existencia misma del virus, se decía que era un invento del gobierno. Posteriormente, cuando se producen los primeros casos de la enfermedad, la desconfianza se expresa en la resistencia a acudir a las instituciones de salud. La razón era que se decía que en los hospitales estaban matando a la gente, que entraban con síntomas respiratorios y en los hospitales les inyectaban alguna sustancia que les causaba la muerte. No se trató de una simple ocurrencia, sino de la interpretación de lo que ocurría: que los pacientes que llegaban en estado grave a los hospitales efectivamente morían. En entrevistas al personal de salud de los municipios en que se realizó el trabajo de campo, se refiere incluso que se difundió un video en redes sociales en que se acusaba a los médicos de estar inyectando una sustancia que causaba la muerte a las personas. Otras hipótesis hacían mención de un complot mundial para acabar con la población adulta, por la sobrepoblación en el mundo. O bien, que se trataba de una estrategia del gobierno mexicano para no pagar la pensión de los adultos mayores (personas de la tercera edad).

De manera que la desconfianza no se refería al saber biomédico en sí, sino a los médicos y enfermeras, considerados como instrumentos del gobierno en una supuesta práctica de exterminio. Aparece nuevamente la desconfianza constituida históricamente como resultado de las prácticas racistas, discriminatorias del personal de las instituciones oficiales de salud:

Sí, le digo que no asisten al hospital porque dicen que estamos matando, y creo que a otros compañeros también les está pasando, por ejemplo, los compañeros que salen a vacunar, a una compañera que fue a la casa de un señor, este no le permitió vacunar a su bebé que porque quién sabe qué enfermedades están inyectando a través de las vacunas, que, si la enfermera lo iba a obligar, él la iba a machetear (Rosa, enfermera del hospital de Xochistlahuaca, comunicación personal, octubre 2020).

Al tratarse de una enfermedad nueva, las personas no necesariamente asocian los síntomas a la COVID-19. Por ello los enfrentan como lo han hecho con otras enfermedades en el pasado: utilizaron eucalipto, poniéndolo a hervir y aplicándolo en baños de vapor o bien preparando un gel para untarlo en el cuerpo. También se utilizó la infusión de jengibre (Griselda, comunicación personal, 8 de octubre de 2020). Además, la infusión de hoja de huito, hojas de naranja, hojas de limón con endulzante o miel (Martina, contadora, comunicación personal, 1 de octubre de 2020), o bien la infusión de hierba santa, que se puede usar como agua del día (Victoria, maestra, comunicación personal, 30 de septiembre de 2020). Otras personas mencionan el uso de una infusión que mezclaba hierba santa, jengibre y limón, a la cual agregaban una aspirina mientras estaba caliente (Augusto, maestro, comunicación personal, 29 de septiembre de 2020). Para controlar la fiebre se hervía una planta que en Nn'anncue Ñomndaa se llama catantán, y se daban un baño con ella (Florencia, artesana, comunicación personal, 22 de septiembre de 2020).

Posteriormente podían acudir a un curador tradicional y, en caso de que no hubiera o que no mejorara su salud, finalmente acudían a un médico, de preferencia privado (los que cuentan con los recursos para pagar la atención privada y medicamentos), por el temor de que en las instituciones de salud puedan inyectarles algo que les cause la muerte. Los centros de salud y hospitales (adecuados para pacientes COVID) fueron la última opción para los enfermos.⁹ Este proceso

⁹ Se dice que a pesar de que las personas contaban con los síntomas, no lo declaraban, esto se debía al rechazo que podrían sufrir entre la población, a que fueran llevados a los hospitales donde ya no verían a sus familiares y en caso de morir serían incinerados. Los Nn'anncue Ñomndaa decían que si les llegaba la muerte era cosa de Dios, se refugiaron en la fe, la medicina tradicional y optaban por morir en sus casas, en compañía de sus familiares y no en lugares fríos, como los hospitales.

de atención ha dificultado contar con un registro preciso de casos, ya que era poco probable que se realizaran pruebas a la población. Los médicos del sector salud y los que atienden de manera privada también hacen suposiciones acerca de la presencia de la enfermedad y de la extensión de ésta, basados solamente en el conocimiento de personas con síntomas semejantes a los de la COVID-19, sin contar con pruebas que confirmen el diagnóstico. Si se atiende a los datos oficiales disponibles en la página de internet del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas de México (2022), al 22 de marzo de 2022 se encuentra la siguiente información: para el municipio de Xochistlahuaca, con una población al año 2015 de 29891 personas, de las cuales 28301 se consideran indígenas, se registran 459 casos positivos y 15 decesos. En Tlacoachistlahuaca, con una población total de 22781 personas, de las cuales 19906 se consideran indígenas, se registran 110 casos positivos a COVID-19 y 9 decesos. Y en Ometepec, con una población total de 68207 personas, de las cuales 27845 se consideran indígenas, se registran 2183 casos positivos y 104 defunciones. Estos datos son de la población del municipio, y no necesariamente los casos positivos y defunciones refieren a personas indígenas.

Sin embargo, debido a que la población indígena en la mayoría de los casos acude al sistema público de salud en última instancia o cuando ya el enfermo se encuentra grave, es posible suponer que existe un subregistro de casos y fallecimientos (Ramírez-Rojas et.al, 2021, p. 6).

En las entrevistas a curanderos tradicionales, ellos expresan claramente que no poseen un tratamiento específico para la enfermedad ya que, como sus prácticas están basadas en la experiencia del uso de diferentes hierbas y sus combinaciones, no han tenido el tiempo suficiente para la experimentación de diversas formas de tratamiento:

Está uno solo, uno tiene que pensar cómo le hace, buscar la manera, un modo de cómo hacerlo, con lo que se puede, revisar cómo se compone, cómo uno ha sanado a una persona. Es buscar un modo, una manera de sanar, así como sale... cómo se hace el trabajo, llevar cuenta de cómo lo haces, va y se comparte cómo lo hace cada quien” (Eliseo¹⁰, curandero, comunicación personal)

10 El uso de seudónimos es importante para este trabajo, pero sobre todo para algunas de las personas que contribuyeron con información para el proyecto de investigación del cual forma parte este escrito. Cabe señalar que, en algunos casos, se dejan los nombres reales debido a los cargos a nivel institucional que representan.

Algo que, por cierto, es propio también de los médicos alópatas frente a la nueva enfermedad:

...como no hay un protocolo establecido de cómo manejar un paciente ambulatorio, hay quienes manejan antibióticos muy fuertes, hay quienes inician con tratamientos antimicrobianos antes de que haya síntomas y empiezan a meter esteroides incluso – pues el paciente es muy fácil que se complique. Entonces, como cada quién hace lo que quiere, es muy complicado (Pedro, médico de Xochistlahuaca, comunicación personal, octubre 2020).

El virus llegó afectando a la población más vulnerable: personas de la tercera edad, personas con otras afecciones como diabetes, hipertensión, obesidad. Si bien los dos saberes medicinales de alguna manera coexisten y han coexistido produciendo nuevos espacios e interacciones, no podemos dejar de mencionar cuáles han sido algunas de las tensiones y contradicciones que generan, visibilizándolas a partir de la experiencia ocasionada por el virus.

En este escenario convergen diferentes actores: el/la ciudadano/a indígena, los curanderos y parteras (y los demás cuidadores de la salud) y el personal médico formado en la biomedicina (médicos mestizos y médicos indígenas; enfermeras indígenas, paramédicos/protección civil mestizos). La complejidad que implica comprender este escenario tiene que ver por lo menos con tres factores relacionados intrínsecamente entre sí: la situación de clase, género y procesos de racialización. Y viene *ad hoc* la reflexión de Rivera Cusicanqui (Proyecto ALICE, 2014) cuando menciona que los mestizos colonizan y son colonizados, lo que promueve el reforzamiento de lo que ella llama el colonialismo interno. Las entrevistas realizadas durante trabajo de campo nos permiten dar cuenta de la realidad descrita y comprendida por cada uno de los que comparten sus posturas y experiencias, tejiendo así una realidad compleja.

En varias entrevistas, los médicos alópatas sostuvieron una postura muy clara: si un paciente indígena quiere recurrir a sus creencias y medicinas tradicionales ‘*está bien*’, la medicina alópata está para rescatar si llegaron a cometer algún error o que no provean una adecuada atención. Una mirada jerárquica donde parecen concebir al indígena como el terco, el que acude al médico en última instancia, el que a veces no obedece las indicaciones que se le dan. Una experiencia compartida fue la de un representante de Protección Civil de Ometepec donde se encuentra el hospital regional COVID. Nos describe las acciones y actitudes de los Nn’anncue Ñomndaa respecto a las medidas implementadas para prevenir contagios:

“si tú vas y le dices a un amuzgo: «ponte el cubrebocas», no se lo pone, incluso te puedes agarrar con él y no se pone el cubrebocas, y se lo pone para pasar un filtro de sanidad y lo bota allá adelante, y lo vuelves a topar y le regalas un cubrebocas y te lo vuelve a tirar, le vas a dar gel y te dice que no, que lo vas a matar” (Ramón, representante de Protección Civil, comunicación personal, octubre 2020).

Otro ejemplo al respecto es el testimonio que nos comparte Elia al preguntarle sobre cómo es su relación con los enfermeros, enfermeras y doctores. Elia responde riendo, diciendo

Mal... pues no quieren pues... por ejemplo, mi mamá era partera, y yo aprendí, no mucho, poco sí, estuve con ella atendiendo parto, pero hubo un año, hace como tres años, mi mamá ya va a tener dos años de ... de que se fue pues, así que un día hablaron los doctores pues ahí, como no quería ir a capacitarse en el hospital según como ellos quieren pues, entonces dijeron a ella que si no quiere capacitarse entonces que renuncie al trabajo de la partería, entonces firmó un papel de que no se iba a capacitar y ya no iba a hacer ese trabajo pues... y sí me dio coraje pues. (Comunicación personal, noviembre 2020)

Por otra parte, los médicos alópatas entrevistados reconocen que también hay prácticas dentro de la medicina tradicional que son efectivas y que están fuera de la comprensión del saber científico; sobre todo, reconocen algunos saberes de las parteras además del uso de tés y baños, por ejemplo. Sin embargo, otro aspecto importante a señalar es que existe una diferencia entre un médico alópata que trabaja dentro del hospital o dentro del sistema de salud y un médico que tiene su consultorio particular. Este último sabe, conoce y ha experimentado en algún momento el saber médico Nn’anncue Ñomndaa, incluso, a veces lo recomienda antes de tener alguna intervención biomédica:

A lo mejor soy un médico poquito extraño, porque a veces les digo... y ¿ya lo curó de esto?, hacerlo no tiene nada de malo, pero llévelo, a que le recen y le hagan todo ese tipo de ritos. Eso sí, soy un poco cuidadosa con los niños, les digo... ni le den algo de tomar, ni nada, pero que si lo quieren ensumar... que con copal... los mandan a recoger hojas de las calles en las esquinas, o con hoja de limón. Yo con eso no tengo ningún problema porque así me criaron, así vi curar a mis hermanos, y a mis hijos, a mi abuela, que es la que tiene el orden en ese aspecto. Mi hermano es enfermero y cuando trabajamos juntos en Ometepec, me decía... es que voy a ir a la casa, es que tengo mucho dolor del estómago, y fíjate, las cosas... la doctora va a

que la soben, pero es que así crecí, muchas veces me curaron así. (Viviana, médico general, comunicación personal, 1 de octubre de 2020).

Los médicos del sistema de salud oficial tienen una estructura institucional que permite observar con mayor detalle la lógica jerárquica, en tanto que un médico particular, si bien dice la población cobran bastante dinero por su consulta, algunos tienen relación con curanderos y parteras para trabajar quizá un poco más en conjunto, principalmente los que hablan el idioma *Nn'anncue Ñomndaa*, pues genera relación de confianza con los familiares del enfermo y el enfermo mismo. No se burla, ni discrimina los síntomas del paciente pues tiene antecedentes de ellos. En este segundo escenario, se ven nacer diálogos y procesos interculturales donde la coexistencia de saberes influye en el bienestar de la población. A pesar de que hay tensiones y contradicciones en este entrecruzamiento de saberes que dificultan las relaciones que se pueden establecer entre la población y sus instituciones de salud. Para los profesionales formados en el saber biomédico las prácticas tradicionales pueden ser reconocidas, aceptadas en cierto grado, pero no es posible negar que de una u otra manera aparece la mirada que considera, en el caso de la pandemia, que los tratamientos previos pueden significar sólo un retraso que agrave la enfermedad:

Nosotros respetamos mucho la medicina tradicional, yo a mis compañeros les digo: si ya fueron tratados con médicos tradicionales o parteras pues hay que respetar, de antemano, si ellos buscan de primera intención a esas personas, es porque les tienen confianza, ya no te metas en esa cuestión, simplemente te llega, diagnósticalo y trátalo. Entonces, pudiera ser que a lo mejor se retrasó un poquito en la atención, en el caso de la pandemia, pero hay pacientes que ya tienen factores de riesgo desde antes, la mayoría de los que han fallecido pues es gente adulta, hablando de mayores de edad y con comorbilidades: diabéticos, hipertensos, obesidad... (Pedro, médico del Hospital de Xochistlahuaca, comunicación personal, octubre 2020).

Observamos pues, que las instituciones de salud públicas y la lógica del saber biomédico siguen reproduciendo una dominación sobre la población *Nn'anncue Ñomndaa* a pesar de su disposición^a reconocer las necesidades de la población y sus saberes; no obstante, insistimos que con el reconocimiento no se rompe la subalternización; al contrario, se disfraza y se continúa reproduciendo.

Reflexiones finales: posibilidades de un diálogo de saberes

Visibilizar las tensiones y contradicciones vividas en las comunidades *Nn'anncue Ñomndaa* o amuzgas de Guerrero a partir de saberes y conocimientos mé-

dicos, implicó poner nuestra mirada en prácticas que buscan mantener la salud de la población y en discursos tanto oficiales como de la gente de la comunidad. No obstante, más allá de este objetivo, nos percatamos de discursos y acciones cotidianas que reproducen un sistema sanitario hegemónico, que condiciona históricamente la práctica social médica y que rebasa la voluntad de cada uno de los sujetos involucrados.

Hallamos que lo que podría aparecer como conflictos entre saberes y conocimientos médicos, desde nuestro punto de vista, tienen que ver más con una cuestión económica y política de fondo, configurada históricamente a partir de relaciones de subalternización y de poder. En este sentido, el trabajo de campo arrojó que las reacciones de la población de las comunidades Nn'anncue Ñomndaa frente a la emergencia sanitaria, las medidas de prevención y atención definidas y promovidas por las autoridades gubernamentales, así como frente al personal médico del sistema de salud oficial, se explican mejor en términos de una historia de exclusión, de desconfianza hacia las autoridades y de rechazo al trato del personal médico, que a una resistencia frente al saber biomédico sustentada en la defensa de prácticas curativas basadas en una cosmovisión distinta.

Por otra parte, podríamos añadir que el afán por impulsar diálogos entre saberes encuentra dificultades, más claramente desde el conocimiento biomédico que desde las prácticas tradicionales. El diálogo implica permitir que el otro entre en mi mundo, en mi saber, en mi verdad, en mi espacio-vida. Coexistir implicaría reconocer y escuchar las distintas perspectivas que conforman realidades concretas para poder plantear desde ahí puentes, flujos de saberes y conocimientos partiendo de la necesidad de existir.

Los procesos de dominación no sólo tienen su historia en actos violentos de sometimiento; sino que se han mantenido vivos por la fuerza que contienen en sus diversas formas de reproducción. Discursos hegemónicos que han logrado someter a las llamadas minorías, pero que no las han desaparecido, por lo que se han creado realidades complejas, dolorosas por la presencia del antagonismo y sus manifestaciones en la cotidianidad.

En el caso concreto de las prácticas relacionadas con la pandemia de la COVID-19, encontramos que la posibilidad de un diálogo entre saberes y conocimientos requiere como punto de partida el cuestionamiento de supuestos no explícitos que condicionan la búsqueda misma del diálogo. Para los sujetos de las comunidades con quienes trabajamos, incluidos los curadores tradicionales, así como para los médicos originarios de aquellas comunidades, o bien que han desarrollado su práctica en ese contexto, la experiencia les ha mostrado que para la población originaria no existe una oposición de principios en la combina-

ción de tratamientos tradicionales y los prescritos por los médicos alópatas. Lo cual no puede decirse del discurso médico oficial, que continúa reproduciendo la subalternización de otras formas de tratamiento de la enfermedad. Debemos cuestionar, por ello, la concepción de dos saberes monolíticos que se oponen y excluyen mutuamente, y atender a los procesos de curación que las personas realizan, articulando de formas complejas y particulares, representaciones y prácticas provenientes de saberes tradicionales y de la biomedicina. Es preciso, además, trascender las concepciones que interpretan el recurso a prácticas tradicionales como un supuesto rechazo al saber biomédico y la defensa de una cosmovisión no occidental. La decisión de acudir a esas prácticas tradicionales está sustentada en cuestiones pragmáticas, tales como la falta de recursos para acudir al médico o adquirir los medicamentos, o bien por la desconfianza que inspira el personal de los servicios de salud. Una desconfianza que hace que, incluso, se confíe más en una publicación en redes sociales que en el discurso de las instituciones de salud. Es necesario, por ello, ampliar la mirada y entender la complejidad de las relaciones de subordinación y de resistencia en cuyo marco ocurren las interacciones entre los saberes y conocimientos médicos.

En este sentido, como decíamos al principio, la propia pregunta por nuestras motivaciones al buscar el diálogo nos remite a la persistencia de concepciones que jerarquizan los saberes. Nos acercamos a los otros para averiguar si podemos descubrir, desde la lógica científica, algo en sus saberes y prácticas que les permita enfrentar con mayor eficacia una situación como la pandemia de COVID-19. ¿O acaso nos acercamos a sus saberes para cuestionar los nuestros y descubrir formas de protegernos a nosotros de la enfermedad?

Referencias Bibliográficas

- Alarcón, Ana M, Aldo Vidal H. y Jaime Neira Rosas. 2003. "Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales". *Revista Médica de Chile*, 131, 1061-1065. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>
- Albán, Adolfo y José Rafael Rosero. 2016. "Colonialidad de la naturaleza: ¿imposición tecnológica y usurpación epistémica? Interculturalidad, desarrollo y re-existencia". *Revista Nómadas*, 45, 27-41. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO121-75502016000200003&lng=en&tlng=es.
- Armus, Diego. 2000. "La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna". En *Cuadernos de Historia, Serie Ec. y Soc.*, N° 3, Secc. Art., CIFYH-UNC, Córdoba 2000, pp. 7-25.

- Comboni Salinas, Silvia y José Manuel Juárez N. 2013. “Las interculturalidad-es, identidad-es y el diálogo de saberes”. *Revista Reencuentro*, 66, 10-23. <https://www.redalyc.org/pdf/340/34027019002.pdf>
- Cueto, Marcos. 2005. “Instituciones sanitarias y poder en América Latina”. En *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Vol. 25, 49-57. <https://www.ugr.es/~dynamis/completo25/mono25.htm>
- Granados Cosme, José Arturo. 5 de noviembre 2020. “La dimensión heteropatriarcal de la medicina” [Primer Conversatorio vía Facebook]. CIEG-UNAM. <https://www.facebook.com/709947729096352/videos/689097898397484>
- Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas-WWF México (2022). *Mapeo de casos positivos covid19 en regiones indígenas*. <https://www.inpi.gob.mx/covid19/>
- Kazianka, Bárbara. 2012. “¿El pluralismo médico como concepto adecuado en el contexto de la biomedicina «global» y la medicina indígena «local»? Un ensayo sobre la realidad médica de los mayas itzáes en san José, Guatemala». En *Scripta Ethnologica*, vol. XXXIV, 2012, pp. 39-68. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Buenos Aires, Argentina.
- Menéndez, Eduardo L. 2015. «Las enfermedades ¿son sólo padecimientos?: biomedicina, formas de atención “paralelas” y proyectos de poder.» *Revista Salud Colectiva*, 11(3):301-330. Universidad Nacional de Lanús. DOI: 10.18294/sc.2015.719
- Menéndez, Eduardo L. 1994. “La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?”. *Revista Alteridades*, 4(7), pp. 71-83. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa. <https://www.redalyc.org/pdf/747/74711357008.pdf>
- Mignolo, Walter. 2007. *La idea de América Latina. La herida colonial y la opción decolonial*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. s.f. *Sistemas y Servicios de salud*. https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=354:sistemas-servicios-salud&Itemid=387
- Pérez Ruiz, Maya Lorena y Arturo Argueta Villamar. 2019. *Etnociencias, interculturalidad y diálogo de saberes en América Latina. Investigación colaborativa y descolonización del pensamiento*. México: Juan Pablos Editor.
- Proyecto ALICE. 2014. *Conversa del mundo- Silvia Rivera Cusicanqui y Boaventura de Sousa Santos*. Video de Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=xjgHfSrLnpU&t=1183s>
- Ramírez-Rojas, María Guadalupe, Francisco A. Ramírez-Rojas, Ever Sánchez-Osorio, María de Lourdes Flores-López y Sergio Paredes-Solís. 2021. “Panorámica de la COVID-19 en tres municipios de Guerrero, México, durante 2020”. *Revista de Salud Pública*, Volumen 23(6): 1-7. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.V23n6.97590>
- Sánchez Osorio, Ever. 2019. *El calendario de los nn´ anncue (amuzgo): diálogo intercultural por la sustentabilidad ambiental y la seguridad alimentaria*. México: CIATEJ – CONACyT (Propuesta de proyecto presentado en la convocatoria 2019 de Ciencia de Frontera).

- UN. Department of social and economic affairs. 2020. *Pueblos indígenas y la pandemia del COVID-19: Consideraciones*. https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2020/04/COVID_IP_considerations_Spanish.pdf
- Valtierra, David A. 2012. “Nn’anncue Ñomndaa». En *De la oralidad a la palabra escrita. Estudios sobre el rescate de las voces originarias en el sur de México*, editado por Floriberto González González, Humberto Santos Bautista, Jaime García Leyva, Fernando Mena Angelito y David Cienfuegos Salgado. México: El Colegio de Guerrero y Editora Laguna.
- Young, Allan. 1982. “The anthropologies of illness and sickness”. *Annual Review of Anthropology* 11: 257-285. <https://doi.org/10.1146/annurev.an.11.100182.001353>

Entrevistas

- Entrevista a Pedro, médico amuzgo, octubre de 2020.
- Entrevista a Victoria, maestra, septiembre 2020.
- Entrevista a Eliseo, curandero amuzgo, octubre 2020.
- Entrevista a Javier, antropólogo amuzgo, octubre 2020.
- Entrevista a Ramón, protección civil, octubre 2020
- Entrevista a Elia, partera amuzga, noviembre 2020
- Entrevista a Rosa, enfermera amuzga, octubre 2020
- Entrevista a Luis, médico amuzgo, octubre 2020
- Entrevista a José, sociólogo amuzgo, octubre 2020.
- Entrevista a Griselda, octubre 2020.
- Entrevista a Viviana, médico general, octubre 2020.
- Entrevista a Florencia, artesana, septiembre 2020.
- Entrevista a Augusto, maestro, septiembre 2020.