



GOBIERNO DE
MÉXICO



CONACYT
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología



Guadalajara, Jalisco, 21 de junio de 2021

A QUIEN CORRESPONDA

PRESENTE

Por este medio hago constar que la Dra., M. Guadalupe Ramírez Rojas es co-coordinadora del libro ***Rompiendo fronteras. El mundo biomédico y la medicina tradicional Nn'a'ncue Ñomndaa ante la emergencia sanitaria causada por la COVID-19***, trabajo interinstitucional promovida por el CIATEJ, CIESAS, IISUABJO, UH, UAGro y CIAD, universidades y centros públicos de investigación. La obra ha sido recibida por el consejo editorial CIATEJ-COLSAN y se encuentra en proceso de revisión por parte de pares expertos.

Este trabajo ha sido resultado 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 en 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), el cual tuvo la finalidad de desarrollar investigación en los temas y disciplinas de relevancia nacional vinculados con acciones inmediatas dirigidas a la contención y mitigación de la pandemia provocada por la enfermedad infecciosa COVID-19, con incidencia directa en la escala local.

Sin más por el momento quedo a sus órdenes.

Saludos.

ATENTAMENTE:

Dr. Ever Sánchez Osorio
Responsable Técnico
esanchez@ciatej.mx





GOBIERNO DE
MÉXICO



CONACYT
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología



Zapopan, a 14 de marzo de 2022
ZAP/011/22

Asunto: Aprobación obra

Dr. Ever Sánchez Osorio (CIATEJ).
Dra. María Guadalupe Ramírez Rojas (CIESAS)
Dr. Manuel Garza Zepeda (IISUABJO)
Dra. Nashyeli Figueroa Galván (Independiente)
Dra. M. Lourdes Flores López (CIATEJ).
Dr. J. Kenny Acuña Villavicencio (UAGro)
Dr. Hugo B. Palacios Pérez (UAGro)
Dr. Doris Arianna Leyva Trinidad (CIAD)

PRESENTE

Por medio de la presente hago de su conocimiento que en la sesión de Comité Editorial del pasado 14 de febrero se presentó el cotejo del manuscrito con título **Rompiendo fronteras. El mundo biomédico y la medicina tradicional NN'A^NNCUE ÑOMNDAA (amuzgos) de guerrero ante la emergencia sanitaria causada por la COVID-19**, coordinado por el grupo de investigación arriba mencionados. En vista de que dicho cotejo fue positivo, el manuscrito fue aprobado por el Comité Editorial para que se programe su proceso editorial.

Sin más por el momento, quedo a sus órdenes para aclarar cualquier duda y aprovecho para mandarle un cordial saludo.

Atentamente

Dra. Anne C Gschaedler Mathis
Responsable del Consejo Editorial del CIATEJ
CIATEJ A.C.

Rompiendo fronteras

El mundo biomédico y la medicina tradicional
Nn'aⁿncue Ñomndaa (amuzgos) de Guerrero
ante la emergencia sanitaria causada por la COVID-19

Coordinador@s

Ever Sánchez Osorio | María Guadalupe Ramírez Rojas | Manuel Garza Zepeda
Nashyeli Figueroa Galván | María de Lourdes Flores López
J. Kenny Acuña Villavicencio | Hugo B. Palacios Pérez
Doris Arianna Leyva Trinidad



Primera edición: 2022

La obra pasó por un proceso de dos dictámenes de pares académicos avalados por el Comité Editorial de la institución, que garantizan su calidad y pertinencia científica y académica.

Diseño de la portada: Natalia Rojas Nieto

© Por la coordinación: Ever Sánchez Osorio, María Guadalupe Ramírez Rojas, Manuel Garza Zepeda, Nashyeli Figueroa Galván, María de Lourdes Flores López, J. Kenny Acuña Villavicencio, Hugo B. Palacios Pérez, Doris Arianna Leyva Trinidad (coordinadores)

© Todos los textos son propiedad de sus autores

D. R. © El Colegio de San Luis
Parque de Macul 155
Colinas del Parque
San Luis Potosí, S.L.P. C. P. 78294

D.R. © El Centro de Investigación y Asistencia en Tecnología
y Diseño del Estado de Jalisco, A.C.
Av. Normalistas No. 800
Colonia Colinas de la Normal
Guadalajara, Jalisco, C.P. 44270

ISBN COLSAN: 978-607-8906-00-0

ISBN CIATEJ: 978-607-8734-45-0

Impreso y hecho en México

ÍNDICE

Prólogo	11
Conocimiento tradicional y emergencia sanitaria	
Fernando I. Salmerón Castro	
Introducción	19
La COVID-19 y su combate en territorio <i>Nn'aⁿncue Ñomndaa</i> de Guerrero	
Manuel Garza Zepeda, Ever Sánchez Osorio, Nashyeli Figueroa Galván, María de Lourdes Flores López, J. Kenny Acuña Villavicencio y María Guadalupe Ramírez Rojas	
Vulnerabilidad social de los amuzgos ante la pandemia por COVID-19 en Guerrero, México.	35
Hilda María Jiménez Acevedo y Néstor Rodolfo García Chong	
Prácticas preventivas, protectoras y de promoción de la salud ante la COVID-19 entre los <i>Nn'aⁿncue Ñomndaa</i>	55
María Guadalupe Ramírez Rojas y Francisco Antonio Ramírez Rojas	
La economía del cuidado y sostenibilidad de la vida durante el confinamiento por COVID-19 en familias amuzgas de Xochistlahuaca, Guerrero.	75
Laura Priscila Tercero Cruz	
Carreras y trayectorias de enfermos COVID-19 <i>Nn'aⁿncue Ñomndaa</i> de Guerrero, México	89
María Guadalupe Ramírez Rojas, Francisco Antonio Ramírez Rojas y Sergio Paredes Solís	

Discursos médicos y sus reproducciones entre población <i>Nn'a'ncue Ñomndaa</i> de Guerrero, México, durante la pandemia de la COVID-19	113
María Guadalupe Ramírez Rojas	
Mujeres amuzgas en la medicina tradicional frente a la COVID-19.	137
Adriana E. Meza Cuevas, Adriana E. Cuevas Herrera y Ever Sánchez Osorio	
Médicos tradicionales en Xochistlahuaca y los retos ante la COVID-19	149
María de Lourdes Flores López, Geovani Valtierra Gil, Cynthia Maricela Miranda García y María Guadalupe Ramírez Rojas	
Límites y alcances de la medicina tradicional	
Los amuzgos de Guerrero y la COVID-19	163
Adriana E. Cuevas Herrera, Adriana E. Meza Cuevas y J. Kenny Acuña Villavicencio	
La resiliencia socio-cultural del pueblo amuzgo ante la COVID-19.	179
Doris Arianna Leyva Trinidad y Arturo Pérez Vázquez	
El sistema de salud-enfermedad-atención amuzga frente a la COVID-19 y las enfermedades del siglo XXI.	191
Araceli Burguete Cal y Mayor	
Diagnóstico del sistema de salud en el municipio de Xochistlahuaca, Guerrero, en el contexto de la pandemia por COVID-19.	209
Sergio Paredes-Solís y María Guadalupe Ramírez Rojas	
Procesos interculturales, diálogo entre saberes.	221
Medicina tradicional <i>Nn'a'ncue Ñomndaa</i> y sistema de salud occidental en la región amuzga de Guerrero Ever Sánchez Osorio, Nashyeli Figueroa Galván y Manuel Garza Zepeda	

Interculturalidad como mecanismo para enfrentar la desigualdad social	239
Virginia Guadalupe Reyes de la Cruz	
La lógica de la ciencia, la medicina alternativa y el curanderismo durante la nueva normalidad en las comunidades amuzgas de Guerrero.	265
J. Kenny Acuña Villavicencio	
Articulación digital de los saberes amuzgos y otros saberes como un modo de superar el rezago y la marginación como pueblo originario	287
Hugo Baltazar Palacios Pérez, Juana Inés Zambrano Dávila, Petra Baldivia Noyola, Ernesto Torres Ruíz y Leopoldo Rodríguez Matías	
Epílogo	301
David Valtierra Arango	
Sobre l@s autor@s	305

PRÓLOGO

CONOCIMIENTO TRADICIONAL Y EMERGENCIA SANITARIA

Fernando I. Salmerón Castro¹

En una publicación reciente, el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola² (IFDA, por sus siglas en inglés), agencia especializada de la ONU para proporcionar fondos y movilizar recursos para habitantes del mundo rural en situación de pobreza, señala que resulta cada vez más evidente que la salud de las personas está irremediablemente ligada con las relaciones que las sociedades mantienen con la naturaleza. Deben considerarse tanto los diferentes aspectos de una vida saludable, como la alimentación, la relación con el entorno y la actividad física, pero también las posibilidades de propagación de las enfermedades y la transmisión entre especies. El conocimiento deficiente de la relación entre el entorno y la salud, así como el deterioro ambiental, que suele estar relacionado, están en la base de las epidemias que han asolado a la humanidad.

Frente a la pandemia de COVID-19 se han manifestado un gran número de opiniones que observan cómo la degradación del medio ambiente puede provocar enfermedades y desencadenar epidemias. Entre estas voces se encuentran las de los pueblos indígenas, para quienes la enfermedad no es un resultado secundario de la degradación medioambiental, sino la señal primaria de un desequilibrio del orden natural.

El IFAD subraya que resulta imprescindible reconocer y proteger la relación particular que los pueblos indígenas mantienen con la naturaleza. Como han señalado autores como Eckart Boege, Víctor M. Toledo

¹ Profesor-investigador del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS – CDMX).

² Véase “Conocimientos y resiliencia indígenas en el contexto de la COVID-19”, en <https://www.ifad.org/es/web/latest/story/asset/41993211>.

y Narciso Barrera-Bassols³, las sabidurías tradicionales y el manejo que los pueblos indígenas realizan de los sistemas agroecológicos que dominan es fundamental para su vida y también para el mantenimiento de la biodiversidad del mundo.

Los territorios controlados colectivamente por los pueblos indígenas han probado ser los más saludables desde la perspectiva ecológica. Mantener este control no es sencillo, ni siquiera en las condiciones favorables que puede garantizar un estado plurinacional como el de Ecuador. Los territorios con demandas de distintos intereses, fuerzas individuales y colectivas opuestas, resultan mucho más difíciles de mantener en condiciones agroecológicas satisfactorias. La diversidad sociocultural, en contextos de desigualdad y dominación, suele traducirse en violaciones a los derechos de estos pueblos y en un agravamiento de su situación general. Los ejemplos en el mundo abundan y se han vuelto muy visibles en el escenario de la pandemia de la COVID-19.

Frente a la pandemia, los pueblos indígenas han reaccionado mediante el recurso a prácticas y conocimientos tradicionales, tanto en términos de seguridad y aislamiento social como de atención a la salud y la enfermedad. Pueden encontrarse ejemplos de estas estrategias en diversos pueblos indígenas alrededor del mundo y conocerlas con mayor precisión tendrá gran utilidad para entender cómo puede hacerse frente a la adversidad desde perspectivas comunitarias y solidarias, pero también a partir de prácticas sostenibles y agroecológicamente viables.

Hace ya algunos años la UNESCO publicó un texto que llamó poderosamente mi atención por su insistencia en un replanteamiento de la educación para atender varios temas centrales de este derecho universal⁴. Señaló que debía replantearse la educación para atender no únicamente la instrucción escolar como una forma de lograr las competencias básicas universales. Este esfuerzo debía mantenerse, sin duda, como se había señalado en otros documentos. Mantenía también su adhesión a los pronunciamientos sobre el carácter obligatorio y laico de la educación, así como en la relevancia de la presencia estatal como forma de

³ Véase Boege, E. (2008). *El patrimonio biocultural de los pueblos indígenas de México*. México: INAH-CDI; Toledo, Víctor M. y Barrera-Bassols, N. (2008). *La memoria biocultural. La importancia ecológica de las sabidurías tradicionales*. Barcelona: Icaria Editorial.

⁴ Véase UNESCO (2015). *Replantear la educación. ¿Hacia un bien común mundial?* París: UNESCO.

asegararlo. Sin embargo, añadía la necesidad de revisar algunos de los propósitos últimos de la educación: el ecosistema natural, la comunidad, la persona y la espiritualidad.

Este texto, que busca revisar el texto anterior de la UNESCO –el denominado *Informe Delors* que marcaba las orientaciones para la educación a nivel mundial–, convocó a un grupo de expertos internacionales para replantear la educación en un mundo en proceso de grandes cambios. El texto insiste en la necesidad de “examinar alternativas al modelo dominante de conocimiento”; reconocer los sistemas alternativos de conocimiento y considerarlos seriamente, en vez de relegarlos a una condición inferior y subraya la necesidad de que las sociedades aprendan unas de otras y logren mayor apertura al descubrimiento y al entendimiento de otras cosmovisiones. Sostiene que todo esto no puede lograrse sin “abandonar nuestras propias certezas y abrir nuestra mente a las posibilidades de otras explicaciones distintas de la realidad”. De ahí que el futuro de la educación que se requiere para un mundo como el que hoy tenemos requiere de un diálogo abierto entre cosmovisiones distintas.

De este modo, desde antes de la pandemia que hoy nos aqueja, había voces importantes urgiendo la necesidad de lograr un mundo sostenible y poniendo en el centro de la propuesta a una educación que tuviera seriamente en cuenta “las dimensiones sociales, medioambientales y económicas del desarrollo humano”. Hacer esto implica trascender las concepciones utilitarias dominantes de la educación, reconocer la presencia y la importancia de otras formas de conocimiento y otros modos de entender el bienestar humano. Formar en la diversidad y desarrollar capacidades de pensamiento crítico y juicio independiente, así como la habilidad de debatir, defender posiciones y alcanzar acuerdos. Ello sin olvidar que, en un mundo diverso, las necesidades y las formas de aprendizaje varían significativamente entre comunidades. El aprendizaje adecuado, entonces, debe responder a lo que cada cultura y cada grupo humano define como necesario para llevar una vida digna. Este volumen incluye ejemplos muy relevantes sobre las formas en las que el conocimiento tradicional, la educación y la salud están sólidamente imbricados.

Víctor M. Toledo ha sostenido en diversas publicaciones que los seres humanos somos la única de las ocho especies y subespecies del género *Homo* que existieron hace un poco más de dos millones de años

que ha sobrevivido⁵. Y que probablemente esto se debe al conocimiento racional y a la cooperación. El pensamiento racional se permite avanzar mediante una compleja combinación de observación, experimentación y experiencia en colectividades determinadas por un entorno ambiental singular. En las sociedades tradicionales este conocimiento se ha mantenido a partir de la tradición oral.

Debemos recordar que en las sociedades que no tienen una tradición de cultura escrita, la transmisión de la herencia cultural se realiza mediante la combinación de tres conjuntos de conocimientos interrelacionados: la transferencia de su base material, incluyendo los recursos naturales disponibles y sus técnicas ancestrales de manejo; formas estandarizadas de actuación y comportamiento comunicadas mediante medios verbales imitatorios (como formas rituales de interacción, cocina, cultivo, cuidado de los hijos, entre otras) y el lenguaje como un código de comunicación y un acervo de conocimiento que incluye significados, actitudes y símbolos verbales, pero también ideas como el espacio y el tiempo, propósitos generales y aspiraciones de todo un grupo social⁶. Este acervo de conocimiento es lo que suele denominarse “conocimiento indígena” y es muy importante no sólo por su contenido, sino también por sus mecanismos de transmisión. La lengua, desde luego, es el elemento central de ambos.

Existe una amplia literatura donde participan cada vez con mayor fuerza intelectuales y académicos indígenas quienes subrayan los estrechos lazos que existen entre lengua, prácticas culturales, conocimiento del entorno y manejo de la biodiversidad. Este es un tema digno de subrayarse porque pone el acento en algo que el modelo científico clásico no ha podido lograr. Este modelo no ha proporcionado de manera general consejos o alternativas viables para resolver problemas prácticos relacionados con el manejo de recursos valiosos para la supervivencia humana. Muchas de las tradiciones culturales indígenas han mostrado ser mejores guardianas de observación, inferencia y perspectivas prácticas relacionadas con la naturaleza y el manejo de la biodiversidad.

⁵ Véase, por ejemplo, la obra referida arriba: Toledo, Víctor M. y Barrera-Bassols, N. (2008). *La memoria biocultural. La importancia ecológica de las sabidurías tradicionales*. Barcelona: Icaria Editorial.

⁶ Véase, por ejemplo, el texto de Jack Goody e Ian Watt (1996). “Las consecuencias de la cultura escrita”, en Goody, J., *La cultura escrita en las sociedades tradicionales*. Barcelona: Gedisa.

A pesar de este reconocimiento, estamos aún lejos de establecer que esas formas de conocimiento descansan en epistemologías y pedagogías inscritas en las tradiciones orales que tienen una larga tradición y una riqueza dignas de valorarse. Tampoco hemos tomado en serio la necesidad de preservar y fomentar el uso de las lenguas indígenas como soporte fundamental de formas de vida, sistemas de pensamiento y de creación. Ni hemos avanzado, más que muy tangencialmente, en formas sustentables de educación propia o local que permitan mantenerlas. Este, de hecho, es uno de los puntos más importantes de desencuentro entre el conocimiento indígena y el conocimiento científico. Mientras este último tiene pretensiones de universalidad, aplicabilidad general y especialización creciente, el primero es fundamentalmente local, específico e integral.

De ahí la relevancia de publicaciones como la que aquí se prologa, donde podemos apreciar observaciones atentas a la forma en la que miembros del pueblo *Nomndaa* del estado de Guerrero mantienen vivas sus tradiciones de atención a la salud en medio de lo que el texto califica como “la vorágine de la modernidad”. Se muestra así la operación cotidiana de los mecanismos que mantienen la medicina tradicional en México; cómo ésta recupera conocimientos de diversa índole y de qué manera desempeñan en ellos un papel central los saberes sobre la salud, la enfermedad y la atención de los pueblos indígenas. Estos últimos, como han mostrado múltiples estudios antropológicos, constituyen sistemas de cuidado a la salud que incluyen una profunda tradición oral y elementos que se incorporan a partir del conocimiento detallado del entorno. Los textos muestran también el contexto de fuerzas económicas y políticas que promueven el desarrollo modernizador en detrimento de las alternativas plurales enraizadas en las diversas tradiciones ecológicas y técnicas de los pueblos indígenas.

En un texto de 2020, Saurabh Arora y Andrew Stirling⁷, al comentar el 75 aniversario de la Organización de las Naciones Unidas, observaron el desafortunado panorama global en el que tenía lugar esa conmemoración. Además de las graves dificultades ocasionadas por la pandemia de la COVID-19, el mundo enfrenta retos significativos que

⁷ Véase, Arora, S. y Stirling, A. (2020). Don't Save 'The World'; ¡Embrace the Pluriverse! 4 de octubre de 2020 en <https://steps-centre.org/blog/dont-save-the-world-embrace-a-pluriverse/>

incluyen la extinción de lenguas y especies, la desigualdad creciente y el cambio climático. Todos ellos son temas de primordial importancia para la ONU, pero las propuestas generadas por este organismo multilateral no siempre han tenido los resultados deseados. El pluriverso, o mundo en el que caben muchos mundos (para usar la expresión del EZLN), contiene diferentes formas de entender nuestro entorno, de relacionarnos con los demás y de mantener intercambios con la naturaleza, que son las bases de nuestra existencia y nuestro conocimiento.

En el texto de Arora y Stirling se abordan temas fundamentales para entender la relación de los pueblos indígenas con su entorno, así como sus formas de generación y aplicación de conocimiento. En particular, se han observado las formas en las que las familias amuzgas de Xochistlahuaca, Guerrero, han abordado las medidas de confinamiento y aislamiento social, cómo se han protegido y cómo han hecho frente a la enfermedad a partir de sus sistemas tradicionales de atención a la salud. En estos análisis pueden encontrarse descripciones de gran utilidad y puntos clave para trabajar formas de atención basadas en el diálogo intercultural.

En mi opinión, la viabilidad de un mundo en el que quepan muchos mundos, un pluriverso real, requiere adoptar visiones complementarias y mutuamente enriquecedoras. Requiere realizar investigación orientada a la comprensión de diversas realidades desde ópticas culturales y con la plena participación de quienes detentan esos conocimientos diversos. Una investigación de este tipo debe pasar por el reconocimiento y la dignificación del conocimiento propio de los pueblos originarios, sus aportaciones y potencialidades.

Recordando a León Olivé, concluyo señalando que lo crucial es no deshilvanar los conocimientos de los sujetos colectivos que los han generado y de las prácticas mediante las cuales los han producido, transmitido y aplicado a lo largo de muchas generaciones. Estos procesos son responsables de que existan hoy en el mundo una gama tan amplia de formas de producción de conocimiento, cada una con diferentes formas de evaluarse, de validar el conocimiento que producen y de establecer las condiciones que permiten juzgar lo que es conocimiento legítimo. La utilidad y validez de este conocimiento se relaciona con los fines prácticos para los que fue creado y por el uso que tiene para resolver los problemas que le dieron origen. Las circunstancias de la vida diaria en

la que surgieron, sin embargo, cambian de manera cada vez más veloz y esto nos obliga a todos a establecer condiciones de diálogo e intercambio que permitan su supervivencia y enriquecimiento para el futuro.

Tlalpan, Ciudad de México, 30 de abril de 2021.

INTRODUCCIÓN

LA COVID-19 Y SU COMBATE EN TERRITORIO *NN'aⁿNCUE ÑOMNDAA* DE GUERRERO

Manuel Garza Zepeda | Ever Sánchez Osorio | Nashyeli Figueroa Galván
María de Lourdes Flores López | J. Kenny Acuña Villavicencio
María Guadalupe Ramírez Rojas

¿Quiénes son los *Nn'aⁿncue Ñomndaa*?

“Es interesante saber que el mundo
o el planeta lo decimos *tsjoomnancue*,
literalmente *pueblo de los nancue*”
DAVID VALTIERRA

Sin saber a ciencia cierta de dónde proviene el pueblo *Nn'aⁿncue Ñomndaa* —amuzgos— y a pesar de que hay diferentes versiones al respecto, hoy en día es un pueblo indígena que resiste y continúa viviendo en lo que históricamente han construido como su propia geografía. Los amuzgos se encuentran ubicados tanto en el estado de Oaxaca como en el estado de Guerrero:

Nosotros los *Nn'aⁿncue Ñomndaa*, ancestralmente hemos habitado en lo que hoy se conoce como el estado de Guerrero en los municipios de Xochistlahuaca (*Suljaa'*), Ometepec (*Ndyawe*) y Tlacoachistlahuaca (*Sei'chue*) y en el estado de Oaxaca (*Tsjoomtsco*) en los municipios de San Pedro Amuzgos y Santa María Ipalapa, varias comunidades desaparecieron durante la invasión española y durante lo que se ha llamado como colonización. Es reciente la creación de algunas colonias de migrantes en otros municipios de la región de la Costa Chica, principalmente en los alrededores municipios costeros como Cuajinicuilapa, Marquelia, Azoyu y otros. (Valtierra, 2012: 326, énfasis original)

A pesar de ser un pueblo que ha migrado a diferentes espacios geográficos del país en búsqueda de oportunidades laborales, esta otra geografía es la cuna y trinchera de una cosmovisión muy particular. La lengua *Ñomndaa*, además de ser un elemento central de su identidad como colectivo, expresa cómo ven el mundo, cómo se relacionan con él y sobre todo cómo lo explican. Es decir, la vida del pueblo amuzgo, sus prácticas y creencias, se comprenden a partir de la forma en que nombran el mundo. Mantener viva su lengua es uno de los principales retos que tienen como pueblo, pues así es como podrán mantenerse vivos ante la vorágine de la modernidad.

En la cosmovisión amuzga la relación que entabla el ser humano con la naturaleza es fundamental. Por ejemplo, los amuzgos creen que la tierra tiene su corazón, y por lo tanto es un ser viviente. Nosotros los humanos al morir regresamos a ella y volvemos a ser parte de la tierra cuando nos entierran. Otro ejemplo importante respecto a su cosmovisión es la importancia que le dan al agua, de ahí su nombre *Ñomndaa*: “Es una palabra compuesta de *Noom* que significa *lengua o palabra* y *Ndaa* que significa *agua o líquido*, es decir, *la lengua o la palabra del agua o la lengua líquida*” (Valtierra, 2012: 325, énfasis original). Cuando sueñan, por ejemplo, “decimos *tsoya ndaa*, que proviene de *tsoya* —*me dormí* y *ndaa*— *agua*, literalmente *me dormí en el agua*” (Op. Cit., énfasis original).

El vínculo que tienen con la naturaleza es muy fuerte, tan es así que muchas de las palabras que conforman su lengua refieren a ella. La palabra maíz y madre/abuela en amuzgo son prácticamente iguales; para los amuzgos “maíz es mujer, un ser vivo, de hecho, hay un ser que denominamos *tsan tsom nnan*, esto es *ser corazón del maíz*” (Op. Cit. 327, énfasis original). Las personas amuzgas mayores representan autoridad; al encontrarse por la calle se saludan dándole a las mujeres mayores, por ejemplo, el lugar de hermana mayor, pues al ser parte de la comunidad todos se consideran familia.

Otro aspecto muy importante de su cosmovisión es cómo los amuzgos comprenden la salud. Varias de las enfermedades para los amuzgos tienen un origen espiritual, energético o emocional. Su sanación la encuentran principalmente en la naturaleza, utilizan hojas, raíces o cortezas para elaborar tés, ungüentos, baños, etc. En el pueblo amuzgo existen los curanderos, las parteras y los rezanderos, quienes tienen

diferentes métodos medicinales para hacerle frente a la enfermedad y al nacimiento.

Sobrevivientes al proceso de la conquista española del siglo XVI, los amuzgos son un pueblo que resiste y se defiende. Han tenido la sabiduría para aprender a convivir con aspectos de la vida moderna, sobre todo las últimas generaciones. A pesar de que hay preocupación de que algunos saberes puedan perderse, por ejemplo, es el caso de la partería, también se están tomando acciones para mantenerlos vivos.

Una mirada crítica

Ante la inquietud de comprender los efectos de la última pandemia que azota a la humanidad, subyace la necesidad de recuperar la voz del Otro, es decir, la voz del sujeto negado por los relatos de la historia oficial. Los *Nn'a^{ncue} Nomndaa*, quienes a través de su praxis y conocimiento del mundo, es decir, las relaciones sociales y naturales, nos han brindado la pauta para construir puentes de comunicación más horizontales, así como repensar sobre el destino y la fragilidad humana porque han sabido poner en vigencia una rica matriz de experiencias, saberes y prácticas tradicionales para enfrentar el nuevo coronavirus causante de la enfermedad denominada COVID-19.

Esta tarea no es fácil de abordar y mucho menos cuando a la fecha toda práctica y saber que se presenta como heredera de una cultura no occidental es duramente cuestionada por la ciencia positiva por tratarse de un quehacer humano desligado del razonamiento lógico, estructurado y sistemático. Dicha experiencia, sin duda alguna, es la que ha primado durante mucho tiempo y se ha superpuesto a otros procesos de subjetivación que han intentado condenarla como arcaica y poco moderna. No está de más señalar que el predominio de esta visión hegemónica y heteronormada sobre otras formas de crear el mundo ha producido un proceso acelerado hacia la debacle humana y, con esto, ha aniquilado toda psique que surja del carácter colectivo del ser humano. Sin embargo, la incesante búsqueda del *progreso* y el orden anhelado por la ciencia exorcizada de toda creencia mágico-religiosa ha hecho visibles efectos perturbadores en términos del futuro de la propia especie

humana, por lo cual se ha visto en la obligación de invertir su dogma y reconocer en el diálogo y en una construcción científica a partir del encuentro con otras formas de conocer la posibilidad de pensar un futuro distinto para la humanidad que no sea el de la catástrofe.

Este imaginario dialógico y epistémico por construir cuestiona de algún modo a la sociedad monetarista, depredadora de la *doxa* y la naturaleza, puesto que la pandemia no sólo ha evidenciado estas y otras contradicciones de las relaciones sociales y mercantiles de las cuales formamos parte, sino también nos ha mostrado que el saber científico no es neutral y no se ha desligado finalmente del poder soberano, pero sobre todo que no es el único. La soberanía, dice Agamben (2006), crea también sus propios márgenes, los excluye y forma así un poder híbrido que gira en torno al *homo sacer*, aquel que ha sido analizado bajo los tópicos de la otredad o la alteridad. Estas zonas periféricas o marginales donde se materializan subjetividades, prácticas, saberes e imaginarios que cuestionan la tradición de la ciencia y la política coercitiva no se encuentran fuera del sistema-mundo del mercado, al contrario, son reproducidas y normalizadas desde los aparatos del Estado, precisamente en el carácter de marginalidades.

Este encuentro entre un mundo y otro ha tenido sus repercusiones sociales, políticas y de salud en el país. En los territorios donde se encuentran las comunidades originarias ha prevalecido una forma hegemónica de atención de la salud y del comportamiento que ha negado la cultura particular. La mirada del Otro y el conocimiento comunitario sobre el cuidado del cuerpo han sido reducidos a una especie de derecho de las minorías, pero también ha servido para poner en vigencia la dominación neocolonial. Varios han sido los intentos de poner en marcha proyectos de salud intercultural para la atención y el cuidado del individuo de parte del Estado, pero sus resultados han sido magros. Se acepta el actuar tradicional médico del Otro, del indígena, pero este nunca llegará a formar parte del corpus discursivo científico y especializado del conocimiento cartesiano del cuerpo. De hecho, los proyectos de salud intercultural en el país son añejos y en ellos ha prevalecido una perspectiva que sitúa la problemática en términos de capacitación del personal de salud para desplegar su práctica en entornos culturales propios de los pueblos originarios (Lerín Piñón, 2004). La concepción

de salud intercultural reconoce las dificultades de diálogo entre culturas diferentes, pero no se propone aquel diálogo como problema, sino que se reduce a la cuestión de cómo mejorar las relaciones entre el personal de salud y las personas que pertenecen a una cultura diferente:

La formación de recursos humanos en salud con orientación intercultural supone mejoras no sólo en la competencia técnica sino humana del personal institucional; incide en el respeto, en el trato a los usuarios, en el reconocimiento de las tradiciones culturales, el combate a la exclusión, la atención y la equidad en salud para los distintos grupos étnicos. (Lerín Piñón, 2004: p. 114)

La observación de la práctica concreta del personal de atención a la salud en las localidades donde existe población originaria da cuenta de que la relación entre las culturas y las prácticas de salud sustentadas en ellas no se produce en modo alguno en un plano de horizontalidad. En cambio, las prácticas de salud de los pueblos originarios, cuando no son de plano descalificadas, sólo entran en la consideración de la biomedicina como un espacio a colonizar, mediante la capacitación de personas indígenas en aspectos de prevención o atención a la salud, o bien mediante la incorporación de la medicina propia como un “complemento” –más cultural que propiamente médico– obviamente incorporado a un proceso de subalternización (Menéndez, 1994).

Dicho de otro modo, los pueblos originarios, en este caso sus prácticas de atención a la salud, son asimilados bajo el umbral y la metafísica del proyecto modernista de la nación, y su historia de lucha y resistencia queda sumergida en el pasado. A esta condición se suma la desigualdad que existe en muchas regiones del país, particularmente en aquellas habitadas por poblaciones originarias, carentes de acceso a servicios de agua potable, drenaje, salud, educación, como sucede en las comunidades amuzgas del estado de Guerrero. Una situación que no se reduce a las zonas rurales, sino que se reproduce en los casos de personas pertenecientes a pueblos originarios que radican en áreas urbanas, quienes de la misma forma padecen la vulneración de sus derechos (RISIU, 2020).

En el año 2020, mientras se llevaba a cabo una rauda campaña de prevención frente al coronavirus, los amuzgos tuvieron que enfrentarse

a una enfermedad no sólo biológica, sino también social y política. Por un lado, la colocación de retenes o barricadas por parte del gobierno para contener el avance del coronavirus que en ocasiones mostraba actitudes hostiles hacia la población amuzga. Por otro lado, la desconfianza histórica de los amuzgos ante los centros de salud oficiales responde a prácticas excluyentes y racistas. El rechazo de los amuzgos hacia la práctica médica o atención especializada que se brinda en los Centros de Salud y hospitales más importantes de la Costa Chica se debe a la ausencia de una sociedad dialógica que permita atender no sólo los embates de la pandemia, sino también los efectos de invisibilización que han prevalecido antes de esta. No es nada fortuito que los *Nn'aⁿncue Nomndaa* prefieran acudir con los médicos propios más capacitados para recobrar la salud y el estado anímico, así como aniquilar el mal y reconstituir su quehacer diario martillado por los problemas estructurales, de desigualdad y violencia que “les ha tocado vivir”. El concepto del mal no puede entenderse sólo en términos biológicos o anatómicos, sino también como un componente social y articulador de la comunidad. El mal o el estar enfermo implican todo un razonamiento que está vinculado con un conocimiento complejo y que guarda estrecha relación con la naturaleza. Conviene señalar que la destrucción e invasión de esta ha generado zoonosis que hicieron que brotaran virus y enfermedades de todo tipo. El coronavirus es sólo un síntoma del proceso incesante de explotación de la tierra y de dominación del saber colectivo responsable con su hacer del mundo.

Vale la pena señalar que la reivindicación de los saberes y las prácticas de salud propias de los pueblos originarios no implica una perspectiva que las opona a aquellas otras basadas en la biomedicina como si se tratara de dos grandes entidades que chocan desde una absoluta exterioridad. En cambio, consideramos que más que un choque entre dos construcciones monolíticas, se trata de relaciones de interpenetración. Por otra parte, el reconocimiento de dos conjuntos de prácticas constituidas por mundos culturales diversos no significa que las dos hayan permanecido absolutamente idénticas en el tiempo. Esto puede ser mucho más evidente en el caso de la biomedicina, pero respecto de la medicina propia se advierte en muchos discursos la noción de que son prácticas que se han conservado sin cambio alguno a lo largo de siglos.

En realidad, como señala Menéndez (1994), esas prácticas se modifican en el tiempo, introduciendo elementos que son propios no solamente de la cosmovisión de los pueblos originarios, sino de la biomedicina y de otras prácticas “populares”.

Más allá de proponer la confrontación entre cosmovisiones, consideramos muy relevante la propuesta de Menéndez (2015). Esta consiste en trascender las “narrativas” creadas en torno a esas cosmovisiones, así como atender a las prácticas concretas de los sujetos y los grupos de población originarios. Esta mirada nos permite percibir que la presencia de la biomedicina no puede ser equiparada a la instalación de servicios de salud oficiales o la presencia de programas gubernamentales de prevención. Se encuentra también en las prácticas cotidianas de sujetos de poblaciones originarias que, junto a rituales de sanación, utilizan medicamentos alópatas como analgésicos o vitaminas (Menéndez, 2015). Esto no significa demeritar las prácticas de salud propias, sino acceder a la posibilidad de descubrir en ellas las luchas y las contradicciones que enfrentan los sujetos cuando han de lidiar con la enfermedad. Pues son los sujetos, en su individualidad, quienes deciden las estrategias para su curación en función de sus experiencias tanto en relación con la medicina propia, como de sus encuentros clínicos con los practicantes de la biomedicina (Young, 1982).

Lo anterior es un preámbulo que da pie a diferentes reflexiones desde la mirada de los que formamos parte de este proyecto dialógico. Un proyecto que surge con el propósito de recuperar “las visiones de los sistemas tradicionales de salud de la cosmovisión amuzga y prácticas médicas de salud comunes... que sean efectivas para la prevención, el enfrentamiento y la resiliencia frente a la COVID-19” de tal suerte que se tejan nuevas opciones, junto con la biomedicina, para la calidad de vida del pueblo amuzgo, más allá de este contexto particular. Una compilación de diferentes escritos, con una mirada crítica, pero sobre todo empática en tanto ejercicio de búsqueda y creación de espacios de diálogo, de equilibrio, de nombramiento, de existencia. En otras palabras, este libro es resultado de varios procesos que convergen con la intención de crear procesos interculturales con y desde la comunidad *Nn'aⁿncue Ñomndaa* de la Costa Chica de Guerrero.

Metodología y estructura del libro

A finales del año 2020 el equipo de investigadores involucrados en el 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*, beneficiado en el marco de la Convocatoria 2020 para la creación de Redes Horizontales de Conocimiento, Programa de Apoyos para Actividades, Científicas, Tecnológicas y de Innovación del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), acudió al estado de Guerrero, particularmente a diferentes comunidades amuzgas pertenecientes a tres municipios (Xochistlahuaca, Tlacoachistlahuaca y Ometepec). Su propósito fue observar y conocer de cerca la realidad vivida por los amuzgos ante el contexto provocado por el virus SARS-CoV-2, causante de la enfermedad denominada COVID-19, obteniendo información con métodos de aproximación cualitativa. Como principal objetivo se planteó escuchar y comprender las diferentes voces de los actores que viven en este contexto: mujeres, adolescentes, hombres, maestros, enfermeras, médicos, curanderos, parteras, etc., bajo una relación de diálogo horizontal. A partir de los contactos previamente establecidos en otros proyectos desarrollados en la región, se facilitó la entrada y la realización de las actividades durante las visitas, así como también el importante inicio de esos espacios de escucha y reflexión entre nosotros “los occidentales” y “ellos”, los otros históricamente olvidados. Así, este libro es comprendido por nosotros como un ejercicio piloto en el que creemos que se inician parte de los procesos interculturales, de diálogo, escucha y reconocimiento horizontal en donde la retroalimentación y el diálogo entre diferentes visiones, pero valorados y reconocidos con el mismo respeto, juegan un papel fundamental.

Conformado por 15 capítulos escritos por investigadores participantes del proyecto, principalmente, el libro aborda como eje temático principal el contexto COVID-19 que se ha vivido en las comunidades amuzgas de Guerrero, escuchando las experiencias en torno a los servicios de salud biomédicos (medicina alópata) y prácticas médicas tradicionales; reflexiones a partir del tejido histórico, sociocultural, político y económico que construyen las posibilidades del día a día en la región.

“Vulnerabilidad social de los Amuzgos ante la pandemia por COVID-19 en Guerrero, México” es un trabajo en el que los autores muestran que la

aparición de la pandemia por el nuevo coronavirus es una amenaza real que expone a la población amuzga al contagio del virus y a riesgo de muerte, pero también analizan el impacto económico. Como población indígena de México, los amuzgos viven en condiciones de pobreza y vulnerabilidad que son perjudiciales y desventajosas, ambas tienen amplias repercusiones en las condiciones de vida de las familias. Observan que las medidas de contención y prevención promovidas por el gobierno (uso de cubrebocas, sana distancia, quédese en casa, aislamiento de pacientes) no pueden ser atendidas por la población con carencias sociales. En este caso, los amuzgos no pueden adoptar y comprender la información por la barrera de la lengua entre ellos y el personal de salud.

En “Prácticas preventivas, protectoras y de promoción de la salud ante la COVID-19 entre los *Nn’aⁿncue Ñomndaa*”, los autores discuten cómo es que, en el transcurso del año 2020, la pandemia de la COVID-19 consiguió desconfigurar las dinámicas sociales y económicas en la región de los amuzgos *Nn’aⁿncue Ñomndaa* en el estado de Guerrero, impactando en sus vidas no sólo en el plano individual, sino también en su círculo doméstico inmediato, reflejándose al interior de los procesos familiares. A partir de los usos y costumbres que son transmitidos generacionalmente, observan que emergen saberes que dan cuenta del cómo abordar la presencia de males y enfermedades, conjugándose con conocimientos básicos de autocuidado de la salud, los cuales son compartidos entre sus miembros y en la vecindad de unas familias con otras, sobre el cómo explotar dichos conocimientos para un bien común.

En el trabajo titulado “La economía del cuidado y sostenibilidad de la vida durante el confinamiento por COVID-19 en familias amuzgas de Xochistlahuaca, Guerrero”, la autora indaga y analiza, desde la *economía del cuidado*, las prácticas de sostenibilidad de la vida en cinco núcleos familiares indígenas del municipio de Xochistlahuaca, Guerrero, observadas durante el confinamiento causado por la pandemia. Por un lado, da cuenta del cuidado familiar, la manutención y sobrevivencia económica ante el confinamiento y, por otro, las prácticas de sustentabilidad, el regreso al trabajo agrícola y la producción de traspatio. A partir de allí, señala algunas alternativas fundamentales que tienen arraigo en los territorios históricos indígenas que, desde su perspectiva, serán clave para la sobrevivencia a la pandemia.

Los autores de “Carreras y trayectorias de enfermos COVID-19 *Nn’á^{ncue} Ñomndaa* de Guerrero, México” visibilizan las diferentes realidades en cuanto al acceso y utilización de los servicios de salud, en tanto que podrían ser de tipo diferenciado entre unos individuos y otros, confrontando realidades distintas ante los procesos de salud enfermedad similares, siendo más evidente ante eventos como la reciente epidemia causada por SARS-CoV2 y la aparición de la COVID-19. Señalan que la pandemia puso de manifiesto los contrastes, inequidades y deficiencias de los sistemas de salud. Por ende, se interesan en reflexionar cómo se han valido de distintos recursos en búsqueda de la atención, matizando el hecho del cómo la demanda de los servicios de salud es atenuada por aspectos sociales, económicos, culturales y hasta territoriales de la población indígena *Nn’á^{ncue} Ñomndaa* de los municipios de Xochistlahuaca, Ometepec y Tlacoachistlahuaca, del estado de Guerrero, México.

“Discursos médicos y sus reproducciones entre población *Nn’á^{ncue} Ñomndaa* de Guerrero, México, durante la pandemia de la COVID-19” es un capítulo en el que la autora identifica aquellos discursos médicos emitidos bajo el contexto de la pandemia de la COVID-19 por autoridades oficiales tanto del ámbito nacional e internacional, donde el discurso oficial se liga a la mediación de políticas públicas en materia de salud dirigidas a la mitigación de la COVID-19. Rescata las distintas voces que emergen de las representaciones e imágenes que surgen de los propios actores locales y que integran a la población indígena *Nn’á^{ncue} Ñomndaa*, expresándose en acciones de tipo preventivo, o bien en la búsqueda de la atención (o autoatención) relacionada con la COVID-19. Reflexiona sobre cómo es que se deconstruyen los distintos discursos en diferentes niveles y contextos, tropicalizándose entonces en el ámbito local, e identifica cómo es que las diversas prácticas comunicativas promueven y revalorizan al modelo biomédico, el cual se confronta con los discursos de la medicina tradicional.

En el capítulo titulado “Mujeres amuzgas en la medicina tradicional frente a la COVID-19”, los autores describen y analizan el rol de las mujeres en las comunidades amuzgas, que está intrínsecamente determinado por tareas domésticas, maternas y de comercio. Como consecuencia, el bagaje que ellas tienen acerca de la medicina tradicional es amplio debido a que, cuando alguien del hogar enferma, ellas son las

primeras que atienden a sus pacientes a partir de las enseñanzas heredadas por sus madres y abuelas.

Para evidenciar la dinámica de los médicos tradicionales en el municipio de Xochistlahuaca y su papel ante la COVID-19 en la región amuzga de la Costa Chica de Guerrero, en “Médicos tradicionales en Xochistlahuaca y los retos ante la COVID-19”, los autores se dieron a la tarea de mostrar la importancia de la medicina tradicional como parte de la cultura amuzga, así como las relaciones que se han establecido entre los médicos tradicionales con el Sector Salud en experiencias previas al incorporar aspectos de interculturalidad.

“Límites y alcances de la medicina tradicional: los amuzgos de Guerrero y la COVID-19” es un capítulo en donde los autores reflexionan desde el proceso salud-enfermedad-prevención a partir de la cosmovisión amuzga y su conservación-revalorización en la región y comunidad. Profundizan en la cosmovisión amuzga a partir del cuidado de la salud, distinguiendo la forma en que tratan la enfermedad respecto al concepto que tienen de la sangre y el abordaje que les dan respecto a padecimientos más “comunes”. Se acercan a esa otra manera de tratar la enfermedad con respecto a sus creencias y lo que el amuzgo considera que les afecta en cuanto al mundo inmaterial que los rodea. Al compaginar estas dos visiones, dan cuenta de cómo el curandero trata de aliviar y curar las enfermedades, pero se encuentra con ciertos límites, donde es importante detallar la manera en que pueda surgir el acercamiento a la biomedicina.

“La resiliencia socio-cultural del pueblo amuzgo ante la COVID-19” es un capítulo en donde los autores analizan cómo la pandemia causada por COVID-19 vino a cambiar el escenario global y la forma de enfrentar enfermedades. Observan que ante la crisis sanitaria los pueblos han fortalecido sus redes de solidaridad colectiva y han recurrido a la medicina tradicional como una solución o como paliativo o alternativa a la COVID-19. De esta manera, postulan que la medicina tradicional permite el cuidado de la salud en los territorios, la cual es parte de la identidad cultural y baluarte para vivir y convivir socialmente. Sin embargo, a pesar del rezago histórico, económico y social, la vulnerabilidad a la que están expuestos estos pueblos, son un claro ejemplo de resiliencia y de adaptación frente a la pandemia.

En la contribución a esta obra titulada “El sistema de salud-enfermedad-atención amuzga frente a la COVID-19 y las enfermedades del siglo XXI”, la autora se pregunta acerca de la forma en que la población de los municipios amuzgos de Xochistlahuaca, Tlacoachistlahuaca y Ometepepec respondió a la propagación del coronavirus. La mirada de la autora se centra en la indagación de los modos particulares, enmarcados en su contexto cultural, en que fueron recibidas las estrategias gubernamentales materializadas en disposiciones normativas y acciones de las instancias de salud. En este sentido, la llegada del nuevo coronavirus fue percibida en el marco de las concepciones, experiencias y conocimientos médicos propios de los pueblos amuzgos, lo que determinó respuestas particulares frente a las estrategias gubernamentales y frente a la difusión del propio virus.

En el capítulo titulado “Diagnóstico del sistema de salud en el municipio de Xochistlahuaca, Guerrero, en el contexto de la pandemia por COVID-19”, los autores presentan el análisis de algunos aspectos que son relevantes para el sistema de salud local del municipio de Xochistlahuaca, Guerrero, y valoran su influencia en la respuesta de la población indígena de este municipio. Sin pretender ofrecer un diagnóstico acabado del Sistema de Salud oficial, centran su atención en las articulaciones que se producen entre medicina tradicional, medicina popular y medicina moderna o biomedicina, en sus vertientes pública y privada, conjunto al cual denominan “sistema de salud real”. Este enfoque les permite concluir que ante las limitaciones en la cobertura y la calidad de servicios de salud pública, la atención de la salud de la mayoría de la población recae en los terapeutas tradicionales. Por esta razón la medicina tradicional tiene un rol preponderante en la atención de la pandemia por COVID-19 en los pueblos originarios del municipio.

En “Procesos interculturales, diálogo entre saberes. Medicina tradicional *Nn'a'ncue* *Nomndaa* y sistema de salud occidental en la región amuzga de Guerrero”, los autores reflexionan sobre la importancia que implica partir de los procesos interculturales propiciando un diálogo entre saberes. Es así como analizan, desde una perspectiva socio-antropológica, cómo en la región amuzga de Guerrero se ha venido construyendo un sistema sanitario específico a partir de dos grandes saberes: por un lado, el que corresponde a la medicina propia amuzga desde sus usos, costumbres y creencias y, por otro, el relativo al sistema de salud occidental, basado en

la biomedicina. Asimismo, realizan un ejercicio donde dan cuenta de las tensiones que existen entre estos dos tipos de tratamientos, visibilizando de alguna manera cómo ha sido la relación entre estos dos sistemas en el contexto de la pandemia causada por la COVID-19.

En el capítulo “Interculturalidad como mecanismo para enfrentar la desigualdad Social”, la autora se propone mostrar cómo las prácticas interculturales han coadyuvado en el cuidado de la salud y las acciones que, desde sus saberes comunitarios, herbolarios, de cuidado integral de su salud en el aspecto psico, bio y sociocultural, los ha llevado a posicionarse como un grupo que resiste en la marginación y sobre todo visibiliza la grandeza de su cultura. Aborda la noción de interculturalidad y analiza las prácticas sociales que se han realizado en las comunidades indígenas en pro de la salud de sus ciudadanos y enfrentar al virus a partir del análisis de riesgo.

El autor de “La lógica de la ciencia, la medicina alternativa y el curanderismo durante la nueva normalidad en las comunidades amuzgas de Guerrero” parte del reconocimiento de la negación de los indígenas a las formas de atención y tratamiento médico que se le ha brindado al cuerpo. Cuestiona la mirada positiva y el análisis clínico de la anatomía humana por lo que reconoce la distancia entre una ciencia y otra; observa la ausencia de un diálogo que permita establecer la formación de un mundo del reconocimiento y del saber tradicional en cuyo eje se articula la salud comunitaria. Le interesa apuntar sobre la creación de otras maneras o formas de sanar no sólo el organismo individual, sino también a la comunidad durante la nueva normalidad.

En el capítulo “Articulación digital de los saberes amuzgos y otros saberes como un modo de superar el rezago y la marginación como pueblo originario”, los autores ponen sobre la mesa el papel que juegan las tecnologías de la información, desde mucho antes del surgimiento de la COVID-19 y ahora de manera fundamental, como parte de las estrategias de afrontamiento de la epidemia; sostienen que ha facilitado el estar en contacto tanto a individuos como a poblaciones a lo largo y ancho del planeta. Así, dicen, se abre la posibilidad de la coproducción de saberes, mediados por particulares articulaciones de tecnologías de la información que se potencien de las raíces culturales y den lugar a nuevas visiones sobre un mejor y más saludable vivir en el cambiante contexto actual y futuro cercano.

La diversidad de los enfoques presentes en los trabajos que conforman el libro da cuenta de las múltiples posibilidades y dimensiones que se abren al análisis en una situación peculiar como es la irrupción de una pandemia. La reflexión se ha visto avasallada por las problemáticas relacionadas con la amenaza a la salud provocada por la COVID-19. Pero mucho más allá del ámbito particular, es evidente que prácticamente la totalidad de la vida se ha visto sometida al cuestionamiento acerca del futuro. En los primeros meses llegó a hablarse incluso del derrumbe inevitable de la sociedad capitalista (Žižek, 2020). A un año de distancia queda claro que las relaciones capitalistas no se derrumbarán por sí solas ni por la aparición de un virus, sino por la creación consciente de otro tipo de relaciones sociales. Proceso de creación y no derrumbe, que implica necesariamente la discusión colectiva de los problemas y de las alternativas, cuya búsqueda no puede limitarse a los estrechos marcos de lo existente. Discusión, a su vez, que debe incluir el proceso práctico del reconocimiento de lo que ha sido negado, pero no suprimido, de lo que subsiste como lucha en contra de su propia negación. Y que, en virtud de esta existencia negativa, como resistencia, no puede simplemente ser incorporado en lo existente. Por ello, el reconocimiento de lo negado significa la crisis de lo que existe, el poner en cuestión nuestras certezas y emprender el camino de la construcción de lo nuevo. Los diferentes trabajos han puesto de manifiesto, con diversos énfasis, la urgencia de esta tarea, atizada por la pandemia, pero que ya estaba ahí desde antes, con la amenaza creciente de la destrucción de las condiciones que hacen posible la vida en nuestro planeta. La reflexión, por tanto, no concluye, sino que se encuentra con el desafío de negarse a sí misma y aventurarse por nuevos senderos, más allá de los trillados caminos de una ciencia positiva que se ve cada día más incapaz de responder a las necesidades humanas.

Referencias

- AGAMBEN, G. (2006). *Homo sacer. El poder soberano y la vida nuda I*. Pre-Textos.
- LERÍN P., S. (2004). Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Revista Desacatos* (15-16), 11-125. <http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n15-16/n15-16a7.pdf>.
- MENÉNDEZ, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Revista Alteridades*, 4(7), 71-83. <https://www.redalyc.org/pdf/747/74711357008.pdf>.
- MENÉNDEZ, E. (2015). Las enfermedades ¿son sólo padecimientos?: biomedicina, formas de atención “paralelas” y proyectos de poder. *Revista Salud Colectiva*, 11(3), 301-330. <https://www.scielosp.org/article/scol/2015.v11n3/301-330/es/>.
- Red de Investigaciones Sobre Indígenas Urbanos [RISIU] (2020). *Contribución Continental al Informe del Relator Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas sobre el Impacto de COVID-19 en los pueblos indígenas. Compilación de diecinueve contribuciones de países de Las Américas*. Red de Investigaciones Sobre Indígenas Urbanos RISIU. <https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2020/07/Compilación-Contribuciones-Pa%C3%ADs-19-06-2020-Completo.pdf>.
- VALTIERRA, D. (2012). “Nn’aⁿncue Ńomndaa”. En F. González, H. Santos, J. García, F. Mena y D. Cienfuegos (Coord.). *De la oralidad a la palabra escrita. Estudios sobre el rescate de las voces originarias en el Sur de México* (pp. 321 – 332). El Colegio de Guerrero y Editora Laguna.
- YOUNG, A. (1982). The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11, 257-285.
- ŽIŽEK, S. (2020). Coronavirus es un golpe al capitalismo al estilo de ‘Kill Bill’ y podría conducir a la reinención del comunismo. En G. Agamben, S. Žižek, J. L. Nancy, F. Berardi, S. L. Petit, J. Butler, A. Badiou, D. Harvey, B. C. Han, R. Zibechi, M. Galindo, M. Gabriel y G. Yañez, P. Manrique, P. B. Preciado (Coord.). *Sopa de Wuhan* (pp.21-28). Editorial Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio.

VULNERABILIDAD SOCIAL DE LOS AMUZGOS ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN GUERRERO, MÉXICO

Hilda María Jiménez Acevedo | Néstor Rodolfo García Chong

Introducción

El capítulo analiza la vulnerabilidad social de los Amuzgos de Guerrero, México en tiempo de pandemia por COVID-19. La vulnerabilidad social se construyó a partir de medir el grado de exposición y de fragilidad de la población ante la pandemia considerando la percepción de la población y del personal de salud, así como las condiciones de pobreza y desigualdad social en que viven; lo que permitió determinar las condiciones de riesgo existentes. Se utilizó información obtenida de las entrevistas a diversos actores sociales de la población y del sistema de salud en la región amuzga mediante un proceso de diálogo intercultural, bajo un esquema de investigación horizontal y con una perspectiva socioantropológica. Esta información fue la base para el análisis de la vulnerabilidad por exposición de los amuzgos; así también se consultaron datos estadísticos de fuentes secundarias para medir su vulnerabilidad socioeconómica. Los resultados muestran que existe una alta vulnerabilidad social de los amuzgos de los municipios de Ometepec, Xochistlahuaca y muy alta en Tlacoachistlahuaca por la pandemia de coronavirus, pero también por las condiciones preexistentes de pobreza y desigualdad social en el territorio. Que las vulnerabilidades por exposición y fragilidad crean una condición de riesgo real ya que los impactos sociales y económicos de la pandemia pueden conducir a un desastre. Que la población no puede afrontar ni podrá superar esta crisis sin la intervención del gobierno municipal, estatal y federal, los cuales deben generar estrategias interculturales y establecer un diálogo intercultural con los Amuzgos para aprovechar sus fortalezas, conocimientos, saberes y prácticas en salud, así como sumar a otros actores como la sociedad civil.

Pobreza y vulnerabilidad

La pandemia del coronavirus ha afectado en forma desigual a las personas ricas y a las pobres. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), las medidas de confinamiento revelan más claramente las desigualdades sociales: “La pandemia de la COVID-19 está exacerbando las desigualdades ya existentes: desde enfermar del virus, hasta mantenerse vivo o padecer las dramáticas consecuencias económicas” (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2020, p. 1).

En México, algunos ejemplos de esta desigualdad ante la pandemia son:

1. La gran cantidad de trabajadores en la informalidad; los trabajadores con contratos sin protección social; los trabajadores con salarios bajos; las pequeñas y medianas empresas; los trabajadores autónomos y las personas en situación de vulnerabilidad que no pueden reducir el riesgo de contagio trabajando a distancia.
2. Muchas personas pobres viven en hacinamiento y en ocasiones carecen de servicios públicos como agua y drenaje, por ejemplo.
3. Los niños, jóvenes y quienes trabajan desde su casa en situación de pobreza muchas veces carecen de internet o tienen señal inestable, algunos no tienen equipamiento o deben compartirlo entre varios miembros de la familia e incluso hay quienes no cuentan con servicio de energía eléctrica, lo que limita sus posibilidades de estudio y de trabajo.
4. Las personas en zonas rurales y de difícil acceso también son quienes más carecen de servicios de salud o estos son limitados; enfermarse significa pedir una licencia o dejar de recibir ingresos y acceder a los servicios de salud implicará gastos que muchas veces no pueden realizar quedando expuestos al riesgo de morir. Para los más pobres esto puede ser una situación catastrófica que agudice su situación de vulnerabilidad.

Pobreza y desigualdad social

En México, de acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL, 2016), la población indígena históricamente presenta situaciones acentuadas de pobreza y vulnerabilidad, la cual se encuentra mayormente concentrada en la región sur del país y dos estados de la región centro-norte (Durango y San Luis Potosí) con porcentajes superiores al 80 %.

La población pobre se considera vulnerable ya sea por el nivel de sus ingresos y por las carencias sociales que presentan (rezago educativo, acceso a servicios de salud, seguridad social y alimentación; por la calidad y espacios, así como de los servicios básicos de la vivienda).

Los Amuzgos como población indígena de México viven en condiciones de pobreza y desigualdad social, condiciones perjudiciales y desventajosas en la vida cotidiana de las personas. Tanto la pobreza como la vulnerabilidad son condiciones que repercuten en la vida cotidiana de las familias y la forma en que afrontan situaciones críticas como las enfermedades y la muerte, luego así los efectos de la pandemia de la COVID-19. La estrategia de contención y atención ante la emergencia sanitaria del gobierno federal no contempla la enorme heterogeneidad de las poblaciones y de los territorios. Las entidades del sur concentran mayor porcentaje de población indígena pobre y vulnerable, quienes presentan una importante carencia por acceso a la seguridad social, que es la privación social con mayor incidencia en la población indígena (78.2%) siendo más elevada aún en las localidades rurales (88.2%), según CONEVAL (2019).

Con respecto de las condiciones de pobreza en la población indígena en México, ha sido sistemáticamente mayor a la de la población no indígena. Las brechas entre el bienestar de la población indígena y no indígena en 2018, según el CONEVAL, son similares a las de 2008 con situaciones históricamente acentuadas de pobreza y vulnerabilidad. La distribución territorial del 80% de la población indígena en situación de pobreza se concentra en la región sur del país y dos estados de centro-norte. El 50% de la población indígena reside en localidades rurales menores de 2,500 habitantes, sólo 10% de los indígenas vive en localidades medianas (15,000 a 99,999 habs.) y 20% en localidades grandes

(100,000 y más habs.). En localidades de menos de 2,500 habitantes el 78.7% de la población indígena vive en situación de pobreza. Cerca de uno de cada cuatro personas indígenas se encuentran en situación de pobreza extrema, en contraste con la población no indígena en la que una de cada veinte personas se encuentra en esa situación. La población en esta situación no cuenta con los ingresos suficientes para consumir una canasta alimentaria y presenta tres o más carencias sociales. Más información se aprecia en la siguiente tabla 1:

Tabla 1
Indicadores de pobreza en México de población indígena y no indígena, 2018

INDICADORES	Población No Indígena (miles)	%	Núm. Personas (miles)	Población Indígena (miles)	%	Núm. Personas (miles)
Población total	112,987.1			11,897.1		
Población en situación de pobreza		39.0	44,100.0		69.5	8,400.0
Pobreza moderada		33.7	38,200.0			5,000.0
Pobreza extrema		5.3	5,900.0		27.9	3,400.0
Población ingreso inferior a la línea de bienestar		46.3	52,400.0		71.9	8,700.0
Población ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo		14.3	16,200.0		40	4,800.0
Carencias sociales						
Rezago educativo		15.4	17,400.0		31.1	3,700.0
Acceso a servicios de salud		16.3	18,400.0		15.4	1,900.0
Acceso a la seguridad social		55.1	62,200.0		78.2	9,400.0
Acceso a calidad y espacios de la vivienda		19.2	21,700.0		31.5	3,800.0
Acceso a servicios básicos en la vivienda		9.2	10,400.0		28.5	3,400.0
Acceso a la alimentación		15.7	17,800.0		57.6	6,900.0

Nota. Elaboración propia a partir de datos CONEVAL 2019.

La población indígena presenta un mayor porcentaje de población en cinco de las seis carencias sociales en comparación con la población no indígena. La población con ingreso inferior a la línea de bienestar, calculada a partir del costo en la canasta alimentaria más la no alimentaria (los gastos mínimos en bienes y servicios), que en la población indígena es del 71.9%, en contraste con la población no indígena de 46.3%; la

población con ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo (costo de la canasta alimentaria), es del 14.3% mientras que la población indígena se eleva a 40% llegando en localidades rurales al 52.6%. Finalmente, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) señala que el coeficiente de Gini ha disminuido entre 2008 y 2018 tanto en la población indígena como no indígena, excepto en zonas rurales indígenas donde aumentó la desigualdad económica entre 2016 y 2018, (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2019).

Las desigualdades sociales determinan las condiciones de salud y el poder económico de las personas que son más agudas en poblaciones indígenas. Para las familias vulnerables económica y socialmente, afrontar y recuperarse después de una crisis puede ser un proceso lento y difícil, a veces interminable pudiendo convertirse en verdadero desastre. El lugar donde se vive también es un determinante para la exposición a mayores riesgos tanto naturales como antropogénicos, decisivos para su desarrollo social.

Preguntas ¿Cuáles son los determinantes de la vulnerabilidad social de los Amuzgos? ¿Qué nivel de vulnerabilidad existe para enfrentar a la COVID-19?

La vulnerabilidad

El término de vulnerabilidad ha sido estudiado desde la antropología, la sociología, la ecología política, las geociencias, la ingeniería y la psicología (Alwang, 2001; Cardona, 2004; Hannigan, 1995; Hoffman y Smith, 1999; Thywissen, 2006). Existen algunos aspectos comunes tales como el riesgo, el estrés, la susceptibilidad, la capacidad de adaptación y de resiliencia, de donde se tienen las siguientes asociaciones:

- a) Vulnerabilidad y riesgo. Que considera los elementos vinculados con las amenazas tanto de origen físico (sequías, terremotos, inundaciones o enfermedades) como amenazas antropogénicas (contaminación, accidentes, hambrunas, guerras y conflictos o pérdida del empleo) (Ruíz, 2011; Blaikie et al, 1996, Moser, 1996).

- b) Vulnerabilidad social/económica. Que considera elementos que afectan a la persona, al hogar o la comunidad, y se vinculan con amenazas específicas por una situación de pérdida (de la salud, del trabajo/ingreso, de las capacidades básicas, del proveedor/cuidador, de los bienes productivos, naturales o materiales, etc.) (Alwang *et al.*, 2001).
- c) Vulnerabilidad y temporalidad. Que considera las condiciones que tiene la persona, el hogar o la comunidad *antes* de enfrentar una situación de estrés, las cuales determinarán su mayor o menor susceptibilidad para sufrir daños o pérdidas específica; así como los procesos que definen para superar los daños o pérdidas después de ocurrido un evento de estrés, los cuales dependerán de sus capacidades y posibilidades de ajuste o reparación (Watts y Bohle, 1993; Fraser, 2003; Busso, 2005; Blaikie et al, 1996).

Esto significa que la vulnerabilidad es tanto una situación como un proceso multidimensional y multicausal donde convergen simultáneamente la exposición a riesgos, la capacidad para responder ante una crisis y la forma de adaptación de las personas, los hogares y/o las comunidades. Es decir, que la vulnerabilidad incluye “la exposición a riesgos sociales y naturales que pueden afectar negativamente ingresos, consumos y otras dimensiones de bienestar material y no material de la población” (Busso, 2005, p. 16), los cuales determinan las capacidades de las personas para responder y reponerse ante una situación de emergencia/desastre tanto para resistir como para recuperarse del impacto (capacidad de resiliencia).

El nivel de vulnerabilidad está determinado por factores asociados al modelo de desarrollo como: la disponibilidad y fragilidad de los medios de subsistencia, la sobrepoblación, la cultura, la organización social, la percepción social frente a los riesgos, la capacidad institucional, el equilibrio ambiental, la capacidad de prevención, respuesta o recuperación, entre otros aspectos (Blaikie *et al.*, 1996; Vera y Albarracin, 2017). La vulnerabilidad depende de tres factores principales: la exposición ante amenazas naturales, socio naturales o antrópicas (ecosistemas, población, infraestructura y sistemas productivos); la sensibilidad o fragilidad de los elementos expuestos (físicos, socioeconómicos y ambientales) y la capacidad de adaptación o recuperación (ahorro y transferencia del

riesgo, capacidad de endeudamiento, gobernabilidad, planes de: emergencia, de orientación y manejo del territorio y de adaptación al cambio climático) (Vera y Albarracin, 2017). La vulnerabilidad es “la inseguridad del bienestar de las personas, los hogares o las comunidades frente a un entorno cambiante” (Moser, 1996, p. 2).

Para Allan Lavell (2007), la vulnerabilidad social está determinada por las características o circunstancias de las dinámicas comunitarias y generan condiciones de riesgo, mismas que ante la presencia de una amenaza o peligro pueden desencadenar en una situación de desastre. Por su parte, Blaikie *et al.* (1996) hablan de la creación del riesgo a partir de 3 aspectos: 1) las causas de fondo (acceso limitado a poder, a estructuras, a recursos, a sistemas políticos y económicos); 2) las presiones dinámicas (falta de instituciones locales, entrenamientos y habilidades, inversiones locales y a macro fuerzas demográficas, de urbanización y daño ambiental) y 3) las condiciones de inseguridad (fragilidad local del ambiente físico, de la economía y la sociedad vulnerable). Estos tres producen la vulnerabilidad social. Hay una coincidencia con Lavell en que el riesgo o vulnerabilidad social cuando se combinan con una amenaza o peligro pueden desencadenar en un desastre, debido a que la población local no cuenta con las condiciones y capacidades para afrontar una crisis y salir de ella o recuperarse en el menor tiempo.

En el análisis realizado para el caso de los amuzgos y la COVID-19, la vulnerabilidad social se analiza a partir de las condiciones de exposición y fragilidad existentes, donde las dimensiones de la pobreza tienen mucho peso en los riesgos que enfrentan los amuzgos como aspectos socioeconómicos y culturales vinculados con la emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia de COVID-19. Preguntas: ¿cuáles son los factores que conforman la vulnerabilidad social de los amuzgos ante la COVID-19? ¿Cuáles son los riesgos en tiempos de la COVID-19 y después?

La vulnerabilidad social de los Amuzgos en tiempos de COVID-19

El estado de Guerrero tiene 36 municipios (13%) con muy alto grado de marginación¹ según el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2016). La medición de la pobreza 2019 del CONEVAL indica que: el 66.5% de su población está en situación de pobreza, entre los cuales el 26.8% vive en pobreza extrema; el 3% presenta vulnerabilidad por ingresos y el 23.2% vulnerabilidad por carencias sociales y sólo el 7.3% de la población no es pobre ni vulnerable. La población está distribuida 58% en zonas urbanas y 42% rurales. En Guerrero hay 456 800 personas de 5 años y más que hablan lengua indígena, representando cerca del 15% de la población.

La región amuzga se asienta en territorio de clima cálido subhúmedo (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2010) y son aproximadamente 50 000 habitantes. En este estudio se analiza la vulnerabilidad social asociada con la pandemia por COVID-19 en tres municipios: Ometepec (30.08%), Xochistlahuaca (92%) y Tlacoachistlahuaca (80%).

La vulnerabilidad social se estimó analizando la construcción del riesgo, relacionado con la probabilidad de eventos críticos, íntimamente relacionadas con los efectos de la pandemia COVID-19 y a las condiciones socioeconómicas preexistentes en el territorio. Los efectos sociales y económicos ya se perciben, pero pueden agudizarse y convertirse en un desastre en el corto y mediano plazo. Para determinar la vulnerabilidad social se consideraron factores y características (internas y externas) que interactúan y convergen en Ometepec, Xochistlahuaca y Tlacoachistlahuaca conformando un sistema dinámico; los factores para la vulnerabilidad social (Vera y Albarracín, 2017) que construyen riesgos (Blaikie *et al.* 1996 y Lavell, 2007) que ante una amenaza o peligro se pueden convertir en desastre. A continuación, se muestran los elementos de la vulnerabilidad social de los amuzgos, imagen 1:

¹ El índice de marginalidad es un indicador multidimensional mide la intensidad de las privaciones padecidas por la población con nueve formas de exclusión agrupadas en cuatro dimensiones: educación, vivienda, distribución de la población e ingresos monetarios. Su medición la hace el CONAPO.

Imagen 1

Factores de la vulnerabilidad social de los Amuzgos de Guerrero frente a la COVID-19



Elaboración propia a partir de Blaikie *et al.*, 1996; Vera y Albarracín 2017 y Lavell 2007.

La imagen 1 muestra la exposición y fragilidad a que están expuestos los Amuzgos que determinan su vulnerabilidad creando condiciones de riesgo el cual se incrementa por las limitaciones para afrontarlo y dar una respuesta de mitigación y de recuperación. La amenaza son los efectos económicos y sociales de la pandemia de coronavirus (que sigue activo y mutando, hoy en una tercera cepa con mayor rapidez de contagio). El desastre o momento de crisis sería la profundización de las condiciones de pobreza para los Amuzgos, quienes ya perciben el impacto.

Se calculó la vulnerabilidad por exposición (VE) a partir de los criterios propuestos por Vera y Albarracin (2007):

$$VE = \frac{VEPV + VEE + VEISS + VESEP + VEI}{5}$$

Donde:

VEPV = vulnerabilidad por exposición de la población al virus COVID-19

VEE = vulnerabilidad por exposición al ecosistema

VEISS = vulnerabilidad por exposición a la infraestructura y servicios de salud

VESE = vulnerabilidad por exposición a los sistemas económico

VEI = vulnerabilidad por exposición a información

La escala de valoración se determinó como: bajo 1, medio 2 y alto 3. La siguiente tabla 2 muestra el resultado de la vulnerabilidad por exposición:

La tabla 2 muestra que la vulnerabilidad por exposición de los amuzgos es de 2.4 puntos. Los mayores riesgos (rojos) se reflejaron en la vulnerabilidad por exposición a la infraestructura y servicios de salud, la infraestructura y los servicios son limitados con respecto al tamaño de la población; existen 15 Casas de Salud que no tienen ni personal ni equipamiento y están en localidades pequeñas y lejanas.

Los centros de salud atienden a pacientes de su área de influencia, lo que lastima a las comunidades es que es nomás un turno, el turno matutino de 8 a 15:30 horas o a 16:00 horas "...cuando son pacientes que vamos a trasladar necesitamos estabilizarlos, iniciamos tratamiento, con oxígeno y se traslada a Ometepe... no podemos hospitalizar un paciente 8 horas o un día porque infraestructuralmente no estamos en condiciones, una

Tabla 2
La vulnerabilidad por exposición de los Amuzgos de Guerrero

Tipo	Valor	Semáforo	Consideraciones
VEPV	2	Amarillo	Exposición al contagio por COVID19, especialmente embarazadas, población mayor de 60 años (8.46%), población con obesidad (29.2%), diabetes mellitus (9.9%), hipertensión (14.7%). ¹
VEE	2	Amarillo	Clima cálido subhúmedo, Región Costera. Los climas cálidos reducen el tiempo de vida del virus en superficies. ²
VEISS	3	Rojo	Las Unidades de Salud locales presentan patologías de algún tipo, son provisionalmente funcionales y muchas están en proceso de reparación. Hay un Hospital Básico Comunitario (Cozoyoapan), con servicio de 24 horas, 13 médicos y 32 enfermeras; servicios de urgencias y hospitalización, traslado, consulta de medicina general (3 consultorios), laboratorio de análisis clínico (para COVID los análisis de laboratorio se mandan al otro municipio con Hospital Regional), ultrasonido, consulta dental, consulta de ginecología, consulta psicológica, un módulo de enfermedades respiratorias, una farmacia, tiene 8 camas para hospitalización, 4 camillas para urgencias y una ambulancia. Hay 6 Centros de Salud (comunidades Cozoyoapan, Guadalupe Victoria, Arroyo Grande, Los Liros, La Soledad y El Carmen), operan con 7 médicos generales, 8 enfermeras, 2 traductores temporales y 1 técnica (TAPS); Tienen consultorios, 2 camas, área de atención y área de archivo cada uno. Hay 3 Unidades Móviles (Caravanas de la salud) que operan con 6 médicos, 3 odontólogos, 3 enfermeras y 3 promotores. Hay 15 Casas de la Salud en localidades y un Centro de Desarrollo de Medicina Tradicional (Cozoyoapan) sin personal médico ni equipamiento. Todos los sospechosos se envían al Hospital BC. ³
VESE	3	Rojo	Sistema económico de bajos ingresos. Producción del campo tipo familiar de autoabasto, artesanías de baja escala, como actividad económica preponderante de las mujeres. Otras actividades como obreros, jornaleros, taxistas y comerciantes. ⁴
VEI	2	Amarillo	Dispersión poblacional y baja densidad poblacional en localidades. Población indígena (64.7%), no todos hablan español. Cohesión social. Práctica extendida de la medicina tradicional amuzga con amplia aceptación y percepción de funcionamiento adecuado. ⁵ Información general y comunicación para conocer y crear consciencia sobre los riesgos reales y la prevención de contagios barrera de la lengua, insuficiente personal de salud y rumores falsos. ⁶
TOTAL	2.4	Amarillo	

Nota: Elaboración propia: 1, INEGI, Encuesta Intercensal (2015); 2, Kim, 2020; 3, Testimonio médico Hospital Básico Comunitario Xochistlahuaca; 4, INEGI, Encuesta Intercensal (2015); 5, entrevistas a la población y 6, INEGI, Encuesta Intercensal (2015).

porque tenemos un tanque adaptado de oxígeno y lo estamos canjeando, pero no dura al día... Nuestro hospital de apoyo es de Ometepec”. Si en Ometepec no pueden pues en Acapulco. (César Pablo García, director del Hospital Básico Comunitario de Xochistlahuaca, Cozoyoapan, 20/09/2020)

Con respecto a la vulnerabilidad por exposición a los sistemas económicos, el tipo de actividades productivas y económicas mayormente son de bajos ingresos. Los agricultores y los artesanos se han afectado por una reducción en la dinámica de intercambio regional y estatal, por ejemplo, el siguiente testimonio con respecto del cierre del tianguis artesanal:

Desde que salió esa enfermedad hasta ahora no he salido a vender... yo busco la manera de cómo vender, aunque sea una pieza y así andábamos, una pieza al mes, dos piezas al mes... Marzo no vendí nada, abril tampoco, mayo sí, junio, julio, aunque sea una pieza. (Artesana, Xochistlahuaca, 22/09/2020)

El riesgo medio (amarillo) muestra que existe vulnerabilidad por exposición a vulnerabilidad de la población al virus COVID-19, a los ecosistemas y a la información. La exposición al virus es una realidad y si bien ha tenido una baja intensidad y letalidad, es importante tener todos los cuidados preventivos, particularmente las personas con mayor vulnerabilidad. En el caso de las zonas rurales; en el primero se debe trabajar para mitigar los riesgos y en el segundo para ampliar las capacidades humanas, sociales, productivas y de desarrollo para aumentar la resiliencia. El resultado muestra que los amuzgos tienen un nivel de vulnerabilidad por exposición medio y alto, existen factores de riesgo y peligro combinados con poca capacidad de adaptación y respuesta o resiliencia de los habitantes ante amenazas y eventos perturbadores.

Ahora se presenta la vulnerabilidad por fragilidad de los Amuzgos determinada por las susceptibilidades y condiciones socioeconómicas preexistentes a la pandemia que construyen, en parte, el riesgo e inseguridad de la población y que pueden agudizarse y provocar un desastre ante la amenaza por el impacto de tener enfermos complicados o fallecimientos en la familia, endeudamientos y la pérdida del empleo o los ingresos. La VF se calculó a partir de datos de la medición de la pobreza y desigualdad municipal 2016 del CONEVAL (los ingresos y con las carencias sociales), donde Muy Alta son más de 4 carencias promedio; Alta, de 3 a 3.9; Media, de 2 a 2.9 y Baja de 1 a 1.9:

Tabla 3
La vulnerabilidad por fragilidad de ingresos y carencias sociales de los Amuzgos

Indicadores de vulnerabilidad por fragilidad de ingresos para el bienestar social (VFI)	Ometepec				Xochistlahuaca				Tlacoachistlahuaca			
	Población total	%	Núm. personas (miles)	Carencias promedio	Población total	%	Núm. personas (miles)	Carencias promedio	Población total	%	Núm. personas (miles)	Carencias promedio
Población ingreso inferior a la línea de bienestar	78,919	70.1	55,345	3.2	29,172	91.5	26,706	3.4	23,027	91.9	21,151	3.9
Población ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo		31.5	24,857	3.4		64.4	18,784	3.5		70.8	16,294	4
TOTAL, VFI	ALTA 3.3				ALTA 3.45				MUY ALTA 3.95			
Indicadores de vulnerabilidad por carencias sociales												
Rezago educativo		23.9	18,825	3.9		46.7	13,634	3.9		45.9	10,577	4.4
Acceso a servicios de salud		18.3	14,454	3.8		9.5	2,758	4.2		24.5	5,648	4.8
Acceso a la seguridad social		83.5	65,892	3.1		92.3	26,935	3.4		90.7	20,893	3.9
Acceso a calidad y espacios de la vivienda		36.5	28,826	3.9		50.5	14,724	3.9		67.1	15,459	4.3
Acceso a servicios básicos en la vivienda		73	57,601	3.3		91.4	26,676	3.5		89.8	20,670	4
Acceso a la alimentación		53.6	42,282	3.6		39.5	11,521	4		58.3	13,415	4.3
TOTAL, VFA	ALTA 3.6				ALTA 3.8				MUY ALTA 4.28			

Nota. Elaboración propia a partir de datos CONEVAL, (2016).

$$VJ = \frac{VFI + VFCS}{2}$$

Dónde:

VFI = vulnerabilidad por fragilidad de ingresos

VFA = vulnerabilidad por fragilidad de carencias sociales²

Estos datos nos permiten ver que existe una Alta y Muy Alta vulnerabilidad por fragilidad asociada a los bajos ingresos para el 70% de la población, pero particularmente para quienes están por debajo de la línea de bienestar y no alcanzan a cubrir el costo de la canasta alimentaria; riesgo de perder el empleo o los ingresos, adquirir deudas o pérdida de activos para cubrir gastos catastróficos de salud (traslados, estancia, medicamentos, alimentos, renta de oxígeno). Igualmente, la VF es de Alta a Muy Alta por el promedio de las carencias sociales que limitan el bienestar social y las posibilidades de mitigar el riesgo de contagio por COVID-19 como el aislamiento y la alimentación especial de los enfermos; el lavado frecuente de manos y manejo de desechos y quedarse en casa. Los tres municipios tienen VF, pero el mayor riesgo lo tiene la población de Tlacoachistlahuaca.

La vulnerabilidad social de los amuzgos es entonces un riesgo presente en el territorio estudiado y los efectos de la pandemia por el virus COVID-19, tanto en lo social como en lo económico, pueden desencadenar una situación de desastre para las familias pobres que son en promedio el 84.2% de la población y mayormente para los pobres extremos que son el 47.8%. Hasta ahora las intervenciones de las autoridades municipales se han orientado a apoyar a las brigadas de salud (prestando espacios, facilitando traductores, con personal de seguridad pública, traslado de personas). El gobierno estatal y federal ha mandado algunos apoyos como parte de los programas sociales, pero no se conocen estrategias claras y concretas interculturales para ayudar a mitigar los impactos de la pandemia en las familias afectadas por enfermedad o fallecimientos y la pérdida de empleos, la caída de ventas de artesanías

² Los seis indicadores de carencias sociales son parte de la medición multidimensional de la pobreza en México: rezago educativo; acceso a los servicios de salud; acceso a la seguridad social; calidad y espacios de la vivienda; acceso a los servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación.

y productos del campo y la dinámica comercial en general por la disminución de la movilidad.

El Doctor Kim Woo Joo³ (2020), especialista en coronavirus, señaló que existen cuatro factores determinantes en la pandemia que afectan al mundo y sirven para discutir lo analizado anteriormente:

La amenaza del SARS-Cov2, que es la causa de la pandemia, el virus actualmente presenta tres cepas debido a la mutación de este, que ahora tiene mayor velocidad de propagación. Apenas están apareciendo los primeros casos en América, pero esta situación que debe poner en alerta para que se preparen las autoridades de los tres niveles de gobierno y todos los sectores especialmente el de salud.

La población humana, que es el huésped del virus, su comportamiento es fundamental en el control de la pandemia a través de reducir o evitar la propagación. Por ello, debe estar perfectamente bien informada y consciente de los riesgos y su responsabilidad para protegerse y proteger a su familia y entorno, especialmente los más vulnerables; información y comunicación en todas las lenguas y por todos los medios. Aprovechar todos los conocimientos y sumar a todos los actores que tienen algo que aportar como los médicos tradicionales. Estar preparados puede evitar mayores afectaciones al bienestar ya precario de los amuzgos.

El clima, la llegada del invierno con temperaturas menores a 40 C y niveles de humedad entre 20 y 30% tienen un efecto depresivo sobre el sistema inmunológico de la población y, en consecuencia, mayor incidencia de enfermedades respiratorias. Este ambiente extiende, además, la vida del virus en las superficies por varias semanas (en verano vive cerca de 4 horas) y las personas realizan más actividades en espacios cerrados. El clima, la dispersión y la densidad poblacional en las localidades han ayudado a reducir los contagios, pero el riesgo sigue siendo una realidad y puede aumentar con la llegada de la nueva cepa.

El gobierno implementó una serie de medidas preventivas y precautorias para controlar la propagación del virus (uso de mascarillas, lavado de manos, distanciamiento social, lavado de manos y uso de gel antibacterial, ventilación y sanitización de espacios y superficies, etc.),

³ Profesor de Enfermedades Infecciosas en el Hospital Guro de la Universidad de Corea del Sur y especialista en coronavirus, el 23 de diciembre del 2020.

pero también debe tener un claro y fuerte liderazgo, tener alternativas y estrategias concretas de carácter intercultural para apoyar, cuidar y focalizar acciones a favor de los más pobres y vulnerables que ya viven una situación precaria y pueden enfrentar una situación de desastre si se agudiza la crisis económica.

Estos cuatro factores presentan una interacción entre sí, sin embargo, ni la amenaza ni el clima pueden controlarse, pero el comportamiento y participación activa y consciente de la población sí, así como la participación de los gobiernos con medidas preventivas y de apoyo que lleguen a todos, principalmente a los más vulnerables y pobres como son los pueblos originarios o indígenas.

Conclusiones

Los resultados muestran que existe una alta vulnerabilidad social de los amuzgos de los municipios de Ometepec, Xochistlahuaca y muy alta en Tlacoachistlahuaca por la pandemia de coronavirus, pero también por las condiciones preexistentes de pobreza y desigualdad social en el territorio. Las vulnerabilidades por exposición y fragilidad han creado una condición de riesgo real que los impactos sociales y económicos de la pandemia pueden encaminar a un desastre. La población no puede afrontar ni podrá superar esta crisis sin la intervención de los gobiernos municipales, estatal y federal; los cuales deben generar estrategias interculturales y establecer un diálogo intercultural con los Amuzgos para aprovechar sus fortalezas, conocimientos, saberes y prácticas en salud, así como sumar a otros actores como la sociedad civil. Entre las interrogantes están ¿cómo ayudar al aislamiento de los enfermos de familias con falta de espacio? ¿Cómo apoyar la disposición de agua para consumo, limpieza y lavado de manos? ¿Cómo facilitar albergue y comida a familiares de los hospitalizados foráneos? ¿Cómo apoyar la producción y comercialización de productos del campo y artesanías para generar ingresos?

Es necesario arraigar la cultura de la prevención y el autocuidado de la salud hoy y en lo subsecuente, considerando que el acceso a los servicios de salud es limitado. Se ha visto que parte de la población no actúa como debiera ser, ya que al ciudadano promedio le es difícil

comprender la importancia de su comportamiento en la reducción del riesgo de contagio, pero es más difícil dialogar si no se habla la misma lengua. Los gobiernos, por su parte, no han ejercido el liderazgo que deben ni realizan presión para que se cumplan las medidas preventivas, en parte por el temor a los efectos en la economía y las elecciones, pero tampoco tienen propuestas concretas para mitigar los efectos de la pandemia. La población y los grupos no son vulnerables siempre ni lo son por sí mismos; lo son porque los gobiernos y la sociedad han generado y permitido esta condición, ya sea por discriminación y/o porque la política pública no ha sido capaz de garantizar la igualdad social por medio de cambios estructurales reales.

Referencias

- ALWANG, J., Siegel P. y Jorgensen, S. (2001). *Vulnerability: a view from different disciplines*. Social Protection Discussion Paper, Banco Mundial Washington. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/636921468765021121/pdf/multi0page.pdf>
- BLAIKIE, P.T., Cannon, I. D. y Wisner, T. (1996). *Vulnerabilidad. El entorno social político y económico de los desastres*. Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina. <https://www.desenredando.org/public/libros/1996/vesped/>
- BUSO, G. (2005). *Pobreza, exclusión y vulnerabilidad social. Usos, limitaciones y potencialidades para el diseño de políticas de desarrollo y de población* [Archivo PDF]. <https://www.redaepa.org.ar/jornadas/viii/AEPA/B10/Busso,%20Gustavo.pdf>
- CARDONA, O.D., Hurtado, J. E., Duque, G., Moreno, A., Chardon, A.C., Velásquez, L.S. y Prieto, S.D. (2004). *Dimensionamiento relativo del riesgo y de la gestión: Metodología utilizando indicadores a nivel nacional*. Programa BID/IDEA de Indicadores para la Gestión de Riesgos, Universidad Nacional de Colombia, Manizales. <http://idea.unalmzl.edu.co>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL] (2016). *Medición de la pobreza*. https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/AE_pobreza_municipal.aspx

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CON-EVAL] (2019). *La pobreza en la población indígena de México, 2008 – 2018*. [Archivo PDF]. https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/Pobreza_Poblacion_indigena_2008-2018.pdf
- Consejo Nacional de Población [CONAPO]. (2016). *Listado de municipios con grado muy alto de marginación*. [Archivo PDF] <https://repositorio-documental.ine.mx/xmlui/bitstream/handle/123456789/93949/CGex201711-08-ap-unico-a1.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- FRASER, E. (2003). Vulnerabilidad social y fragilidad ecológica: la construcción de puentes entre las ciencias sociales y naturales utilizando la hambruna irlandesa de la papa como estudio de caso. *Ecología de la conservación* 7(2), 1–9. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3890083&pid=S0188-4611201200010000600027&lng=es
- HANNIGAN, J. (1995). *Sociología Medioambiental. Una perspectiva social construccionista*. Routledge.
- HOFFMAN, S. y Smith O. A. (1999). Antropología y la Tierra enojada: una descripción general. En Oliver Smith, A. y S. Hoffman (eds.) *La Tierra enojada. Desastre en perspectiva antropológica*, Routledge, 1-16.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información [INEGI]. (2010). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2010*. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2010/>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información [INEGI]. (2015). *Encuesta Intercensal 2015*. <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>
- Asian Boss Español. (29 diciembre 2020). *Le preguntamos al experto en COVID-19 más famoso de Corea por qué el virus sigue empeorando*. [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=Dw5X5VzkLic>
- LAVELL, A. (2007). *Apuntes para una reflexión institucional en países de la Subregión Andina sobre el enfoque de la Gestión del Riesgo*. Proyecto Apoyo a la Prevención de Desastres en la Comunidad Andina – PREDECAN. Secretaría General de la Comunidad Andina – SGCAN.

- MOSER, C. (1996). *Enfrentando la crisis: resumen de las respuestas de los hogares a la pobreza y la vulnerabilidad en cuatro comunidades urbanas pobres. Serie Ciencias Políticas y Económicas*. Edit. Washington: World Bank.
- Noticias ONU. Mirada global Historias Humanas. (30 de marzo 2020). *El coronavirus revela con crudeza las desigualdades y puede agravarlas*. <https://news.un.org/es/story/2020/03/1471982>
- RUIZ, N. (2011). La definición y medición de la vulnerabilidad social. Un enfoque normativo. *Investigaciones Geográficas*, (77). 63-74. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-46112012000100006
- THYWISSEN, K. (2006). Terminología básica de la reducción de desastres: un glosario comparativo. En Birkmann, J. (ed.), *Midiendo la vulnerabilidad a los peligros naturales. Hacia sociedades resilientes a los desastres*. (pp. 448–496). Universidad de las Naciones Unidas.
- VERA RODÍGUEZ, J. M., y Albarracín Calderón, A. P. (2017). Metodología para el análisis de vulnerabilidad ante amenazas de inundación, remoción en masa y flujos torrenciales en cuencas hidrográficas. *Ciencia E Ingeniería Neogranadina*, 27(2), 109-136. <https://doi.org/10.18359/rcin.2309>
- WATTS, M.J y Bohle, H.G. (1993). El espacio de la vulnerabilidad-la estructura causal del hambre y la hambruna. *Progress in Human Geography*, 17(1), 43–67. <http://dx.doi.org/10.1177/030913259301700103>

PRÁCTICAS PREVENTIVAS, PROTECTORAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD ANTE LA COVID-19 ENTRE LOS *NN'á'ncue Ñomndaa*

María Guadalupe Ramírez Rojas | Francisco Antonio Ramírez Rojas

Introducción

En el presente capítulo discutimos cómo la pandemia de COVID-19 consiguió alterar las dinámicas individuales, familiares, sociales y económicas de los *Nn'á'ncue Ñomndaa* de los municipios de Xochistlahuaca, Ometepec y Tlacoachistlahuaca, en el estado de Guerrero, en el transcurso de 2020. En estas comunidades la familia es la estructura social básica de la organización social, y nos remite forzosamente a mirar el papel que ejerce en diversas dinámicas que son procesadas en su interior, bien sea guiando la toma de decisiones alusivas a las actividades económicas y educativas de sus miembros, o bien en cómo organizarse ante la adversidad, por ejemplo, con la llegada de una nueva enfermedad que trasciende al ámbito familiar y que se replica en lo colectivo; como es el caso de la pandemia de la COVID-19.

En la vida cotidiana, los trazos en común delinear la identidad de los pueblos indígenas; conformado en su cuerpo de creencias y prácticas que ilustran los marcos explicativos que integran su cosmovisión (Zolla y Zolla, 2018), relativas a su concepción del universo que, a partir de su convivencia con sus entornos, constituyen su realidad y dan cuenta del cómo cohabitan con el medio que les rodea. Esta circunstancia ha permitido a los distintos pueblos indígenas identificar la coexistencia de entes con rasgos benevolentes o bien de condiciones infrahumanas de tipo dañino, o atribuir a objetos de la naturaleza propiedades ya beneficiosas o nocivas, en ambos casos, producto de su interpretación y valoración como parte de una colectividad. Tanto de prácticas y creencias derivan o se explican sus usos y costumbres en los que subyace un saber ancestral al que, con el tiempo, se van integrando nuevos conocimientos. En la vida familiar ese

saber ancestral y los nuevos conocimientos sustentan las decisiones relativas, por ejemplo, a la atención de los enfermos.

Es la misma familia quien explota, por tanto, las prácticas y costumbres que conforman su cosmovisión y que dan la pauta en torno a la asistencia del enfermo, ubicándose como representaciones de este sistema de creencias e incorporando elementos que podríamos delimitar como prácticas preventivas, dirigidas a evitar la aparición de una determinada entidad patológica y planteadas con un marco lógico dentro de medidas de autocuidado de la salud o bien de carácter protector, cimentadas en la ritualidad donde invocan la concurrencia de entidades que impiden la influencia de fuerzas malignas o la aparición de males existentes dentro del repertorio de padecimientos existentes en su cosmovisión.

Entre la práctica de lo protector y lo preventivo aparecen las voces de la promoción, haciendo alusión y difusión de usos y costumbres, ya bien sean estas planteadas por el sistema de creencias o por actitudes y hábitos fundamentados en la participación del cuidado individual y familiar, adquiridos por procesos vinculados a la educación de la salud, ya sean estos fomentados desde el ámbito escolar, laboral o bien incorporados en su concurrencia con los servicios de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la promoción de la salud¹ como aquellas intervenciones sociales y ambientales dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas; es decir, que buscan proteger la salud mediante el concurso de acciones preventivas (OMS, 2016a). En el siglo XIX la identificación de agentes infecciosos —y de las medidas básicas de higiene y nutrición necesarias para limitar su propagación—, permitió determinar acciones que debían aplicarse en los ámbitos individual y familiar. Dichas acciones se promueven en la consulta médica y se generalizan en la colectividad con el apoyo de actividades conducidas en los entornos comunitarios, las cuales constituyen el eje del quehacer preventivo de la salud pública (Álvarez y Kuri, 2012).

De acuerdo con la Ley General de Salud (LGS), son materia de salubridad general todas aquellas acciones que previenen y controlan las

¹ La OMS reconoce que la educación en salud es clave para la difusión de herramientas y conocimientos relativos al bienestar y la salud. Con ellos, los individuos y sus familias disponen de más información para tomar decisiones para el cuidado de su salud.

enfermedades transmisibles. Se incluyen entre ellas las dirigidas a la protección social de la salud –tales como la educación para la salud– y al control sanitario y la sanidad internacional, por citar algunas de las enumeradas en dicha ley (Ley General de Salud, 2020). La LGS señala, en su artículo primero, que tiene por objeto garantizar el acceso universal a los servicios de salud, derecho asentado en la Constitución (Ley General de Salud, 2020; Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2020). Así, se emiten políticas en salud para el bienestar individual y social, tales como la educación en salud y nutrición, muchas de las veces considerando la cosmovisión de los pueblos a los que se dirigen.

En este capítulo describimos las prácticas protectoras con las que las familias *Nn'a^{ncue} Nomndaa* han enfrentado la pandemia de COVID-19, considerando las prácticas y saberes que sustentan su sistema de creencias, a partir del cual tratan de comprender un padecimiento de novedosa aparición. El capítulo consta de tres apartados: el primer apartado describe la metodología empleada. El segundo expone los resultados, donde nos permitimos reproducir diversos discursos selectos emitidos por actores clave de la comunidad *Nn'a^{ncue} Nomndaa*, en los que mencionan sus recursos terapéuticos para protegerse ante la pandemia y para promover la salud. En el tercer comentamos, a manera de conclusión, los retos de la población frente a la pandemia de la COVID-19.

Apartado metodológico

Optamos por un abordaje empírico exploratorio apoyado de metodología cualitativa con el fin de identificar y analizar las prácticas de la población *Nn'a^{ncue} Nomndaa* de Guerrero para evitar la COVID-19. Nos servimos de información primaria de los proyectos *Diálogos intercienias en sistemas tradicionales de salud para la prevención, enfrentamiento y resiliencia de los Nn'a^{ncue} (Amuzgos) ante la COVID-19* y *Los amuzgos de Guerrero ante la COVID-19: enfrentamiento de la fase 3 y el reforzamiento sanitario, económico, social, familiar y político pospandemia*, proyectos desarrollados en Xochistlahuaca, Ometepec y Tlacoachistlahuaca durante el segundo semestre del 2020. Principalmente nos apoyamos de la información constituida por entrevistas a profundidad y semiestructuradas

realizadas a actores clave en la población *Nn'aⁿncue Nōmndaa* (población en general, proveedores de servicios de salud, terapeutas tradicionales), donde recuperamos todas aquellas narrativas que dieran cuenta de acciones preventivas, protectoras y de promoción de la salud dirigidas a mitigar la propagación de la COVID-19.

También nos apoyamos de las bitácoras de campo y el análisis fotográfico desarrollado durante el trabajo de campo en los municipios amuzgos, donde nos permitimos enfatizar en analizar el apego y seguimiento a las medidas sanitarias de distanciamiento social, empleo del cubrebocas, así como identificar la difusión y promoción de recomendaciones dirigidas a mitigar la pandemia, ya bien fuera por parte de las autoridades en los municipios (Ayuntamiento o bien del sector salud) o por la propia población.

Consideramos como prácticas con un enfoque preventivo aquellas que repercuten en los estilos de vida individuales, familiares y colectivos, modificando conductas, hábitos y ambientes en favor de un ambiente saludable. Se incluyen como acciones preventivas la detección oportuna de la enfermedad.

Ubicamos a las prácticas con un enfoque de la promoción a la salud, aquellas que promueven la salud, impulsando acciones que fomenten, por ejemplo, la educación en la salud individual y familiar; sustentada en la difusión de contenidos² que dan lugar a que la población se apropie de conocimientos sobre su autocuidado y bienestar, opciones alimentarias saludables, o cómo mejorar su salud general. Se incluyen también las recomendaciones provistas por los terapeutas tradicionales, quienes promueven igualmente información y recomendaciones que parten del modelo de la medicina tradicional y que pueden compartir o no puntos de vista con otros modelos médicos.

Consideramos como prácticas protectoras las sustentadas en el marco de la medicina tradicional, en los usos y costumbres, o bien aquellas arropadas en los mitos o incluso en la infodemia desencadenada desde el inicio de la pandemia de COVID-19, diseminándose rumores sobre algunos remedios y prácticas caseras consideradas como protectoras.

² Los que las autoridades sanitarias divulgan en los medios de comunicación, o los que el proveedor de los servicios trasmite en las consultas, o en capacitaciones grupales. También los que las personas indagan, validadas en diversas fuentes, o adquieren en sus centros de trabajo o de estudio.

Los individuos, familias y comunidades indígenas pondrían en marcha acciones protectoras sustentadas en diversos marcos lógicos para impedir la aparición de la enfermedad o bien para alejarla.

Nos valimos del concepto de “sentido de agencia”, del que parte el conocimiento implícito en la práctica dirigida al logro de un beneficio (Bravo, 2000) o bien supremo, como dijera Aristóteles (2005), de la voluntad de actuar. En el marco de este estudio consideramos que las personas determinan sus acciones y prácticas para su protección, la prevención de la enfermedad y la promoción de su salud, conscientes de la lógica que las sustenta, ya sea de la medicina tradicional o de otros modelos médicos. Dichas prácticas principian en la persona; es decir, parten de su voluntad y sus motivaciones.

Análisis de la información

Para analizarlas y codificarlas grabamos y transcribimos las entrevistas. Optamos por un análisis inductivo para identificar los códigos manifestados por los actores. Incorporamos también los códigos que describieran las prácticas, usos y costumbres asociados a la protección, la prevención de la enfermedad o la promoción de la salud. Prácticas sustentadas en distintos marcos lógicos, lo que dio lugar a una codificación deductiva. A partir de lo anterior, generamos categorías de análisis distinguiendo temas y subtemas que nos facilitarían su comparación. Nos apoyamos del software ATLAS.TI versión 7.5.4.

La protección, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud desde la perspectiva *Nn’áⁿcue Ñomndaa*

De las medidas preventivas

Los actores sociales entrevistados reconocieron disponer de información básica relativa a las medidas preventivas³ difundidas por las autorida-

³ Se incluyen como medidas sanitarias básicas de corte preventivo el aseo de manos con agua y jabón por lo menos durante 20 segundos, empleo de gel antibacterial en caso de no

des sanitarias del ámbito internacional, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y a su vez ampliamente divulgadas por las autoridades del ámbito nacional y local en México y en los municipios de Xochistlahuaca, Ometepe y Tlacoachistlahuaca. Por ejemplo, aplicaban a la par del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (OMS, 2016b) algunas recomendaciones como era el caso del aislamiento⁴ de enfermos de la COVID-19:

Nn'ancue Nómndaa enfermo de COVID-19: Nada más ella, sí, pero nos aislamos. Y afortunadamente mis dos hijos, que viven con nosotros, no les dio.

Las autoridades municipales instauraron medidas de descontaminación⁵, también señalado por el RSI, específicamente la recomendación del lavado de manos de manera constante o el empleo de gel antibacterial, situación que podía ser malinterpretada y por tanto ofender a ciertos sectores de la población *Nn'ancue Nómndaa*, considerando por ejemplo que la exigencia del lavado de manos era discriminatoria:

Indígena *Nn'ancue Nómndaa*: Sólo hubo sanitización en las calles, y sólo en la calle principal. Y sí es cierto, nos vinieron a exigir que pongamos botellas de agua con jabón, y la verdad la gente está harta del lavado de manos. La gente de la montaña se siente ofendida por esa situación. El ayuntamiento sólo dio una botella de gel antibacterial, pero no a cualquiera, sino a algunos de su partido político. Y el sector salud lo que hace, o hacía, es sólo estar en la entrada y salida. Y la única información que ellos daban era sólo cubrebocas y nada.

poder realizar el lavado de manos, utilización de cubrebocas o mascarilla facial, distanciamiento social de al menos dos metros entre las personas, evitar el saludo de manos, abrazos, besos, aglomeración de personas y reuniones.

⁴ El RSI señala que implica a todas aquellas personas (incluidos restos humanos), mercancías y paquetes que pudieran transmitir la infección, y que constituyen, por lo tanto, un riesgo para otros (OMS, 2016).

⁵ Según el RSI, es la eliminación de materiales o agentes considerados como infecciosos que podrían contaminar a personas, animales u objetos. Para ello se aplican medidas sanitarias, es decir, procedimientos preventivos que mitiguen la propagación de enfermedades infecciosas o la contaminación de personas u objetos (OMS, 2016).

Omitir el saludo entre conocidos, el no estrechar su mano o bien el guardar la distancia recomendada por autoridades sanitarias, de al menos dos metros, llegaba a interpretarse de manera similar como una ofensa personal, por lo que algunos entrevistados mencionaron no seguir puntualmente las recomendaciones de distanciamiento social:

Nn'a^{ncue} N̄omndaa enfermo de COVID-19: Yo creo que mi contagio fue por lo mismo de que, de repente no podíamos evitar los contactos de saludo. A veces llegaba gente y no traía cubrebocas, así que nos expusimos demasiado.

Los entrevistados refirieron que principalmente en las cabeceras municipales se instauró una campaña de perifoneo por parte de autoridades municipales con el fin de diseminar información referente al distanciamiento social –recomendando al menos una distancia de dos metros entre individuos, así como evitar en lo posible salir de casa–, lavado constante de manos o bien sugiriendo el empleo de gel de manos y limpieza constante de superficies, así como enfatizando en la utilización de cubrebocas como una medida preventiva (Imagen 1).

Imagen 1

Empleo del gel de manos como medida preventiva para evitar la propagación de la COVID-19



Fuente: Jonatan Gómez, 2020.

En dichas campañas de perifoneo también se explicitaban los datos de alarma respiratoria y los síntomas y datos sugestivos que permitirían sospechar que alguien pudiera haber contraído la enfermedad. Afuera de los establecimientos de salud se replicaba la misma información con apoyo de carteles, mantas, así como también con el pintado de bardas (Imagen 2).

Imagen 2

Manta informativa sobre el qué hacer en caso de contraer la COVID-19



Fuente: Jonatan Gómez, 2020

Explicitaron que sólo en lugares donde era forzoso su empleo, como era el caso de establecimientos bancarios o dependencias gubernamentales, lo empleaban, mientras que, para otros espacios comunes, como el caso de mercados o plazas públicas, parques y en la calle en general, no todo mundo utilizaba careta o cubrebocas. La población percibía el riesgo de enfermarse como algo ajeno a su comunidad y a la pandemia de COVID-19 como un evento propio de las grandes ciudades, como era el caso de la Ciudad de México. Esto motivó que quienes salían *de la comunidad* extremaran las medidas de seguridad (el empleo de la careta, guantes desechables y cubrebocas), medidas que no siempre eran empleadas del mismo modo al interior de las comunidades *Nn'a"ncue Nōmndaa.*:

Indígena *Nn'a'ncue Ñomndaa*: Pues sí, porque mi hija viajó a Acapulco. No, perdón, a México. Y yo no quería que fuera porque, pues está peligroso, el miedo. Le dije que se llevara todo, cubre bocas, careta, guantes. Y entonces, pues le digo: 'Vete con cuidado, no comas, no te quites nada de lo que llevas hasta que llegues a tu cuarto, porque vas a viajar en metro.' Porque, pues, con esta enfermedad, da miedo viajar.

Si bien durante 2020 en otros países se aplicaron medidas sanitarias como limitar el libre tránsito entre ciudades o los toques de queda para contener la propagación de la COVID-19, en el mismo periodo citado la Presidencia de la República pronunció la postura que en México jamás se limitaría el libre tránsito de las personas en el territorio nacional, reiterando constantemente que no se impondrían toques de queda. Se invitó a la ciudadanía a actuar con responsabilidad y no se impusieron medidas coercitivas que pudieran verse como autoritarias (Presidencia, 2020). En los municipios *Nn'a'ncue Ñomndaa*, las autoridades sanitarias aplicaron algunas medidas de vigilancia epidemiológica como un filtro para cuantificar la entrada de personas al municipio y “autorizar” la salida de trabajadores a otras entidades federativas:

***Nn'a'ncue Ñomndaa* y directivo médico:** Mira, en el filtro que está en el puente se lleva el registro de la gente que entraba a nuestro municipio. Apenas hace que unas tres semanas nos pidieron el apoyo por parte de la Jurisdicción Sanitaria para permitir la salida de jornaleros hacia el estado de Sinaloa. Haz de cuenta, como allá también, en esos estados, se ha abierto el semáforo epidemiológico, ya permiten la entrada de trabajadores a los terrenos de cultivo y se fueron alrededor de 500 personas, en tres días de trabajo que se hizo.

Pudimos constatar la importancia del reconocimiento que le otorgaban a las medidas clave para prevenir el contagio de la COVID-19, consideradas como básicas: el distanciamiento social, el empleo del cubrebocas y aseo de manos, tanto por los terapeutas tradicionales y por la población en general (aunque como ya se comentó, no eran seguidas puntualmente por la totalidad de la población):

Curandera Nn'aⁿncue Ñomndaa: De aquí, me cuido dos meses y no salgo.

Entrevistador: ¿Usa cubrebocas cuando sale? ¿Y gel?

Curandera Nn'aⁿncue Ñomndaa: Sí, también. Hay mucha gente que dice que anda la enfermedad. Si no se cuida uno se pega la enfermedad. También donde tú vas a comprar, no te atienden si no llevas el cubrebocas. Hay mucha gente que no sabe.

De la promoción de la salud entre los Nn'aⁿncue Ñomndaa

Las redes sociales tuvieron un papel importante en la difusión de contenido local, replicando ya sea información difundida por autoridades sanitarias, la cual podría considerarse como información oficial o bien dentro de la informalidad, información no verificada y que podría incurrir en infodemia y desinformación. Algunos personajes destacados en las comunidades amuzgas fomentaron una mayor atención en el enfoque de acción preventivas promocionando el autocuidado a la salud enfocado en las medidas sanitarias básicas por medio de mensajes que no sólo invitaban a la reflexión, sino que provocaban miedo de no poder despedirse de los seres queridos en caso de contraer la enfermedad:

Indígena Nn'aⁿncue Ñomndaa: Decía un sacerdote que está aquí, y que ahora está en Italia... Se fue de aquí, originario de aquí... Se fue de sacerdote y el antes de que empezara aquí, allá en Italia estaba alto los índices, y mandó un video sobre la situación, y ahora ya estaba circulando en WhatsApp, de la situación, en el diario alternativo, donde él estaba hablando en Nancue Ñomndaa, dando todas las recomendaciones. Decía: 'cuídense porque ya ni hacemos misa a los que se mueren porque nada más los queman'.

Desde el contexto de la medicina tradicional, los terapeutas tradicionales también identificaron hábitos y conductas relacionados con la aparición de la COVID-19, por lo que en sus consultas aprovechaban para hacer sus recomendaciones, las cuales se insertan dentro del ámbito de la promoción de la salud, como es el caso del siguiente ejemplo, donde una curandera sugiere modificar estilos de vida que pudieran favorecer la aparición de la enfermedad:

Curandera *Nn'aⁿncue Ñomndaa*: Tú tomabas mucho, por eso estabas así. Ahora te está infectando, le dije: 'La verdad tía, tomaba mucho'. ¿Y ahora qué piensas? ¿Vas a volver a tomar? 'No, Tía –me dice–, creo que ya no'. Ya no tomes, mijo, para que vivas mucho, porque tú mismo te vas a matar si quieres tomar. Ah, la vida te vas a quitar tú sólo porque nadie te la está quitando, porque no te están poniendo machete en el cuello para que tomes. Estás tomando por gusto, porque quieres, nadie te obliga: 'Toma ve', no, Tú estás tomando por gusto, no porque te están obligando.

Los rumores y creencias difundidos en las comunidades *Nn'aⁿncue Ñomndaa* en gran medida acrecentaron la ruptura ya existente con los servicios de salud. La labor del personal de salud desmitificando las noticias falsas y bulos referentes a la pandemia de la COVID-19 ha permitido incidir dentro de la población amuzga. Aunque el camino es largo, ya que los proveedores de salud orientan a las personas, promocionando información en salud de boca en boca entre quienes acuden a solicitar una valoración médica:

Médico particular hablante de lengua amuzga: No van, dicen: 'No, es que, pues ahí matan.' Pero entonces, empieza otro trabajo, dice: 'Mira, ahí nadie está matando, nadie está asesinando.' Dicen: 'Pero te encierran y ya no te dejan salir.' Entonces hay que explicar el porqué es esto.

Desde el comienzo de la pandemia en 2020 las autoridades sanitarias internacionales y nacionales, federales y estatales difundieron ampliamente en las redes y los medios de comunicación las medidas sanitarias, los signos y síntomas sugestivos de la COVID-19, incluyendo los datos de alarma respiratoria. Sin embargo, no todos los *Nn'aⁿncue Ñomndaa* tienen televisión o canales que puedan sintonizar para acceder a dicha información (por ello las autoridades municipales instauraron las campañas de perifoneo). Y si bien entre la población amuzga hay quienes hablan el español, no todos lo dominan, ya que muchas palabras escapan a su comprensión porque no tienen traducción en su lengua:

Locutor *Nn'aⁿncue Ñomndaa*: Cuando escuchaban a López Obrador o a López-Gatell, no asumían o no entendían que era un problema real y

muy grave... Bueno, miren, todo eso que dice Gatell y López Obrador está en español. La gente tiene televisión porque cuando estuvo Peña Nieto dieron televisiones, pero no todos tienen señal, entonces la gente que ve la televisión no sabe bien lo que están diciendo, no tienen el acceso a la información totalmente.

Se pudo constatar el pintado de bardas por autoridades municipales con mensajes alusivos de promoción a la salud encaminados a mitigar la pandemia (distanciamiento social, lavado de manos, empleo de cubrebocas). Identificamos también que en la entrada de diversos locales de comercios señalaban que sólo se permitiría el acceso a aquellas personas que utilizaran el cubrebocas, escrito tanto en español como en amuzgo, e inclusive en algunos otros sitios colocaban a la entrada gel de manos o bien un tapete húmedo bañado en cloro (Imagen 3).

Imagen 3

Reproducción de medidas de promoción a la salud en comercios locales



Fuente: Jonatan Gómez, 2020.

Algunos pocos comercios, limitaban la entrada de las personas, atendiendo sólo a la entrada y donde se observaban algunos letreros que sugerían mantener la sana distancia de entre quienes esperaban su turno para ser atendidos en el exterior del comercio, circunstancia que era

observada en aquellos con cierta cercanía al Ayuntamiento, aunque en el caso de los ubicados en los mercados o bien entre el comercio ambulante, no acataban dichas medidas (Imagen 4).

Imagen 4
Mercado de Xochistlahuaca, octubre 2020



Fuente: Jonatan Gómez, 2020.

¿Y de la protección?

Algunos médicos tradicionales con quienes conversamos detallaron prácticas conforme a un marco lógico tradicional en que la COVID-19 sería una enfermedad ligada al aire⁶. Incorporan además algunas prácticas guiadas bajo un marco explicativo con enfoque biomédico al referir la necesidad de desinfectarse las manos para curar⁷, puesto que entran en contacto con el enfermo:

⁶ Entendiendo a las enfermedades del aire a un desequilibrio asociado ya bien sea a envidias, brujería o bien ligado a emociones fuertes como es el caso del coraje, antojo o el nahual (CDI, 2018).

⁷ Además de revisar al enfermo, le dan algún tratamiento; por ejemplo, lo soban, le hacen una limpia le aplican algún remedio.

Curandero Nn'a^{ncue} Ñomndaa: Nosotros tenemos que protegernos antes de agarrar a la persona para curar, tenemos que untarnos bien el alcohol para desinfectarnos y para que no vayamos a contaminar el aire de la persona y tenemos que tomar algo para que no nos contagie y ese algo se llama el hingo. Y pues el hingo es contra el aire, eso es lo que yo le puedo responder. Es una cosita mediana que es agua, nada más que huele pues.

El curandero que nos habló del *hingo* como remedio contra el aire de la COVID-19 añadió (al igual que otros terapeutas tradicionales) que recomienda ampliamente, a quienes acuden a su consulta, el consumo de la flor de albahaca en todas sus formas: como bebida o alimento caliente, tomado en té o bien en alguna sopa cuando el padecimiento es ligado al aire y las malas vibras, como es el caso de la COVID-19:

Curandero Nn'a^{ncue} Ñomndaa: Ah porque la flor de albahaca contiene contra el aire. Usted, me imagino que donde viene, también allá se usa. Sí, pero también en otra forma, en otra forma he visto [refiriéndose a su consumo en comidas y en bebidas calientes], lo veo en la tele y lo veo aquí en las páginas. Lo usan para curarse también, por eso digo. Sí, porque no nomás en estas regiones.

Uno de los síntomas que presentan los enfermos de COVID-19 es la fiebre, por lo que refieren presentar *cuerpo cortado* o *calosfríos*. Estos últimos síntomas permiten incluir a la COVID-19 como una enfermedad fría, referida así por la medicina tradicional ya que su remedio contra los malestares enunciados sería contrarrestado con el apoyo terapéutico de naturaleza caliente, como es el caso de infusiones, tés y caldos donde emplean la herbolaria local, siendo esta de amplio conocimiento por parte de las familias, terapeutas tradicionales y el propio personal de salud.

Los terapeutas tradicionales, al igual que la población Nn'a^{ncue} Ñomndaa, describieron las propiedades curativas de la manzanilla, el cacahuananche, el jengibre, el ajo, la hierba santa, plantas con las que hacen infusiones de manera regular ya que son recursos ampliamente disponibles en la región amuzga y a los cuales tienen fácil acceso.

Se pudo constatar entre los Nn'a^{ncue} Ñomndaa entrevistados, ya bien sea al interior de las familias como por parte de los terapeutas

tradicionales, quienes les prescriben tratamientos calientes a los enfermos por COVID-19, no sólo para su atención, sino para la *protección inmunológica* - incluyen aquí algunos elementos con enfoque biomédico- para explicar y tratar un padecimiento nuevo (la COVID-19) en el contexto amuzgo:

Maestra Nn'a'ncue Ñomndaa: En mi caso tomamos mucho el jengibre. Pero fíjese que yo lo empecé a tomar no por esa enfermedad, sino porque yo tenía mucha tos. Ya ahora que se dio cuenta mi mamá, pues ya lo toma, o la señora que a veces viene a ayudarme a lavar la ropa. O que me duele mi estómago, ya nomás eso tomamos.

Hubo terapeutas tradicionales que tomaron como principio la naturaleza contagiosa de la enfermedad de la COVID-19 -circunstancia ampliamente difundida y constatada en diversas entrevistas-, quienes interpretaron esta característica conforme a su cosmovisión, ubicándola como un padecimiento ligado al aire, como ya mencionamos, ya que el aire se trasmite por estar en contacto directo con las personas⁸. Esta *transmisión* se origina en *las malas vibras* de algunas personas:

Curandera Nn'a'ncue Ñomndaa: Sí, depende de la gente, porque si llega gente que tiene la enfermedad de aire, esa sí corre peligro porque esa enfermedad se pega a uno. La maldad se la echa a uno, la maldad, hasta poníamos nosotros. A veces los compañeros tienen una envidia a usted, él te echa aire, te echa envidia, y si tú vas a curarte, pos te sanas. Se le pega a él porque él lo buscó. Por eso hay mucha gente que dice que confía uno en Dios. Pero yo les digo, yo no soy envidiosa. Si la gente tiene, que tenga, porque trabaja. No por eso le voy a hacer una maldad, porque no se vale, porque Dios se enoja también...

⁸ La enfermedad o mal del aire también puede *adquirirse o transmitirse* a través de la mirada; ya bien sea de manera incidental o por sentimientos negativos, de ira o envidia dirigidos al otro.

Reflexiones finales

De acuerdo con la LGS, para respetar el derecho a la protección de la salud descrito en la Carta Magna (DOF, 2020 b), deben considerarse como servicios básicos para la población: la educación en salud, el saneamiento básico, el mejoramiento de las condiciones sanitarias, entornos y ambientes saludables, así como acciones dirigidas a la prevención, promoción y el control de las enfermedades transmisibles. Entre estas últimas están las de origen infeccioso, como la COVID-19, enfermedad cuya atención prioritaria destaca la propia LGS (DOF, 2020 b).

Para poder tomar decisiones de manera informada, los *Nn'á'ncue* *Nomndaa* requieren de información disponible en amuzgo y español, de fácil acceso para la población, referente a conocimientos básicos en salud y la relativa a la COVID-19, la educación y la consejería para el autocuidado, la prevención de enfermedades infecciosas y no infecciosas y la promoción de la salud, por lo que las actividades de promoción de la salud serían la mayor inversión posible a raíz de la pandemia de la COVID-19, lo que evitaría un mayor número de muertes por exceso, de las ya reportadas (SSA, 2020).

Con información suficiente y veraz, las personas puedan tomar mejores decisiones; de aquí que la educación en salud empodere a las comunidades y propicie mejores resultados en salud. Los *Nn'á'ncue* *Nomndaa* y otros pueblos originarios desconocen en su totalidad las implicaciones de aplicar o no las medidas sanitarias y minimizan sus efectos, por lo que sus actividades cotidianas los ponen en un riesgo incluso mayor que el de la gente de las grandes urbes. Al dirigir información a las comunidades hablantes de lengua indígena debe considerarse que muchos de ellos no hablan español y, por lo general, carecen de recursos tecnológicos como la radio, la televisión y el internet (Cultural Survival, 2018; IFETEL, 2018).

Finalmente, las prácticas protectoras de los *Nn'á'ncue* *Nomndaa* conforman saberes de una gran riqueza patrimonial. Este conocimiento aunado al biomédico permitiría lograr un mayor éxito con las estrategias sanitarias. Surge entonces la necesidad de establecer un diálogo entre el conocimiento de la medicina tradicional y el modelo médico occidental que permita no sólo favorecer la difusión y promoción de

medidas de autocuidado de la salud enfocadas a la mitigación de la pandemia de la COVID-19.

¿Cómo establecer un diálogo entre ambos modelos? Resulta de particular interés precisar que ambos no son mutuamente excluyentes sino todo lo contrario, ya que como se observa en el contexto amuzgo, tanto los usos y costumbres relativos a los cuidados de la salud así como las medidas de promoción de la salud apoyados con un enfoque de aplicación tanto en el ámbito colectivo como individual han logrado sintetizarse como un sólido conocimiento reproducido tanto por las familias *Nn'aⁿncue Ñomndaa*, así como por los terapeutas tradicionales y los médicos locales.

Si bien esta mezcla de saberes ha permitido resolver las necesidades de los amuzgos, aún no logra distinguirse un espacio que incluya formalmente la inclusión de los saberes locales en la práctica médica, permaneciendo por tanto la medicina tradicional al margen del modelo biomédico. En 2002 fue creada por la Secretaría de Salud la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud, con el objeto de impulsar la oferta de servicios institucionales con un enfoque intercultural. Dicha dirección también ha propuesto un modelo de fortalecimiento de los servicios de salud con la medicina tradicional (SSA, 2013) y ha conformado un Grupo Técnico sobre herbolaria (SSA, 2018), aunque en la práctica dichas iniciativas no han logrado concretarse ni resultan visibles en municipios predominantemente indígenas, como es el caso de los analizados en nuestro estudio.

¿Qué elementos se requerirían entonces para lograr consolidar las propuestas de desarrollo intercultural y de fortalecimiento de la medicina tradicional? La puesta en marcha deberá contemplar un diálogo que permita socializar los saberes y prácticas locales junto con el personal de salud, circunstancia que favorecería la coyuntura de ambas partes de cara a la pandemia de COVID-19. El resultado de que uno y otro modelo conversen favorecería reconocer la riqueza de cada uno y, a la par, ofrecer una oportunidad para desmitificar rumores y fortalecer sinergias que redundasen en elevar la salud de la población *Nn'aⁿncue Ñomndaa* frente a la crisis sanitaria derivada por la COVID-19.

Referencias

- ÁLVAREZ, R, y Kuri, P. (2012). *Salud Pública y Medicina Preventiva*, 4ª. Edición. Manual Moderno.
- Aristóteles. (2005). *Ética a Nicómaco*. (Traducción, introducción y notas, Calvo, J.). Alianza Editorial. (original de escrita en el siglo IV a. C.)
- BRAVO, F. (2000). La naturaleza de la acción según Aristóteles. *Episteme*, NS, (20). 17-89.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. (2018). *Monografía del pueblo amuzgo de Oaxaca y Guerrero*. (1ª. edición digital) [Archivo PDF]. <http://www.inpi.gob.mx/2021/estudios/cdi-monografia-del-pueblo-amuzgo-de-oax-y-gro.pdf>
- Cultural Survival. (2018). *Situación de la radiodifusión indígena en México 2018* [Archivo PDF]. <https://www.culturalsurvival.org/sites/default/files/Diagn%C3%B3stico-La%20Radiodifusi%C3%B3n%20Ind%C3%ADgena%20en%20M%C3%A9xico%20version%202.pdf>
- DECRETO 2020. Por el que se declara reformadas diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de Movilidad y Seguridad Vial. 18 de diciembre de 2020. D. O. F. No. 19.
- Instituto Federal de Telecomunicaciones. (2018). *Diagnóstico de cobertura del servicio móvil en pueblos indígenas con base en información proporcionada por los concesionarios en el año 2018* [Archivo PDF]. http://www.ift.org.mx/sites/default/files/reportecoberturapueblo-sindigenas_finalpublicar.pdf
- Ley General de Salud. 04 de diciembre 2020. Diario Oficial de la Federación. No. 19.
- LÓPEZ OBRADOR, A. (28 de octubre 2020). *Diálogo con medios de comunicación encabezado por el presidente Andrés Manuel López Obrador, desde Palacio Nacional* [Conferencia de prensa]. <https://www.gob.mx/presidencia/articulos/version-estenografica-de-la-conferencia-de-prensa-matutina-lunes-28-de-octubre-2019>
- Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (2016a). *Reglamento Sanitario Internacional 2005. Tercera Edición* [Archivo PDF]. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246186/9789243580494-spa.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (2016b, agosto). ¿Qué es la promoción de la salud?, Preguntas y respuestas en línea. <https://www.who.int/features/qa/healthpromotion/es/>
- Secretaría de Salud. (2011). *Guía metodológica para la estructuración de planes y programas de estudio para el diplomado de herbolaria, para el fortalecimiento de la práctica médica*. [Archivo PDF]. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38484/HerbolariaCI-FRHS.pdf>
- Secretaría de Salud. (2016). *Fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional*. [Archivo PDF]. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38485/ModeloFortalecimientoMedicinaTradicional.pdf>
- Secretaría de Salud. (2 de julio 2020). *Bases de datos del boletín estadístico sobre el exceso de mortalidad en México*. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-informacion-en-salud-dgis>
- ZOLLA, C. y Zolla, E. (2018). *Los pueblos indígenas de México: 100 preguntas*. (2ª. Edición actualizada). UNAM.

LA ECONOMÍA DEL CUIDADO Y SOSTENIBILIDAD DE LA VIDA DURANTE EL CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN FAMILIAS AMUZGAS DE XOCHISTLAHUACA, GUERRERO

Laura Priscila Tercero Cruz

Introducción

Un momento de drásticos cambios civilizatorios estamos viviendo en todas las latitudes del planeta que han cimbrado y cuestionado las formas de vida en el ámbito rural y urbano y nos ha puesto en momento de quiebre histórico: una crisis sanitaria global; “sociedades enteras siguen confinadas en sus viviendas. Dóciles, asustadas, controladas, silenciosas. ¿Qué ocurrirá cuando se levanten los confinamientos? ¿Qué habrán estado rumiando los pueblos durante su inédito ‘aislamiento social’? ¿Cuántos reproches han estado acumulando contra algunos gobernantes?” Afirmó Ignacio Ramonet en los inicios del confinamiento en abril del 2020.

En el municipio de Xochistlahuaca, Guerrero, un territorio indígena enclavado en la sierra madre del sur, colindando con Oaxaca, mismo que también es un núcleo agrario bajo el régimen de propiedad ejidal, el 25 de marzo del 2020 el Gobierno municipal asumió la política del gobierno federal conocida como Jornada Nacional de Sana Distancia. En abril, el escenario de confinamiento y encierro era evidente. Tres de las medidas más drásticas al interior del municipio fueron la suspensión del tianguis dominical, fundamental para la economía local y la suspensión de clases, el cierre de escuelas en todos los niveles educativos ¹ y la suspensión de las asambleas comunitarias en la comisaría agraria del ejido de Xochistlahuaca. A mediados del año en este territorio se comenzaron a notar señales del desgaste de las economías locales ante estas medidas nacionales de contención social decretadas por el Gobierno federal.

¹ El municipio tiene cobertura educativa desde nivel inicial hasta universitario.

El 15 de junio de 2020 comenzó en la etapa de “Contagio comunitario”², fase 3 de “Alto contagio”, elevándose el número de casos positivos y sospechosos³, fallecimientos de gente mayor que no se hizo la prueba del SARS COVID-19, pero “presentaba todos los síntomas”, esto aumentó sustancialmente la mortalidad municipal. Rápidamente se transformaron las relaciones en los hogares amuzgos, los cuales ya mostraban un desgaste económico y crisis ante la ausencia de una política pública integral para la contingencia sanitaria y una insuficiencia de hospitales y atención médica⁴. “La crisis sanitaria ha demostrado que las líneas logísticas de aprovisionamiento son demasiado largas y frágiles” (Ramonet, 2020) como fue en el caso del mercado y el sector salud.

En este contexto, este trabajo busca describir algunas formas del cuidado, sostenimiento y sobrevivencia a la pandemia desde la mirada femenina en núcleos familiares. Se hace énfasis en la mirada de las mujeres por su existencia clave y porque ellas constituyen los eslabones más fuertes en las cadenas de sostenimiento de los hogares y la supervivencia en esta pandemia.

Consideraciones metodológicas

El presente capítulo indaga sobre las bases del cuidado y sostenibilidad de cinco núcleos familiares *Nn'a'ncue N'omndaa* (amuzgos) de Xochistlahuaca. El municipio de Xochistlahuaca tiene 29,891 habitantes (INEGI, 2020). Más del 80% de la población se reivindica con

² De acuerdo con el gobierno federal, la fase de contagio comunitario “Se trata de la fase de máxima transmisión en la que se registra la mayor cantidad de casos por día.”

³ El 2 de junio de 2020 Erika Luhrs Cortés, Directora General de Comunicación Social del estado de Guerrero y Carlos Peña Pintos, Secretario de Salud de Guerrero, informaron que a partir del 30 de mayo los casos de contagio por COVID-19 estaban en franco ascenso; el 02 de junio había 2,058 casos confirmados y 222 defunciones; el 10 de junio, 2,766 casos confirmados y 428 defunciones; cinco días después, el 15 de junio, 3,474 casos confirmados y 557 defunciones a nivel estatal. El total de los municipios de Guerrero se encontraban como zonas de Riesgo máximo. (Gobierno del Estado de Guerrero Panorama COVID19 en Guerrero, 02, 10 y 15 de junio de 2020).

⁴ El municipio de Xochistlahuaca no cuenta con hospital público de primer nivel, sólo hay un hospital básico. El hospital de la Secretaría de Salud más cercano es el Hospital Regional de Ometepec, a 35 minutos del municipio, el cual, el 2 de junio tenía 46.2% de ocupación de un total de 28 camas COVID-19 disponibles, aumentando gradualmente la tendencia de ocupación hospitalaria (Gobierno del Estado de Guerrero Panorama COVID19 en Guerrero, 02 de junio de 2020).

identidad indígena y alrededor del 70% del total de los habitantes habla su lengua materna, el *Ñomndaa*. “La población *Nn'a"ncue Ñomndaa* (amuzga) del Estado de Guerrero se localiza principalmente en los municipios de Xochistlahuaca, Tlacoachistlahuaca y Ometepec. Tomando la cifra oficial de 45, 889 amuzgos hablantes en el Estado de Guerrero la mayoría viven en estos tres municipios, los cuales suman un total de 283 localidades” (Tercero, 2020), estas localidades presentan un grado de marginación en la clasificación de Muy Alto y Alto (SEDESOL, 2010).

Se ha considerado el testimonio y narrativas de cinco mujeres amuzgas (*yuscu nncue ñomndaa*, en lengua amuzga) entre 21 y 26 años con tres perfiles sociales: trabajadoras del hogar y madres, madre soltera, hijas de familia y estudiantes, recopiladas a través de entrevistas y visitas durante tres momentos de la cuarentena por la pandemia por SARS-COVID-19: junio, septiembre y diciembre de 2020, con el objetivo de conocer las prácticas de cuidado (en el caso de las madres) y de sostenibilidad (en el caso de las hijas). Cabe mencionar que todos los nombres de las mujeres se omitieron por petición de algunas, ya que para ellas es una responsabilidad que su percepción se lea como el único punto de vista, no obstante, se les explicó que los testimonios serán analizados en conjunto para entender las dinámicas del cuidado familiar.

Algunas consideraciones sobre la economía del cuidado y la sostenibilidad

Para este tema recurrimos a los ejes analíticos emanados de una corriente del pensamiento económico heterodoxo: la economía feminista, la cual integra las relaciones de género como una parte fundamental para el funcionamiento económico, poniendo en el centro a las mujeres como *agentes económicos*, como se conoce en la economía neoclásica. Más allá de los agentes económicos, la economía feminista “pone en el centro del análisis la sostenibilidad de la vida” (Rodríguez, 2015) alejándose del análisis del funcionamiento del mercado y el dinero, su reproducción y acumulación como elementos centrales de los sistemas económicos, sino pone como motor principal la reproducción de la vida desde la mirada del cuidado y sostenimiento cotidiano.

La preocupación no está en la perfecta asignación de tareas, sino en la mejor provisión para sostener y reproducir la vida. Por lo mismo, la economía feminista tiene como una preocupación central la cuestión distributiva. Y en particular se concentra en reconocer, identificar, analizar y proponer cómo modificar la desigualdad de género como elemento necesario para lograr la equidad socioeconómica (Rodríguez, 2015).

No deseamos dar una definición exacta de cuidado, sólo resaltamos que es ineludible e imprescindible para la continuidad de la vida, y se sustenta en el trabajo, la energía y el despliegue de fuerzas reproductivas en los hogares, materializado en la elaboración de comida, limpieza, vestido, mantenimiento del hogar, cuidados a la salud física y emocional. El trabajo doméstico, como todo trabajo, requiere tiempo, energía y recursos materiales e inmateriales para la reproducción de los hogares. En el caso de las mujeres dentro de la familia, se trata de un trabajo sin salario o no pagado. Históricamente, el cuidado ha recaído en los cuerpos femeninos y durante la pandemia continuó siendo evidente. El cuidado y sostenimiento de la vida va tejiéndose con la sostenibilidad de ésta dentro de un territorio, en términos de reproducción de los sistemas socioecológicos, considerando la unidad sociedad y la naturaleza como condición necesaria para ello.

De esta manera, plantear la economía del cuidado es una crítica a los análisis económicos tradicionales (neoclásicos, ortodoxos) y comienza a plantear alternativas de vida digna, “lo que conceptualizamos como la sostenibilidad de la vida digna: decente, buena para toda la población independientemente de sexo/género, raza, origen social, territorio o edad, manteniendo respeto por la naturaleza” (Carrasco C. y Quiroga N., comps., 2020). Siguiendo a estas autoras, cuando se pone en el eje analítico la sostenibilidad de la vida “adquiere especial relevancia la noción de cuidados”.

La economía capitalista y la economía del cuidado son “dos paradigmas absolutamente opuestos e irreconciliables lo que denominamos el conflicto irresoluble entre la lógica de la acumulación y la lógica de la vida (Carrasco C. y Quiroga N., comps., 2020). En este conflicto entre la lógica del mercado por la ganancia y acumulación y la lógica del cuidado de vida encontramos disputas sobre la utilización, disfrute y producción en los territorios y otros espacios geográficos. Con

la continuidad del modelo económico capitalista es innegable la existencia de una crónica crisis ambiental, definida también por Toledo (2020) como crisis civilizatoria o *crisis de crisis*; dentro de esta transcurren las jornadas de trabajo de cuidado no remunerado de muchas mujeres alrededor del mundo en el ámbito rural y urbano, lo cual las coloca en condiciones estructurales de explotación y precarización en los socioecosistemas.

Considerando que estos son un flujo continuo de relaciones sociales y ambientales, desde la mirada de la economía feminista y los ecofeminismos se puede comprender que el proceso de regeneración de lazos sociales-naturales dentro del sistema económico actual está severamente deteriorado (Mies, M., y Vandana S. 1998). Los metabolismos sociales-naturales se han modificado, mostrándonos escenarios de devastación ambiental a diferentes escalas. La destrucción de estos vínculos ya se venía dando y durante el inicio y desarrollo de pandemia la crisis fue más evidente. En este momento es innegable que la invasión a los ecosistemas debido al despliegue de actividades extractivas sobre los territorios, así como la aceleración de las actividades productivas bajo la lógica mercantil tienen consecuencias que se reparten en todas las latitudes de manera desigual.

Percepciones del contexto local de Xochistlahuaca durante la pandemia

Desde la mirada femenina se seleccionaron los siguientes testimonios de madres trabajadoras sobre las percepciones locales durante la pandemia; el conocimiento multidimensional de la situación que guarda su municipio en cuanto a experiencias sobre propagación de enfermedades, al abastecimiento de artículos de primera necesidad y comportamientos sociales dentro de las familias. De esta manera, una de las entrevistadas en una comunicación personal nos compartió lo siguiente:

Nuestro municipio ha pasado por varios tipos de pandemias como la que actualmente estamos viviendo, hemos pasado escasez de alimentos, agua y productos para nuestra salud tanto personal y en general, hemos pasado casos de dengue, diarrea, gripe aviar, afectando en adultos y niños de la misma manera, (pero) hoy en día les afecta a nuestros adultos mayores

y a personas hipertensas de alguna enfermedad, de igual manera podemos mencionar a los diferentes tipos de gobierno de los cuales algunos hicieron caso omiso a las prevenciones de las enfermedades que en su momento se estaban llevando a cabo. (Entrevista madre y trabajadora del hogar 2, comunicación personal, 09 de junio de 2020)

En esta entrevista, la mujer amuzga confundió el término pandemia con epidemia, sin embargo, resaltó las enfermedades de corte epidémico que prevalecen en su territorio, las cuales están asociadas a enfermedades tropicales como: el dengue, la chikunguña o chinkunyaña, el zika y la actuación del estado en la cuestión sanitaria, resaltando el desinterés y una política pública ineficiente en la prevención.

Otra mujer señaló la problemática de las remesas, uno de los ingresos centrales de la población amuzga, aunada a la pérdida de empleo, lo cual tuvo afectaciones en los ingresos económicos en la comunidad y el temor a que sus familiares migrantes en Estados Unidos quedaran sin trabajo por la pandemia. La mujer señaló “Descansaron a mi (familiar) varias semanas y no nos puede mandar dinero, siempre nos apoya, pero ahora él tiene que esperar a ver que va a pasar con él, cerraron (el lugar) donde trabaja”. (Madre soltera, comunicación personal, 04 de septiembre de 2020).

La migración de retorno de indígenas amuzgos fue un fenómeno que comenzó a darse a partir de mayo de 2020, los migrantes regresaron de la Ciudad de México principalmente, pero algunos más de otras partes del país y otros tantos de Estados Unidos, algunas mujeres atribuyeron a este flujo migratorio un factor para el esparcimiento del virus en el municipio:

Nos afectó por la falta de trabajo, por el cierre de los negocios donde laboraban en diferentes ciudades, su retorno fue eminente, de esta manera los números de contagios fueron en *aumentos*, casos sospechosos, es así como nuestro municipio fue puesto en cuarentena. (Entrevista madre y trabajadora del hogar 1, comunicación personal 01 de junio de 2020)

Algunos elementos de la economía del cuidado en familias amuzgas

Con observaciones directas, entrevistas, pláticas y narrativas compartidas con las mujeres amuzgas en distintos momentos de la pandemia, pudimos reflexionar y destacar algunos elementos de la economía del cuidado en el territorio indígena amuzgo entre los que destacan:

Jornada extendida de trabajo que recae en los cuerpos femeninos

El cuidado en el ámbito de la casa tradicionalmente recae en los cuerpos de las mujeres, alrededor de los 10 años las niñas ya participan en las jornadas de trabajo doméstico. Particularmente, en las madres de familia el tiempo de trabajo es alrededor de 12 horas diarias (7am - 9 pm) con algunos momentos de descanso –reportan las mujeres con las que se conversó–, pero también hay cuidados nocturnos cuando se tienen hijas/os pequeñas/os. En el ámbito de la parcela, el trabajo recae en los cuerpos masculinos, particularmente padres de familia e hijos pequeños, pero el trabajo desarrollado se da únicamente durante la jornada agrícola (7 am a 5 pm) y no se extiende a horario nocturno, salvo en actividades productivas específicas como la elaboración de panela. Debido a que las y los hijos no acudían a la escuela, el cuidado en casa se multiplicó, aunado a la pérdida de empleo debido al cierre de comercio, mostrando señales de desgaste en la población. Una madre amuzga señaló:

La salud y la vida de las personas tienen que estar por encima de la economía, la producción y el consumo, es así como en mi entorno la economía afectó en mi desgaste económico, el desempleo informal y el cuidado de los hijos. (Entrevista a Madre y trabajadora del hogar 2, comunicación personal, 09 de junio de 2020)

Por otro lado, durante la cuarentena por la pandemia, las mujeres participaron más en el trabajo agrícola, reencontrándose con el trabajo con la tierra y ofreciendo una mirada femenina sobre las problemáticas en el territorio. Al ser entrevistada sobre las problemáticas que vieron en el

campo durante la primera etapa del confinamiento, una madre y trabajadora compartió:

...se puede observar que hubo más tala de árboles, más lugares donde el hombre incendió, matando fauna silvestre en nuestra comunidad al preparar los terrenos para sus cultivos temporales (siembra de temporal). A esta cuarentena se le suma otros factores como son: la pobreza, la corrupción, la inestabilidad política y la precariedad de los sistemas sanitarios que hace que la vida de los pueblos se convierta en una lucha diaria por la supervivencia que lleva a miles de personas a preguntarse ¿Qué hacer ante esta pandemia?... ¿Morir de hambre o morir por contagio de virus? (Entrevista madre y trabajadora del hogar 2, comunicación personal, 09 de junio de 2020)

Estas problemáticas socioambientales ya existían previo a la pandemia por COVID-19, pero no eran enunciadas agregando además la combinación con problemas estructurales en los territorios rurales como el despojo, precariedad, marginación, lo cual para las familias más vulnerables esta pandemia las puso en una encrucijada por la sobrevivencia.

La práctica de medicina tradicional

Históricamente, la medicina tradicional ha ocupado un lugar central en la sociedad amuzga para el cuidado familiar y el tratamiento de enfermedades, además la sobrevivencia y práctica de la partería. Durante la pandemia por SARS COVID-19, la medicina tradicional abonó para el tratamiento y supervivencia al virus, tanto en el ámbito preventivo como en el tratamiento. Una de las percepciones comunes fue que “La medicina tradicional es más efectiva que ir al hospital” (Entrevista madre y trabajadora del hogar 1, comunicación personal 1 de junio de 2020). Además de la desconfianza a las instituciones de salud públicas “Me dijeron que en el hospital muere la gente” (Entrevista a madre soltera, comunicación personal, 04 septiembre de 2020). Los rumores de desprestigio a las instituciones oficiales de salud fueron constantes, al mismo tiempo que las recetas de los preparados herbolarios tradicionales se extendieron a través de la oralidad.

El uso de herbolaria y conocimientos locales sobre medicina tradicional se manifestó con el tratamiento a la COVID-19 basado en el uso de: jengibre, hoja de guayaba, canela, *hoja de sangre* (muicle), la hoja de cau-yahue para la fiebre, eucalipto (que se conseguía en Ometepec) ajo, cebolla, miel, cúrcuma, hoja santa, té de limón, vaporizaciones. (Conversaciones con varias mujeres).

Las familias no cuentan con equipo auxiliar para el cuidado en caso de contagio de COVID-19 en sus hogares como: oxímetro, termómetro y barómetro. En algunos casos no contaron con los medios de comunicación efectivos y la información concreta para reportar los casos, sino recurrieron a los cuidados en casa (aislarse, descansar, cuidarse la temperatura corporal, tomar los preparados tradicionales) confiando en las plantas medicinales. El apego y confianza a los protocolos que cada familia podía establecer procuró resiliencia ante la enfermedad. Una mujer comentó: “El conocimiento sobre mi cuerpo, el cuerpo de mi familia y lo cuidé y procuré con todo lo que ya sabía que hace bien” (Entrevista madre y trabajadora del hogar 2, comunicación personal, 09 de junio de 2020).

Parcela y hogar para el sostenimiento de la vida

El cuidado en la parcela influyó y fue determinante para la cadena de producción alimentaria local y para el autoconsumo. La procuración del cuidado en el espacio del hogar impactó en la reproducción de la vida de las personas; ambos espacios son indispensables para el sostenimiento de la vida. El cuidado de las parcelas es parte de los trabajos permanentes en la comunidad. Una entrevistada comentó “En nuestras comidas siempre consumimos algunas hortalizas de nuestro huerto familiar” (Entrevista Hija 1, comunicación personal, 05 de junio de 2020). Por su parte, una joven expresó:

Para mí la forma de crear un huerto familiar en mi comunidad se me hizo un reto más favorable ya que en mi casa, mis padres se encargan de germinar semillas en el mes de junio para que se riegue con la lluvia, porque contamos con agua pero no lo suficiente para regar, entonces decidí

realizar mi huerto para aportar hortalizas para creación de alimentos, y con los conocimientos de mis padres el huerto salió muy bien y con productos orgánicos. (Entrevista Hija 2, comunicación personal, 30 de mayo de 2020)

Durante el confinamiento varias mujeres además de las tareas de cuidado del hogar habituales comenzaron a crear huertos familiares, criaderos de gallinas de traspatio y la producción de hortalizas para el autoconsumo familiar. En estos casos, las hijas tuvieron participación activa en ambas actividades reproductivas.

El cuidado de la vida se sustenta en las relaciones con otros seres vivos, no vivos y con la parcela-monte-territorio y requiere condiciones materiales para realizarlo. Hay presencia de prácticas agroecológicas en el terreno de la producción agrícola. En las pláticas con mujeres, en el interés por comprender las causas de la pandemia y sus afectaciones se mostró una reflexión y preocupación por los desequilibrios ambientales causados por las actividades agrícolas agresivas que no priorizan el cuidado de la parcela como se muestra en el siguiente testimonio:

Hay contaminación que provocan los productos de limpieza y los productos agrícolas que contaminan a la tierra y deterioran la salud, el sistema industrial está acabando con el tradicional, pero sobre todo está acabando con la naturaleza porque no toman en cuenta su potencialidad ni equilibrio. (Entrevista Hija 2, comunicación personal 30 de mayo de 2020)

En esta narrativa, la joven identifica algunos desequilibrios ecológicos causados por el uso de agroquímicos, sin conocer a profundidad los daños ni las composiciones químicas de los suelos, pero al visitar las parcelas de sus padres durante la cuarentena, situación que se dio porque dejaron de asistir a la escuela y al incorporarse al trabajo agrícola, reflexionaron sobre el uso de estos productos. Por otra parte, otra joven señala la persistencia de algunas prácticas tradicionales para el manejo de la parcela y para el cuidado del hogar:

En la parcela podemos usar ceniza para prevenir plagas, y en la casa de igual manera utilizamos lo que para muchos son un residuo lo que proviene de la naturaleza y son la herramienta del uso para su hogar como son: jícara, coco, leña, varas para hacer escobas y el estropajo de los árboles. (Entrevista Hija 1, comunicación personal 05 de junio de 2020)

Observamos que en las cabeceras municipales que funcionan como centros de los núcleos rurales sí hay condiciones materiales para el despliegue de una economía del cuidado, pero hay casos en los que persisten condiciones de vulnerabilidad en los núcleos de población de la periferia de la cabecera municipal. En las entrevistas y pláticas, las mujeres mencionaron: “Se obliga a las mujeres a que se queden en casa, pero a veces queremos salir a conocer (...) a mi vecina su papá la sacó de estudiar en la secundaria” (Entrevista Hija 2, comunicación personal, 30 de mayo de 2020). En este caso, las mujeres están en una situación de vulnerabilidad por el machismo y la desinformación. También sigue siendo notorio el desconocimiento sobre derechos fundamentales, por ejemplo, a la salud y a la educación. La misma joven continúa su relato:

Sobre todo, en las zonas donde hay pueblos originarios porque son en esos lugares donde hay mayores problemas debido a la “falta de conocimiento” por parte de los habitantes de dichos lugares y también “falta de poder”. Es muy importante que haya organización, comunicación y tener los ojos abiertos para ver lo que está pasando. (Entrevista Hija 2, comunicación personal, 30 de mayo de 2020)

Sin embargo, es de destacar que todavía en la comunidad persisten formas históricas del cuidado que se han transmitido por generaciones y son fundamentales para valorar las formas de vida en los territorios y el cuidado de los equilibrios en los mismos, tales como la medicina y comida tradicional, los oficios locales, los conocimientos y prácticas etnoecológicas, etnometeorologías, mitos, leyendas y narraciones, organización agraria y comunal, entre otros, estas lógicas de vida se reproducen en la cotidianidad comunitaria y personal. Una joven amuzga comparte:

En la comunidad, buscamos ponernos de acuerdo, aunque luego no se logra. Con el simple hecho de no estar de acuerdo con algún tipo de trabajo ya sea los daños que provocan al medio ambiente o a nosotros mismos y empezamos a quejarnos, platicando con otras personas (analizando/criticando) o preguntando cómo se podrían arreglar cosas así”. (Entrevista Hija 2, comunicación personal 30 de mayo de 2020)

En este testimonio se muestra una comunidad dinámica que ha persistido a lo largo del tiempo, creando procesos de unidad y conflicto de acuerdo con circunstancias específicas, y que configuran las formas de cuidado de las lógicas comunitarias, donde la voz de la comunidad tiene más peso que una voz individual, lo cual les permite mantener una cohesión social para responder a problemas comunitarios aun en contexto de pandemia.

Vínculos comunitarios

Dentro de las comunidades indígenas y campesinas existen condiciones materiales desiguales en varios sentidos, pero persisten los imaginarios sociales de recurrir a la comunidad ante cualquier problemática, lo cual ha sido y seguirá siendo un modo de sobrevivencia ante situaciones desfavorables y carencias.

En el cuidado del hogar las mujeres han visualizado redes de apoyo y estrategias de acción en caso de contraer el virus, particularmente apoyándose entre los integrantes de las familias, pero es difícil. En algunos casos donde un miembro de la familia se contagia es casi imposible mantener cuidados en clave de aislamiento social que rompan la cadena de contagio ya que hay muchas manifestaciones corporales de proximidad con otros cuerpos. Por ejemplo, se nota la dificultad de mantener el cubrebocas, tener un espacio de confinamiento desinfectado, tener un cuarto o baño exclusivo para el enfermo y suspensión de reuniones familiares y sana distancia.

Reflexiones finales

La presencia del virus SARS COVID-19 en las comunidades indígenas ha evidenciado nuevamente desigualdades y vulnerabilidades estructurales en los territorios rurales. En este caso abordado, a través de las narrativas se pudo constatar que la jornada de trabajo para las mujeres amuzgas aumentó durante la fase de contagio comunitario de la pandemia ya que se sumaron al trabajo productivo en las parcelas y en cuidados especializados por la enfermedad. Vimos que persisten determinantes sociales estructurales como la debilidad de las instituciones estatales locales ante problemáticas globales y la ausencia de análisis crítico y formación de los servidores públicos para la adecuada toma de decisiones en estados de emergencia sanitaria. Fue evidente la ausencia de un enfoque de género, un plan de contingencia integral con atención culturalmente apropiada para los grupos sociales marginados, discriminados, los pobres y muchas veces olvidados.

Particularmente en el estado de Guerrero, entidad con una historia de despojos y desprecio hacia los pueblos originarios, a pesar de ser la quinta entidad federativa con presencia indígena, las determinantes sociales y económicas estructurales de la economía capitalista persistió dando continuidad al despojo y a la distribución desigual de la riqueza “Cualquier respuesta post-pandémica debería apoyarse, como sugiere Edgar Morin, en «los principios de una economía verdaderamente regenerativa, basada en el cuidado y la reparación»”. (Ramonet, 2020). En este caso, recuperando las prácticas de cuidado y sostenibilidad comunitarias a nivel del hogar y el cuidado del territorio indígena de Xochistlahuaca fue posible la sobrevivencia al coronavirus.

En todos los rincones, la humanidad y sus diversidades estamos enfrentando la pandemia desde espacios desiguales. Dentro de la economía del cuidado es esencial avanzar en la ética del cuidado colectivo. Aunque esta sería una respuesta certera ante la pandemia, no es posible ni deseable imponerla en los colectivos sociales. Una alternativa sería construir un puente para transitar de una lógica individual a una lógica colectiva que permita darnos cuenta de que el cuidado colectivo es una necesidad social que se debe sostener.

Referencias

- ASTUDILLO FLORES, H. (2 de junio 2020). *Evolución de la pandemia de COVID19 en Guerrero*. Facebook.<https://hiin.facebook.com/AstudilloFloresHector/videos/2993442047441964/>
- CARRASCO C., y Quiroga N., (Comp.) (2020). *Reexistiendo en Abya Yala: desafíos de la economía feminista en tiempo de pandemias*. Madreselva.
- Gobierno de México. (6 de enero 2021). *Todo sobre el COVID-19*. <https://coronavirus.gob.mx>
- Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática [INEGI]. (15 de marzo 2020). *Banco de indicadores*. <https://www.inegi.org.mx/app/indicadores/?ag=12071>
- MIES, M., y Vandana S. (1998). *La praxis del ecofeminismo. Biotecnología, consumo y reproducción*. Icaria.
- RAMONET, I. (25 de abril 2020). La pandemia y el sistema mundo. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/ultimas/mundo/2020/04/25/ante-lo-desconocido-la-pandemia-y-el-sistema-mundo-7878.html>
- RODRÍGUEZ, C. (2015). Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. *Tema Central, Nueva Sociedad*, 256
- Secretaría de Desarrollo Social. (2010). *Catálogo de localidades. Sistema de apoyo para la planeación del Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias (PDZP) Xochistlahuaca*.
- TERCERO, L. (2020). *Territorialidades en conflicto, exclusión y organización comunitaria en torno a la canalización del Río Jndanncue (San Pedro) en la Costa Chica de Guerrero, México, 2012- 2018*. [Tesis para optar por el grado de Maestra en Geografía. Programa de Maestría y Doctorado en Geografía, UNAM] Dirección General de Bibliotecas UNAM, <http://132.248.9.195/ptd2020/enero/0799747/Index.html>
- TOLEDO, V. (20 de noviembre 2020). *Conferencia 1 Taller: Introducción a la ecología política* [Facebook].https://m.facebook.com/ecologia-politica9/photos/a.115506217022925/165798795327000/?type=3&eid=ARDqD6OvEAYl_NsXPkAPsw42wTrvoB858ACcNlLurn-Gy19XA_cZ4RjhV7HFrnlzLpZJ_3wgXvux-mAYM

CARRERAS Y TRAYECTORIAS DE ENFERMOS COVID-19 NN'^aNCUE ÑOMNDAA DE GUERRERO, MÉXICO

María Guadalupe Ramírez Rojas | Francisco Antonio Ramírez Rojas
Sergio Paredes Solís

Introducción

En el presente capítulo abordamos la búsqueda de atención ante una problemática de salud como la actual pandemia de COVID-19 entre la población indígena *Nn'^ancue Ñomndaa* (Amuzgos) de tres municipios de Guerrero, donde la dinámica cambia dependiendo de factores tales como la ubicación geográfica, el propio padecimiento, la afiliación a la seguridad social e incluso el día y la hora en que se busca la atención. El acceso de las personas a los servicios de salud y el uso que hacen de ellos podría diferenciarse contrastando los procesos de atención de enfermedades similares.

La atención diferenciada se evidencia ante eventos extremos o nuevos, como la epidemia de COVID-19 que puso de manifiesto las inequidades y deficiencias de los sistemas de salud. Nuestro interés es reflexionar en torno a los recursos que las personas que integraron nuestro objeto de estudio han utilizado para buscar atención, considerando las variantes en la demanda de los servicios de salud por factores sociales, económicos, culturales y territoriales de la población indígena de los municipios de Xochistlahuaca, Ometepec y Tlacoachistlahuaca, en el estado de Guerrero, México.

En este contexto, la reconstrucción y el análisis de los eventos de atención de la salud pueden mostrarnos la carrera, las trayectorias y las vivencias de los enfermos de COVID-19. Esto incluye revisar la participación de los grupos familiares en la toma de decisiones sobre los cuidados de la salud ante la enfermedad de uno o varios de sus miembros. Es posible que la función social de las personas determine su forma de enfermar, sanar o morir. De aquí que consideramos necesario describir

y analizar la carrera y la trayectoria del enfermo de COVID-19 en los distintos modelos de atención.

Por *carrera del enfermo* entendemos todas las fases por las que atraviesa durante el curso de la COVID-19 y la manera en que su vida se ve afectada al enfrentar experiencias y contingencias que trascienden su entorno familiar, laboral y de los cuidados de su salud. Esta expresión se ha empleado en investigaciones de corte socioantropológico para referirse al seguimiento de padecimientos crónicos y eventos agudos, tales como la COVID-19. Goffman (2001) precisó las consecuencias del padecimiento —y sus significados— en la vida de los enfermos mentales hospitalizados y aportó una aproximación a la trayectoria social de todo individuo, siendo que los procesos de salud y enfermedad son, de hecho, una constante presente en los ciclos de la vida.

El círculo médico retomó el concepto de carrera para referirse al seguimiento de los cursos curativos y distinguir las prácticas terapéuticas asociadas al éxito o al fracaso. Por su conexión con el apartado social, dicho seguimiento considera las dinámicas del acceso a —y el uso de— los servicios de salud, los apegos terapéuticos y las consecuencias de todos estos en la manera en que un enfermo, su familia y sus cuidadores lidian con el padecimiento. Para Rico (2009), la dinámica de las relaciones sociales es primordial en los procesos de salud y enfermedad, puesto que orienta el *continuum* de la atención.

En este sentido, la continuidad de la atención se ha analizado considerando la vinculación de los distintos niveles de atención. Se ha apelado a un modelo o red asistencial que integre los servicios de salud mediante mecanismos de coordinación que provean dicha continuidad para satisfacer las necesidades de salud de la población (OPS, 2010). El concepto de red integrada es similar al de *continuum* de la atención propuesto por Reid, Haggerty y McKendry (2002). Este último alude a la percepción del enfermo de la atención recibida a lo largo de un tiempo dado, y a la coherencia de la continuidad en tres planos: a) el de la información recibida, b) el de su relación con los prestadores de servicios de salud y c) el de la gestión clínica, entendida como la percepción del enfermo de la atención recibida.

El Sistema de Salud en México se caracteriza por su fragmentación —que se refleja en la desarticulación de sus distintos niveles de atención—, y su segmentación en múltiples instituciones de provisión

de servicios, según la inserción laboral y la capacidad de pago de los usuarios. Estos aspectos dificultan la continuidad en la provisión de atención, cuya continuidad resulta atropellada por la pandemia de la COVID-19, favoreciéndose interrupciones en el acceso a los servicios, agravándose la interlocución de los usuarios con el sistema de salud.

Este trabajo describe las carreras y las trayectorias de los *Nn'a'ncue Ñomndaa* de Guerrero que enfermaron de COVID-19 para lograr una continuidad en la recepción de los servicios de salud, conforme a su tránsito entre proveedores e instituciones en busca de atención. Para ello consideramos el papel de los grupos familiares en los cuidados y la atención de la enfermedad. Describimos estas trayectorias según la percepción de los enfermos y sus familiares, y también de los proveedores de atención de la salud, tanto del modelo médico hegemónico como del de la medicina tradicional. Esta descripción invita a reflexionar sobre los retos para lograr el mayor objetivo de los sistemas de salud frente a la pandemia: conseguir el grado máximo posible de salud (OMS, 2006).

Organizamos el presente capítulo en cuatro apartados. En el primero detallamos el abordaje metodológico. En el segundo describimos los resultados del análisis; para ello recreamos las trayectorias de enfermos de la COVID-19, comentamos el papel de la infraestructura de los servicios de salud a su alcance y contrastamos las visiones de diversos miembros de la comunidad. El tercer apartado ilustra la carrera del enfermo de COVID-19 en los municipios de nuestro interés. En el cuarto apartado comentamos, a manera de conclusiones, nuestros hallazgos y las posibles hojas de ruta ante una pandemia que proyecta un largo camino por recorrer, no sólo en la población *Nn'a'ncue Ñomndaa*, sino entre los prestadores de servicios de salud, incluyendo a los terapeutas tradicionales.

Apartado metodológico

Planteamos un abordaje empírico exploratorio, apoyándonos en metodología cualitativa y cuantitativa, para caracterizar las carreras y las trayectorias en la continuidad de la atención de quienes enfermaron de COVID-19 en la población *Nn'a'ncue Ñomndaa* de los municipios de Ometepec, Xochistlahuaca y Tlacoachistlahuaca, en el estado de Guerrero.

Reconstruimos dichas carreras y trayectorias desde la perspectiva del enfermo, considerando que, como lo indican Geertz (1973) y Guber (2005), la lógica explicativa de los sujetos sociales permite profundizar en las prácticas y los discursos que sustentan su realidad social. De aquí que al describir y analizar sus nociones y sus manifestaciones –incluyendo sus necesidades, miedos, creencias, supuestos, prácticas, etcétera– obtenemos un marco referencial de los fenómenos sociales vinculados a los actores sociales.

El presente análisis se sirve de la información primaria de los proyectos: *Diálogos interciencias en sistemas tradicionales de salud para la prevención, enfrentamiento y resiliencia de los Nn'a'ncue (Amuzgos) ante la COVID-19* y *Los amuzgos de Guerrero ante la COVID-19: enfrentamiento de la fase 3 y el reforzamiento sanitario, económico, social, familiar y político pospandemia*, considerando entrevistas (a profundidad y semiestructuradas) hechas a actores clave de la población Nn'a'ncue Ñomndaa de los municipios mencionados.

Privilegiamos las descripciones –relatadas por quienes enfermaron de COVID-19 y sus acompañantes: familiares, vecinos, terapeutas tradicionales, personal de salud– que nos permitieran reproducir las circunstancias relativas a la COVID-19, y nos ofrecieran una aproximación a sus experiencias y trayectorias al respecto. Pusimos especial interés en su comportamiento ante el padecimiento y en el papel de las familias en las carreras y trayectorias de los enfermos.

Para disponer de más elementos descriptivos de la trayectoria de la continuidad de la atención, nos servimos de información secundaria de fuentes oficiales de acceso libre: la Dirección General de Epidemiología (DGE) y la base de datos de COVID-19 de la Secretaría de Salud (SSA), actualizada al 3 de enero de 2021. Consultamos las variables de la fecha de inicio de la sintomatología, el ingreso y la defunción, y distinguimos entre el manejo ambulatorio u hospitalario. Nos apoyamos en los datos abiertos de la Dirección General de Salud (DGIS) de la SSA sobre los recursos de infraestructura física y las unidades disponibles, según la actualización a noviembre de 2020.

Hicimos, además, un ejercicio de análisis de modelaje geoespacial con apoyo de los Sistemas de Información Geográfica (SIG) para describir la disponibilidad de establecimientos prestadores de servicios de

salud públicos y privados y verificamos la información del Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE) del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), en su actualización de noviembre de 2020.

Análisis de la información

Grabamos, transcribimos y codificamos las entrevistas. Para reconocer los códigos emitidos por los actores entrevistados, les dimos una orientación inductiva. Para su codificación deductiva, incorporamos códigos que remitieran a la carrera de la COVID-19 y a las trayectorias de la continuidad de la atención. Esto nos permitió generar categorías de análisis y descomposición por temas y subtemas para favorecer una lógica de comparabilidad. Nos apoyamos en el software ATLAS.TI *versión 7.5.4*, y empleamos el *software* SPSS versión 20 para analizar y procesar la información cuantitativa. Para el análisis geoespacial nos servimos del *software* libre de QGIS 3.16 *Hannover*.

Comparación de las trayectorias de los enfermos de COVID-19

Una mirada desde los datos

Ante una emergencia como la de la COVID-19, la toma de decisiones del enfermo y sus familiares depende en gran medida de: 1) la disponibilidad de proveedores de medicina tradicional en las comunidades; 2) condición de derechohabencia y 3) la disponibilidad de unidades de salud.

La disponibilidad de proveedores de medicina tradicional en las comunidades

Los proveedores de medicina tradicional podrían ser mediadores en favor del uso de los servicios institucionales de salud, por ser muchas de las veces la puerta de entrada del enfermo a la provisión de cuidados en salud. A veces el médico tradicional es el único proveedor de atención; otras sólo brindan una atención complementaria de otros tratamientos

médicos o una atención alternativa cuando otros tratamientos médicos no tienen el resultado esperado. Cuando el terapeuta tradicional considera que necesita el apoyo de otros modelos médicos (*continuum*), funge entonces como enlace en la derivación del enfermo.

Condición de derechohabiencia

La derechohabiencia¹, que depende de la inserción laboral, podría determinar un acceso diferenciado a los servicios de salud (CONEVAL, 2018). En la imagen 1 se presenta la distribución porcentual de la población por su derechohabiencia a partir de proyecciones de la DGIS.



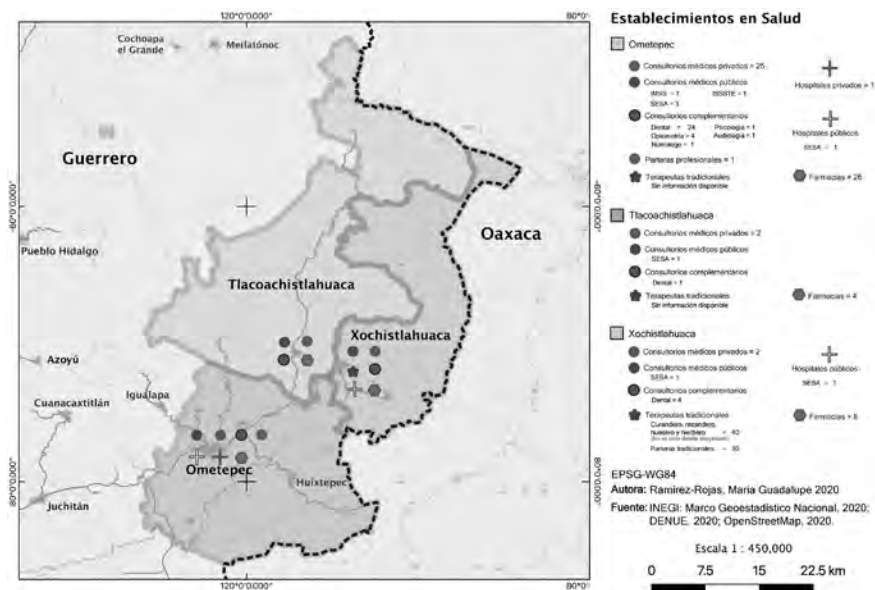
Fuente: Elaboración propia a partir información DGIS, 2020.

La disponibilidad de unidades de salud

Las unidades de salud pueden ser del sector público o del sector privado, y de diferentes niveles de atención, ya que para aquellos casos de mayor gravedad ameritarían de tratamientos especializados. En la imagen 2 se muestra su disponibilidad en los municipios estudiados:

¹ La población beneficiaria o derechohabiente dispone de distintas instituciones proveedoras de seguridad social según inserción laboral: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (EMAR), Petróleos Mexicanos (PEMEX). La Secretaría de Salud (SSA), los Servicios Estatales de Salud (SESA), Servicios de Salud Municipales y el IMSS-Bienestar.

Imagen 2
Disponibilidad de unidades de salud en Ometepec, Tlacoachistlahuaca y Xochistlahuaca, 2020



Los elementos citados tercian la elección del enfermo y sus familiares al momento de iniciar la búsqueda de la atención. En los municipios *Nn'aⁿncue Nomndaa* estudiados hay dos hospitales del segundo nivel de atención, sin unidad de cuidados intensivos ni intermedios, y no hay hospitales del tercer nivel de atención. Dependiendo de su afiliación, algunos enfermos deben trasladarse a otra ciudad para recibir atención médica. Si bien desde el comienzo de la pandemia las autoridades sanitarias han hecho hincapié en que la atención es inmediata sin importar la afiliación institucional (IMSS y SNTSS, 2020). En la tabla 1 identificamos las trayectorias de los enfermos incluidos en el estudio –por tiempo y distancia– a los hospitales públicos más cercanos. Consideramos las instituciones públicas del sector que disponen de unidades en las cercanías de los municipios estudiados.

Tabla 1
Trayectorias por tiempo y distancia hacia hospitales públicos

Hospital según institución	Camas			Ubicación		Punto de partida			
	Censables	No censables	UCIA	UCIA Intermedia		Ometepec		Xochistlahuaca	
						Tiempo en horas	Distancia en km	Tiempo en horas	Distancia en km
HF Ometepec, SESA	40	10	ND	3	Ometepec, Guerrero	—	—	00:56	30
HBC Xochistlahuaca, SESA	10	2	ND	ND	Xochistlahuaca, Guerrero	00:56	30	—	—
HG Ayutla, SESA	36	4	ND	ND	Ayutla de los Libres, Guerrero	02:29	124	02:32	119
Instituto Estatal de Cancerología, SESA*	23	1	ND	ND	Acapulco, Guerrero	03:24	185	04:06	214
HG Colonia Progreso (CAAPS), SESA	21		ND	ND					
HG Renacimiento, SESA	60		4	6					
HG Acapulco, SESA	267	58	15	11					
HGR No.1 Vicente Guerrero, IMSS	331	46	12	ND					
HG Acapulco, ISSSTE	86	43	5	ND					
Unidad Municipal Médico Quirúrgico, Municipio de Acapulco	11		ND	ND					
HMR Acapulco, SEDENA	40	6	4	ND					
H. Naval Acapulco, SEMAR	49	6	3	ND					

Tabla 1
Trayectorias por tiempo y distancia hacia hospitales públicos

Hospital según institución	Camas		Ubicación		Ometepec		Xochistlahuaca		Tlacoachistlahuaca	
	Censables	No censables	UCIA	UCIA Intermedia	Tiempo en horas	Distancia en km	Tiempo en horas	Distancia en km	Tiempo en horas	Distancia en km
HG Pinotepa Pedro Espinoza Rueda, SESA	72	20	ND	ND	01:49	92	02:32	121	02:22	117
HG Pinotepa Nacional, ISSSTE	10	6	ND	ND						
H. Militar 47vo. Batallón de Infantería, SEDENA	30		ND	ND						
HG Putla Amigo del Niños y de la Madre, SESA	64	6	ND	ND	03:43	147	03:26	90	03:48	101

Fuente: Elaboración propia a partir de información de la DGIS, 2020.
UCI: Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos, HG: Hospital General, HBC: Hospital Básico Comunitario, HGR: Hospital General Regional, H: Hospital; SESA: Servicios Estatales de Salud, *3er nivel de atención -el resto corresponde al 2do. nivel-, ND: no dispone.

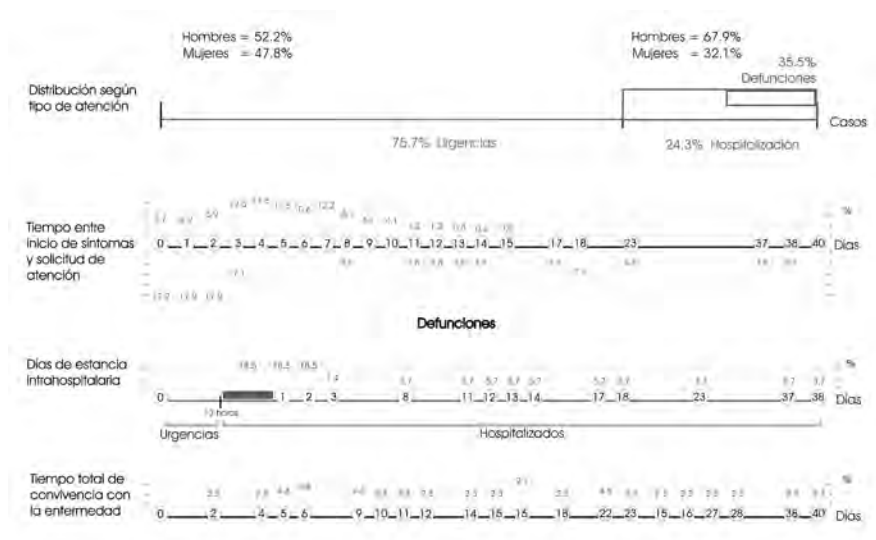
En 2020, en los tres municipios de nuestro interés, se reportaron 325 casos de COVID-19 que solicitaron atención en los servicios públicos. En la imagen 3 esquematizamos la continuidad de la atención provista según si requirieron manejo ambulatorio (el provisto en el área de urgencias), en donde el rango del tiempo de atención oscila entre las cero y las doce horas y el enfermo puede permanecer en observación. Una vez cumplidas 12 horas –o antes, si se establece alguna presunción diagnóstica– el trayecto del enfermo en el establecimiento de salud puede ser uno de los siguientes:

1. es egresado y enviado a su domicilio
2. es referido a otra unidad de mayor capacidad resolutive para su atención
3. es hospitalizado para continuar con su atención
4. opta por la alta voluntaria
5. se fuga
6. fallece en urgencias

Llama la atención que 30.1 % de quienes fueron atendidos en urgencias refirieron haber iniciado con síntomas o datos asociados a COVID-19 al menos 48 horas antes de recibir atención, y 6 % manifestaron encontrarse en el día cero (Imagen 3). No pudimos consultar esta información de los enfermos que fueron hospitalizados porque no estaba disponible. Lo estuvo sólo de quienes fallecieron, que correspondió al 35.4 % de los enfermos hospitalizados. En 50 % de estos casos, el tiempo transcurrido entre que presentaron los primeros síntomas y que acudieron al hospital fue de 2 a 7 días. Para la otra mitad de los enfermos fallecidos, el rango fue mayor: de 8 a 14 días (Imagen 3).

El tiempo de estancia intrahospitalaria de 18 % de los enfermos que fallecieron en los establecimientos de salud fue de 12 a 23 horas. 39.2 % de los casos cursaron con una larga estadía intrahospitalaria -entre 8 a 38 días- (véase la imagen 3). La información disponible no fue suficiente para dar seguimiento ni a los egresos ambulatorios ni a los hospitalarios, ya que pudimos conocer el tiempo de convivencia con la enfermedad sólo en los enfermos que fallecieron. Evaluamos el tiempo desde la presentación de los síntomas de COVID-19 hasta el fallecimiento del

Imagen 3
Trayectoria terapéutica desde la presentación de los primeros síntomas hasta el fallecimiento del enfermo por COVID-19



Elaboración propia a partir de información de la DGIS, 2020.

enfermo, donde en 75 % de los casos la convivencia fue de nueve a 41 días, mientras que en 25 % el rango fue significativamente menor: de 2 a 7 días. Esto da cuenta de la gravedad de los enfermos al momento de solicitar la atención, quienes recién en sus primeras horas o días de estadía hospitalaria murieron (véase la imagen 3).

Entre los fallecidos por COVID-19 pudimos identificar dos tipos de convivencia –por su duración– con la enfermedad:

1. una convivencia larga, de al menos una o dos semanas antes de entrar en contacto con los servicios de salud, periodo al que se sumó una convivencia del mismo tiempo o superior de estancia intrahospitalaria
2. una convivencia breve

Las diferencias entre unos y otros enfermos responden a los factores de riesgo inherentes a cada individuo, los cuales, según distintos estudios desarrollados durante el transcurso del primer año de la pandemia,

asocian a la diabetes, la hipertensión y la obesidad, entre otros, como factores de riesgo, donde los enfermos de COVID-19 con estos factores de riesgo tienen una mayor probabilidad de muerte respecto a los demás. Por otro lado, el riesgo es mayor entre los hombres que entre las mujeres e incrementa a partir de los 50 años, (Zhou y cols., 2020; Jordan, Adab y Cheng, 2020; Weiss y Murdoch, 2020).

Una mirada desde la perspectiva de los actores

Respecto a la posible trayectoria de los enfermos, caracterizamos cinco aspectos que podrían mediar en su toma de decisiones y la de sus familiares:

1. el conocimiento y la información disponibles
2. los recursos económicos disponibles
3. la seguridad social disponible
4. la falta de pertinencia cultural de los servicios de salud
5. la gravedad del padecimiento

El conocimiento y la información disponibles

Esta categoría integra los siguientes grupos:

Quienes tienen información suficiente de la COVID-19 y pueden identificar los signos y los síntomas de sospecha de aparición de la enfermedad y datos de alarma asociados que indicarían su agravamiento, así como el reconocimiento de medidas de tipo preventivo:

Indígena Ñomndaa: Tenemos un negocio de comida, pero lo cerramos los primeros dos meses por el miedo y el temor de ser contagiados. Aquí en mi familia somos cinco, y más miedo me daba por mi papá, que ya está grande y tiene cáncer, y eso en las redes decían que era más probable que se les dificultara.

Quienes tienen miedo de la pandemia, producto de la infodemia, donde el miedo podría responder a información incompleta, errónea o ambas,

refiriendo narrativas como: “que están matando a la gente en los hospitales”, “que no existe el coronavirus”, o bien “que el gobierno quiere matar a los viejitos”. Se asienta, además, que el virus “es mortal”, y que una vez que alguien enferma, hay que resignarse. La atención de los hospitales se asocia a la muerte, donde la percepción de la población a partir de los medios de comunicación es que los establecimientos de salud no disponen con los suficientes recursos para lidiar con el embate de la COVID-19. Varias familias *Nn’aⁿncue Ñomndaa* relataron en los talleres de trabajo desarrollados en el estudio que las campañas de perifoneo municipal generaron alarma y pánico en la población:

Directivo médico *Nn’aⁿncue Ñomndaa*: Nos dimos cuenta de que mucha gente no va a los hospitales, no acude a los servicios de salud. Este, una por miedo, eso de que dicen que aplican una vacuna y se van a morir, todo eso.

Quienes tienen los conocimientos y los recursos para atenderse en el hogar; conocimientos que están atravesados por la cosmovisión indígena, donde asocian a la nueva enfermedad de la COVID-19 como un padecimiento que debe ser tratado a base de calor, según su marco lógico explicativo, por lo que privilegian la ingesta de té (de manzanilla, jengibre, ajo, etcétera) con fines preventivos o curativos:

***Nn’aⁿncue Ñomndaa* enfermo de COVID-19:** El jengibre es la raíz que se debe beber. Se tomaba a cualquier hora: en la mañana, tarde, a la hora de dormir. Y sí se sentía que me ayudaba.

Los recursos económicos disponibles

La población no cree disponer de recursos económicos para su tratamiento –ya sea tradicional u occidental– en los servicios públicos o privados. La atención de la salud conlleva gastos en medicamentos y tratamientos y, en su caso, el traslado a otra ciudad. Si un enfermo se hospitaliza, sus familiares tienen, además de los gastos del traslado y las comidas, el problema de encontrar dónde albergarse durante la estancia del enfermo. En ocasiones pasan la noche a la intemperie afuera del hospital o, de

ser posible, en la sala de espera. Quienes tienen un vehículo particular pasan ahí las noches. Si alguien tiene algún familiar o conocido en esa ciudad, pueden albergarse en su casa. Los menos rentan un cuarto de hotel por un par de noches, una vez que los médicos les informan que el egreso del paciente va a demorar. Cuando quienes brindan la atención son terapeutas tradicionales, el gasto es menor. En ocasiones se les puede pagar en especie, con una comida o un refresco, por ejemplo:

Curandera *Nn'a'ncue Ñomndaa*: Así que lo curé. Hice remedio, lo preparé, le molí todo, le di, lo sobé. Ya que lo sobé se fue. En la tarde, otra vez. Vino como seis veces, creo. Mira, ahí anda, ahora pasó, no sé qué día: 'Tenga tía, le vine a regalar una coca de dos litros'. Me deberías de traer un pollo, no ve que dicen que la coca hace mal, y tú me trajiste coca...

La disponibilidad de seguridad social

Los enfermos afiliados a la seguridad social tienen menos gastos de bolsillo en comparación con quienes no disponen de este beneficio. Aunque no compren medicamentos, sí gastan en su traslado y el de sus familiares a otra ciudad, ya que en los municipios de nuestro interés no hay establecimientos hospitalarios pertenecientes a alguna institución pública de seguridad social.

La falta de pertinencia cultural de los servicios de salud

Las familias *Nn'a'ncue Ñomndaa* comentaron que no confían en los médicos de los servicios de salud porque no tienen empatía ni conocen sus usos y costumbres. Prefieren recibir un trato más personal, como el que brinda el terapeuta tradicional. Algunos incluyeron al médico particular, o al médico o la enfermera de una unidad de salud, con quienes tuvieron un cierto acercamiento personal y quienes, además, les dieron consultas domiciliarias:

Indígena *Ñomndaa*, vecina de un enfermo de COVID-19: Entonces sí hay confianza con el doctor y el personal. El problema es que ellos no están ahí todo el tiempo. Es un doctor y una enfermera. La enfermera, al llegar su hora de salida, pues se va, porque ella no vive aquí, y el doctor al mismo tiempo es administrativo, y si le dicen baje a entregar, se va.

Entonces el centro de salud lo cierra, pues las personas enfermas tienen que buscar la manera, pero cuando están ellos, ellos acuden a verlos.

La gravedad del padecimiento

Esta categoría integra los siguientes grupos:

- *Quienes se apoyaron en el primer nivel de atención:* donde incluimos a los terapeutas tradicionales y donde en un inicio acudirían todos aquellos enfermos con sintomatología leve, además de la autoatención ya iniciada en el hogar.
- *Quienes acudieron a un hospital público:* donde una gran mayoría representa aquellos enfermos con cuadros graves -y que pudieran requerir de cuidados especializados-, o bien aquellos con sintomatología leve o moderada. Se incluirían también en este grupo quienes, a partir de sus propios recursos, se trasladaron a la ciudad de Acapulco en busca de atención hospitalaria en una unidad con mayor capacidad resolutive —y en mayor medida aquella población afiliada a alguna institución de seguridad social—.
- *Quienes tenían información suficiente y ciertos recursos económicos:* donde el grupo doméstico decidió acudir a un hospital particular debido a la gravedad del enfermo, o bien al laboratorio porque sabían que para reconocer la enfermedad debían hacerse una prueba.
- *Quienes tal vez no tenían información ni recursos económicos suficientes* y acudieron a un hospital particular ante la gravedad de la enfermedad por miedo a la atención de los hospitales públicos. En ocasiones los familiares pidieron prestado a otros familiares, vecinos y amigos para cubrir los gastos.

Continuum de la atención

Si bien las decisiones de la población *Nn'aⁿncue Ñomndaa* se cimientan en su cosmovisión, están influidas por la difusión de mitos o creencias, información completa o incompleta del coronavirus y donde hay que añadir que, al ser una enfermedad novedosa, la información ha sido dinámica, ya que inclusive autoridades en la materia han renovado e

incorporado distintas posturas según nuevas actualizaciones y evidencia que se ha descubierto en un tiempo relativamente corto-, lo cual tendría por tanto repercusiones en una población donde no todos tienen acceso a radio o televisión, y que inclusive teniendo estos, no se dispone de buena recepción en diversas localidades de la región.

En la encuesta aplicada en nuestro estudio, donde participaron 997 familias *Nn'a'ncue Ñomndaa*, reveló que sólo 7.4 % consultan internet regularmente en una computadora y 1.5 % lo hacen por medio de un teléfono celular o una *Tablet*, dependiendo de sus recursos económicos, adquiriendo tarjetas telefónicas que incluyen conexión a internet, lo cual les permite consultar información generada principalmente en redes sociales.

Las comunidades *Nn'a'ncue Ñomndaa* han tenido, de esta manera, acceso a muy escasa información, a veces sólo a la del perifoneo -que lejos de informar, alarmó y propició miedo entre la población-, o bien aquella información falsa difundida a través de rumores o por la infodemia de las redes sociales -que propiciaría por tanto conductas de riesgo- bajo el supuesto de que el virus no existía.

Sólo en algunos casos contados, la población solicitaba atención domiciliaria a los proveedores de los servicios de salud, aunque claramente, dada la carencia de personal de salud en el contexto mexicano², resultaría imposible realizarlo a una escala mayor en comunidades donde algunas localidades inclusive tienen difícil acceso. Al no existir algún contacto previo con los proveedores de salud o medio para contactarles -circunstancia donde se incluye la mayor parte de la población- esta quedaría desvinculada de una posible articulación con el resto de los proveedores de los servicios de salud en caso requerido:

Médico *Nn'a'ncue Ñomndaa*, primer nivel: Si llegan aquí y es leve, tal vez sea menos riesgo, hay menos gente. Decir 'Mira, te vas a tu casa con esto, pero si hay algo y quieres regresar aquí, quieres ir al hospital, está bien.' Debe ser un trabajo coordinado, que se intentó hacer: el ayuntamiento nos citó a los médicos particulares para una reunión, pero yo vi muy poco compromiso de los demás compañeros.

² México dispone de aproximadamente 3 médicos por cada 1000 habitantes (OCDE, 2019).

Indígena *Nn'a^{ncue} Ñomndaa*: No hay un lugar específico. En sí lo que están recomendando los enfermeros, o igual los doctores, es que, si uno tiene algún problema que siente que es de esto de la enfermedad, lo que hace es mandarle un enfermero en su casa o llamarles, porque allá hay muchos mototaxis, dicen: 'Me siento mal, si pasa por el centro de salud avísele que por favor venga.' Y va. No hay un lugar específico para esta enfermedad, allá simplemente está el Sector Salud y él se encarga.

Uno de los actores entrevistados comentó que la población *Nn'a^{ncue} Ñomndaa* prefiere vivir el proceso de la enfermedad en su casa, en compañía de su familia, y no en un entorno extraño, como el de las unidades de salud, específicamente el hospitalario:

Indígena *Nn'a^{ncue} Ñomndaa*: Han fallecido en sus casas. Casi nosotros, los indígenas, no nos gusta estar encamados en algún hospital. Por más que a un indígena le diga el doctor, le dice el enfermero: 'Sabe que necesito tenerlo vigilándolo, ver su estado de salud, necesito estar con usted. Pero necesito que esté en la clínica, quiero estarlo viendo, yo lo voy a tratar.' Agarra el familiar o el paciente y dice: 'No, yo no puedo estar acá, yo quiero estar en mi casa. Si me muero, voy a estar en mi casa.' Lo que hacen los del centro de salud es ir mejor a las casas, así que, si se muere, me muero mejor en mi casa.

Donde, además, la familia juega un rol importante en la toma de decisiones a seguir, ya que es un tema que se discute sobre si acudir o no con algún médico -incluyendo a los tradicionales- y si amerita un tratamiento más especializado e inclusive un internamiento. Es un tema donde no sólo opina o decide el propio enfermo, sino también la familia en su conjunto, y lo cual resulta aún más evidente en la pandemia de COVID-19, ya que, por disposiciones sanitarias debido al riesgo elevado de contagio, se evitan las visitas de los familiares al interior del hospital, a diferencia de otros padecimientos sin naturaleza infecciosa:

Médico *Nn'a^{ncue} Ñomndaa*: Esa señora la llevaron. 'Es que no quiere ir.' Pero si no quiere ir es decisión de ustedes, es su mamá. Pero otras dos personas ya no fueron. No fueron y eso que tenían una saturación de

oxígeno de 70. Es muy bajo. ‘Pero es que ahí me van a llevar todo el rollo, y me van a matar’. Por lo menos bajen por el oxígeno. Y dice: ‘voy a ir a mi casa, voy a platicar con mi familia y si dicen que sí, voy a regresar.’

De confirmarse que el fallecimiento fue por COVID-19, las autoridades sanitarias recomiendan hacer de inmediato el entierro o la cremación del fallecido, lo que no necesariamente se hace en todo el país. Por tanto, dichas disposiciones sanitarias limitan la celebración de los rituales fúnebres, lo cual ha generado preocupación por la población, ya que como referimos, podría darse el caso de que el enfermo COVID-19 no pudiera despedirse de sus familiares durante los últimos momentos de su vida -en el hospital- o bien, en caso de fallecer, tampoco podrían celebrar un funeral a causa de la pandemia. Bajo este contexto, como ejemplo adicional, en la tradición mexicana y *Nn'a'ncue Ñomndaa*, por ejemplo, se honra a los difuntos en la celebración denominada *El Día de Muertos*³, donde familia y amigos visitan sus tumbas, se limpian y se adornan con flores y velas. Debido a la pandemia en 2020, las autoridades estatales y municipales dispusieron el cierre de los panteones durante las festividades de conmemoración del Día de Muertos para evitar las aglomeraciones y, por tanto, los contagios. Así, ante el riesgo de no poder visitar a sus difuntos, la población de Xochistlahuaca optó por quitar la reja del panteón municipal (Orellana, 2020).

La carrera de la COVID-19

Dependiendo de la gravedad de la enfermedad, esta se asocia a enfermedades preexistentes, o a condicionantes biológicas ligadas al sexo y la edad. Depende también de la sintomatología asociada, de si el cuadro es leve o incluye dificultad respiratoria, la cual podría progresar a la muerte del enfermo.

³ Celebrado el 1 y 2 de noviembre.

Si bien la mayoría de los pacientes describieron la sintomatología habitual asociada a la COVID-19⁴, los terapeutas tradicionales identificaron algunas precisiones:

Curandera *Nn'a'ncue Ñomndaa*: Así que pasó, se sentó, y le dije: mira, yo te voy a hacer unas preguntas y me vas a contestar. Le dije: tú, te duele mucho, la frente es lo que más te duele. Porque hasta el color pierde uno cuando ya está así. Tú, tu color está muy pálido. 'Sí tía', me dice, 'Me duele la cabeza, todas las coyunturas, los pies, la cabeza, el estómago. Y cada ratito está babeando. Parece una persona que le picó un alacrán, babeando. Y le dije: no, tú sientes que se te atora algo, te molesta. 'Sí tía, siento que tengo un aguacate, no sé, pero muy feo'.

La enfermedad tuvo una corta duración en la gran mayoría de los casos, con sintomatología menor, donde la pérdida del olfato es considerada como una manifestación inicial de la enfermedad -y que podría orientar a la sospecha del posible diagnóstico de COVID-19-diferenciándole de otros padecimientos con manifestaciones similares como es el caso de la gripe o bien una alergia:

Médico y enfermo de COVID-19 *Nn'a'ncue Ñomndaa*: Igual, fue un caso leve. O sea, realmente yo no tuve dificultad respiratoria. Sí tuve mucha fiebre, anosmia. De hecho, fue la anosmia lo que digo: 'Bueno, puede ser que sí'. Entonces fue que... Pero ya después, ya no, pasaron unos 14, 15 días. De hecho, de ahí que fueran 17 días que tocó, así como todo el fin de semana, y ya para.

En otros de los casos, los enfermos de COVID-19 presentaron cuadros agresivos de súbita presentación, con una larga convivencia con la enfermedad:

⁴ Al menos dos o más de los siguientes: fiebre, tos seca e irritativa, dolor de cabeza, dolor de garganta, fatiga, menor percepción de olores y sabores, dolor en músculos y articulaciones, malestar general, calosfríos, pérdida del apetito, escurrimiento nasal escaso, irritación ocular, diarrea, dolor abdominal, vómitos, y en las formas graves, dificultad para respirar y dolor de pecho (SSA, 2020).

Médico *Nn'a'ncue Ñomndaa*: Digamos que... tres de ellos fallecieron. Pero hubo un señor que ahí está muy, muy en duda, porque finalmente sí tuvo dificultad respiratoria, pero él tuvo un problema cardíaco antes, y tardó mucho tiempo, tardó más de 20 días. Y casi no, no se dan esos cuadros con insuficiencia respiratoria y en el hogar. O sea, no estuvo ni siquiera hospitalizado.

***Nn'a'ncue Ñomndaa* amigo de enfermo por COVID-19:** No, en su casa. Pero primero sí lo hospitalizaron porque perdimos contacto con él. Incluso su hermano, con el que llevamos contacto, nos mandaba mensaje: que llevaba una semana sin saber nada de él, y no lo dejaban pasar. Y ya después lo dieron de alta y lo tuvieron aislado. Pero ahora me dicen que ya está, ya mejoró, pero sí, se aventó más de un mes.

Si bien los familiares participan en la toma de decisiones, el núcleo más cercano funge como apoyo porque el miedo aleja a los demás miembros de la familia:

***Nn'a'ncue Ñomndaa* familiar de enfermo por COVID-19:** Pues la verdad y con la pena, no nos acercamos. Evitamos visitarlos porque ninguno estamos exento de la enfermedad, y por miedo mejor nos quedamos en casa. Les damos las bendiciones de lejos y ya.

Los *Nn'a'ncue Ñomndaa* reconocen la naturaleza contagiosa de la COVID-19, y los enfermos y sus familiares toman las medidas de protección:

***Nn'a'ncue Ñomndaa* enfermo por COVID-19:** No, es... bueno, aquí tenemos varios baños. Entonces, digamos que un baño se destinó para mí. [risas] Sí, y aislado en un cuarto. Me la pasé más tiempo abajo. Entonces comía aparte, lavaba mis trastes, bueno, todo esto. Afortunadamente nadie se contagió de la casa.

Reflexiones finales

Es destacable el papel de la percepción individual de algunas personas ante las manifestaciones iniciales de la enfermedad, que describen de manera ilustrativa las necesidades percibidas por los enfermos frente al padecimiento, considerando dos grupos: el de las personas que ante la primera manifestación de la enfermedad acudieron a urgencias y sobrevivieron, y el de quienes tuvieron una larga convivencia con la enfermedad (alrededor de tres cuartas partes de los fallecidos por COVID-19).

En México y en el mundo, las autoridades sanitarias han instruido a la población, a través de los medios de comunicación, para que reconozcan los signos y los síntomas de la COVID-19, y sepan cuándo acudir al servicio de urgencias. Si bien autoridades federales en conjunto con el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INI) han elaborado audios y videos en las distintas lenguas maternas de México (INI, 2020), no toda la población indígena dispone de acceso a dispositivos digitales o de radio o televisión, por lo cual los mensajes no están llegando a la totalidad de la población indígena (Cultural Survival, 2018; IFETEL, 2018).

La pandemia ha presionado los sistemas sanitarios del mundo entero al límite de su capacidad, en gran medida debido a la saturación hospitalaria por enfermos de COVID-19. Esta presión agrava las carencias preexistentes y dificulta aún más el acceso a los servicios de salud (Sundaraman, 2020; Shadmi *et al.*, 2020; Neogi y Preetha, 2020), lo que favorece un incremento en la brecha de desigualdad existente entre los pueblos originarios, misma que podría no cuantificarse en virtud de que se disponen de datos insuficientes sobre indicadores de salud respecto a las comunidades indígenas, según diagnóstico realizado por el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas en 2020 (Gobierno de México e INPI, 2020).

Es urgente, por tanto, concretar las adecuaciones interculturales necesarias en las unidades de salud, conforme a los usos y costumbres en las distintas regiones del país. Las adecuaciones interculturales deben incluirse tanto en las unidades de salud como en las actividades para la prevención y promoción a la salud, en particular respecto de la pandemia de la COVID-19 iniciada en 2020, considerada como una urgencia sanitaria.

Las pesquisas desarrolladas en el presente trabajo en torno a las distintas trayectorias de los enfermos de COVID-19 entre los Nn'a'ncue Ñomndaa añade referentes respecto a la toma de decisiones de los enfermos y sus familias frente al padecimiento y su comportamiento según su evolución. La toma de decisiones en torno a la continuidad o no de alguna ruta o camino terapéutico a seguir podrían modificarse según la evolución y el estado de gravedad del enfermo, lo cual también va de la mano de la disponibilidad de recursos económicos y, sobre todo, del apoyo que puedan proveer las distintas redes familiares para los posibles traslados, cuidados y seguimiento de los tratamientos requeridos por el enfermo. La información primaria de la que disponen tanto el enfermo como su familia respecto a su diagnóstico, necesidades terapéuticas, así como del pronóstico -el cual puede evolucionar drásticamente en cuestión de horas-, guía el curso a seguir y define su rol dentro del *continuum* de la atención (activo o pasivo). Quienes poseen más información respecto a los cuidados a seguir por el propio enfermo y su familia tienen una mayor posibilidad de asumir un rol activo, donde las decisiones son guiadas por los proveedores de salud, incluidos los terapeutas tradicionales quienes también orientan en la toma de decisiones. A menor información del enfermo y sus familias, existe una mayor posibilidad de que estos asuman un rol pasivo e inclusive eviten el contacto con los distintos proveedores y servicios de salud que integran el continuo de la atención, explicando, por tanto, que en aquellos casos de mayor gravedad tengan un acercamiento tardío en la búsqueda de la atención.

Referencias

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CON-EVAL]. (2018). *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018* [Archivo PDF]. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf
- Cultural Survival. (2018). *Situación de la radiodifusión indígena en México 2018* [Archivo PDF]. <https://www.culturalsurvival.org/sites/default/files/Diagn%C3%B3stico-La%20Radiodifusi%C3%B3n%20Ind%C3%ADgena%20en%20M%C3%A9xico%20version%202.pdf>

- GEERTZ, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. Basic Books.
- GOFFMAN, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu Editores.
- GUBER, R. (2005). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Paidós.
- Instituto Federal de Telecomunicaciones. [IFETEL]. (2018). *Diagnóstico de cobertura del servicio móvil en pueblos indígenas con base en información proporcionada por los concesionarios en el año 2018* [Archivo PDF]. http://www.ift.org.mx/sites/default/files/reporte-coberturapueblosindigenas_finalpublicar.pdf
- Instituto Mexicano del Seguro Social, Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social. (mayo 2020). *Pactan IMSS y Sindicato atención a pacientes COVID-19 no derechohabientes y respeto a derechos laborales*. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202005/257>
- Instituto Nacional de Lenguas Indígenas. (2020). *Materiales en lenguas indígenas para prevenir el coronavirus COVID-19*. https://site.inali.gob.mx/Micrositios/materiales_de_preencion_COVID19/estados.html
- Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas. (2020). *“U-011.- Programa de Derechos Indígenas” a cargo del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas* [Archivo PDF]. <http://www.inpi.gob.mx/coneval/2019/U011-diagnostico-2019.pdf>
- JORDAN, R. E., Adab, P., y Cheng, K.K. (2020). COVID-19: risk factors for severe disease and death. *BMJ* 368. m1198. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1198>
- NEOGI, S. B., y Preetha, G. S. (2020). Assessing health systems’ responsiveness in tackling COVID-19 pandemic. *Indian journal of public health*, 64 (Supplement), S211–S216. https://doi.org/10.4103/ijph.IJPH_471_20
- ORELLANA, O. (2020). Ciudadanos quitan las rejas del panteón de Xochistlahuaca, 26 de octubre. *Síntesis de Guerrero*. <https://sintesisdeguerrero.com.mx/2020/10/26/ciudadanos-quitan-las-rejas-del-panteon-de-xochistlahuaca/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2006). *Documentos básicos 45ª. Edición*. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-sp.pdf

- Organización Panamericana de la Salud. [OPS]. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
- Organization for Economic Co-operation and Development. [OECD]. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- REID, R., Haggerty, J. y McKendry, R. (2002). *Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of health care*. Canadian Health Services Research Foundation.
- RICO, J. (2009). Utilidad del seguimiento de las carreras curativas de los inmigrantes para la visibilización de sus prácticas: Los ecuatorianos en Murcia. *Revista de Antropología Experimental* 9, (12): 169-177.
- SHADMI, E., Chen, Y., Dourado, I., Faran-Perach, I., Furler, J., Hango-ma, P., Hanvoravongchai, P., Obando, C., Petrosyan, V., Rao, K. D., Ruano, A. L., Shi, L., de Souza, L. E., Spitzer-Shohat, S., Sturgiss, E., Suphanchaimat, R., Uribe, M. V. y Willems, S. (2020). Health equity and COVID-19: global perspectives. *International journal for equity in health*, 19(1), 104. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01218-z>
- SUNDARARAMAN, T. (2020). Health systems preparedness for COVID-19 pandemic. *Indian journal of public health*, 64 (Supplement), S91–S93. https://doi.org/10.4103/ijph.IJPH_507_20
- WEISS, P. y Murdoch, D.R. (2020). *Clinical course and mortality risk of severe COVID-19*. *Lancet (London, England)*, 395(10229), 1014–1015. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30633-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30633-4)
- ZHOU, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., Xiang, J., Wang, Y., Song, B., Gu, X., Guan, L., Wei, Y., Li, H., Wu, X., Xu, J., Tu, S., Zhang, Y., Chen, H., y Cao, B. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet*, 395(10229), 1054-1062. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)

DISCURSOS MÉDICOS Y SUS REPRODUCCIONES ENTRE POBLACIÓN *NN'AⁿNCUE ÑOMNDA* DE GUERRERO, MÉXICO, DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

María Guadalupe Ramírez Rojas

Introducción

En el presente capítulo analizamos la reproducción de los discursos médicos entre la población *Nn'aⁿncue Ñomndaa* (Amuzgos) asentada en los municipios de Ometepec, Xochistlahuaca y Tlacoachistlahuaca, en el estado de Guerrero. Consideramos los discursos médicos emitidos durante la pandemia de la COVID-19¹ por autoridades de los ámbitos nacional e internacional, ligados a la emisión de políticas públicas para mitigar la COVID-19. Rescatamos narrativas derivadas de las representaciones e imágenes de la población *Nn'aⁿncue Ñomndaa*, que se traducen en acciones preventivas, o bien en la búsqueda de la atención (o autoatención) por la COVID-19. Nos interesa reflexionar sobre la deconstrucción en el ámbito local de los discursos emitidos en diferentes niveles y contextos, e identificar la manera en que las prácticas comunicativas revalorizan y promueven el modelo biomédico confrontado por los discursos de la medicina tradicional.

Haidar (2000) plantea que la importancia del análisis discursivo que permite identificar las interacciones de poder de los individuos —derivadas del sentido que pueden contener las palabras en la operatividad de los entornos y de las prácticas sociales— se materializan en su historia, su cultura o sus doctrinas. Buscamos identificar de entre las voces que han emergido a raíz de la pandemia, los significados y las imágenes de connotación médica. Enfocamos, así, las distintas polífonas según el modelo médico de su proveniencia.

¹ En lo sucesivo nos referiremos a la pandemia de COVID-19 como la pandemia o la COVID-19.

Menéndez (1985) considera como modelo médico hegemónico el resultante de la medicina occidental, al que describe como asocial, excluyente o limitativo con respecto a otros modelos. Este modelo médico se distingue por sus funciones curativas y preventivas en los ámbitos individual y colectivo, así como por determinar qué es normal y qué anormal, qué es patológico o enfermo y qué es sano. Ejerce el control fiscalizando sus acciones mediante la normalización: la medicina occidental guía su quehacer en el ámbito clínico, de la tecnología médica y de los tratamientos asociados a su práctica –como los medicamentos y las vacunas– mediante normas sustentadas en evidencia científica. A partir de tal aval, pormenoriza los hallazgos, evidencias y planteamientos de otros modelos cuyo enfoque no se sustenta en el modelo científico.

Las propuestas socioantropológicas, por su parte, incorporan aspectos sociales al enfoque biomédico y colocan al centro la experiencia del enfermo. Con los conceptos de *disease*, *illness* y *sickness*² buscan entender las connotaciones en torno a la enfermedad, y articular la humanidad desde el paciente y quienes lo rodean, en contraste con la perspectiva del quehacer médico (Twaddle, 1968; Hofman, 2016).

En México, la medicina tradicional puede describirse como un crisol de identidades y cosmovisiones, con una gran riqueza de recursos curativos que responden a padecimientos ausentes en la lógica de otros modelos. Si bien la Constitución la legitima³, no está articulada al sector salud. El conocimiento, el desarrollo y la práctica adecuada de la medicina tradicional indígena no se promueven como lo dicta la Ley General de Salud⁴ (Ley General de Salud, 2020).

En el mundo entero, la pandemia ha suscitado discursos médicos de corte informativo desde distintas posturas y modelos, en su mayoría dirigidos al público en general, para difundir recomendaciones. Discursos que las autoridades locales (estatales, municipales y de las localidades) reproducen y el colectivo adecua a su realidad social.

² Con *disease* aluden a la patología diagnosticada por el médico; con *illness*, al padecimiento de la enfermedad, y con *sickness*, a la percepción de la enfermedad del otro.

³ Artículo 2do. que señala que México es una nación pluricultural que se sustenta en sus pueblos indígenas.

⁴ Artículo 6to. en referencia a los objetivos del Sistema Nacional de Salud en México.

Este capítulo consta de cuatro apartados. En el primero describimos nuestro abordaje metodológico. En el segundo analizamos los resultados obtenidos, exponemos discursos médicos de origen internacional adecuados al contexto local y los dirigidos a la población amuzga. En el tercer apartado revisamos la emergencia de nuevos discursos y su tropicalización en la práctica *Nn'aⁿncue Ñomndaa* y analizamos los factores que influyen en su deconstrucción. En el cuarto apartado, a manera de conclusión, planteamos nuestras reflexiones finales y propuestas.

Apartado metodológico

Hicimos un abordaje empírico exploratorio sirviéndonos de métodos cualitativos para rescatar y analizar las representaciones de los discursos médicos relativos a la pandemia de COVID-19 en la población *Nn'aⁿncue Ñomndaa* de Guerrero. Mediante un enfoque multidimensional, identificamos distintos discursos médicos internacionales y nacionales dirigidos a la población, y analizamos cómo se reproducen entre la población *Nn'aⁿncue Ñomndaa*. Este análisis nos permitió entender y criticar los elementos reproducidos en el receptor final: la población *Nn'aⁿncue Ñomndaa*, e identificar su trascendencia en las prácticas sociales durante la pandemia. Conforme a la perspectiva de análisis crítico del discurso de Fairclough (1992, 1995), consideramos la red de prácticas de la población *Nn'aⁿncue Ñomndaa* en que las acciones se estructuran a partir del discurso. Para ello, tuvimos en cuenta la dialéctica de dichas prácticas, considerando los medios de producción del discurso y los valores e identidades socioculturales que favorecen su interpretación.

De acuerdo con Van Dijk (1997), los contextos no guardan correspondencia con las situaciones, sino que se construyen cognitivamente a partir de la experiencia individual, con la influencia de las distintas representaciones sociales que discurren en lo colectivo y lo personal. De aquí que retomáramos las imágenes y representaciones de los discursos que han guiado el comportamiento de la colectividad *Nn'aⁿncue Ñomndaa* durante la pandemia; discursos sustentados en sus saberes, su percepción del día a día y sus opiniones a partir de su experiencia. Buscamos comprender cómo se transformaron los discursos médicos en

la interpretación dialéctica de la población Nn'á'ncue Ñomndaa, es decir, su abstracción e incorporación –en palabras, imágenes y prácticas– como representaciones simbólicas. Para ello, dimos seguimiento a su adaptación social según los esquemas que rigen su ámbito comunitario, sirviéndonos de dos fuentes:

1. Los discursos de reconocidas autoridades internacionales y nacionales sobre la contención y el seguimiento de la pandemia e información documental de páginas de internet oficiales:
 - a) de organizaciones internacionales relacionadas con la contención y el manejo de la pandemia: OMS, ONU, OPS, CEPAL
 - b) de los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal
2. La información primaria de los proyectos *Diálogos interciencias en sistemas tradicionales de salud para la prevención, enfrentamiento y resiliencia de los Nn'á'ncue (Amuzgos) ante la COVID-19* y *Los amuzgos de Guerrero ante la COVID-19: enfrentamiento de la fase 3 y el reforzamiento sanitario, económico, social, familiar y político pospandemia*: considerando entrevistas a profundidad y semiestructuradas dirigidas a actores clave de la población Nn'á'ncue Ñomndaa, realizadas en octubre y noviembre de 2020. Retomamos la información que diera cuenta de los discursos médicos reproducidos en la narrativa de las personas entrevistadas, en enunciados declarativos que interpelaran a la acción. Es decir, a actuar según lo propuesto en los discursos interiorizados.

Consultamos información oficial: el reporte de casos positivos de COVID-19 en los municipios de Ometepec, Tlacoachistlahuaca y Xochistlahuaca durante 2020 en bases abiertas de la Dirección General de Epidemiología (DGE) de la Secretaría de Salud (SSA), en su actualización al 3 de enero de 2021.

Análisis de la información

Transcribimos las entrevistas e hicimos una codificación inductiva para rescatar los códigos emitidos por los actores. Incorporamos también

códigos que dieran cuenta de los distintos discursos médicos por su modelo de pertenencia, lo que posibilitó su codificación deductiva. Sobre esta base, generamos las categorías para su análisis comparativo. Nos apoyamos en el software ATLAS.TI versión 7.5.4.

Los discursos médicos y sus contextos

La Declaratoria de Emergencia de Salud Internacional (ESPII, por sus siglas en inglés) –emitida a principios de 2020 por la Organización Mundial de las Salud⁵, a partir que varios países reportaron brotes de neumonía originados por el SARS-CoV-2, una nueva variedad de coronavirus– marcó un antes y un después en la organización de la vida de las personas por las directrices y recomendaciones de la máxima autoridad sanitaria mundial.

Esta nueva enfermedad comparte ciertos rasgos con otros padecimientos de naturaleza similar (coronavirus), pero se caracteriza por su alta contagiosidad y su mayor gravedad. Pronto se supo que los adultos mayores y quienes padecen enfermedades crónicas poseen un riesgo más elevado a presentar complicaciones -o inclusive a morir- en caso de enfermar en comparativa de aquella población sin estos rasgos biológicos (factores de riesgo) (Rashedi, et al 2020; Jordan, Adab y Cheng, 2020). Su alta contagiosidad propició que los sistemas sanitarios del mundo entero excedieran su capacidad para brindar cuidados especializados como la dotación de oxigenoterapia o cuidados intensivos, ya que la COVID-19 afecta las vías respiratorias altas y en cuestión de días puede convertirse en neumonía. Ante este panorama, las autoridades sanitarias del mundo, encabezadas por la OMS, emitieron una serie de recomendaciones y protocolos para mitigar (con miras a eliminar) la cadena de contagios. Científicos de diversas partes del mundo generan día a día información y conocimiento sobre el tratamiento y la posible cura de la COVID-19, e investigan su transmisibilidad. Esta información ha incidido en la toma de decisiones de las autoridades sanitarias.

⁵ ESPII declarada el 11 de marzo de 2020.

En los primeros días de la pandemia, gran parte del mundo enfrentó escasez de insumos básicos, tales como el cubrebocas. El discurso oficial de la OMS –secundado por los portavoces sanitarios de los distintos países, incluido México– priorizó su empleo entre el personal de salud, pero no lo recomendó entre la población sana, partiendo de la premisa de que su uso podía dar una sensación equivocada de seguridad. Poco después, numerosas evidencias científicas probaron su utilidad entre la población sana, por lo que en diciembre de 2020 la OMS emitió un documento técnico señalando las pautas del uso del cubrebocas en la convivencia diaria. Las autoridades sanitarias establecieron como medidas básicas el distanciamiento social y eludir las aglomeraciones en los centros de trabajo, educativos o de convivencia social y, en la vía pública, en los ámbitos urbano y rural.

En México se optó por el programa *Jornada Nacional de Sana Distancia* que comprendió un mes a partir del 23 de marzo de 2020, apenas una semana después de declarada la ESPII, y con unos cuantos casos de COVID-19 reportados que, de acuerdo con las autoridades, habían importado viajeros, por lo que la población mexicana no debía preocuparse (Suárez *et al* 2020; SSA, 2020b). Para fomentar el distanciamiento social, se emprendieron campañas como la de *Susana Distancia* y se difundieron audios y vídeos en diversas lenguas indígenas (SSA, 2020c; INALI, 2020). La población entera suspendió sus actividades; se forzó al cierre de empresas, centros de trabajo y educativos y se invitó a estudiar y trabajar en casa.

En México, se crearon estrategias teleducativas apoyadas en la radio, la televisión y el internet para la educación básica, y para la educación media, superior y de posgrado, el internet ha sido la única opción. Por otra parte, la información emitida por las autoridades sanitarias se difunde tanto en medios impresos como por la radio, televisión e internet (SEP, 2020). También las dependencias gubernamentales cuyas actividades no son esenciales –se excluyen la seguridad pública, los servicios de salud y los servicios básicos–, continuaron sus labores desde los propios hogares de los trabajadores. De modo que los funcionarios públicos y también los empleados de las empresas que pudieron hacerlo permanecieron en confinamiento durante poco más de un año.

Este recuento no busca ser exhaustivo, sino dar cuenta del contexto de la mayoría de las familias mexicanas. Un importante segmento de la población carece de estos recursos o no tiene los suficientes si es que varios miembros del hogar necesitan algún dispositivo para cumplir sus actividades académicas o laborales. Tampoco toda la población pudo confinarse. Mucha gente tuvo que salir a ganarse el ingreso diario: recuérdese que sólo alrededor de la mitad de la población mexicana trabaja formalmente y está afiliada a alguna institución de seguridad social (INEGI, 2015).

En 2020, la evidencia científica reveló una mayor susceptibilidad a enfermar de COVID-19 –e incluso morir– en la población de más de 60 años y en la población con comorbilidades (enfermedades cardiovasculares –hipertensión, enfermedades coronarias– metabólicas –diabetes–, cáncer, asma o alergias) o con sobrepeso u obesidad: unas tres cuartas partes de la población en México (ENSANUT, 2020). Es así como ha discurrido un discurso que remite a los débiles, identificándose en este grupo a los ancianos y aquellos con padecimientos preexistentes, quienes tendrían una mayor debilidad biológica ante la COVID-19.

Otro discurso ligado a la vejez y que trascendió en los primeros meses de la pandemia en 2020 surgió con la publicación de la primera versión de la *Guía Bioética para la atención de casos de COVID-19* que planteaba, por su parte, que de no haber recursos suficientes para dar apoyo vital⁶ (como los ventiladores), debía priorizarse a quienes tuvieran mayor probabilidad de sobrevivir; es decir, a los jóvenes y a los enfermos que no tuvieran comorbilidades (CSG, 2020a). La Comisión Nacional de los Derechos Humanos la consideró discriminatoria e ilegal, y hubo que modificarla (CNDH, 2020; CSG, 2020b). Es así que nacen distintos discursos donde se visibiliza a los viejos como individuos débiles, donde su atención médica pareciese no ser una prioridad. El discurso de distanciamiento social, el cual limita la movilidad social en general – y que enfatizó en la población anciana– les desproveyó de su libre acceso a espacios comunes como centros comerciales, donde se enfatizaba que preferentemente dicho segmento de la población no acudiese, o inclusive, en

⁶ Un enfermo de COVID-19 con insuficiencia respiratoria y que ameritase de soporte ventilatorio, podría evolucionar a la muerte en cuestión de minutos u horas dependiendo de la severidad del cuadro, en caso de no existir la disponibilidad del recurso del ventilador.

los establecimientos sanitarios en los cuales se priorizaba la atención de emergencias médicas, y donde los seguimientos de rutina de la atención primaria no parecían una prioridad ante la emergente crisis sanitaria.

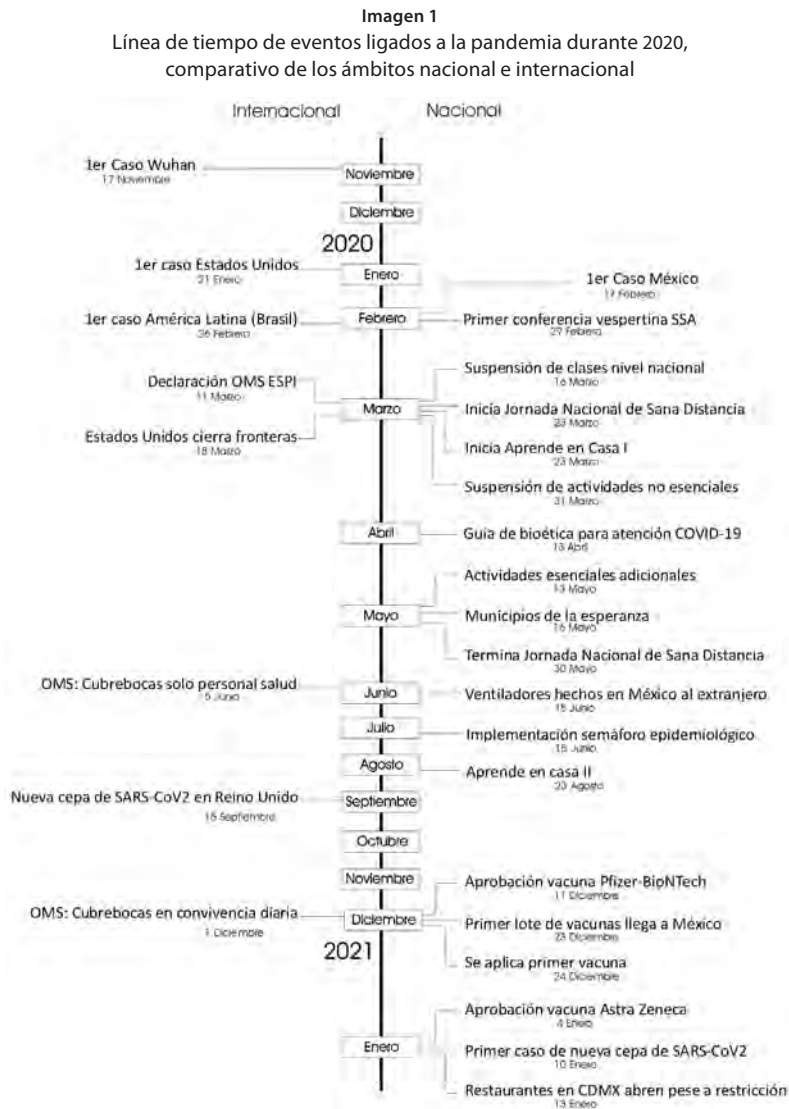
Con la pandemia resurgió también el enfoque sanitarista o con énfasis en el agente patógeno (De Almeida y Rouquayrol, 2011), vigente en los siglos XIX y XX, que distinguía los procesos infecciosos de los no infecciosos. Este enfoque sanitarista —que se modificó con la transición epidemiológica— moldea el quehacer económico de los países, cierra fronteras, regula el tiempo y los espacios laborales, y modifica la conducta. Persigue, en fin, un ordenamiento justificado con el concepto de agente patogénico causante de la enfermedad. Las colectividades reaccionan perplejas, sin entender las consecuencias del abordaje epidemiológico —río y distante, ajeno a la práctica humanista—⁷ por el que han sido circunscritas. Persiste un discurso desligado de las necesidades humanas, aunque no de las económicas.

El modelo médico hegemónico se sirve también del enfoque procesal (De Almeida y Rouquayrol, 2011), que distingue los estímulos, contextos y agentes ligados a la enfermedad —incluso antes de que esta se desarrolle—, que podrían incidir en la curación, la rehabilitación o la muerte, según el momento en que se diagnostique y se trate. Con tal distinción se podría incluso evitar su aparición, de ahí la importancia de su prevención (Leavell y Clark, 1976). De este modelo se desprenden los discursos de control centrados en las medidas sanitaristas para la prevención y la promoción de la salud provistos de *recomendaciones* a seguir. Discursos que pueden no tener el resultado esperado si la población a la que se dirigen puede optar o no por dichas medidas, o si carece de una educación básica en salud y autocuidados, o de las herramientas necesarias para tomar la mejor decisión.

Otro discurso preventivo y para la rehabilitación gira en torno a la mala alimentación de la población y la alienta a bajar de peso y a alimentarse sanamente durante el confinamiento —justo cuando México reporta un exceso de muertes durante la emergencia por COVID-19— (SSA, 2020d). Este discurso busca justificar dichas muertes como producto de los excesos de las personas.

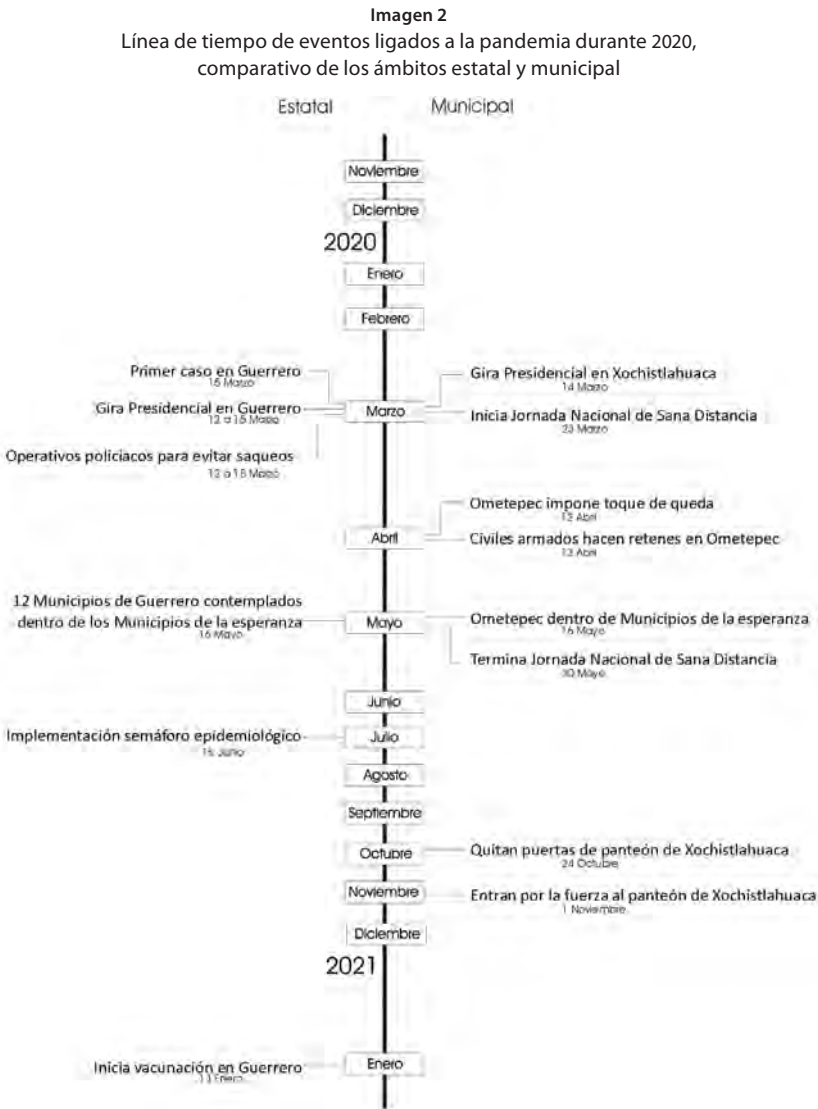
⁷ El concepto humanista está expresado en el *Juramento y Corpus Hipocrático*.

En la imagen 1 y 2 describimos una línea de tiempo donde identificamos algunos de los sucesos que consideramos más relevantes para nuestra discusión, comparando los ámbitos internacional, nacional, estatal y federal.



Elaboración propia, 2020.

En la imagen 2 destacamos eventos del ámbito municipal, tales como la gira presidencial al municipio de Xochistlahuaca a principios de la pandemia, así como la implantación del semáforo epidemiológico en el estado de Guerrero.



Elaboración propia, 2020.

En la tabla 1 seleccionamos discursos derivados de la pandemia que consideramos relevantes por su amplia difusión y reproducción. Algunos de estos tienen un tono irónico característico de la cultura popular mexicana o son respuestas metafóricas de actores políticos de la arena nacional. Otros aluden a la falta de información sobre la enfermedad, el contagio y la prevención. Estas consideraciones son importantes ya que, dados los distintos contextos y realidades en México, la población puede entenderlos literalmente.

Tabla 1
Discursos de diversos actores políticos o conductores de los medios, 2020

Fecha	Actor y mensaje
30-enero-2020	Paty Navidad, conductora de televisión: <i>El coronavirus es un virus creado por las farmacéuticas como parte del plan de la élite oscura, método de control masivo y reducción de la población: 'Plan Kalergi. Una de las formas de genocidio es crear epidemias, desastres 'naturales' y exterminar gran parte de la humanidad.</i>
2-marzo-2020	Dr. Hugo López-Gatell Ramírez, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud: <i>El cubrebocas no previene contagios, es útil para evitar que un enfermo contagie a los demás.</i>
4-marzo-2020	Presidente Lic. Andrés Manuel López Obrador: <i>Miren, lo del coronavirus, eso de que no se puede uno abrazar; hay que abrazarse, no pasa nada.</i>
4-junio-2020	Presidente Lic. Andrés Manuel López Obrador: <i>Comer saludable, no comer productos chatarra, pero también eso es voluntario, no puede ser obligatorio. Y estar bien con nuestra conciencia, no mentir, no robar, no traicionar, eso ayuda mucho para que no dé el coronavirus.</i>
25-marzo-2020	Miguel Barbosa Huerta, Gobernador de Puebla: <i>Si ustedes son ricos están en riesgo, los pobres no. Los pobres estamos inmunes.</i>
3-abril-2020	Dr. Hugo López-Gatell Ramírez, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud: <i>Las mascarillas o cubrebocas dan una falsa sensación de seguridad.</i>
05-junio-2020	Dr. Tedros Adhanom Ghebresyesus, Director General de la OMS: <i>Las mascarillas por sí solas no te protegerán de la COVID-19.</i>
30-junio-2020	Paty Navidad, conductora de televisión: <i>No uso bozal ni cubrebocas. No obedezco a leyes ni a órdenes que violen mi dignidad humana y recorten mis derechos, libertades y garantías individuales. Soy libre, consciente, responsable y respetuosa de los que sí lo usan, no voy a lugares ni con personas que pidan usar bozal.</i>

Fuente: Elaboración propia, 2020.

La tropicalización *Nn'aⁿncue Ñomndaa*

El papel de las creencias

Se ha dado seguimiento mediático a la pandemia de la COVID-19 a nivel mundial desde que comenzó, cuando las autoridades federales y la población en general creían que se trataba de un fenómeno urbano. Tan es así, que denominaron a las comunidades rurales y de difícil acceso como *Municipios de la esperanza*. De los municipios incluidos en este estudio, Ometepepec fue considerado como tal, al 16 de mayo de 2020 en que se lanzó la propuesta por la SSA federal. Dada la cercanía con Tlacoachistlahuaca y Xochistlahuaca, se previó que los tres tendrían cero casos de COVID-19 ya que un criterio para considerar a los municipios de la esperanza es que tanto estos como sus vecinos reportasen cero casos (SSA, 2020e). Según información de la DGE, en la segunda quincena de marzo de 2020 Ometepepec reportó sus primeros casos positivos, brote epidémico que duraría hasta la última semana de septiembre. En total, acudieron a los servicios públicos de salud 382 personas por sospecha de COVID-19, donde a partir de confirmación por laboratorio, se reportaron 325 casos positivos. De la totalidad de casos confirmados con COVID-19, se registraron 28 fallecimientos. La gran mayoría de los casos 75.6% (246) fueron atendidos de manera ambulatoria en el servicio de urgencias, mientras que el porcentaje restante, 24.4% (79), fueron hospitalizados. A partir de la primera semana de noviembre de 2020 y hasta la segunda quincena de enero de 2021 -fecha en que se escribió este documento— los municipios *Nn'aⁿncue Ñomndaa* alcanzaron la meta planteada por las autoridades sanitarias.

El periodo en que hicimos las entrevistas fue durante el descenso del brote epidémico. Las narrativas de las personas entrevistadas dan cuenta del contexto de la enfermedad porque ellos mismos se enfermaron, sus conocidos o familiares. Seleccionamos narrativas que dan cuenta de la creencia, compartida con autoridades federales, de que la enfermedad es una figura lejana que difícilmente llegará a una comunidad pequeña y alejada de las grandes ciudades:

Burócrata *Nn'aⁿncue Ñomndaa*: Y la gente lo tomó como algo no tan importante, y así pasaron los meses. Hasta en febrero fue el primer caso en México y en Xochistlahuaca hasta por abril, que se escuchó que ya había casos. Entonces la gente se empezó a preguntar si era cierto o no. Hubo mucha incredulidad de la gente.

Hasta que la gente lo constató por conocer a alguien que enfermó, cambió su discurso de incredulidad:

Indígena *Nn'aⁿncue Ñomndaa*: Lo que se piensa, ¿no? Porque no se puede... Hay gente que no va a los servicios de salud. Entonces, sí, la gente no dejó de utilizar la medicina tradicional. Entonces ella me dice: 'Yo me enfermé, vengo saliendo'. 'Pues estuve igual, con paracetamol'. Igual preguntándole: 'Oiga, ¿usted creía en eso?', y dice: 'Pues yo particularmente no creía en esto, para mí era un chisme, eso no iba a llegar.' Y digo: '¿Y ahora?', 'Y ahora sí creo.' ¿Y por qué? 'Porque la gente en Xochis se está muriendo'. Entonces iba, bueno...

La población aplicó muchas de las medidas sanitarias, aunque —como ellos lo dijeron— esto fue al comienzo de la pandemia, durante la *Jornada Nacional de Sana Distancia* que se propuso antes de que se declarara la pandemia en México. Gran parte de la población mexicana, incluida la *Nn'aⁿncue Ñomndaa*, percibió las medidas como innecesarias y limitantes de las actividades económicas, educativas y del quehacer en general:

Maestra y comerciante *Nn'aⁿncue Ñomndaa*: Aunque la verdad sólo dos semanas estuvieran cerrados algunos negocios. Pero como tal, el fluido de gente se bajó, ya no había tantos que venían de otros pueblos, y sólo una vez al mes se surtían en Ometepec, por el miedo a contagiarse. Decían, quédense en sus casas. Pero pues la gente tiene que trabajar para poder comer. Ahora ya nadie le hace caso a la presidencia.

Entre las personas dedicadas a la actividad agrícola, básica en la economía local y familiar de los *Nn'aⁿncue Ñomndaa*, utilizar el cubrebocas sugerido por las autoridades sanitarias era complejo porque limita el trabajo agrícola, que exige un gran esfuerzo físico. En actividades similares,

como las deportivas, no se recomienda usar cubrebocas porque reduce la capacidad de respirar cómodamente. Al humedecerse, el cubrebocas deja de funcionar (OMS, 2020) e incluso causa fatiga o mareos:

Campesino *Nn'a'ncue Ñomndaa*: Es difícil tomar medidas de lo que decían de que había que cuidarse. Llegaba la información de que uno no tenía que salir, tenías que guardarte en tu casa y si ibas a salir, salías usando cubre bocas. Y no salgo con cubrebocas porque para mí la actividad que yo hago implica caminar y eso dificulta porque se cansa uno más teniendo eso y si camina, no es algo como al trabajar en la tierra o limpiar mi parcela.

Si bien se instaba a la población a seguir el protocolo de distanciamiento social, los agricultores consideraban que al trabajar en espacios abiertos esta circunstancia por sí misma podía mitigar el riesgo. Se pudo constatar que, por su conocimiento empírico, los *Nn'a'ncue Ñomndaa* lo pondrían en práctica:

Campesino *Nn'a'ncue Ñomndaa*: Si te enfermabas, que no tenía cura. Vivimos aquí, de nuestro trabajo. Yo no llegué a usar ninguna de esas medidas hasta la fecha por lo mismo de mi trabajo, y no me puedo dar el lujo de no salir porque necesito trabajar día a día porque si no lo hago, no como. Por eso no pude acatar esas medidas, aunque escucho que es una enfermedad sin cura, que uno puede morir. Es contagiosa también. Pero estoy aquí, no soy alguien que salga si no es para ir a mi terreno y regreso. Acepto que si esa enfermedad llega y me mata no hay de otra, así es.

Cuestión de política

Hubo la percepción de que la enfermedad era un engaño dirigido a la población, derivado de la *Jornada Nacional de Sana Distancia*, en donde se pedía guardar distancia y suspender por completo las actividades económicas, culturales y deportivas, y trabajar en casa. Excepto las actividades esenciales: los servicios de salud, seguridad pública y servicios básicos.

Se recomendaron también nuevas formas de etiqueta social, como omitir el saludo de manos y cualquier tipo de contacto como los besos y abrazos. Además de las medidas sanitarias, como el lavado constante de manos, la limpieza de las superficies con que las personas tienen contacto directo, como las cerraduras de las puertas. Todo esto trastocó los ordenamientos conocidos y los usos y costumbres propios de los *Nn'aⁿncue Ñomndaa*:

Burócrata *Nn'aⁿncue Ñomndaa*: Sí, hubo mucha crítica de parte de la gente. Y como había gente que no creía en el COVID, y hasta el día de hoy hay gente que no cree, yo conozco gente que no cree a pesar de haber tenido vecinos que se han muerto de COVID. Eso tiene que ver también con la política, porque aquí en Xochis está politizada la gente.

Algunas narrativas denotan desconfianza a las entidades gubernamentales, lo que favoreció ciertos mitos urbanos, o la alineación con algún partido político:

Indígena *Nn'aⁿncue Ñomndaa*: No tienen el acceso a la información totalmente. Pero también pesa la cuestión política, eso es lo que yo decía. La gente de la oposición a Morena, a Obrador, dicen que es una estrategia del gobierno para reducir el gasto que hace con los adultos mayores. Entonces, para ellos el gobierno tiene un plan de acabar con los viejitos para gastar menos, para ahorrar dinero, es lo que dicen los opositores.

Según explicaron, en las comunidades *Nn'aⁿncue Ñomndaa* su recelo tiene ya largo tiempo. Ven la difusión gubernamental referente a la COVID-19 como politizada, sin el objeto central de proteger la salud de la población:

Indígena *Nn'aⁿncue Ñomndaa*: Miren, la desconfianza al gobierno es una cuestión histórica. Nuestro pueblo ha sufrido muchos engaños de parte de los diferentes niveles de gobierno de manera histórica. Prometen cosas que pocas veces cumplen. Entonces es una cuestión histórica que la gente no confía en lo que dice el gobierno. Esa es una parte; lo otro es la desinformación y la politización del COVID.

El saludo es un gesto importante entre los *Nn'aⁿncue Ñomndaa*. Para algunos, no estrechar la mano del otro, utilizar el cubrebocas en su cercanía, o pedirle que se ponga gel de manos para interactuar, es descortés y discriminatorio, y proyecta temor a: la *suciedad* y la *enfermedad* del otro. Esto revela que parte de la población *Nn'aⁿncue Ñomndaa* no comprendía su importancia:

Indígena *Nn'aⁿncue Ñomndaa*: Teníamos que saludar porque se sentían mal si uno no... Porque algunas personas, repito, como que no creyeron. Como que decían: 'Son cosas de política, de los políticos. Están aprovechando, están haciendo su negocio'.

Un nuevo padecer para los Nn'aⁿncue Ñomndaa

El nuevo coronavirus-SARS-CoV-2, causante de la COVID-19, sorprendió al mundo entero. Desde su descubrimiento hasta la fecha en que se escribió este documento⁸, su conocimiento se ha ido construyendo como un rompecabezas donde miles de científicos de diversas áreas del conocimiento trabajan a marchas forzadas.

Durante el primer año de la pandemia se reconocieron los datos clínicos de la COVID-19, así como sus efectos y sus secuelas, y se difundieron descripciones de cómo la tecnología médica respalda los diagnósticos en las etapas tempranas. Pero se ignoraba cuánto afectaría a quienes habían enfermado leve o gravemente. En las comunidades *Nn'aⁿncue Ñomndaa*, los médicos lograban informarse gracias a las notas difundidas por los medios de comunicación o bien consultando los medios electrónicos. Dada esta lejanía, se llegó a creer que la enfermedad se restringía a las urbanidades con grandes concentraciones poblacionales:

Médico particular hablante de lengua amuzga: Pues creo que pasó igual que en muchas partes, ¿no? Al principio, pues todo fueron noticias de afuera. En el caso de, pues por lo menos los que estamos trabajando en el área de

⁸ Enero de 2021.

salud, informarse sobre la enfermedad. Pero, pues pasaba de que la gente no tenía el conocimiento necesario. Y no sólo la gente, realmente también los médicos no tenían, y había una inexperiencia muy grande, tanto en la atención de pacientes y, pues, igual, la gente como para reconocer los síntomas, ¿no? Entonces, pues se creía algo muy lejano, que no iba a llegar a Xochis.

Los terapeutas tradicionales de la región se informaron de la COVID-19 de la misma manera, y comentaron en sus narrativas diversos orígenes y tratamientos. Nos hicieron saber que para los *Nn'aⁿncue Ñomndaa*, la COVID-19 es una enfermedad fría, puesto que los pacientes presentan fiebre, cuerpo cortado, calosfríos, tos y malestar general. De aquí que se empleen terapias “calientes” para contrarrestar ese frío. Al igual que los médicos occidentales, los médicos tradicionales y las familias *Nn'aⁿncue Ñomndaa* experimentaron primero con té de manzanilla, hierbabuena y jengibre (comunes en la región), así como con cacahuananche o hierba santa, a los que agregan ajo para potenciar su efecto. También médicos occidentales *Nn'aⁿncue Ñomndaa* manifestaron tener la misma postura respecto al beneficio de las bebidas calientes:

Médico particular hablante de lengua amuzga: Pues hay algunas cosas que se han visto, ¿no?, de que como que sí, llegan a funcionar, aquí tomando en cuenta de que el virus es termolar y eso; bebidas calientes, tibias, pueden ayudar un poco. Y sí, realmente, en la consulta lo recomendamos, sí...

Otros terapeutas tradicionales *Nn'aⁿncue Ñomndaa* manifestaron que el causante de esa frialdad era el aire o la maldad. Hubo también quienes, tomando como referencia el modelo biomédico, la identificaban con un virus o como una enfermedad contagiosa.

El miedo al hospital

Diversas voces —entre la población y los terapeutas tradicionales— aludieron al mito de que en los hospitales *matan a la gente*. Identificaron también una cierta semejanza de la COVID-19 y la influenza:

Curandera *Nn'a'ncue Ñomndaa*: Pero hay mucha gente que no lo cree, que es el virus el que está matando a la gente. Eso no es cierto, a mí, pues no lo creo eso, aquí en Ometepec, en el regional, ahí matan gente. Matan gente, y el Gobierno dice que ellos ya son los que vienen por el billete. Lo mata pues. Hasta el centro ya llegó aquí. Ese es el requisito, que una señora adulta que vaya a vacunarse. De ahí, de un mes se acaba [refiriéndose a la influenza y su vacuna].

El discurso del miedo provino, en parte, de los medios de información, las redes sociales o personas conocidas del sector salud, quienes “alertaron” a la población de las condiciones “deplorables” que prevalecían en los hospitales:

Indígena *Nn'a'ncue Ñomndaa*: Un amigo de la familia es médico, y el mismo nos dijo: ‘si empiezan a sentir síntomas, no asistan al hospital porque es más peligroso que se encuentren en un hospital y mejor enciérrense y vean como se curan, remedios caseros, té’.

Hubo también narrativas en que las personas entrevistadas dijeron tener la información suficiente para afrontar la pandemia, y otras en que manifestaron preocupación por carecer de la información suficiente de la COVID-19:

Indígena *Nn'a'ncue Ñomndaa*: Me preocupa que resulte ser que este virus llegue a mi familia y se enferme. Siento esa preocupación porque no sabría qué hacer, no sabría cómo curar o como podría.

Reflexiones finales

Identificamos la reproducción de los discursos médicos en las narrativas y la práctica de la población *Nn'a'ncue Ñomndaa*. Manifestaron que, en su mayoría, no aplicaban exhaustivamente las medidas sanitarias, a menos que fueran a algún sitio que lo hiciera necesario o viajaran a otra ciudad. En algunos casos privilegiaron el distanciamiento social como medida de contención.

La percepción de los *Nn'a^{ncue} Nómndaa* del desempeño de los servicios de salud está influida por las redes sociales, los medios de comunicación y conversaciones entre ellos. Predominan los temas del miedo y la muerte, por lo que se evita, en la medida de lo posible, visitarlos. Manifestaron la creencia en que uno de los objetivos estatales era eliminar a los ancianos. Esta creencia podría deberse a la infodemia desatada con el surgimiento de la pandemia, así como el debate ético originado en torno al cómo priorizar el uso de la tecnología médica de apoyo vital entre los enfermos de COVID-19 que pudiesen requerirlo.

La naturaleza de cada uno de los discursos médicos emitidos y su alcance en el quehacer político, económico y social de la vida de las personas nos orientaría, por tanto, a reflexionar sobre los límites reales de dichos discursos y su incorporación práctica dentro de los espacios de los ámbitos público y familiar, y en donde la legitimación de estos no ha sido una prioridad por parte de las instituciones del ámbito estatal, ni tampoco ha sido cuestionada por las colectividades.

Es entonces que se reproducen nuevos discursos en el ámbito local a partir de un primer discurso médico emitido desde la formalidad de una esfera oficial, ya bien sea del ámbito nacional o institucional. Emergen entonces diversas interpretaciones del discurso médico oficial y que ponen de manifiesto la manera de discernir la realidad, la cual está ligada a contextos socioculturales y cosmovisiones que confieren los propios actores sociales, según colectivos y espacios a los cuales están circunscritos, intercambiando su propia interpretación de dichos discursos y, a la par, entretejiéndose con la comprensión de otros, remitiéndose inclusive a un sistema de creencias, y donde para nuestro objeto de estudio pudimos constatar que pese a la amplia difusión de discursos médicos desde la esfera institucional, la cual se ha encargado de promocionar activamente aquellas medidas sanitarias básicas con el fin de mitigar la propagación de la pandemia de la COVID-19, aún persisten voces que sugieren que bien podría tratarse de un engaño y no existir dicha enfermedad.

Otras de las veces, estos discursos se mezclan en la lógica y práctica de los quehaceres de la cotidianidad de las propias comunidades, permitiendo por tanto la resignificación de los distintos discursos, lo que podríamos denominar efecto de tropicalización ya que los individuos

adaptan el discurso oficial y lo incorporan e introducen desde su propia subjetividad a su contexto local. Se observa que, en la práctica, los discursos originales tienden a expresar una amplia pluralidad de significados, inclusive entre individuos de un mismo colectivo, originando múltiples voces que discuten y debaten un mismo discurso, traducéndose en una composición en donde algunas de estas voces poseen mayor independencia que otras y donde, al final, persiste un elemento básico en común que fungió como detonador.

Aquellos discursos médicos originados por organismos internacionales como la propia Organización Mundial de la Salud son también objeto de inflexiones discursivas en el proceso de diseminación, ya bien sea por otras organizaciones de la esfera internacional o bien en la esfera del ámbito estatal, en donde los distintos países podrían reproducir un determinado discurso médico de manera heterogénea -y pese a que en apariencia existiera un único discurso como denominador en común- cada uno de los distintos eslabones que integran el ámbito estatal, lo interpretan y difunden de manera discrecional.

Recomendaciones

Dadas las narrativas expuestas de las personas *Nn'aⁿncue Ñomndaa* entrevistadas, creemos que las siguientes acciones aportarían un valor agregado a cualquier política pública para la prevención y promoción de la salud:

1. Planteamiento de las estrategias de difusión en salud con una perspectiva de pertinencia cultural para evitar dudas y recelo.
2. Promoción de las medidas sanitarias implementadas con la COVID-19 y su adecuación según su actividad laboral (en interiores o en el campo, por ejemplo).
3. Abatir las creencias y los mitos producto de la infodemia o de la falta de información en las comunidades donde los canales informativos como radio, televisión e internet son escasos.
4. Acercar a la población a los servicios de salud y a las estrategias de salud pública, persiguiendo un enfoque humanista que

comprenda las necesidades y preocupaciones que motivan a las personas a adoptar ciertas conductas y estilos de vida.

Referencias

- ARREDONDO, A. (1992). Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud-Enfermedad. *Cad. Saúde Públ.*, 8(3), 254-261.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2020, 17 de abril). *La Comisión Nacional de los Derechos Humanos exhorta al Consejo de Salubridad General a implementar medidas para garantizar los derechos humanos de todas las mexicanas y mexicanos y rechazar medidas discriminatorias, con motivo de la emergencia derivada de la pandemia originada por el coronavirus COVID-19* [Archivo PDF]. https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/202004/Com_2020_137_0.pdf
- Consejo de Salubridad General (30 de abril 2020a). *Guía Bioética para asignación de Recursos Limitados de Medicina Crítica en Situación de Emergencia* [Archivo PDF]. http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/GuiaBioeticaTriage_30_Abril_2020_7pm.pdf
- DE ALMEIDA, N. y Rouquayrol, M. (2011). *Introducción a la Epidemiología* (pp. 43-88). Lugar Editorial.
- DECRETO 2020. Por el que se declara reformadas diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de Movilidad y Seguridad Vial. 18 de diciembre de 2020. D. O. F. No. 19.
- FAIRCLOUGH, N. (1992). *Discourse and social change. Vol. 10*. Cambridge: Polity Press.
- FAIRCLOUGH, N. (1995). *Critical discourse analysis: the critical study of language*. Longman Singapore Publishers.
- HAIDAR, J. (2000). El poder y la magia de la palabra. El campo del análisis del discurso. En Del Río, N. (Coord.), *La producción textual del discurso científico*. (pp. 33-65). UAM.
- Hipócrates. (2001). *Tratados Médicos* (J. Alsina, ed. y trad.). Anthropos (original publicado en c. 300-201 a.C.).

- HOFMANN, B. (2016). Disease, Illness, and Sickness. En M, Simon J y Kincaid H (eds), *The Routledge Companion to Philosophy of Medicine* Sólomon (pp. 16-26). Routledge Handbooks Online. <https://www.routledge.com/The-Routledge-Companion-to-Philosophy-of-Medicine/Sólomon-Simon-Kincaid/p/book/9780367360368>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2015). *Población total según condición de derechohabiencia. Encuesta Intercensal 2015*. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>
- Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (2020). *Materiales en lenguas indígenas para prevenir el coronavirus COVID-19*. https://site.inali.gob.mx/Micrositios/materiales_de_preencion_COVID-19/estados.html
- Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018-2019. Resultados Nacionales*. <https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/ensanut-2018-nacionales>
- JORDAN, R.E., Adab, P., y Cheng, K.K. (2020). COVID-19: risk factors for severe disease and death. *BMJ*, 368, m1198. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1198>
- LEAVELL, H., Clark, E. (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community*. McGraw-Hill.
- Ley General de Salud. 04 de diciembre 2020. Diario Oficial de la Federación. No. 19.
- MENÉNDEZ, E. L. (1985). Saber “médico” y saber “popular”: el modelo médico hegemónico y su función ideológica en el proceso de alcoholización. *Estudios Sociológicos*, 3(8), 263–296. <http://www.jstor.org/stable/40419834>
- Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (2020). *Recomendaciones sobre el uso de mascarillas en el contexto de la COVID-19* [Archivo PDF]. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332657/WHO-2019-nCov-IPC_Masks-2020.4-spa.pdf
- RASHEDI, J., Mahdavi Poor, B., Asgharzadeh, V., Pourostadi, M., Samadi Kafil, H., Vegari, A., Tayebi-Khosroshahi, H., y Asgharzadeh, M. (2020). Risk Factors for COVID-19. *Le infezioni in medicina*, 28(4), 469–474.

- Secretaría de Educación Pública. (2020). *Aprende en casa*. <https://aprendeenCasa.sep.gob.mx/>
- Secretaría de Salud. (2020a). *Datos Abiertos Dirección General de Epidemiología*. <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>
- Secretaría de Salud. (2020b, 28 de febrero). 077. *Se confirma en México caso importado de coronavirus COVID-19* [Comunicado de prensa]. <https://www.gob.mx/salud/prensa/077-se-confirma-en-mexico-caso-importado-de-coronavirus-COVID-19>
- Secretaría de Salud. (2020c). *Susana distancia*. <https://coronavirus.gob.mx/susana-distancia/>
- Secretaría de Salud. (2020d). *Exceso de mortalidad en México*. <https://coronavirus.gob.mx/exceso-de-mortalidad-en-mexico/>
- Secretaría de Salud. (2020e, 16 de mayo). *Municipios de la esperanza. Documento Técnico* [Archivo PDF]. https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Municipios_Esperanza_16052020.pdf
- SUÁREZ, V., SUÁREZ QUEZADA, M., OROS RUIZ, S. y RONQUILLO DE JESÚS. E. (2020). Epidemiology of COVID-19 in Mexico: from the 27th of February to the 30th of April 2020. *Rev Clin Esp*, 220(8), 463-471. DOI: 10.1016 / j.rce.2020.05.007
- TWADDLE, A. (1968). *Influence and illness: Definitions and definers of illness behavior among older males in Providence, Rhode Island*. Ph. D. Thesis: Brown University.
- VAN DIJK, T. (1997). *El discurso como interacción social. Estudios sobre el discurso II. Una introducción multidisciplinaria*. Editorial Gedisa.

MUJERES AMUZGAS EN LA MEDICINA TRADICIONAL FRENTE A LA COVID-19

**Adriana E. Meza Cuevas | Adriana E. Cuevas Herrera
Ever Sánchez Osorio**

Introducción: mujeres en el contexto de la cultura amuzga

Las comunidades amuzgas cuentan con determinadas formas de organización social, así como la distribución de tareas que se materializan en la vida cotidiana, ante todo en el plano comunitario y familiar. Como parte de su identidad cultural, las mujeres esencialmente se dedican al hogar, a la tejería de telares o huipiles y al conocimiento de la medicina tradicional¹; mientras que los hombres trabajan el campo laborando largas jornadas que les permite una alimentación que proviene, principalmente, de sus manos. El producto que se deriva de la agricultura es de autoconsumo, con pequeños comercios que se ofrecen en los tianguis locales. Las actividades cotidianas asignadas a los roles se complementan para tener una mejor vida en familia (Aguirre, 2007, p. 23). Las niñas acompañan a sus mamás en las labores domésticas, la crianza de sus hermanos pequeños, el aprendizaje de tejidos de telares y la adquisición del conocimiento de las plantas medicinales. Los niños, por su parte, aprenden y realizan actividades del campo. Existen casos especiales, en tiempo de siembra o cosecha, cuando toda la familia se concentra en el campo apoyando en las tareas que se requieran.

La vida de las mujeres amuzgas varía según la organización de cada familia, sin embargo, existen afinidades en las actividades que realizan, sobre todo en la manera como comparten el conocimiento adquirido de una generación a otra (relación madre e hija), como el tejido de cintura. Las mujeres tejedoras dedican su “tiempo libre” a la creación de tejidos para venderlos en los mercados o, incluso, en otros estados de la

¹ Aunque hoy no es una práctica exclusiva del género femenino.

república (Aguirre, 2007, p. 23). Algunas de ellas son el pilar económico de sus familias, comercializan sus tejidos en la comunidad a nivel estatal, nacional o internacional.

El tejido de cintura es una actividad cultural presente “desde tiempos ancestrales, las actividades de hilar y tejer han estado relacionados con la mujer” (Marcial, Quintero y González, 2020, p. 5). Cabe mencionar que en esta actividad —el telar de cintura— se hacen presentes símbolos, creencias y prácticas que sólo los amuzgos dan significado. Es una forma de mantener viva la identidad, la cultura y la vida amuzga, considerada también como signo de resistencia y lucha frente a otras prácticas dominantes en el contexto de la globalización. El arte del tejido ha sufrido variaciones, existen mujeres amuzgas jóvenes que “no llevan a cabo alguna técnica textil ancestral por el desconocimiento de los procedimientos de estas prácticas” (Marcial, Quintero y González, 2020, p. 5). En este sentido, podemos decir que existen dos grupos de mujeres en la comunidad amuzga en cuanto al uso y práctica de los textiles; mujeres tradicionales que preservan las prácticas culturales de la comunidad y mujeres disruptivas que generan alternativas culturales. Ambos grupos son únicos y aportan riqueza cultural, lo que nos lleva a reflexionar ¿cómo conjuntar esta modernidad para preservar las riquezas culturales de la comunidad? y ¿cómo se relaciona el “arte de tejer” con la medicina tradicional?

Ambos cuestionamientos son complejos, no sólo porque conjuntan dos variables que podrían contraponerse, sino porque generan una discusión cultural intrínseca. Primero, conjuntar lo disruptivo con lo tradicional puede ser una realidad siempre y cuando sea aceptada por la comunidad, y ese es el reto al que hay que enfrentarse.² Segundo, la relación del arte de tejer con la medicina tradicional es notoria, principalmente porque ambas surgen del rol que la mujer amuzga ejerce en la familia y en los modos de organización social comunitaria.

Como se ha dicho, es de suma importancia el rol que desempeña la mujer en la comunidad amuzga, ya que no sólo se dedica a la crianza

² Nos referimos a disruptivos cuando hay una combinación o fusión de lo tradicional (lo común) con actividades más modernas: como la combinación de la medicina tradicional con tratamientos alópatas, el uso de tejidos para vestimentas no tradicionales o la comercialización de estos por medio de redes sociales.

y cuidado del hogar, sino que como tejedora no solamente apoya en la economía familiar; con esta actividad contribuye al futuro de la tradición textil. Al continuar con esta enseñanza en las niñas y mujeres jóvenes –principalmente- con ellas se asegura la transmisión de los conocimientos a nuevas generaciones. La utilización de técnicas que van desde el teñido del algodón y la fabricación manual de los hilos con malacate. En un inicio realizan pequeñas piezas y servilletas, posteriormente, tejen prendas más elaboradas para hombres, así como los tradicionales huipiles.

Con la finalidad de que esta tradición no se pierda, actualmente las niñas y jóvenes no sólo aprenden el arte de tejer de madre a hija; también se creó –con la misma finalidad- un modo de organización indígena, el cual se realiza a través de una cooperativa de artesanas que promueve la reivindicación de las tradiciones culturales, en este caso el tejido artesanal. Este tipo de organización de las mujeres tejedoras amuzgas comprometidas con la valorización de su tradición textil promueve el uso de técnicas y creación de hilos naturales que evita el uso de hilos sintéticos. Para ello fabrican su propio hilo y utilizan tintes naturales de flores, hierbas y la grana cochinilla. El propósito es continuar con la tradición artesanal amuzga, el rescate y uso de cultivo de otros algodones (Good, 2001.)

La mujer amuzga como pilar del hogar desempeña un papel relevante, pero también como parte fundamental en la pervivencia de las tradiciones culturales que conforman su identidad. Otra forma de contribuir con sus conocimientos y costumbres es a través del uso de las plantas como modo de curación natural. Esta manera de curar y cuidar las enfermedades también recae en la mujer ya que, como se dijo anteriormente, es la encargada del cuidado y la crianza de los hijos. Por lo tanto, la mujer aprendió de su madre el uso de las plantas para curar las enfermedades de sus hijos y esta, a su vez, enseña a su hija. Insistimos en que no solamente es una actividad de las mujeres, pero al ser ellas guardianas y protectoras del hogar reproducen el conocimiento entre los niños y jóvenes.

Pareciera que el proceso de la salud y la enfermedad también es una actividad que recae en la figura de la mujer como idealización protectora de la familia. Responsabilidad, comunicación y sentimiento transmitido

de madre a hija, de abuela a nieta o compartido entre otras mujeres de la familia, incluso entre las mujeres de la comunidad (Marcial, Quintero y González, 2020, p. 7).

Si bien se trata de aprendizajes tradicionales, también han sido útil para el apoyo de la economía en el hogar y para enfrentar adversidades contra cualquier tipo de enfermedad. Tejer es necesario para obtener ingresos para atender a los enfermos de manera segura y confiable. Ambos son necesarios para la vida cotidiana y, por ello, son compartidos de forma intergeneracional, trascienden el tiempo y el espacio, materializándose en el presente³, además de ser herencias culturales brindadas por personas confiables y queridas en la comunidad. Sin embargo, ante el nacimiento de nuevas generaciones con intereses distintos, las tradiciones han cambiado en determinado sentido.

Para el caso de la tejería, quienes conocen las técnicas ancestrales son mujeres amuzgas de edad avanzada, y es el mismo caso para la curandería. Aunque también se han introducido nuevas formas no tradicionales, pero sí benéficas para ambas ramas. Para la tejería, el comercio virtual aportado por la juventud amuzga ha sido un aliciente ante la pandemia que vivimos ocasionada por COVID-19, y para el caso de la medicina tradicional, los aportes de la medicina científica han resultado complementarios en el proceso de curación de algunos enfermos, aunque aún es un tema polémico para algunas personas de las comunidades.

En este punto, relacionar la tejería con la medicina tradicional amuzga es fundamental porque nos permite comprender el modo de accionar de las mujeres de la comunidad y, de la misma manera, vislumbra los alcances que tienen estas nuevas perspectivas, pero también la polémica que generan. Independientemente de la estrecha relación que tienen ambas actividades, nos enfocaremos en la medicina tradicional, las creencias en torno a ella, sus procesos de creación y, sobre todo, su relación (ya sea de rechazo o aceptación) con la “biomedicina”.

³ “Yo desde chiquita veía antes a los abuelos, a los ancianos de antes, vi que nomás decían esta hoja es buena, y yo a veces le preguntaba cómo se llama, para qué es, para qué sirve, y ahí fui escuchando nada más, pues, y ahora que tuve a mis hijos, como que me acuerdo que esta hierba, para eso hay que intentar, hay que agarrar, hay que ser, para ver, y ahí fui viendo nada más que las hierbas, menos hoja venenosa, nada más lo que me decían, pero hay mucha hoja que es buena, nomás que muchas no sabemos” (González, noviembre 2020).

El proceso de aprendizaje de la medicina tradicional y su relación con la medicina “científica”

Hasta ahora hemos visto que las tradiciones son fundamentales para el intercambio cultural de las comunidades amuzgas y que estas se comparten de manera transgeneracional⁴ a través de creencias, ritos y procedimientos (Rivas, 2020). La medicina tradicional surge entonces por medio de experiencias que se consideran como procesos de enfermedad causados por emociones o reacciones naturales del cuerpo, las cuales tienen cura si se tratan de manera oportuna y adecuada. En este contexto, existe una gran variedad de remedios y sugerencias de curación en torno al tema, la mayoría contempla hierbas, lecturas de mano, interpretación de síntomas y creencias sobre los remedios sugeridos.

Por tanto, el proceso de aprendizaje surge de manera conjunta con el proceso de crianza⁵. Los niños y niñas aprenden de las plantas, sus funciones, propiedades y beneficios a través de las madres de familia quienes, a su vez, aprendieron de alguna otra persona (principalmente figura materna) dentro de la familia. Es por lo que la mayoría de los remedios, curas o tés, están dirigidos a atender síntomas cotidianos tales como: gripe, tos, dolor de estómago, dolor de cabeza, amibas, presión arterial alta o baja, diabetes, etc. (véase tabla 1).

Tal es la importancia de estos remedios, que en muchas ocasiones son considerados como prioridad antes de acudir a algún médico (no tradicional)⁶. Esto se debe, en gran medida, a la desconfianza e incredulidad

⁴ Por ejemplo, “los niños chiquitos se van familiarizando con las plantas, para qué son para qué sirven, van aprendiendo, es como cuando va a la escuela, pero no necesariamente, si no que los niños ven la planta y ya saben que esa es para qué remedio, así le llaman esta es para remedio. Eso, así fui a conocer las plantas, cuáles son, qué sirve para curar y que no, me enseñó mi mamá” (Pérez, noviembre 2020).

⁵ “Yo aprendí de mis hijos, sí, porque como tuve hijos, y ni modo de que fuera con puro doctor, porque una persona pobre no hay dinero, así que yo aprendí con mis hijos, pues, porque pudiera llevar a mis hijos al doctor, todavía que fuera uno o dos, pero cuando tienes muchos” (González, noviembre 2020).

⁶ “Es porque cuando ella se enfermaba yo no la llevaba al doctor, hasta después la voy a llevar a doctor, primero lo voy a hacer con remedios caseros, con la hoja, porque yo sé que eso es bueno, porque cuando yo estaba chiquita, mi mamá me curaba con las plantas, con las hierbas, así que eso no se me quitó de mi mente, de mi cabeza, siempre yo lo grabé lo que mi mamá me enseñaba; cada remedio para calentura, para fiebre, para vómito, para como se dice, para el empacho” (García, noviembre 2020).

Tabla 1
Curas utilizadas para tratar síntomas cotidianos

Enfermedad, síntoma o padecimiento	Cura o hierba utilizada	Causa (si aplica)
Corajes y cashquialja	Baño con yerba marco con flores, hoja de limón y hoja de naranja	Peleas en casa
Calentura	Aguardiente o Sábila	
Diabetes y presión alta (latido)	Té de hoja de mango o de guayaba	Coraje
Diarrea o disentería	Lavado de estómago con hojas de guayaba, manzanilla, menta o epazote Estafiate	Comer algo en mal estado
Espanto	Rezou oraciones	Impresión fuerte
Vesícula	Té amargo	Emociones fuertes
Amibas (animales)	Té de menta o epazote Estafiate	
Enfermedad de bebé	Humo de Copal	Peleas en casa
Fiebre	Hoja de papaya con huevo crudo, amarrado en pies por 3 días	No aplica
Gripa	Alcohol untado	No aplica
Dolor de cabeza	Hoja de limón untada en la cabeza	No aplica
Dolor de pies	Hoja de zorrillo (en té y baño)	No aplica
Mal de orín	Cacanahuanche, con limón y azúcar. En té	No aplica
Bronquitis	Hierba santa con limón, hojas de naranja y orégano en té. Además de "caldeado" (baño) con la infusión y vaporub.	No aplica
Chinkungunya	Ruda	No aplica
Dolor de estómago	Ruda Estafiate	No aplica
Limpiar la sangre	Hierba santa	No aplica
Cuni (calentura, diarrea, infección de oído)	Sangre de cuni (guajolote) untada	No aplica

Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a curanderas en el municipio de Xochistlahuaca, Guerrero. Noviembre 2020.

histórica que existe desde el pueblo amuzgo hacia el gobierno o autoridades externas, pero también a los costos que implican acudir con algún médico (Robinson y Barcimeo, 1999). En este sentido, podemos decir que existen dos perspectivas respecto a la conciliación de la medicina tradicional con la medicina científica, vista desde curanderas, hierberas y parteras.

Una de ellas se refleja en total desconfianza hacia el sistema de salud ofertado por las autoridades estatales y municipales. Desde esta

perspectiva, se considera que la medicina alópata es perjudicial para la salud y que el interés de los profesionales de la salud, más allá de velar por el bienestar de los enfermos, está directamente vinculado a terminar con sus vidas, o bien, prolongar la enfermedad.

Por otro lado, se encuentra una perspectiva conciliatoria que busca utilizar ambas prácticas (tradicionales y científicas) para curar una enfermedad. De acuerdo con el estilo de cada curandera, existe incluso una relación constante con profesionales de la salud para curar a algún enfermo. Hay quienes mencionan llevar un tratamiento mixto con hierbas y monitoreado por profesionales de la salud alópatas.

Cada perspectiva tiene su fundamento y razón de ser desde la cosmovisión de las comunidades amuzgas. En algunos casos se trata de rumores, en otros más, de experiencias e historias cotidianas contadas desde vecinos o conocidos cercanos. Independientemente de la perspectiva con la que se analice el panorama de salud, existe una situación innegable; ambas son válidas y, más aún, dispersadas en la comunidad. Por ello, existen dos grandes verdades que influyen directamente en la toma de decisiones de las personas que requieren atención médica.

La pandemia: perspectivas y atención médica desde las curanderas y hierberas

Como hemos visto, la influencia de las mujeres en la medicina comunitaria es trascendental debido a la transferencia de conocimientos generacionales. En este sentido, los tabúes, mitos y realidades sobre la medicina tradicional y alópata son transferibles también hacia su entorno. Para el caso de la pandemia ocasionada por el SARS-CoV-2, mejor conocido como COVID-19 o coronavirus, también existe una influencia constante de estas creencias y prácticas.

En este sentido, podemos observar las dos perspectivas (de desconfianza y conciliación) en acción. Desde que el virus tomó acción en la comunidad y comenzaron a haber contagios se bifurcaron dos maneras de accionar. La primera relacionada con curanderas y hierberas que continuaron atendiendo enfermos de manera regular con el argumento de que la enfermedad es falsa o que sólo se enferman quienes “no comen

bien” o que ya estaban enfermos de algo más. Y la segunda a curanderas y hierberas que dejaron de atender enfermos con determinados síntomas con la intención de evitar contagios hacia su persona. Ambas vinculadas a los “modos de ver” y vivir las enfermedades (Véase tabla 2).

Tabla 2
Tratamiento del coronavirus desde las curanderas y hierberas

Enfermedad	Tratamiento	Causa
COVID	Jengibre, ajo, hojas de limón Té con miel de jengibre y limón Ajo hervido, hierba santa, jengibre y cebolla morada. Hervidos en su conjunto.	A veces el contagio viene de adentro

Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a curanderas en el municipio de Xochistlahuaca, Guerrero. Noviembre 2020.

En algunos casos existen testimonios de curanderas que argumentan que el oxígeno no funciona para tratar los síntomas ocasionados por la enfermedad⁷, que es un riesgo acudir a las unidades de salud y que la respuesta se encuentra en acudir a hierbas y remedios locales. Pero también hay casos en donde las propias curanderas sugieren llevar un tratamiento conjunto o hasta acudir directamente a las unidades de salud. Cabe mencionar que los médicos de estas unidades son sensibles y empáticos con los tratamientos a base de tés o hierbas, en ocasiones ellos mismos sugieren complementar el tratamiento alopático con este tipo de remedios.

Podemos decir, entonces, que existe apertura en cuanto a la combinación de ambos conocimientos. Sin embargo, esto no garantiza la aceptación del tratamiento alópata por parte de las comunidades amuzgas⁸.

Aunque las consecuencias de esta situación aún no son tangibles, resulta importante generar una conciliación entre ambas partes. Si bien ya existe, en determinado momento será necesario fortalecerla.

⁷ “Cuando llega el gobierno, no sabemos si es verdad o pura mentira, ya el doctor que mata a una persona que ahí se muere ya gana \$15,000, platican pues así, hasta Zacualpan, hasta allá ya llegó la razón de que así es, mucha gente que ya le preguntaron que se haya arreglado con la enfermera” (Martínez, noviembre 2020).

⁸ “Si hablamos del COVID, específicamente, para mí sí tiene gran ventaja porque son productos que provienen la mayor parte de la tierra, y son productos naturales, además, la mayoría de los medicamentos se hacen a base de productos naturales, para mí sí son muy buenos, son lo mejor en todo tiempo, pero como que reaccionamos más a lo de la pandemia, y son medios que están a nuestro alcance todo el tiempo, por ejemplo, el jengibre aquí en la región sí hay” (Torres, noviembre 2020).

Generación y transferencia de conocimiento entre ciencias

La transferencia de conocimientos en la comunidad amuzga se lleva a cabo de manera cotidiana. Entre recomendaciones de remedios y tés, las personas asumen el rol de las hierbas y la identificación de enfermedades como acciones necesarias para promover el bienestar de quienes cohabitan en la comunidad.

Aunque esta transferencia ocurre generacionalmente, aún no se ha logrado fortalecer los vínculos comunitarios entre curanderos, rezanderos, hierberos, etc. Esto, en gran medida, se debe a que cada persona tiene su estilo de interpretación y curación. Existen algunos cursos y encuentros que se realizan para “profesionalizar e intercambiar” conocimiento, sin embargo, aún se percibe como necesaria una consolidación de estas comunidades medicinales. Incluso en el ámbito de la medicina alópata es necesario considerar espacios para romper con los tabúes que implica el acudir con un médico a alguna unidad de salud.

El intercambio de saberes es cada vez más estrecho y puede verificarse en los conocimientos que médicos y enfermeras tienen sobre la medicina tradicional. La respetan y sugieren como método alternativo y complementario para la curación de enfermedades. Por otro lado, existen curanderas que aceptan estos mecanismos.

Podemos decir que el intercambio de conocimiento se genera a partir de un objetivo común: el bienestar de los enfermos. Sin importar el grado de estudios, cada persona aporta sus conocimientos con la intención de generar bienestar y mejora oportuna. El reto es lograr una conciliación para generar mayor bienestar e impacto en la sociedad.

La presencia de las mujeres amuzgas en esta “transferencia” es tangible debido a que los curanderos (hombres) también aprendieron a través de sus abuelas o ancestras cercanas. Aunque no es un tema característico en todos los casos, sí sucede en la mayoría. De tal manera que las creencias, ideas, acciones y maneras de hacer frente a la enfermedad permean constantemente en la medicina tradicional y en las acciones comunitarias para curar⁹.

⁹ “Inicié en medio de mi abuela la señora Crecencia de Jesús López, ella era curandera de todo tipo de enfermedades, como nosotros hablamos acá, de las enfermedades caseras, ella curaba personas adultas y los bebés y yo por igual” (Cruz, noviembre 2020).

Reflexiones finales en torno a la curandería amuzga

Las tradiciones amuzgas son fundamentales para la vida cotidiana en comunidad. Si nos remontamos a la tejería, encontramos que es una práctica que genera intercambio entre mujeres. “El tejido más allá de un acto mecánico, se trata de un proceso de convivencia en la cual se comparte el tiempo, al momento que se van combinando colores y formas para ir escribiendo historias, que tejen como representaciones de la naturaleza” (Marcial, Quintero y González, 2020, p. 5). En este sentido, se trata de una forma de “hacer comunidad” y transferir conocimiento.

La medicina tradicional se comparte a través de la observación y el aprendizaje dentro del núcleo familiar. Sabemos que la tejería sucede de manera similar, sin embargo, comparte similitudes, así como en la conformación de comunidades y cooperativas de tejedoras. Por ello es necesario “repensar” la manera en que el conocimiento de la medicina tradicional se comparte: organizar grupos de trabajo, compartir experiencia a niños y jóvenes, diseñar esquemas que permitan preservar y compartir estos conocimientos. Si actualmente resultan efectivas y de beneficio para la comunidad ¿qué pasaría si existiera una comunidad de curanderos para compartir, crear y trascender sus conocimientos? Por otro lado, y aún más interesantes ¿qué pasaría si estas redes conciliaran con la medicina alópata? Sabemos que en algunos casos ya sucede y resultan ser tratamientos efectivos para los pacientes, sobre todo en aquellas situaciones donde los médicos y curanderos reconocen sus limitaciones y ventajas de recomendar remedios y medicamentos entre sí.

La medicina tradicional tiene un potencial en la comunidad porque funciona para tratar determinados síntomas e incluso prevenir algunas enfermedades específicas. Y al reconocer que existen otros métodos, como la “medicina científica”, para promover el bienestar y la salud, conectan de manera intrínseca porque también consideran otros aspectos como las emociones, el entorno y el estado del cuerpo humano. Hablamos entonces de que existe un potencial en las mujeres amuzgas para curar, compartir sus conocimientos, crear redes y también para crear nuevos entornos conciliatorios entre la medicina tradicional y la medicina alópata.

Referencias

- AGUIRRE, I. (2007). *Amuzgos de Guerrero*. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.
- GOOD, C. (2001). *Guerrero: un estado multicultural* [Archivo PDF]. [https://www.nacionmulticultural.unam.mx/edespig/diagnostico_y_perspectivas/diversidad_etnica/1%20DIVERSIDAD%20ETNICA%20Y%20LINGUISTICA/1%20GUERRERO%20UN%20ESTADO%20MULTICULTURAL/Estado%20del%20desarrollo%20\(Cap%2001\).pdf](https://www.nacionmulticultural.unam.mx/edespig/diagnostico_y_perspectivas/diversidad_etnica/1%20DIVERSIDAD%20ETNICA%20Y%20LINGUISTICA/1%20GUERRERO%20UN%20ESTADO%20MULTICULTURAL/Estado%20del%20desarrollo%20(Cap%2001).pdf)
- FRANCISCO MARCIAL, H., Quintero Romero, D. y González Hernández, G. (22-25 de abril 2020). *La preservación de técnicas ancestrales de telar en Xochistlahuaca, Guerrero* [Resumen de presentación de la ponencia] 4to Encuentro Nacional de Gestión Cultural de México, Oaxaca, México.
- ROBINSON, G y López, B. (1999). *Patrones del uso de plantas medicinales entre los amuzgos del Estado de Guerrero, México*. Instituto Lingüístico de Verano A.C.
- RIVAS, R. (2020). *La escuela para la vida del pueblo Nn'anncue Ñomndaa*. Universidad Autónoma Metropolitana.

MÉDICOS TRADICIONALES EN XOCHISTLAHUACA Y LOS RETOS ANTE LA COVID-19

María de Lourdes Flores López | Geovani Valtierra Gil
Cynthia Maricela Miranda García | María Guadalupe Ramírez Rojas

México está conformado por la pluriculturalidad de su población. Los pueblos indígenas, según el artículo 2 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban el territorio al iniciarse la colonización, conservando aún sus propias instituciones sociales, económicas y políticas. Las estadísticas oficiales refieren a la identificación de población indígena a través de la categoría de hogares indígenas y población que se autoadscribe, es decir, se autoreconoce como tal. Los hogares indígenas representan alrededor del 10.1% de la población del país, 12 250 974 personas. La población hablante de alguna lengua indígena representa un total de 6.5%, 7 387 341 personas mayores de 3 años, según datos del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI), que reportó seis entidades donde se concentra el mayor número de población indígena y representan el 75% a nivel nacional¹, entre ellas el estado de Guerrero con 5.7% (INPI, 2015).

Está ampliamente documentado el conocimiento y uso de plantas medicinales (Caballero, *et. al.*, 1998; Hernández *et. al.*, 2002; Campos, 2002; Álvarez, *et. al.*, 2007; Gómez, 2012; Hernández, 2017; Arellano, 2017; Guzmán, *et. al.*, 2014; Marcus, 2010; Reyes-Chilpa, *et. al.*, 2020) por los diversos grupos indígenas. El uso de la herbolaria tiene antecedentes prehispánicos. La relación que se establece entre la enfermedad y su curación está configurada por una cosmovisión de los diferentes grupos indígenas basada en su cultura e identidad. El reconocimiento de las prácticas de prevención, curación y enfermedades ha sido hecho oficialmente hace varias décadas, a través de lo que se conoce como medicina

¹ Incluye los estados de Oaxaca (14.4%), Chiapas (14.2%), Veracruz (9.2%), México (9.1%), Puebla (9.1%), Yucatán (8.8%) e Hidalgo (5.0%).

tradicional. Los padecimientos se han categorizado como enfermedades de filiación cultural, descritos en la Clasificación Internacional de Enfermedades². A pesar de estos reconocimientos, la medicina tradicional aún se encuentra subordinada a la medicina occidental o también conocida como biomedicina (Navarro, Sánchez y Maya, 2017).

Los pueblos indígenas en México se han caracterizado por vivir en condiciones precarias de vida. Históricamente estas poblaciones han sido vulneradas, perseguidas, saqueadas y expulsadas de sus territorios. Aunado a la discriminación por sus formas, usos y costumbres, según datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México (CONEVAL, 2018), el 69.5% de la población hablante de alguna lengua indígena se encuentra en pobreza y el 27 % en situación de pobreza extrema. Las principales carencias refieren al rezago educativo, el acceso a la salud, el acceso a la seguridad social, acceso a la alimentación y acceso a los servicios básicos de vivienda (CONEVAL, 2018). La pandemia de la COVID-19 muestra la carencia de los sistemas de salud, el deterioro no sólo de la infraestructura hospitalaria, sino también de los recursos humanos sin habilidades, conocimiento, sensibilidad y apertura para convivir con la cosmovisión de la medicina tradicional que estos pueblos originarios conservan.

Este capítulo aborda de manera descriptiva la dinámica de los terapeutas tradicionales en el municipio de Xochistlahuaca, Guerrero; derivado del proyecto *Diálogos interculturalidad en sistemas tradicionales de salud para la prevención, enfrentamiento y resiliencia de los amuzgos ante la COVID-19*. Se presenta información descriptiva del papel que han jugado los terapeutas tradicionales: parteras, curanderos y rezanderos, así como el papel de la medicina tradicional y las asociaciones de algunos síntomas de filiación cultural que se corresponden a la COVID-19 a partir de una aproximación de trabajo etnográfico, que permitió documentar mediante entrevistas semi-estructuradas la experiencia y perspectiva de los terapeutas tradicionales y el uso de la herbolaria como una alternativa para sobrellevar la enfermedad provocada por el coronavirus.

² La Clasificación internacional de enfermedades (CIE) documento oficial publicado por la Organización Mundial de la Salud que tiene la intención de determinar la clasificación y codificación de enfermedades, incluyendo los signos, síntomas y causas que detonan las enfermedades.

La medicina tradicional y la interculturalidad en salud

La medicina tradicional es una práctica realizada por los diversos grupos autóctonos en el orbe. Las definiciones son diversas, aunque convergen al considerar elementos basados en los conocimientos indígenas, como la transmisión oral de generación en generación; lo que alude a entender este rasgo como parte de la cultura y la cosmovisión que une los conceptos de cultura y las prácticas médicas. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1999) la define como:

La práctica médica donde se integran un conjunto de conocimientos y prácticas de origen indígena prehispánico en algunos casos con influencia de la medicina popular hispánica y negra-africana que se expresa oralmente, se aprende empíricamente, transmite a través de enseñanza, iniciación, herencia o revelación por seres sobre naturales, cuya lógica va más allá de entender la salud y la enfermedad restringida al funcionamiento corporal y se rige sobre un sustento mítico-religioso e ideológico. Además, entendemos lo tradicional en contraposición a lo moderno, representado por la medicina de base biomédica; pero comprendemos que lo que se entiende normalmente por tradicional no es un conocimiento estático ni atávico, sino dinámico y que se actualiza y sincretiza permanentemente. (p. 114)

Coincidimos en gran parte con esta definición, sin embargo, hacemos hincapié en que las prácticas y conocimientos no son estáticos, sino dinámicos. En este sentido, no necesariamente la medicina tradicional está en contraposición con la medicina moderna. Desde nuestra perspectiva, la medicina tradicional es más bien relacional y complementaria, basada en los saberes de los diversos sujetos y grupos sociales (Menéndez, 1994). A partir de un marco más amplio, la medicina tradicional no siempre se aprende de manera empírica y no necesariamente está subordinada a la medicina hegemónica. Por ejemplo, encontramos en la medicina tradicional en China cómo los médicos tradicionales son reconocidos y su trabajo está regulado, pueden emplearse en instituciones públicas de salud y se vinculan a la par con los médicos alópatas (Nigenda *et. al.*, 2001).

La medicina tradicional en América Latina ha sido un instrumento ideológico y político que ha mermado para poder trascender de la subordinación y descrédito. En México, por ejemplo, no existen aún datos oficiales del número de médicos tradicionales. Se ha documentado el tipo de médicos, así como las prácticas y enfermedades que se atienden y se ha reconocido el papel que juegan. En la década del 1990 se conformaron iniciativas con la intención de reconocer y regular la práctica médica tradicional a través de políticas que derivaron en lo que se ha llamado interculturalidad en salud que implicó:

la conformación de asociaciones de terapeutas indígenas; el reconocimiento jurídico a sus actividades curativas, la incorporación de hospitales ubicados en territorios indígenas, la emergencia de oficinas federales y estatales para apoyar a las medicinas tradicionales y alternativas, el inicio, desarrollo e implementación de plataformas teórico-prácticas de cursos, talleres y diplomados dedicados a la interculturalidad; cambios y adaptaciones en establecimientos institucionales que validaran la pertinencia cultural de sus instalaciones, la capacitación de los trabajadores de la salud para adquirir competencias en el terreno intercultural, enseñanza de interculturalidad en escuelas universitarias y centro de enseñanza superior, entre otras. (Navarro, *et. al.*, 2017, pp. 48-50)

Sin embargo, existen carencias importantes no sólo en términos de salud de la población de los grupos indígenas, sino también en este esfuerzo de política pública que no ha tenido el efecto esperado. No se han expresado cambios significativos en la calidad de atención de los centros hospitalarios interculturales, pareciera que se ha recrudecido, además del deterioro y desmantelamiento en la infraestructura que se instauró en algunos estados de la república mexicana, en algunos casos está subutilizada, tampoco se han apreciado mejoras en los indicadores epidemiológicos (Maya y Sánchez, 2018).

A pesar de la situación institucional y el fracaso de la política intercultural, los médicos tradicionales continúan teniendo un papel importante no sólo en comunidades indígenas rurales, sino también en áreas urbanas y no necesariamente indígenas. Son buscados por la población general para atender padecimientos como diarreas, enfermedades

gastrointestinales, infecciones de vías respiratorias, dermatitis, parasitosis, desnutrición, enfermedades ginecológicas, entre otros.

Los médicos tradicionales en Xochistlahuaca

La medicina tradicional es uno de los dos sistemas médicos a los que tiene acceso la población de Xochistlahuaca. Se caracteriza por ser la materialización de saberes ancestrales, de formas de relación de grupos étnicos con la naturaleza, así como con seres animados e inanimados, espíritus y familiares fallecidos, todo con la finalidad de restablecer equilibrios energéticos, emocionales y físicos de quienes tienen algún padecimiento.

Como portadores de los saberes y técnicas, o practicantes de medicina tradicional, se puede considerar a los curanderos, rezanderos y las parteras. Los curanderos (*ts'an na ndyjii*: “persona con conocimientos”) son aquellas personas con conocimientos muy antiguos legados por innumerables generaciones conocedoras de las plantas medicinales y técnicas de curación, quienes se dedican a diagnosticar y sanar las enfermedades que aquejan a la población.

Los rezanderos son las personas que rezan en los velorios, en las mayorías, en los rituales de petición de lluvia y para interceder por el alma del enfermo a través de rezos. Curan principalmente malestares emocionales. Generalmente carecen de conocimientos sobre la medicina herbolaria.

La partería es una práctica ejercida en una gran mayoría por mujeres, quienes se especializan en la atención, tratamiento y acompañamiento del cuerpo y las emociones, específicamente durante el periodo de embarazo, el parto y el puerperio. Poseen un amplio repertorio de técnicas para la atención ginecológica como sobar y acomodar al niño. Elaboran preparados medicinales para el dolor, facilitar la expulsión del producto durante el parto y para desinflamar el vientre durante el posparto.

Todos estos practicantes de la medicina tradicional tienen a su vez expresiones concretas para referirse al padecimiento o enfermedad que tiene la persona que acude a consulta. Se tratan de etnoconceptos, esto es, categorías locales o regionales mediante las cuales se define lo que sucedió y que requiere de la mediación del médico tradicional para restablecer el orden.

Hasta donde hemos identificado, la medicina tradicional es tanto preventiva como correctiva, tiene la capacidad de adaptarse a nuevas enfermedades, pero también reconoce sus límites. Hay situaciones de la vida cotidiana de una persona que le hacen perder la calma, el sueño, la tranquilidad, el apetito o el ánimo; en caso de no atenderse podrían transformarse en malestares y enfermedades. De ahí la importancia de una atención temprana por parte de los terapeutas tradicionales. En otros casos, el uso de brebajes, ungüentos, té, pomadas o vendajes responde a enfermedades internas o a golpes que una persona recibió. No obstante, cuando los terapeutas identifican que esa enfermedad no es para ser tratada con medicina tradicional, o en caso de haber recibido tratamiento y cuando este ya llegó a su límite, son capaces de indicar a la persona que se trata de una enfermedad que precisa de la intervención de un médico del sistema de salud oficial.

El papel de los médicos tradicionales y la COVID-19

En el marco del proyecto *Diálogos interciencia en sistemas tradicionales de salud para la prevención, enfrentamiento y resiliencia de los amuzgos ante la COVID-19* realizamos una aproximación de trabajo de campo a algunas localidades del municipio de Xochistlahuaca, Guerrero. Este municipio se sitúa en la Costa Chica con una extensión territorial de 464.89 km², colinda al norte con el municipio de Tlacoachistlahuaca y el estado de Oaxaca, al sur con el municipio de Ometepec, al este con el estado de Oaxaca y el oeste con el municipio de Tlacoachistlahuaca. La orografía es accidentada y presenta elevaciones de 2,000 metros sobre el nivel del mar. Los recursos hídricos del municipio incluyen varios ríos, uno de ellos sirve como límite natural con el estado de Oaxaca. El clima predominante es subhúmedo cálido con microclimas dependiendo del lugar de ubicación, las zonas altas en colindancia con Tlacoachistlahuaca son frías y las localidades al sur más templadas. Las características del suelo son aptas para la agricultura y la ganadería. El municipio cuenta con 103 localidades rurales de menos de 2600 habitantes (INADEF, 2010).

Realizamos entrevistas semiestructuradas además de observación no participante en las localidades de Cumbres de San José, Rancho del

Cura Tejeria, Arrollo Grande y en colonias del centro de Xochistlahuaca. Las localidades de Cumbres de San José, Rancho del Cura Tejeria y Arrollo grande se ubican en promedio a 40 minutos de la cabecera municipal. Las vías de acceso permiten una rápida movilidad en vehículo particular. La gente comúnmente utiliza taxis colectivos para llegar al centro de Xochistlahuaca. Estas localidades son consideradas rurales de no más de 1 000 habitantes, cuentan con acceso carretero, tiendas de abarrotes y recauderías pequeñas, algunas de ellas elaboran productos de panificación, también se venden productos derivados de la autoproducción como son aves de corral y productos lácteos. Se observa una dinámica de economía local derivada de la producción agrícola y pecuaria. Por ejemplo, el municipio de Tlacoachistlahuaca tiene una actividad ganadera importante y elaboración de productos lácteos comercializados localmente. La elaboración de textiles representa una actividad económica realizada en su mayoría por mujeres y es una fuente importante de ingresos monetarios.

Según datos de la Secretaría de Desarrollo Social (2010), la comunidad de Arroyo Grande (Tsjom xquenta) contaba con 643 habitantes y un grado de marginación alto. La localidad de Rancho del Cura Tejería cuenta con un total de 487 habitantes y un grado de marginación muy alto. La localidad de Cumbres de San José tiene una población aproximada de 365 habitantes con un grado de marginación alto. El municipio de Xochistlahuaca tiene una población de 28,080 habitantes, el grado de marginación y rezago municipal muy alto.

En estas comunidades entrevistamos a hierberos, parteras, curanderos, médicos tradicionales y rezanderos. En la cosmovisión amuzga, la salud implica las dimensiones de lo corporal, la espiritualidad, la emocional y el ambiente por lo que los médicos tradicionales se enfocan y especializan en algunas de estas dimensiones. En los encuentros indagamos sobre los conocimientos que tienen de la COVID-19, las formas de curación, atención a pacientes contagiados, las medidas de cuidado que se utilizan para disminuir el riesgo de contagio en caso de atender pacientes infectados, la relación con el Sector Salud y aspectos relacionados con la enfermedad y la prevención.

Conocimiento sobre la COVID-19

Respecto a la información o conocimientos que tienen los médicos tradicionales sobre la COVID-19, encontramos que la gran mayoría reconoce la sintomatología que incluye: fiebre, vómito, diarrea y tos. Otros refieren dolor de cabeza intenso, dificultad para caminar por dolencias en las rodillas, así como síntomas parecidos al resfriado común, diarrea y fiebre. Ellos especulan que han tenido conocidos con la enfermedad, aunque mencionan que ninguno se ha realizado una prueba ni ha asistido al hospital, no hay certeza de que han padecido COVID-19.

De igual forma, encontramos que algunos síntomas que los especialistas en medicina tradicional relacionan a la COVID-19 concuerdan con la sintomatología de ciertas enfermedades de filiación cultural. Por ejemplo, la similitud con otras enfermedades que aquejan las vías respiratorias, las cuales son muy comunes. Por otra parte, el coraje también se vincula con la COVID-19 y concierne a un sentimiento causado por la impotencia, la vulnerabilidad y el estrés que provoca el saberse enfermo o del potencial de contagio que tiene la COVID-19, así como del miedo de morir sin ver a la familia y que deriva en una renuencia a ir al hospital para ser atendidos.

La gran mayoría de ellos no ha atendido a pacientes sospechosos y no saben a ciencia cierta cómo se ve una persona enferma, además de no tener la seguridad de recibir a personas contagiadas. Mencionan desconocer cómo atender un enfermo de COVID-19 “no sabría cómo tratarlo”. Identificamos también temor al contagio, particularmente porque la exploración física es un elemento importante en el diagnóstico y esto los pondría en riesgo de contagio.

Refieren que el virus puede viajar por el aire y entrar por boca y nariz, pero aun cuando las personas toman medidas de seguridad como cubre bocas, usen gel antibacterial y limpien todo a su alrededor, llegan a enfermarse. Ante esto, llegan a la conclusión de que es inevitable enfermarse para ciertas personas, aunque tomen todos los cuidados. Aseguran que es una enfermedad peligrosa para una mujer embarazada ya que el toser frecuentemente y de manera intensa podría hacer que el feto sea expulsado.

Otros aseguran que el virus fue hecho en un laboratorio y diseminado para enfermar a la gente; información extraída de un video que

circulaba en redes sociales. Familiares que vive en zonas urbanas o en el extranjero mencionan que “están vacunando a la gente para infectarla no para curarla”. Otros no creen en la enfermedad, refieren que no hay casos en sus comunidades y eso les hace dudar.

Las personas hacen referencia al miedo de asistir a los hospitales públicos, sobre todo las mujeres embarazadas y personas con diabetes. Mencionan rumores acerca del miedo de ir a los hospitales públicos porque les administran una inyección que provoca la muerte, eso ha inducido que algunas mujeres embarazadas decidan parir en sus casas además de que son consideradas como población vulnerable al contagio.

Encontramos a un partero que considera que padeció COVID-19. Él está atento a los anuncios voceados que hacen en amuzgo para enterarse sobre las formas de prevención de COVID-19. Tiene la creencia de que una vez que se padece la enfermedad no vuelve a enfermarse y es el único que refirió estar experimentando con nuevos remedios con plantas medicinales.

Uso de la medicina tradicional

El desconocimiento de la enfermedad y el miedo a tratarla no impide que se utilicen recursos de prevención para evitar el contagio, basados en el uso de plantas y raíces. Recomiendan el té de jengibre con limón para tratar la COVID-19 ya que quita la fiebre y la diarrea, aunado a medidas de higiene como la limpieza de todo el hogar. La miel de abeja con limón, el té de jengibre con miel y limón se recomienda tomar durante los 15 días que duraran los síntomas de COVID-19. Algunos recomiendan tomar medicamentos alópatas para disminuir los malestares del resfriado. Otros utilizan la Hierba Santa, jengibre y cebolla hervida en té. Refieren el uso del *nanahuic*³ tres veces al día durante cuatro días.

El rezo es otra de las vías para reestablecer la armonía irrupida por la enfermedad, por lo que se han realizado rezos para pedir por la salud a diversos santos como San Miguel Arcángel, San Juan Bautista,

³ Esta planta no tiene traducción al español. El traductor que nos acompañó refiere que es difícil encontrar la traducción y es el nombre de la planta en idioma amuzgo.

Jesucristo y la Virgen María. La alimentación juega un papel importante y contribuye a la mejora de la salud. El baño con hojas de cacahuananche para quitar la fiebre es otra recomendación que se da, incluyendo el uso de medicamentos alópatas para la fiebre.

La relación con el sistema de salud biomédico

Los médicos tradicionales entrevistados tienen vínculos directos con médicos alópatas que ejercen de manera privada en la cabecera municipal de Xochistlahuaca y refieren que en algunos padecimientos acuden a este tipo de atención. Identificamos que algunos de ellos han sido certificados, particularmente las parteras, pero también los rezanderos y curanderos como médicos tradicionales. En 1995 se creó la Organización de Curanderos en Cozoyoapan⁴, incentivada por médicos del Hospital Regional. Al parecer se construyó un hospital en donde participaban los médicos tradicionales, pero no prosperó por rencillas y desacuerdos con sus propios compañeros. Esta mala experiencia con los procesos de certificación se dio porque algunos de estos médicos no concluyeron los cursos y no recibieron apoyos monetarios para movilizarse ni para costear sus alimentos durante las jornadas de aprendizaje, lo que causó molestias y reservas de seguir participando en estos encuentros.

Por otro lado, la relación que las parteras han establecido con el Sector Salud se generó por un proyecto de tinte intercultural que trató de capacitarlas para detectar síntomas de alarma y evitar la mortalidad materna. Algunas parteras han encontrado respaldo, empatía y amistad con los médicos de la región, lo que ha permitido completar los conocimientos para la detección, diagnóstico y atención de los padecimientos que ellas curan, tales como el empacho, el coraje, entre otros. La relación entre los médicos alópatas y las parteras ha prosperado debido a la respetuosa colaboración entre las dos partes, ya que cuando se presentan casos de mujeres con complicaciones en su embarazo, que las parteras

⁴ Localidad perteneciente al municipio de Xochistlahuaca con una población estimada en 2199 habitantes, es considerada una de las 6 localidades con mayor población del municipio. Colinda con la cabecera municipal y en esta localidad se ubica el hospital básico de Xochistlahuaca.

ya no pueden atender, las acercan con los médicos que sí cuentan con las competencias necesarias para hacerlo. Aunado a esto, su cooperación ha permitido la capacitación constante de las parteras, por lo que algunas de ellas refieren haber cursado materias de medicina alópata que les ha brindado conocimientos que aplican en su propia práctica.

En el caso de los rezanderos, curanderos, sobadores y hueseros, el acercamiento con los sistemas de salud oficial derivó en una fragmentación entre ellos. Esto fue a causa del intento de incorporarlos al hospital básico e incluir aspectos de interculturalidad en salud por el Sector Salud. Se han reservado ampliar la información sobre lo que generó el problema. Algunos de ellos refirieron estar en la disponibilidad de volver a reunirse y otros tienen sus reservas.

Conclusiones

Los médicos tradicionales son un recurso de salud en poblaciones no sólo indígenas y rurales, continúan siendo una alternativa para la atención, cuidado y cura de diferentes padecimientos a población general. Presentan varios retos, entre ellos: contar con información veraz de la enfermedad, la sintomatología y las características propias del virus y el contagio. Reconocen que la COVID es una enfermedad nueva y que no saben cómo tratarla. En este sentido, es importante proporcionar y fortalecer la información de los cuidados y protección que deben de tener cuando tengan que atender pacientes infectados. Contar con información veraz es fundamental para disminuir el temor al contagio de la enfermedad y a la atención de pacientes con esta condición. A su vez permitirá que los médicos tradicionales cuenten y tomen las medidas necesarias para no contagiarse, particularmente las parteras que están controlando el embarazo y atendiendo partos.

Empiezan a asociar algunos síntomas de las enfermedades de filiación cultural y la COVID-19. El empleo de los recursos de la medicina tradicional pueden ser elementos que coadyuven a disminuir los síntomas que provoca la COVID, además de reforzar de forma preventiva a través de recomendaciones de alimentación e higiene a la población que atienden. El papel de los médicos tradicionales es esencial,

particularmente por el rechazo de la población a asistir a los hospitales, existe un temor derivado de las noticias e información falsa que ha permeado en los pobladores, consideramos que los médicos tradicionales con información veraz pueden ser un recurso para la detección y atención de personas contagiadas de este padecimiento.

Es necesario encontrar las vías adecuadas para la vinculación que favorezca la transmisión de conocimiento sobre el virus y la enfermedad que provoca la COVID, tomando en cuenta la experiencia de interculturalidad anterior, por lo que se sugiere documentar los aspectos que derivaron en el fracaso y retomar a través de consulta con los médicos las formas de acercamiento con el sector salud.

Referencias

- ÁLVAREZ, G. G., Gómez, S. R. R., Solano, C. T., y Azúa, R. V. (2007). La Medicina Tradicional Prehispánica, Vertebrados Terrestres y Productos Medicinales de tres Mercados del Valle de México. *Etnobiología*, 5(1), 86-98.
- ARELLANO-ROQUE, B. (2017). *Etnobotánica medicinal de la cultura Me'phaa en la Ciénega, municipio de Malinaltepec, Guerrero, México*. [Tesis de Maestría. Universidad Autónoma de Guerrero, México].<http://ri.uagro.mx/handle/uagro/838>
- CABALLERO, J., Casas, A., Cortés, L. y Mapes, C. (1998). Patrones en el conocimiento, uso y manejo de plantas en pueblos indígenas de México. *Estudios Atacameños*, (16), 181-195. <http://www.jstor.org/stable/25674716>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL]. (2018). *Medición de la pobreza, Estados Unidos Mexicanos, serie 2008-2018, Porcentaje, número de personas y carencias promedio por indicador de pobreza, Anexo estadístico entidades 2008-2018*. https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_Indigena.aspx
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Const]. septiembre 2014 (México). https://www.dof.gob.mx/constitucion/marzo_2014_constitucion.pdf

- CAMPOS NAVARRO, R. (2002). Las medicinas indígenas de México al final del milenio. En G. De la Peña, y L. Vázquez León. (Eds.). *La antropología sociocultural en el México del milenio. Búsquedas, encuentros y transiciones* (pp. 162-201). Fondo de Cultura Económica; Instituto Nacional Indigenista; Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- GÓMEZ ÁLVAREZ, R. (2012). Plantas medicinales en una aldea del estado de Tabasco, México. *Revista fitotecnica mexicana*, 35(1), 43-49.
- GUZMÁN GUTIÉRREZ, S. L., Reyes Chilpa, R., y Bonilla Jaime, H. (2014). Medicinal plants for the treatment of “nervios”, anxiety, and depression in Mexican Traditional Medicine. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, 24(5), 591-608.
- Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. [INAFED]. (2010). *Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México*. <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM-12guerrero/municipios/12071a.html>
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI]. (2015). *Encuesta Intercensal 2015, Tabulados básicos, Estados Unidos Mexicanos, Etnicidad*. <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI]. (2020). *Glosario de términos, Cuéntame*. <http://cuentame.inegi.org.mx/glosario/default.aspx?Tema=G>
- Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas [INPI] (2015). *Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México 2015* [Archivo PDF]. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239921/01-presentacion-indicadores-socioeconomicos-2015.pdf>.
- NAVARRO, R. C., Sánchez, E. Y. P. y Maya, A. P. (2017). Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016). *Salud colectiva*, 13, 443-455.
- NIGENDA, G., Mora-Flores, G., Aldama-López, S., y Orozco-Núñez, E. (2001). La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia. *Salud pública de México*, 43, 41-51.

- MARCUS, D. M. (2010). Traditional medicine: a global perspective. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(12), 953. <https://doi.org/10.2471/BLT.10.079822>
- MAYA, A. P., y Sánchez, M. C. (2018). De eso que se ha llamado interculturalidad en salud: un enfoque reflexivo. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 50(4), 366-384. <https://doi.org/10.18273/revsal.v50n4-2018010>.
- MENÉNDEZ, E. (1994). Le enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- REYES-CHILPA, R., Guzman-Gutierrez, S. L., Campos-Lara, M., Bejar, E., Osuna-Fernández, H. R., y Hernández-Pasteur, G. (2020). Sobre el primer libro de plantas medicinales escrito en el Continente Americano: El Libellus Medicinalibus Indorum Herbis de México, 1552. Una revisión. *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas*, 20(1), 1-27.
- Secretaría de Desarrollo Social. [SEDESOL]. (2010). *Catálogo de localidades*. <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/contenido.aspx?refnac=120710021>
- Organización Panamericana de la Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. (1999). *Sistemas de salud tradicionales en América Latina y el Caribe: información de base* [Archivo PDF]. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/31-Esp-IND13.pdf>

LÍMITES Y ALCANCES DE LA MEDICINA TRADICIONAL LOS AMUZGOS DE GUERRERO Y LA COVID-19

**Adriana E. Cuevas Herrera | Adriana E. Meza Cuevas
J. Kenny Acuña Villavicencio**

Introducción

La cosmovisión de los amuzgos busca sobrevivir en un mundo que avasalla y permea su cultura con costumbres y otras formas alternativas de aliviar y curar enfermedades a través de la medicina tradicional. La visión del amuzgo respecto a las enfermedades es completamente diferente a la que se conoce en el mundo occidental, por lo que es importante visibilizar las prácticas y métodos que utilizan para comprender y retomar este conocimiento que permita generar conexiones e intercambios culturales entre dos saberes distintos: la medicina tradicional y la medicina alópata.

Regularmente atienden sus padecimientos cotidianos (como la tos, dolor de cabeza, fiebre y otros malestares) a través de la medicina tradicional amuzga aun ante la posibilidad de que su diagnóstico clínico sea coronavirus. Esta situación nos lleva a reflexionar en el proceso salud-enfermedad-prevención a partir de la cosmovisión amuzga y su conservación-revalorización en la región y comunidad.

Por ello, profundizaremos en la cosmovisión amuzga a partir del cuidado de la salud, distinguiendo la forma en que tratan la enfermedad respecto al concepto que tienen de la sangre y el abordaje que les dan respecto a padecimientos más “comunes”. En seguida, examinaremos otra manera de tratar la enfermedad con respecto a sus creencias e implicaciones del mundo material, hablaremos acerca de la labor que realizan los curanderos para aliviar y curar las enfermedades, así como de sus alcances y correlaciones con la medicina alópata (con posibilidades de exploración intercultural). Finalmente, reflexionaremos sobre estrategias que permitan conseguir un diálogo entre ambos saberes, cuya

finalidad sea la mejora en la calidad de vida humana en las comunidades amuzgas.

Contexto cultural del pueblo amuzgo; “los hijos del agua”

Los amuzgos son un grupo indígena que habitan en las regiones de Guerrero y Oaxaca en los municipios de Xochistlahuaca, Tlacoachistlahuaca, Ometepec y San Pedro Amuzgo.

De acuerdo a los estudios que se han hecho, se tiene a la idea que nosotros venimos del agua, un lugar llamado polinesio, y se puede creer que venimos de una isla, porque conocemos, no hay isla por aquí, pero se daban a conocer como la “tierras de en medio”, la gente no conocía al tiburón, tiene un nombre en amuzgo, “pez rabioso”, y esos animales no existen por donde estamos, si por que al principio según, venimos de aquí cerca, San Nicolás, aquí con la llegada de los afro américas, nos sacaron y nos venimos para acá, apartándonos. Hay un lugar aquí cerca que se llama Plan de los muertos, donde en amuzgo quiere decir, lugar donde descansaron los muertos, entonces ahí descansaron y siguieron avanzando. Además, hay muchas palabras que se refieren con el agua. Por ejemplo, soñar, es recordar en el agua. El sueño se relaciona con lo dulce y lo sucio, si uno sueña que está partiendo calabazas, alguien va a morir, y si uno sueña que está atravesando un río, se va a ahogar. Y estaba empezando por comentarle, por ejemplo, el municipio significa, “agua de tierra”, en el estado, “brazo del agua. Muchas palabras tienen el significado del agua. (Moisés, entrevista, agosto 2020)

Para muchos académicos, amuzgo significa “lugar de libros” (Aguirre, 2018). Sin embargo, para “nosotros los amuzgos [en] nuestra lengua quiere decir palabra del agua” (Moisés, entrevista, agosto 2020).

Los *Nomndaa* son personas que han huido de la represión, resultado de la presencia española, así como de catástrofes y enfermedades como las que se presentaron en la época virreinal (Aguirre, 2007). En Guerrero estos fenómenos hicieron que varias comunidades amuzgas se refugiaran en diversos escenarios como la Sierra Madre del sur con la

finalidad de resguardarse y reproducir su cultura. Bajo estos contextos, los indígenas empezaron a organizarse y asumir un rol político activo con su entorno, es decir, tenían la noción de que el carácter colectivo estaba estrechamente destinado al cuidado de la naturaleza, porque esta representaba vida, sociedad y organización compartidas (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2007). A esto se añade el hecho de que existe en el mundo amuzgo una temporalidad donde se conjugan la producción y el hacer como formas fantásticas.

Lunes, martes, miércoles y jueves lo manejaban como día de la enfermedad; día malo o día bueno; por ejemplo, como el día bueno lo han traducido como el día de la bendición. Cada día tiene su nombre y la actividad que puede hacer...para sembrar se ocupan ciertos días, o sea, que en algunas actividades si se caractericen. [En otras palabras] hay cuatro días que se van repitiendo, por ejemplo, amaneció el día bueno, pero ya en la tarde es el día de la maldición. En la vida normal, si yo quiero hacer algo malo, es el momento indicado para desear algo malo a alguien. El día frío es pasado mañana, también es el momento indicado, para enfriar o quitar el rencor, y, por último, el día de la enfermedad es un día que tengo una persona que no me quiere, puedo desearle algo feo, una enfermedad. Y así empieza la semana. Por eso digo, que para la gente grande no existe un lunes, martes, miércoles. (Moisés, entrevista, agosto 2020)

Para los amuzgos no existen los días gregorianos, la vida cotidiana no está atravesada por el tiempo cíclico o tiempo occidental, al contrario, la temporalidad es compartida y responde más al carácter comunitario. Bajo este escenario, consideramos necesario establecer una comunicación más directa con las comunidades amuzgas, porque se trata al fin y al cabo de poblaciones golpeadas no sólo por la pandemia, sino también por la historia, los acontecimientos, los hechos y contradicciones que se han librado fuera y al interior de este fenómeno. Uno de nuestros mayores propósitos era establecer una perspectiva sobre la manera como se estaban organizando políticamente los amuzgos para defenderse del llamado coronavirus o, en términos coloquiales, de la gripa oriental. Para ello tuvimos que viajar hasta los municipios de “Ometepec, Xochistlahuaca y Tlacoachistlahuaca [donde] identificamos tres variantes: la variante de

Cochoapa, Ometepec, y Zacualpan. Todas las comunidades han emanado dos corrientes principales” (Abraham, entrevista, agosto 2020).

El punto de partida para elaborar una perspectiva sobre el quehacer comunitario respecto a la crisis mundial inició en Ometepec. Se trata de uno de los municipios que cuenta con una población numerosa, así como con un comercio donde se conjugan culturas, lenguas y diálogos con personas de otras regiones. En este escenario no sólo radican los ya citados, sino también tlapanecos, nahuas y afromexicanos. Todos estos materializan una dinámica importante que articula a todas las comunidades amuzgas y, sobre todo, generan formas de organización social y política (Aguirre, 2018). No obstante, esta rutina se vio interrumpida por la llegada del coronavirus. Muchas de las comunidades amuzgas se mostraron insatisfechas por las medidas que se estaban tomando, porque las medidas sanitarias impedían el desarrollo normal de las actividades comerciales. De acuerdo con Marcial, Romero y Hernández (2020), este punto es importante de señalar, puesto que muchos hogares y, sobre todo mujeres, se dedican al tejido a mano de diversa indumentaria que está destinada para la venta. Esta práctica económica fue creciendo conforme las sociedades se veían afectadas por el neoliberalismo. El arte textil amuzgo se movía al interior de los circuitos de la oferta y la demanda monetaria, así como de los mercados y mercancías. Las formas geométricas de las plantas, animales, cosas y personas que se traslucen al momento de hilvanar la ropa evocan los orígenes, caminos, redes y horizontes comunitarios. Esta percepción es compartida entre todos los amuzgos y reconocido por quienes ellos dicen llamar “mestizos” (Aguirre, 2007).

Hasta este punto es necesario entender las raíces históricas de las creencias del pueblo amuzgo debido a su constante relación con la cosmovisión actual acerca de las prácticas de medicina tradicional y las percepciones sobre la medicina occidental, así como la correlación e influencia que permean una de la otra en los mecanismos de respuesta ante procesos de salud-enfermedad de los pobladores (Menéndez, 2018).

Acercamiento a los métodos tradicionales de salud; una mirada desde la experiencia etnográfica

De acuerdo con anotaciones etnográficas realizadas durante diversas visitas a campo durante noviembre-diciembre 2020, encontramos que las comunidades amuzgas conservan sus métodos tradiciones de salud. Es cierto que ellos mismos reconocen que no hay una medicina eficiente para el sinnúmero de enfermedades existentes, pero sí tienen gran alcance con el uso de las hierbas. A continuación, enlistamos algunas de las cosmovisiones en torno a procesos de salud-enfermedad:

1. Los curanderos de estas comunidades, así como sus pobladores, creen en el espanto, en el latido, el coraje y el antojo; sus métodos de curación son diversos y los realizan a través de bebidas que preparan con hierbas.
2. En el caso del latido, este aumenta de acuerdo a la presión arterial. Si la presión aumenta, de la misma forma el latido porque la sangre se altera y trabaja rápido. En algunos casos corresponde a la presión alta, la manifestación no sólo es a través del pulso, sino con dolor de cabeza, de pies y aceleración del corazón. Al proporcionar la hierba indicada y molida, el curandero logra restablecer la presión sin necesidad de medicamentos alópatas, porque en el caso de la hipertensión, desde la perspectiva occidental, sólo es posible controlarla con el uso de medicamentos y tratamientos largos.
3. En el caso de los bebés, principalmente, cuando lloran mucho y no se pueden calmar aluden a que tiene “coraje”. Desde su perspectiva, se cree que el coraje se *pega* al bebé o al adulto como una energía surgida de un evento desagradable, puede ser un funeral, pleitos, tristeza, llanto, etc. Para quitar el coraje es necesario el uso de raíces y hierbas para que la energía se desprege y la persona pueda descansar, así como el beber té.
4. El espanto es semejante al coraje, pero este va enfocado a situaciones que impresionan o asustan. El curandero estudia el pulso y determina si este se encuentra alterado por una enfermedad que no se encuentra a su alcance, si es así, requiere de un

médico. El caso de ser espanto, el mismo pulso lo determina. Los síntomas que presenta el paciente son cansancio, sueño, mareo, dolor de cabeza y sin ánimos de realizar ninguna actividad. En el momento que ocurre el espanto, la persona aludida pierde su sombra, se trata de adivinar dónde la perdió y de recuperarla. Cuando el curandero determina y diagnostica a qué se debe el espanto, procede al tratamiento a base de rezos para llamar a la sombra y que regrese a su lugar de origen, las oraciones y los santos son los que van a curar al enfermo.

5. En los paradigmas de diagnóstico y tratamiento del amuzgo también existen diversidad de formas de atención y curación, algunos utilizan un poco de adivinación por medio de la canasta y las barajas, otros en el conocimiento que tienen por medio del pulso. Cuando perciben que son malas vibras realizan limpias, los antojos los resuelven con alimentos que consideran apropiados para el paciente, por medio de rezo.

En esta diversidad de formas de curar a sus pacientes encontramos que hay un punto de correlación entre ellos ya que en sus creencias está involucrada una fe profunda a Dios, la virgen y los santos. En esta comunidad existen los cantores o rezanderos; personas que piden a Dios y los santos para el cuidado y protección (Mandujano, A., Camarillo, L. y Mandujano, M, 2003). Cada médico tradicional utiliza diferentes prácticas y tratamientos para la cura de sus pacientes, lo que tienen en común son las plantas, hierbas medicinales y una fe profunda. Un médico tradicional se especializa en el conocimiento del pulso, conocimiento que le fue heredado por su abuela (tal y como sucede en los procesos de enseñanza-aprendizaje comunitarios)¹, a partir de esa enseñanza determina si está a su alcance la curación o canaliza al paciente al médico alópata. Con base a las observaciones en campo podemos resaltar que su método consiste en rociar al paciente con aguardiente, pasar la albahaca y huevos para realizar una limpia, y al mismo tiempo reza a Dios y los santos por su sanidad, al final le da a tomar una bebida preparada con un compuesto de plantas. Otra forma de dar tratamiento

¹ Cruz (2012, p. 88)

no sólo es la preparación de plantas en infusiones o té, sino masticar las hierbas, con baños de asiento y sobadas; otros utilizan el barro, la canasta, las cartas.

En lo que respecta a la maternidad, las mujeres amuzgas prefieren dar a luz a sus hijos con las parteras tradicionales del pueblo.

La atención brindada por las parteras empíricas no se limita al parto, pues hay un vasto abanico de saberes propios, prácticas de atención, rituales de protección y cuidado realizados antes, durante y después del evento obstétrico, los cuales constituyen una síntesis de saberes culturales orientados a la prevención, mantenimiento y recuperación de la salud. (Berrío, 2015, p.6)

Ellas conservan métodos y técnicas que permiten un parto humanizado y natural. Hay que tomar en cuenta que desde el momento en que la mujer amuzga va a parir, se encuentra en casa, en un clima de confianza, con agua tibia, con los alimentos a los que está acostumbrada, cerca de su familiar, además la postura que adopta para dar a luz es en forma vertical, ya que es la manera más natural (así es como se concibe y se espera que el parto fluya; de manera natural) (Berrío, 2015, p. 8).

Hay un gran conocimiento de las parteras, desde la perspectiva amuzga existen complicaciones que los médicos no pueden resolver. Incluso:

[...] se confía en los saberes propios y se llama a la partera al momento del parto o lo atiende la propia mujer cuando ya tiene varias gestas previas. Así se mantiene la importancia de las redes familiares [y los saberes tradicionales], en especial de las suegras, en el cuidado de la salud durante el embarazo, pero también se incluyen los recursos biomédicos. (Berrío, 2015, p. 8)

De tal manera que buscan convivir con la medicina occidental siempre y cuando exista apertura de ambas partes.

Desde la perspectiva amuzga, los sistemas tradicionales de salud, los curanderos, rezanderos y parteras representan una gran parte de la cosmovisión de su pueblo (Campos, 2002). Es cierto que, en algunas enfermedades, principalmente crónicas degenerativas, tienen algunos límites, pero también consideran que tienen alcances que la medicina occidental no tiene. Esto resulta de gran ayuda porque en muchas ocasiones el

primer acercamiento ante una enfermedad son los médicos tradicionales, quienes acompañan el proceso de salud-enfermedad y, en ocasiones, complementan con médicos o enfermeras que se muestran abiertos a coadyuvar ambas perspectivas (Lámbarri, Flores y Berenzon, 2012). Un médico que atiende a la población en Xochistlahuaca considera que:

la medicina tradicional y la medicina alópata son dos sistemas de salud que conviven de muchas maneras, tanto del sistema médico moderno hay quienes toman cosas de la medicina tradicional, para recetar y llamar la atención de los pacientes, y dentro de la medicina tradicional también se adoptan ciertas cosas, empiezan a recetar pastillas, inyecciones... Es otra ciencia, es otro mundo, es una manera diferente de tratar. (entrevista a médico particular Xochistlahuaca, octubre 2020)

Con la llegada del coronavirus a México, las comunidades indígenas no quedaron exentas de la enfermedad, si bien debido a su situación geográfica el contagio demoró en llegar más que en los otros lugares, también se enfrentaron a la COVID-19 y las consecuencias de esta (Data crítica, 2020). Para la comunidad amuzga fue complejo entender y tratar de adaptarse a las medidas de seguridad que se encontraban fuera de su cotidianidad y de su realidad. Al momento de tratar de comprender en qué consistía la enfermedad y cómo debían cuidarse hubo reticencia por parte de ellos, en primera instancia no creían que existiera la enfermedad y, en segundo, tampoco fue sencillo creer en algo que no comprenden y dejar de lado el arraigo de su cultura. Desde su cosmovisión tratan de comprender el hecho, consideran que es una enfermedad grave.

Las autoridades locales de las comunidades amuzgas trataron de implementar las medidas de protección y cuidado contra la COVID-19, la información no fue del todo adecuada ya que estas medidas se realizaron desde los paradigmas nacionales y no hubo una adecuación al contexto de los amuzgos. Las acciones más próximas fueron algunas traducciones a su lengua con recomendaciones como “tomar sana distancia”, “usar cubrebocas y gel antibacterial”, “confinarse en casa” y “suspender actividades sociales”, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud).

De acuerdo con datos recabados a través de entrevistas y encuestas durante el trabajo de campo realizado en noviembre-diciembre 2020, pasaron tres meses antes de que llegaran los primeros casos de contagio, por lo que la comunidad amuzga se enfrentó a una situación económica difícil debido a que el confinamiento se aplicó cuando aún se encontraban en semáforo verde, además los pobladores amuzgos que tuvieron que emigrar de la comunidad en busca de un mejor ingreso económico se vieron en la necesidad de regresar ya que sus centros de trabajo cerraron. Cuando estaba el pico más alto de contagios, la comunidad ya no pudo resistir, por lo que sus pobladores tuvieron que salir a buscar el ingreso económico para poder subsistir.

Ante este contexto hubo incertidumbre e incredulidad por parte de los pobladores. La comunidad no creía en la existencia del coronavirus, y ante la presencia real de la enfermedad y los primeros fallecimientos, se creó un ambiente de preocupación por lo que buscaron opciones para enfrentar el contagio a partir de la medicina tradicional.

La población amuzga se acercó a las hierbas para prevenir y curarse de la COVID-19, uno de los remedios que se hicieron populares en Xochistlahuaca fue el té de jengibre, así como el té de hierba santa con canela. Ante los primeros síntomas algunos pobladores lograron controlarse sin mayor complicación, incluso hubo casos de éxito en pacientes contagiados considerados como pacientes de riesgo por tener diabetes y mantener una saturación de 83 (entrevista con Jazmín, 2020).

Según los datos recabados durante el trabajo comunitario realizado, la población amuzga acude a atenderse ante los médicos tradicionales cuando presenta síntomas de tos, fiebre, dolor de cabeza, como segunda instancia, en caso de que los tratamientos no le funcionen, al médico particular y como último recurso, al hospital básico. En el contexto de la pandemia por la COVID-19, los curanderos y las curanderas se enfrentaron a la enfermedad sin ninguna protección. En el caso de la atención con un paciente que tenía síntomas de fiebre, tos, dolor de cabeza, los atendieron y de acuerdo con el testimonio de ellos, los sacaron adelante sin necesidad de utilizar un respirador. Conforme a la medicina tradicional (a base de sobadas y hierbas), el paciente enfermo por COVID-19 pudo restablecerse pasando los momentos más críticos en casa.

Los sistemas tradicionales de salud buscaron alternativas para enfrentarse a una enfermedad desconocida. Provistos del conocimiento necesario del uso y beneficios de las plantas, fueron capaces de darle una nueva aplicación a las mismas. No todo constituyó una connotación negativa, ante los efectos por el coronavirus fue necesario regresar a la forma antigua de tratarse, pero también a fortalecer los puntos de encuentros entre las diferentes maneras de abordar los procesos de salud-enfermedad.

Enfermedades y padecimientos desde la medicina tradicional; rescate de perspectivas comunitarias

Otro aspecto relevante de la cosmovisión amuzga es que muchos de sus padecimientos consisten en connotar “la sangre”. Desde su perspectiva, cuando la sangre disminuye su fuerza significa que algo está haciendo mal el individuo. Una manera de que la sangre se debilite o disminuya es por no tener los cuidados pertinentes con el cuerpo, lo que da paso a las enfermedades. También comentan que es porque la persona está espantada, se encuentra enfermo del nahual o tiene antojo. Los tratamientos a partir de la sangre son diversos, el curandero se apoya con inyecciones de complejo B, le dan un valor tan importante a la sangre, que consideran a las vitaminas como la medicina de la sangre, también utilizan sueros porque es otra forma de fortalecerla, si la sangre se encuentra fuerte, entonces el cuerpo no se enferma, por el contrario, si la sangre está débil, abre las puertas para que entren las enfermedades.

Con base en las prácticas observadas durante las visitas a la comunidad, para poder mantener la sangre en buen estado una curandera recurre a la ruda, pero no la utiliza como infusión o té, sino masticada, se consume como alimento y a su vez se toma abundante agua, con este procedimiento la sangre se mantiene limpia y por consiguiente también está fortalecida. Como testimonio de esta práctica, la curandera Minerva tiene un gran conocimiento sobre el uso de las plantas. De manera consuetudinaria consume la ruda y se mantiene en un excelente estado de salud. Afirma haber tratado a personas que presentaron síntomas como tos, dolor de cabeza y fiebre, incluso llegaron a estar

hospitalizados. Además de que logró la mejoría de los enfermos, no se contagió por COVID-19, no obstante, que no mantuvo los cuidados de protección necesarios.

No dejen que les gane la enfermedad, no le hace que estén en tratamiento con los doctores, no nada más estás esperando del doctor, busque, ponga, hágalo, beba, no le afecta en nada porque es remedio casero, no es tratamiento, trate de tomar la hierba santa, la hierba santa te sirve mucho, para una bronquitis, para una inflamación, que tiene muchas flemas en los pulmones. Por eso le digo, la hierba santa, un pedazo de jengibre, dos dientes de ajos, hojas de limón, unos tres limoncitos tiernos, los hierves bien, bien hervido, pero te lo vas a tomar a la hora que te acuestes, para en la noche, para que así te haga todo lo de adentro acostado, hasta si es posible, yo cuando me lo tomo así, que tengo tos o me come la garganta, hasta le echo yo un poco de aguardiente ahí, un poco de aguardiente tibiecito, me lo tomo y voy a sudar por lo que tomé. (Entrevista a Minerva, octubre 2020)

La medicina tradicional no sólo atiende enfermedades físicas, sino también emocionales. Cuando un amuzgo o amuzga padece depresión también se lo atribuyen a la debilidad de la sangre; sin embargo, la forma de restablecer al individuo conlleva otro tipo de prácticas. Principalmente lo atribuyen a que su nahual se encuentra en mal estado. Es necesario realizar una serie de rituales donde la familia del afectado se involucra. Si la persona que se encuentra en un estado de depresión siente que sí le importa a la familia, comienza a restablecerse, eso en el caso de que sea una depresión leve, empero, esto no sucede en todos los casos. Existen situaciones donde la persona no mejora y el curandero, así como la familia se cuestionan por qué no funcionan los tratamientos. Tratar de explicarles que la depresión es una enfermedad mental no es fácil. ¿Cómo explicarles en su lengua qué es la depresión?

En la comunidad amuzga de uno a dos jóvenes al año se suicida, situación a la que no se le ha puesto atención. Para las autoridades esto no es motivo de alarma; sin embargo, en una población que utiliza un sistema de salud tradicional, esto queda fuera de su alcance. El médico tradicional trata de aliviar al paciente enfermo de depresión aplicando sus conocimientos sobre espanto, el nahual, coraje, pero su cosmovisión

no alcanza a comprender el estado emocional de un amuzgo o amuzga con una enfermedad mental.

Poner énfasis en la sangre como forma de alivio de las enfermedades, en muchos de los casos les ha dado resultado a los médicos tradicionales; la fortifican y realizan los rituales pertinentes para cada una de las enfermedades, pero no en todos los casos es suficiente. Como ya se mencionó anteriormente, existen enfermedades desconocidas por ellos y su conocimiento no se encuentra al alcance porque desde su interpretación del mundo este tipo afecciones no existen.

La medicina tradicional y la medicina alópata son dos mundos de conocimientos diferentes, cada uno de ellos utilizan los recursos necesarios para un fin común, restablecer la salud del paciente (Lander, 2003). La medicina alópata utiliza lo científico para realizar sus prácticas; la medicina tradicional; las plantas, la fe y las creencias, ambos sistemas conviven y se entrecruzan. Se han realizado estrategias para que estos métodos de atención al paciente se vinculen y logren que la comunidad amuzga sienta la confianza y se atienda no sólo con medicina tradicional, sino que también acudan a los médicos y al hospital en caso de ser necesario. La comunidad médica trata de entender y de respetar la interpretación de mundo que le dan los pobladores amuzgos sobre su salud, sin embargo, como es un conocimiento desconocido para ellos, no lo comprenden y no hay empatía por su parte. Algunos médicos sí tratan de hacer la vinculación con los pobladores, cuando esto sucede, se conjugan los dos saberes. El médico que atiende a un amuzgo o amuzga da su tratamiento y además no tiene ningún problema en que el paciente continúe con su tratamiento de medicina natural porque ambos medicamentos no se contraponen. Por otro lado, hay médicos tradicionales, no en la generalidad, que también combinan las plantas y los rituales con medicamento alopático, principalmente cuando se trata de vitaminas para la sangre o de sueros vitaminados, en esa parte se conjugan los dos saberes y se logra el objetivo específico.

Los médicos tradicionales conocen sus límites y alcances, hay ciertas enfermedades, principalmente las crónico-degenerativas, que saben que no está en sus posibilidades curar al paciente y les derivan al médico alópata (Menéndez, 2015). Pero también hay otras enfermedades donde los pacientes se han atendido con diversos médicos y no han

logrado recuperar su salud, como fue el caso de un joven amuzgo que emigró a Estados Unidos a trabajar, enfermó y se atendió con médicos en California, no pudo restablecerse y regresó a sus orígenes a buscar la alternativa con la medicina natural, sus síntomas fueron dolor de cabeza, de coyunturas, de pies y de cabeza, la curandera le preparó el remedio con la molienda de las hierbas y una sobada y el joven se restableció. Otro ejemplo particular es el de una enfermera de Xochistlahuaca con síntomas de náuseas, dolor de cabeza, sueño, cansancio y pérdida de apetito. En primera instancia se atendió con diversos médicos alópatas y no mejoró, posteriormente acudió al médico tradicional, al realizar el diagnóstico por medio del pulso, inmediatamente le dijo que no era enfermedad de doctor, lo que ella tenía es que estaba espantada. El tratamiento fue a base de albahaca, huevos, aguardiente, el procedimiento lo realizó con albahaca por medio de limpias, la enfermera rápidamente recuperó su salud.

Por su parte, los médicos alópatas aluden a que muchas de las complicaciones de los enfermos son porque primero se tratan con medicina natural y posteriormente llegan al médico o al hospital con la enfermedad complicada, que incluso pueden llegar al deceso. Existe cierta renuencia por los médicos alópatas, principalmente con las parteras, porque cuando una amuzga llega al hospital es porque tiene hemorragia y el parto es complicado. En muy pocas ocasiones se presenta la situación que alguna partera está en contacto con el médico y le pide orientación. Cuando la partera siente que ya no está a su alcance llevar el parto hasta el final, recurre al médico o al hospital. Se ha tratado de establecer vínculos con las parteras y el hospital, pero las mujeres amuzgas, así como las parteras, prefieren continuar con sus prácticas, principalmente porque la mujer embarazada siente seguridad y empatía para parir en un entorno de confianza y familiar.

La Secretaría de Salud implementó un proyecto con las parteras que pretendía capacitarlas y lograr una vinculación entre ambos saberes. La idea era brindar el apoyo a las parteras para que cuando ocurriera el parto, el hospital estuviera informado, por cualquier complicación, y así realizar las medidas pertinentes de forma más segura. Si la partera decide estar presente durante el parto, puede hacerlo como acompañamiento para que la paciente se sienta segura y cómoda. La partera no

interviene en el proceso de parto, simplemente es como apoyo emocional a la paciente, sin embargo, esta estrategia no ha dado mucho fruto.

Desde el punto de vista de las parteras, por parte de Secretaría de Salud se les hizo una invitación para que acudieran a un curso de capacitación para certificarlas como parteras profesionales y así pudieran continuar con sus prácticas como parteras certificadas, así los médicos podrían instruir las de acuerdo a las técnicas y procedimientos que ellos realizan, siendo un complemento el conocimiento de ellas, sin embargo, las parteras lo sintieron como una invasión y decidieron no aceptar.

En cuanto a la medicina tradicional, los médicos alópatas no tienen ninguna objeción en que se sigan tratando con ella ya que no tiene ninguna contraindicación por ser de origen natural, al contrario, los medicamentos alópatas son los que pueden tener efectos secundarios. En ocasiones cuando un médico alópata detecta la gravedad de un paciente, presenta la opción de derivarlo a un médico tradicional para que proporcione los cuidados paliativos necesarios para el bien morir de este. El seguimiento puede dárselo el médico tradicional y darle la calidad de vida posible hasta los últimos momentos del paciente, se le presenta esa opción al familiar y él es quien decide.

En otras circunstancias, para los médicos que desconocen la cosmovisión de las comunidades amuzgas es difícil establecer un vínculo con la medicina tradicional, si bien tratan de respetar esta interpretación del mundo, no están de acuerdo con las prácticas que realizan, principalmente cuando un paciente llega al hospital con complicaciones, aluden que se perdió tiempo fundamental para el restablecimiento del paciente. No todos los médicos reaccionan de esa manera, pero la perspectiva de los amuzgos es esa. En ocasiones sienten el rechazo y la discriminación por parte de la comunidad médica, aparte, si se añade el hecho de que tienen desconocimiento ante ciertas enfermedades, como es el caso de la COVID-19, no sienten la seguridad, ni la confianza de ser atendidos en el hospital y evitan acudir a él.

Como se puede constatar, existe una interrelación entre ambos saberes, cada uno de ellos tienen sus alcances y sus límites. Si se fomenta la creación de vínculos entre ambas ciencias se pueden complementar, para ello es necesario la creación de estrategias que permitan el diálogo entre ambos conocimientos, tomando en cuenta la perspectiva amuzga y su contexto histórico-social.

Se busca conservar el conocimiento de la medicina tradicional amuzga ya que las generaciones jóvenes no se les observa el interés en estas prácticas, sin embargo, en el contexto de la pandemia, la población amuzga regresó a las formas tradicionales para cuidarse y prevenirse en el contexto de la COVID-19. Cada uno de los dos saberes tiene aportaciones en beneficio de la salud de los individuos, se trata de crear un punto de encuentro para que ambas ciencias puedan complementarse.

Referencias

- AGUIRRE, I. (2007). *Amuzgos de Guerrero*. Comisión Nacional para el Desarrollo de los pueblos indígenas. https://native-land.ca/wp-content/uploads/2018/06/amuzgos_guerrero.pdf
- AGUIRRE, I. (2018). *Monografía del pueblo amuzgo de Oaxaca y Guerrero*. CDI.
- BERRÍO, L. (2015). *Diversidad de atención durante el embarazo y el parto: reflexiones sobre los saberes locales de las mujeres indígenas* [Archivo PDF]. CIESAS. http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen13_3/13_3Art1.pdf
- CAMPOS NAVARRO, R. (2002). Las medicinas indígenas de México al final del milenio. En G. De la Peña, y L. Vázquez León. *La antropología sociocultural en el México del milenio. Búsquedas, encuentros y transiciones*. (pp. 162-201). Fondo de Cultura Económica; Instituto Nacional Indigenista; Consejo Nacional para la Cultura y las Artes
- CRUZ, O. (2012). *Educación, lengua indígena y comunidad. El conocimiento entre amuzgos de Guerrero y la educación no formal. Enseñanza-aprendizaje comunitaria*. UNAM. <http://ru.juridicas.unam.mx/xmlui/handle/123456789/32508>
- MENAGUILAR, G. (12 de diciembre de 2020). México omitió más de 9 mil casos de indígenas en datos oficiales de COVID-19. *Datacrítica* <https://datacritica.org/portfolio/COVID-19-mexico-oculto-casos-entre-indigenas/>
- LÁMBARRI RODRÍGUEZ, A., Flores Palacios, F., y Berenzon Gorn, S. (2012). Curanderos, malestar y “daños”: una interpretación social. *Salud mental*, 35(2), 123-128. <http://www.scielo.org.mx/scielo>

php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000200005&lng=es&tlng=es.

- LANDER, E. (2003). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales*. CLACSO.
- MANDUJANO, A., Camarillo, L. y Mandujano, M. (2003). *Historia de las epidemias en el México Antiguo. Algunos aspectos biológicos y sociales*. Universidad Nacional Autónoma de México [Archivo PDF]. <http://www.uam.mx/difusion/revista/abr2003/mandujano.pdf>
- FRANCISCO MARCIAL, H., González Hernández, G. y Quintero Romero, D. (abril 2020). *La preservación de técnicas ancestrales de telar de cintura en Xochistlahuaca, Guerrero* [Ponencia]. Cuarto Encuentro Nacional de Gestión Cultural, Oaxaca de Juárez, Oaxaca, México <http://observatoriocultural.udgvirtual.udg.mx/repositorio/handle/123456789/1029>
- MENÉNDEZ, E. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, 104-113.
- MENÉNDEZ, E. L. (2015). Las enfermedades ¿son sólo padecimientos?: biomedicina, formas de atención “paralelas” y proyectos de poder. *Salud Colectiva*, 301-330.

LA RESILIENCIA SOCIO-CULTURAL DEL PUEBLO AMUZGO ANTE LA COVID-19

Doris Arianna Leyva Trinidad | Arturo Pérez Vázquez

Introducción

En la actualidad, muchos mexicanos han recapacitado y muchos de ellos se han sensibilizado de la otredad, de los pueblos indígenas. En México, los pueblos indígenas representan el 6.1% de la población total (INEGI, 2021). Históricamente, muchos de ellos se rigen por usos y costumbres. Recientemente la pandemia por COVID-19 vino a cambiar el escenario actual y la forma de enfrentar enfermedades a nivel global, en donde una epidemia se ha convertido en pandemia y esta, a su vez, en una sindemia que impacta en lo social y lo económico. Asimismo, ha resultado ser el mayor problema de salud pública enfrentado en muchos años (Ochoa *et al.*, 2020). Al respecto, las comunidades indígenas presentan diferente vulnerabilidad, resiliencia y han adoptado similares o diversas acciones de adaptación. Por ejemplo, ante la crisis sanitaria los pueblos han fortalecido sus redes de solidaridad colectiva y han recurrido a la medicina tradicional como una solución o paliativo a la COVID-19 y, en la medida de lo posible, se han apoyado en la comunicación virtual. Además, como alternativa frente a la inequidad en el acceso a los servicios de la salud que brinda el estado. De esta manera, la medicina tradicional permite el cuidado de la salud en los territorios, la cual es parte de la identidad cultural y baluarte para vivir y convivir socialmente. Sin embargo, a pesar del rezago histórico, económico y social y la vulnerabilidad a la que están expuestos estos pueblos, son un claro ejemplo de resiliencia y de adaptación frente a la pandemia. De acuerdo con datos del CONEVAL (2018), la pobreza en las comunidades indígenas alcanza el 71.9 % y el 28 % se ubica en la categoría de pobreza extrema. Además, factores como la desigualdad, discriminación y falta de cobertura médica los ponen en un alto grado de vulnerabilidad.

A nivel internacional, muchas de las comunidades indígenas ya no están tan aisladas como sucedía en el pasado. En la actualidad están en contacto con sus cabeceras municipales o con las grandes ciudades. Esto debido a que compran alimentos y otros productos o comercializan sus productos y artesanías, lo que los hace más susceptibles a poder contagiarse de COVID-19. Tal es el caso de los amuzgos, cuya población oscila alrededor de 41, 455 personas distribuidas en 162 localidades en los estados de Guerrero y Oaxaca (SIC, 2020), principalmente en los municipios de Xochistlahuaca, Tlacoachistlahuaca, Ometepepec y San Pedro Amuzgo (Aguirre-Pérez, 2007).

La vida de las mujeres amuzgas está dedicada a tejer prendas de vestir y otras artesanías que comercializan para ayudar a la economía familiar. Mientras que las actividades productivas de los hombres giran en torno a la agricultura, la ganadería y pesca, por ende, están menos expuestos a contagiarse de coronavirus. Sin embargo, son las mujeres las que se exponen más a contraer la enfermedad de la COVID-19 al salir a comercializar sus artesanías y otros productos. Por tanto, la convivencia social y económica con poblaciones urbanas turísticas pone en alto riesgo al pueblo amuzgo ante la COVID-19. Esta vulnerabilidad se ve agravada a nivel de su propia comunidad por la cultura del saludo de mano, de abrazo o beso característico de la hospitalidad y las costumbres de las comunidades, aunado al desconocimiento del riesgo que puede representar una epidemia como la antes mencionada. La mayoría de la población amuzga se ha contagiado y otros se contagiaron sin saber o estar conscientes de ello y fallecieron sin saber la causa o bien no pudieron tener acceso a los servicios médicos públicos, ya sea porque se privatizaron los servicios de salud o por la falta de accesibilidad. Lo cierto es que la pandemia de coronavirus SARS-CoV-2, causante de la *COVID-19*, ha alcanzado hasta el último rincón del país.

Hoy en día las diversas recomendaciones para evitar el contagio por COVID-19 se han transmitido a casi toda la población mexicana, incluso en las diversas lenguas de las comunidades indígenas. Entre ellas lavarse las manos a menudo, uso del cubrebocas, mediar la sana distancia, quedarse en casa y el estornudo de etiqueta. Sin embargo, muchas de estas recomendaciones son vistas como algo poco normal desde la propia cultura amuzga, particularmente por su condición de

pobreza que implica esforzarse día a día para obtener un ingreso y así poder sobrevivir.

Muchas personas en las comunidades indígenas tienen temor a enfermarse de COVID-19, pero también están conscientes de que, si no salen a vender o a trabajar, no tendrán los ingresos suficientes para comprar alimentos o pagar lo necesario. En una economía rural de por sí mermada, las restricciones que ha impuesto esta enfermedad han traído una mayor pérdida en los ingresos familiares, dificultad para trabajar la tierra y comercializar sus productos agrícolas. En especial porque muchas comunidades indígenas, incluidos los Amuzgos, dependen del turismo, de la venta de sus artesanías y la agricultura para su supervivencia. Por tanto, el propósito de este escrito es abordar los conceptos de vulnerabilidad, resiliencia y adaptación de la comunidad Amuzgo respecto a la pandemia de COVID-19.

Vulnerabilidad

Una situación de emergencia de salud pública, como es la pandemia, genera al inicio una enorme preocupación porque altera la rutina habitual de una manera incierta y crítica. La vulnerabilidad, en términos de salud, puede ser entendida como el nivel de predisposición de las personas a ser susceptibles a cierta enfermedad. Las comunidades indígenas, como se ha mencionado, son vulnerables a la COVID-19 debido a varias circunstancias presentes e históricas. Una de ellas es la inseguridad alimentaria y la deficiente nutrición (Leyva-Trinidad *et al.*, 2020), particularmente a personas que presentan algún factor de comorbilidad a la COVID-19, ya sea edad superior a los 60 años, hipertensión, diabetes, obesidad o desnutrición e inmunosupresión (Escudero *et al.*, 2020; SS, 2020). De hecho, antes de la pandemia, este como muchos otros grupos indígenas del país ya presentaban altas tasas de morbilidad y mortalidad (OMS, 2020). Aunado a la variación del virus y a los diversos picos que presenta la pandemia y cuya tendencia se ubica en un contexto de la complejidad.

Por otro lado, no hay duda de que la marginación, la pobreza y la extrema pobreza convierte a la comunidad amuzga en vulnerables a la COVID-19, particularmente por no tener recursos necesarios para

atenderse, asistir al médico, viajar para comprar medicamentos, alimentarse sanamente o procurar cierto tratamiento para paliar los síntomas de la COVID-19. En muchas familias indígenas tienen que limitar la ingesta de alimentos para que alcance para los más débiles, para los que lo “necesitan más”. La barrera del idioma sobre medidas sanitarias y atención médica es otro de los factores. Además, no están exentos de la información falsa e incierta de los medios de comunicación convencionales y redes sociales.

Otro aspecto que pone en condición de vulnerabilidad a las comunidades indígenas son los modos de vida tradicionales o autóctonos, que en este momento pueden presentar una amenaza para evitar la propagación del virus. Por ejemplo, la mayoría de las comunidades amuzgas organizan periódicamente concurridas reuniones tradicionales en sus comunidades para conmemorar acontecimientos propios de su cultura: cosechas y ceremonias religiosas como bautizos, bodas, quince años, así como festividades, tal es el caso del Día de los Difuntos, San Miguel Arcángel (patrono de la ciudad), la Virgen de Guadalupe y otras que los invita a congregarse para conmemorar y festejar dichas fechas (Aguirre-Pérez, 2007). En estas celebraciones, la “sana distancia” pasa a un tercer lugar. Además, procurar la sana distancia en familias indígenas con viviendas multigeneracionales y familias extensas es prácticamente imposible, lo cual los pone en una situación de riesgo, especialmente a los adultos mayores y con bajas defensas.

Desde la cosmovisión amuzga, las poblaciones realizan rituales específicos para prevenir y evitar la llegada de la COVID-19. Las personas mayores de algunas comunidades realizan el *cierre de los cuatro puntos cardinales*, efectúan oraciones y rezos pidiendo la protección de las familias y las comunidades. Usan plantas medicinales como manzanilla, algunos frutales y hojas de cítricos que se emplean comúnmente, así como la preparación de té, infusiones, uso de emplastos y resinas. Además, se expandió la idea de los beneficios del jengibre con limón y miel como medida de prevención y para contrarrestar los síntomas de la enfermedad. En algunos casos combinan los té con pastillas de paracetamol o antihistamínicos para disminuir los malestares. Para los problemas respiratorios realizan nebulizaciones caseras con hojas de eucalipto. Emplastos para dolores articulares, uso de hierbas para dolor de cabeza, reposo y en algunos casos la cuarentena, que es parte también

del proceso de curación en la medicina tradicional, todo ello han sido elementos que se constituyeron relevantes para la recuperación de la enfermedad. Si la enfermedad por COVID-19 no cede, acuden con los “curanderos” para una valoración médica tradicional y quienes son considerados las personas elegidas para sanar la enfermedad del cuerpo y del alma. Sin embargo, si los síntomas aún persisten, entonces acuden a los centros de salud o al hospital. A pesar de que en las comunidades amuzgas se practica la medicina tradicional, no se descarta la posibilidad de acudir a la atención médica occidental moderna, esto último como una alternativa final. Esta pandemia deja como aprendizaje la necesidad de generar un diálogo intercultural que facilite la coexistencia de la medicina tradicional y la medicina convencional y su complementariedad y el respeto al conocimiento que ambas aportan a la salud de la comunidad. Conjuntamente y en este contexto de pandemia, se requiere crear una conciencia de protección, de la sana distancia y de procurar una alimentación saludable y nutritiva y procurar las medidas preventivas.

Un aspecto que los hace más vulnerables es la ausencia de muchos de los servicios públicos, como hospitales o centros de salud, agua potable y electricidad; es decir, el alto grado de marginación en que viven (Alcalá-Gómez, 2020). Las comunidades amuzgas experimentan un acceso deficiente a la atención sanitaria, altas tasas de enfermedades transmisibles y no transmisibles, falta de acceso a servicios básicos, de saneamiento y otras medidas preventivas como agua limpia, jabón, desinfectante, etc. Además, la mayoría de las instalaciones médicas locales están poco equipadas y carecen de personal médico, lo cual no es nuevo, sino parte del rezago histórico. Incluso cuando este grupo puede acceder a los servicios de salud, suelen enfrentarse al estigma y la discriminación. Sin embargo, una defensa que atesoran las comunidades indígenas y con las que enfrentan males y enfermedades es la medicina tradicional, los médicos, los curanderos, las limpias, los rituales de sanación y sitios sagrados, a los cuales recurren para pedir permiso a la madre tierra para manejar el virus y sanar a las personas. Donde el conocimiento ancestral en el uso de plantas, animales y otros productos medicinales, así como aquellos producidos por ellos mismos y productos esenciales para la alimentación, pueden tener un papel preponderante, pero seguramente no efectivo contra la COVID-19.

Conforme las medidas de aislamiento y contingencia continúan en numerosos estados, los pueblos indígenas que ya afrontan la inseguridad alimentaria como producto de la pérdida de sus tierras y territorios tradicionales, también enfrentan retos más graves en el acceso a los alimentos. Con la pérdida de sus medios de vida tradicionales, que a menudo se basan en la tierra, muchos pueblos indígenas con economías de subsistencia estarán más expuestos o se verán afectados negativamente por la pandemia. La situación de las mujeres indígenas, quienes suelen ser las principales proveedoras de alimentos y nutrición para sus familias, es aún más grave (UN, 2020). En el caso de los amuzgos de Guerrero, consideran a la alimentación como un elemento vital para la prevención y cuidado de la salud, debido a que los alimentos que producen localmente como maíz, frijol, calabaza, chile, tomate y variedad de frutas, así como, la cría de aves de corral, ganado mayor y sus derivados, son reconocidos por su calidad nutritiva e inocua que los ayuda a no enfermarse y como parte de su proceso de recuperación de malestares por la COVID-19. La mayoría de la población amuzga procura la producción de alimentos en el traspatio; aunado a la principal actividad que está vinculada a la agricultura y/o ganadería. Sin embargo, esto no los deslinda de vivir en una situación de precariedad económica que pone en riesgo su seguridad alimentaria. Desde la cosmovisión amuzga, la salud es integral y se concibe como el equilibrio entre los alimentos, las plantas, la religión y la cultura en general.

Independientemente del número de contagios por la COVID-19 en México y de las altas tasas de mortalidad entre ciertos grupos vulnerables, aún no se cuenta con datos sobre la tasa de contagio entre los pueblos indígenas (incluso donde hay informes y pruebas disponibles), o no se registran por origen étnico, cuya vulnerabilidad y predisposición puede ser distinta a la COVID-19. Tampoco se dispone de información actualizada en las diversas lenguas indígenas sobre esta enfermedad y las medidas preventivas a tomar. Aunque recientemente se publicó el primer informe epidemiológico para la población que se reconoce indígena (SSA, 2021).

Resiliencia

La resiliencia puede ser entendida como la capacidad de un organismo en recuperar su condición de salud después de una perturbación, pero sin volver totalmente a su estado original inmediatamente, ya que supone que cualquier impacto genera cambios o efectos secundarios. Badilla (2009) afirma que cuando una persona enfrenta una situación adversa puede generar mecanismos de protección que tienen una relevancia importante para su salud y para afrontar futuros acontecimientos estresantes. Por tanto, es fundamental analizar los elementos personales y del contexto que favorecen o dificultan la resiliencia en los grupos sociales. En este sentido, Salanova (2020) considera que la situación actual de COVID-19 permitirá desarrollar recursos y fortalezas tanto individuales como colectivas que quizás eran desconocidas hasta el momento.

En la literatura se menciona que los pueblos indígenas son altamente resilientes (UN, 2020), de otra manera no hubieran perdurado hasta nuestros días. Han superado grandes y graves epidemias, conflictos y crisis. Afortunadamente uno de los aspectos que le confiere esa resiliencia ante adversidades como esta es “la ayuda mutua”, la solidaridad entre pares, la fuerte cohesión familiar, el tipo de familias y el relativo aislamiento en el que se encuentran por ubicarse en zonas agrestes. Otro aspecto que les confiere a las comunidades cierta resiliencia es el apego a la medicina tradicional para curar y tratar males y enfermedades, aunado a sus sistemas agroecológicos. Es en este momento de crisis, de cambio a una nueva normalidad que tanto se ha expresado, se manifiesta la necesidad de un hermanamiento entre la medicina tradicional y las ciencias médicas. Es necesario generar una cultura de respeto hacia la medicina tradicional cuando esta ha mostrado su efectividad por cientos de años (Urióstegui, 2008). En México, la Constitución reconoce a los pueblos originarios y comunidades indígenas residentes como grupo de atención prioritaria, estableciendo su derecho a la libre determinación y al desarrollo de sus propios sistemas o instituciones políticas, económicas y sociales (CNDH, 2020). Por lo que es necesario que las medidas de prevención al contagio por coronavirus estén basadas en conocimientos y prácticas tradicionales de los pueblos indígenas, las cuales deben ser respetadas y valoradas, además de garantizar

su derecho en la construcción de las medidas sanitarias para la nueva normalidad, apegadas a su cosmovisión, cultura e idioma. Además, es necesario que las autoridades estatales y municipales refuercen acciones integrales para promover el bienestar social con enfoque interseccional con el objetivo de reducir los impactos diferenciados que les ha causado la COVID-19, afectando el ejercicio de sus derechos humanos, en particular de niñas y niños, mujeres y personas mayores. Debe de generarse una comunicación transversal que permita establecer desde la gobernanza reglas propias para evitar y enfrentar esta pandemia y otras por venir en el futuro.

Sin embargo, a pesar de la situación desfavorable, las comunidades amuzgas han sido uno de los tantos ejemplos de resiliencia histórica. Sus estilos de vida tradicionales han sido durante siglos una fuente de resiliencia a las circunstancias cambiantes y también lo están siendo en el caso de la crisis sanitaria por COVID-19. Los conocimientos y tradiciones de las comunidades indígenas relacionados con la gestión sostenible de los recursos naturales y la promoción de sistemas alimentarios, en muchas ocasiones compartido entre grupos indígenas que se fortalece mediante la comunidad, han brindado una nutrición saludable. Pero, además, estos se han compartido entre los diferentes grupos de amuzgos o hablantes de amuzgo. Hoy en día siguen buscando sus propias soluciones ante la pandemia, tomando medidas como el aislamiento comunitario y voluntario de migrantes, cierre de carreteras y el cierre parcial de acceso a sus comunidades y, al mismo tiempo, siguen utilizando prácticas tradicionales para luchar contra esta enfermedad. Es obvio que quedarán muchas secuelas de la pandemia de la COVID-19 entre la población, ya sea en lo psicológico, físico, social y en la salud. Lo cual requerirá tratamiento post-COVID.

La identidad de ser indígena, de ser mexicano, conecta de manera indisoluble a muchas comunidades indígenas. No importa que no hablen la misma lengua, pero el ser indígena y estar marginado históricamente los conecta con su origen. Porque mucho de ese diálogo intercultural se expresa en esa identidad y en una solidaridad de ayuda fraternal ante la marginación histórica. Este diálogo intercultural los provee de conocimientos para contrarrestar los efectos adversos de esta pandemia.

Adaptación

La adaptación puede ser entendida como el aprendizaje y el cúmulo de experiencias que a la gente le permite establecer acciones reactivas o proactivas para mitigar o anular los efectos adversos de una enfermedad. La adaptación entre la comunidad amuzga se refleja de diversas maneras, no sólo en la forma de actuar, sino de realizar su vida día a día. Dentro de estos ajustes está la adaptación al encierro, donde todos quisieran volver a la normalidad. Desde el inicio de la pandemia, esta produjo asombro, incredulidad, ansiedad, depresión, miedo e inseguridad. Sin embargo, lo cierto es que la sociedad no estaba preparada física, psicológica y culturalmente al encierro, a evitar el contacto personal y al uso de cubrebocas rutinariamente. Aun menos y por cuestiones religiosas y culturales, vemos de manera similar en comunidades el rechazo a la vacunación contra la COVID-19.

Parece ser contradictorio, pero lo más seguro es que la inmunidad de rebaño –que se maneja en cuestiones médicas– obviamente le conferirá cierta adaptación a la pandemia. Ya que aquellos que por cuestiones de su condición física y genética hubieran sorteado la pandemia sin grandes problemas, continuarán realizando su vida normal. De hecho, la población amuzga se ha ido preparando a adaptarse a los efectos extremos y cada vez más frecuentes atribuidos al cambio climático, con daños a sus producción agropecuaria y reducida cosecha.

Esta capacidad de adaptación se ve mediada por toda la comunicación formal e informal, en ocasiones excesiva y distorsionada de los efectos de la COVID-19. Esta adaptación al riesgo de contagio por COVID, de igual manera tiene estrecha relación con su nivel de escolaridad, necesidades y recursos disponibles. Aquellos con mejor economía y escolaridad pueden afrontar la enfermedad con mayores elementos en la toma de decisión; es decir, si acudir con el médico tradicional o a un centro de salud.

Es hasta ahora que los centros de salud y el gobierno federal establecen como prioridad que la salud está de la mano de la seguridad alimentaria y nutricional. Esto es prácticamente parafrasear a Hipócrates, quien decía: “Que tu alimento sea tu medicina y que tu medicina sea tu alimento”. Esto es un aspecto sobresaliente y más en comunidades como los amuzgos que han vivido aislados por mucho tiempo. Hoy a

las comunidades indígenas se les valora, se sienten parte de este país que siempre ha sido suyo y en el cual se les veía y se sentían como extraños.

La información oportuna y clara es necesaria para que las comunidades puedan establecer en lo individual y como sociedad en su conjunto estrategias de adaptación. Pero, además, es importante que los médicos tradicionales puedan ser capacitados para que en su lengua puedan transmitir a sus comunidades las diversas formas de afrontar la pandemia. De igual manera, que los gobiernos pongan a disposición todos los elementos de salud para que las personas puedan, de manera adecuada, prevenir contagios o tener el tratamiento para curarse.

Conclusiones

La pandemia por COVID-19 ha expuesto no sólo los problemas que ya existían en el sistema de salud de la medicina Occidental, sino que además se ha dejado al descubierto la crisis económica, social, política y cultural que han vivido los pueblos indígenas, evidenciando que los conocimientos sobre la medicina tradicional y el uso de plantas les ha permitido mitigar los diversos problemas de salud. Desde la cosmovisión amuzga, la salud es una cuestión que debe de abordarse desde un enfoque integral, combinando alternativas como la medicina tradicional indígena, que además de contrarrestar los malestares físicos, considera el bienestar emocional y espiritual de cuerpo.

Es necesario que el concepto de diálogo intercultural deba ser reconceptualizado e integrado ante la “nueva normalidad”, es decir, que incluya adoptar nuevas prácticas de salud en el contexto de la medicina tradicional indígena, adoptar comportamientos para minimizar el riesgo de contagio, las medidas higiénicas y de una alimentación sana y basada en los productos de la milpa, huerto y de sus fincas. Además, debe de complementarse con la educación para la buena nutrición y cuidados de salud y en asuntos de gobernanza. Pero, además, de un sentido de reconocimiento de ser mexicanos con todos los derechos y obligaciones hacia un país más equitativo, incluyente y con visión agroecológica, con un papel preponderante del estado de proveer mejores condiciones de bienestar, calidad de vida y de salud sin que los pueblos pierdan su autonomía, sus tradiciones, valores y su propia naturaleza.

Referencias

- AGUIRRE, P. I. (2007). *Amuzgos de Guerrero. Pueblos indígenas del México contemporáneo*. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. https://native-land.ca/wp/wp-content/uploads/2018/06/amuzgos_guerrero.pdf
- ALCALÁ-GÓMEZ, A.L. (2020). Entre la pobreza y la pandemia de COVID-19: la encrucijada de las comunidades indígenas en México. *Resonancias. Blog del Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM*. <https://www.iis.unam.mx/blog/>
- BADILLA, H. (2009). *Para comprender el concepto de resiliencia* [Archivo PDF]. <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000179.pdf>.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH]. (2020). *Es fundamental para la construcción de la Nueva Normalidad, reconocer las prácticas comunitarias de resiliencia de los pueblos, barrios y comunidades indígenas* [Boletín]. <https://cdhcm.org.mx/2020/08/es-fundamental-para-la-construccion-de-la-nueva-normalidad-reconocer-las-practicas-comunitarias-de-resiliencia-de-los-pueblos-barrios-y-comunidades-indigenas/>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL]. (2018, 9 de agosto). *Población indígena con carencias en todos sus derechos sociales* [Archivo PDF]. <https://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/Comunicado-Dia-Pueblos-Indigenas.pdf>
- Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Pueblos Indígenas. (2020). *Los Pueblos Indígenas y la COVID-19*. <https://www.un.org/development/desa/indigenous-peoples-es/covid-19.html>
- ESCUDERO X., Guarner J., Galindo-Fraga, A., Escudero-Salamanca, M., Alcocer-Gamba M.A. y Del-Río, C. (2020). La pandemia de coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): situación actual e implicaciones para México. *Cardiovascular and Metabolic Science* 31 (3), s170-s177.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2021). *En México somos 126 014 024 habitantes: censo de población y vivienda 2020 sociales* [Archivo PDF]. <https://www.inegi.org.mx/>

- contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/Result-Censo2020_Nal.pdf
- LEYVA-TRINIDAD, D.A., Pérez-Vázquez, A., Bezerra da Costa, I. y Formighieri Giordani, R. (2020). El papel de la milpa en la seguridad alimentaria y nutricional en hogares de Ocotil Texizapan, Veracruz, México. *Polibotánica* 50: 279-299.
- OCHOA, C., Garmendía, J. R., Pérez, M. J., Pastrana, F., Lorenzo, M. D. P., Andrés, J. M. (2020). Impacto de la COVID-19 en la mortalidad de la comunidad autónoma de Castilla y León. *Gaceta Sanitaria*, 34, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.009>.
- SALANOVA, M. (2020). How to survive COVID 19? Notes from organisational resilience. *International Journal of Social Psychology*, 35(3), 670-676. <https://doi.org/10.1080/02134748.2020.1795397>
- Sistema de Información Cultural [SIC]. (2020). *Lenguas indígenas: Amuzgo*. https://sic.cultura.gob.mx/ficha.php?table=inali_li&table_id=2
- Secretaría de Salud [SS]. (2021). *Décimo primer informe epidemiológico 2021 de covid-19 en la población que se reconoce como indígena* [Archivo PDF]. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/644484/COVID19_poblacion_indigena_2021.05.27.pdf
- United Nations [UN] (2020). *Los Pueblos Indígenas y la COVID-19*. <https://www.un.org/development/desa/indigenous-peoples-es/COVID-19.html>
- URIÓSTEGUI FLORES, Adrián. (2008). Conflictos en el empleo de medicina tradicional. *Región y sociedad*, 20(43), 213-234. DOI:10.22198/rys.2008.43.a502

EL SISTEMA DE SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN AMUZGA FRENTE A LA COVID-19 Y LAS ENFERMEDADES DEL SIGLO XXI

Araceli Burguete Cal y Mayor

Las enfermedades infecciosas virales como el dengue, zika y Chikunguña, transmitidos por el mosquito *Aedes aegypti*, que suelen presentarse en los trópicos mexicanos, tienen una tendencia de crecimiento. Arredondo-García *et al.* (2020) han documentado el incremento de brotes de dengue en México en los años 2007, 2009, 2012 y 2019. Incluso para el mes de marzo de 2020, antes que el coronavirus se expandiera, el número de casos de dengue en el territorio nacional se había multiplicado, reportándose 1,455 infectados, lo que significaba un aumento del 104.6%, en comparación con los registrados para 2019 en la misma fecha (INFOBAE, 2020).

Algunos de estos casos se presentaron en el estado de Guerrero. De acuerdo con el informe del “Panorama Epidemiológico de Dengue 2019” elaborado por la Secretaría de Salud, las personas afectadas por el dengue en la entidad guerrerense aumentaron en más de 800%. La Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) tuvo un registro de 120 casos en 2018, mientras que en 2019 se elevó hasta 902 personas. Mientras tanto, en el año 2015 se había presentado un fuerte rebrote de Chikunguña con más de 1500 casos, lo que condujo a que la entidad guerrerense ocupara el primer lugar en el país con personas contagiadas (Aguilar, 2015). El zika, por su parte, también repuntó en esos años. En el 2016 hizo su aparición con 861 casos, siendo la Costa Chica la región más afectada, destacando Ometepec con las tasas de incidencia más altas (Jiménez-Alejo *et al.*, 2019).

Un nuevo brote de dengue irrumpió en el mes de junio del 2020, justo en el momento cuando el coronavirus SARS-CoV-2 se expandía por el país, habiendo arribado también a la entidad guerrerense. En este contexto, el Dr. David Mendoza Mejía, jefe de Vectores en Acapulco,

expresó su preocupación por esta “coepidemia”, ya que pacientes de este municipio estaban confundiendo la sintomatología de la COVID-19 con el dengue, que se había expandido por motivo del inicio de las lluvias. Confusión que derivaba del hecho que, de acuerdo con el especialista, la sintomatología inicial de ambos era similar (La Jornada Guerrero, 08 de junio del 2020). La expansión del dengue alcanzó a la Costa Chica, los servicios de salud de Ometepec tuvieron que desplegar acciones en la jurisdicción para monitorear el dengue y el coronavirus de forma simultánea y explicar, en amuzgo y español, la diferencia entre las distintas infecciones víricas.

Con estos antecedentes, cuando el coronavirus arribó a los municipios amuzgos de Xochistlahuaca, Tlacoachistlahuaca y Ometepec, en el estado de Guerrero, el sistema de salud-enfermedad-atención de esta comunidad cultural se activó y respondió desde la estructura. En los imaginarios locales, el coronavirus se percibió como uno más de los miembros de la familia de mosquitos que año tras año los azotaban desde hacía ya un lustro. Para afrontar el coronavirus, el sistema de atención amuzgo recuperó las prácticas, saberes y experiencias significativas previas de cómo habían gestionado las enfermedades del siglo XX y las nuevas del mosquito *Aedes aegypti*. Ante la incertidumbre de padecimientos desconocidos, las familias y comunidades asumieron la autoatención con sus recursos y conocimientos, desde sus propios conceptos de salud-enfermedad y sus saberes y experiencias en la autoatención. Históricamente estos pueblos han vivido excluidos del sistema de salud del Estado, debiendo desarrollar su propio modelo de atención desde su propio marco cultural y organización social, activándose cada que una nueva enfermedad o epidemia los amenazaba.

Desde la antropología médica, E. Menéndez, (2003) identifica distintos modelos de atención de los padecimientos (el modelo médico hegemónico; el modelo médico de la medicina tradicional y el modelo de la autoatención) dando cuenta de la diversidad de ellos. Para el autor, los “modelos” son una abstracción analítica que trata de hacer visible la pluralidad de opciones, teniendo cada una de ellas su propia historicidad y racionalidad. Los pueblos indígenas de México en su diversidad han desarrollado distintas formas de atención, técnicas diagnósticas, indicadores para la detección de problemas de salud, variadas formas

de tratamiento y criterios de curación y un conjunto de medidas que tienen la intención de prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado y muchos de ellos no excluyen a las transacciones con la biomedicina y, por el contrario, forma parte de él y pueden incorporar la prescripción de fármacos y la automedicación.

Menéndez (1994) refiere que el proceso de salud/enfermedad/atención (S/E/A) constituye un universal que opera estructuralmente en forma diferenciada en toda sociedad y en todos los conjuntos sociales que la integran. Goldberg (2010) refrenda la relevancia de los conjuntos sociales como eje articulador de la atención de los padecimientos. En un estudio de caso en México que realizaron Peniche y Angelotti (2018), por su parte, ponen de relieve la importancia de la familia como el conjunto social más relevante para afrontar el Chikunguña, una enfermedad desconocida en comunidades mayas de la Península de Yucatán que llegó en 2016.

De tal forma que cuando el coronavirus se expandió por el mundo y, en este caso, en los contextos indígenas, era previsible que las nuevas enfermedades fueran tratadas desde sus propios saberes y modelo de atención en un ejercicio intercultural, esto es que cada grupo social tendría soluciones particulares. Por lo que para el análisis de las respuestas que las sociedades dieron frente al coronavirus en contextos sociales específicos, como el que aquí se aproxima, resulta relevante para su comprensión incorporar en la reflexión las distintas variables que vayan más allá de las que tienen que ver específicamente con los conceptos de la biomedicina. Para encontrar explicaciones, es necesario aproximarse desde la organización social, el patrimonio cultural biológico, la cosmovisión y los saberes acumulados obtenidos como aprendizajes significativos de otras experiencias previas para atender los padecimientos desde el conjunto social en cuestión.

Así, del análisis de la información empírica recabada en los municipios amuzgos de Xochistlahuaca, Tlacoachistlahuaca y Ometepec que se realizó para esta investigación, “Diálogos interculturales para la prevención, enfrentamiento y resiliencia de los *Nn’a’ncue*”, concluimos que el modelo de atención amuzgo enfrentó el coronavirus desde su sistema de salud-enfermedad, de la misma manera como un lustro atrás lo habían hecho con las epidemias de dengue, zika y Chikunguña, incorporando

nuevas plantas medicinales, fármacos y prácticas para cada padecimiento, sin modificar la estructura, aumentando sus saberes. Por esta capacidad de actualización y resignificación permanente del modelo de atención, Menéndez (1994) prefiere enfocar el análisis de estos fenómenos desde una perspectiva estructural e intercultural, centrado en los conjuntos sociales y no desde el concepto de la “medicina tradicional”, regularmente cargado de prejuicios, valorándola, con frecuencia, como obsoleta.

De esto se ocupa esta contribución, de examinar cómo en el contexto cultural de tres municipios indígenas del estado de Guerrero, su población respondió a la propagación del coronavirus. Las preguntas que guían la indagación en este capítulo son: en los municipios amuzgos del estado de Guerrero ¿Cómo arribó el coronavirus y cuáles fueron las prácticas y representaciones en torno a la enfermedad de la COVID-19? ¿Qué relevancia adquirieron los saberes, experiencias y conocimientos de autoatención que habían adquirido frente al dengue, zika y Chikunguña? Y, ¿Cómo afectó la propagación del virus en la vida cotidiana de las familias amuzgas y que esfuerzos de resiliencia desplegaron?

Además de información documental, los datos empíricos aquí sistematizados se obtuvieron de la información recolectada por el equipo de investigación del proyecto, en el periodo de marzo a octubre de 2020; esta última fecha fue cuando se concluyó la investigación de campo que consistió en recorrido en terreno y entrevistas obtenidas a través de la lengua amuzga y español. Las preguntas formuladas en la guía de investigación enfatizaron en documentar el posicionamiento de los entrevistados ante el desafío del arribo del coronavirus en sus municipios, familias y personas, y se exploró sobre las estrategias que desplegaron en lo personal y como parte de sus colectivos familiares y/o comunitarios para la prevención y atención de la enfermedad.

Este capítulo se organiza en dos secciones, la primera contextualiza los determinantes sociales del sistema de salud de los amuzgos, los “Determinantes de Sistemas de Salud” se definen como el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales, biológicos y culturales que ejercen influencia en el estado de salud de las personas. En la perspectiva de Álvarez *et al.* (2018), la presencia del dengue, el Chikunguña y el zika en ciertas sociedades, son una evidencia de las desigualdades e inequidades sociales, por lo que el análisis de estas

enfermedades infecciosas de origen viral (arbovirosis) debe abordarse desde el marco teórico de los determinantes sociales y desde esta estructura socioeconómica documentar el impacto en la salud y en la vida social del grupo, y dar cuenta sobre cómo las familias afrontan la salud y enfermedad en sus vidas y las resiliencias que desarrollan.

En la segunda sección recupero algunos testimonios de personas entrevistadas sobre cómo afrontaron el coronavirus, identificando un modelo de atención centrado en la autoatención. Indagando qué plantas medicinales usaron, si estas eran de reciente uso o eran herencia de su patrimonio cultural, transmitido desde la atención a las enfermedades en el siglo XX, y su relacionamiento con la biomedicina, o no; los fármacos usados; su búsqueda de médicos privados o del sistema público de atención; el tratamiento del padecimiento en el grupo familiar, entre otras prácticas. En este sentido, recupero el planteamiento de E. Menéndez:

La autoatención refiere a los saberes, es decir, a las representaciones y prácticas sociales que los sujetos y micro grupos utilizan para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, soportar, curar, solucionar los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad, de autoatención. Así, la autoatención implica decidir la auto prescripción y el uso de tratamientos de manera total o relativamente autónoma, incluso si ya han sido indicados por curadores de las distintas formas de atención. Estas auto prescripciones, en función de cada padecimiento y de las condiciones socioeconómicas y situación de los sujetos y micro grupos, conducen a que una parte del proceso de prescripción y uso de terapéuticas adquiriera autonomía, por lo menos en términos relativos. (Menéndez, 2018:106)

Determinantes sociales en los municipios amuzgos, impacto del coronavirus y resiliencia

La población amuzga ha vivido históricamente en condiciones de pobreza, resultado de relaciones de discriminación estructural que los ha despojado de su patrimonio territorial ancestral, subordinados por relaciones

racializadas instituidas por un régimen colonial (Gutiérrez, 2001). El pueblo amuzgo habita territorios limítrofes entre los estados de Oaxaca y Guerrero, siendo Xochistlahuaca, Tlacoachistlahuaca y Ometepec los municipios amuzgos de mayor relevancia en la región de la Costa Chica del estado.¹ Esta es una región pluriétnica ya que comparte el mismo espacio con población mixteca, nahua, afrodescendiente y con mestizos. El Catálogo de Localidades de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), con datos del censo INEGI de 2010, reporta que la población total del municipio de Xochistlahuaca es de 28, 089, de esta, 22 946 es población hablante de lengua indígena de 5 años y más, que significa el 81.69%. En el municipio de Tlacoachistlahuaca, su población es de 21 306, de esta, 14 795 es hablante de lengua indígena de 5 años y más, que significa el 69.44%. Ometepec, por su parte, su población total es de 61 306 habitantes y de este, 17 558 es HLI, que significa el 28.63%. Cifras que revelan que Xochistlahuaca es un municipio mayoritariamente indígena, siguiendo Tlacoachistlahuaca y por último Ometepec.

De acuerdo con datos de CONEVAL (Medición de Pobreza Municipal, 2015)², en el índice de marginación por municipio en el estado de Guerrero, los municipios de Tlacoachistlahuaca y Xochistlahuaca registraron en 2015 rangos de “muy alto” marginación, mientras que en Ometepec fue “alto” (CEFP, 2018). Y, en el mapa de los municipios con más del 70% de la población que se encuentran en situación de pobreza en el estado de Guerrero, los números son igualmente alarmantes: Tlacoachistlahuaca ocupa el lugar número 15, con un 91.6% de población en condición de pobreza, un 65.4% está en pobreza extrema y un 26.2% en pobreza moderada. Mientras que el municipio de Xochistlahuaca se sitúa en el número 17 de esta deplorable lista, con 91.3% de población en condición de pobreza; un 63.9% de pobreza extrema y un 37.4% de pobreza moderada. Ometepec no aparece en esta lista de la ignominia, lo que pone en evidencia que la condición étnica de una persona o comunidad es un factor estructural determinante para la asignación del lugar social de las personas que históricamente ha

¹ La Costa Chica comprende una extensión territorial de 8 089.7 km² al sureste del estado, se integra con 13 municipios: Igualapa, Ometepec, San Luís Acatlán, San Marcos, Tecoaapa, Tlacoachistlahuaca y Xochistlahuaca.

² Citado en CEFP (2018) p. 3.

conducido al empobrecimiento de la población indígena, por motivo de la subordinación y el despojo del que han sido sometidos, que se explica en la matriz de la colonialidad del poder en la relación Estado-sociedad-Pueblos Indígenas del que decantan relaciones de dominación, exclusión, marginación, racismo y discriminación; variables todas ellas asociadas a una relación de carácter colonial (Bonfil, 1977). Estos datos dan cuenta de los determinantes sociales de la salud, reforzando las brechas de desigualdad social, racial, étnica y de género (Juárez-Ramírez *et al.*, 2014). R. Morales (2015) dice al respecto:

La falta de servicios de salud en la entidad guerrerense es una realidad. En 2005 el INEGI encontró que la carencia de estos servicios incidía en 74.8 por ciento de los habitantes del estado, situación que se acentuaba en regiones como la Montaña, Costa Chica y la Sierra Madre del Sur, donde por falta de vías de comunicación, un importante número de comunidades se encuentra aislado geográficamente, además de que en las regiones de la Montaña y Costa Chica se localizan los cuatro grupos indígenas asentados en Guerrero. [...]. La organización no gubernamental SiPaz, al referirse a la atención de servicios de salud que se brinda a estos grupos, con datos de la UNICEF 2005, plantea que 96 por ciento de la población indígena no tiene acceso a servicios de salud por falta de hospitales con personal calificado y con equipamientos básicos. (Morales, 2015)

En la historia de larga y corta duración caracterizada por el abandono del Estado a la salud de las comunidades y pueblos indígenas, las personas, familias y comunidades amuzgas han enfrentado las enfermedades del siglo XXI buscando respuesta en su organización social y en los conjuntos sociales que lo integran: en la familia, en las prácticas y saberes desarrollados en torno a la autoatención y su cosmovisión. Históricamente las redes de solidaridad y apoyo mutuo se han activado para resolver problemas y necesidades que han trascendido el cuidado de la salud en sentido estricto.

Antes que el primer caso de coronavirus irrumpiera en los municipios amuzgos (abril, 2020), las consecuencias de la pandemia ya les habían afectado. El impacto inmediato fue en la sobrevivencia y en la vida cotidiana, por motivo de las medidas nacionales tomadas por la

presidencia de la República y por el sector salud, como la “cuarentena”, la instrucción de “quédate en casa” o los cierres de las escuelas y los filtros y retenes en los límites comunitarios y municipales.³ Ante estos desafíos, los soportes estructurales de la familia, los grupos domésticos y la organización comunal, fueron el sostén desde los que se dispusieron a enfrentar tan insospechada situación.

Para ilustrar cómo desde los conjuntos sociales amuzgos se activó la respuesta a la pandemia, recupero el testimonio de la señora Martha X.⁴ (MGde J, 22 de septiembre de 2020) del municipio de Xochistlahuaca, una mujer madre de familia y tejedora de textiles amuzgos para, desde su voz, dar cuenta de cómo ella como persona y como parte de una familia (extensa), reaccionó a la pandemia con creatividad. Al mismo tiempo que hace visible a sujetos sociales con capacidad de agencia, en donde los determinantes socioeconómicos no los inmovilizaron, sino por el contrario, en esta crisis reforzaron su capacidad de resiliencia, de ella y los miembros de su grupo doméstico para acomodarse a la nueva situación que creó la pandemia.

La familia de Martha se integra con siete miembros, que incluye a un hijo casado y a su nuera. Las mujeres de la familia tienen como ocupación ser tejedoras de textiles, y su esposo es chofer de un taxi. Además, disponen de tierras para producir alimentos para la autosuficiencia familiar, siendo la producción de maíz el cultivo más importante. Pero en los primeros meses de la pandemia entre abril y agosto, tuvieron dificultades para la comercialización de sus artesanías, en virtud que la actividad económica se paralizó por las medidas de cierre de

³ En el año 2020, la autoridad sanitaria en México identificó tres fases en la propagación de la COVID-19 en el país: la primera, la “importación viral”, inició el 28 de febrero, consistió en el ingreso a México de personas infectadas que habían contraído el virus en el extranjero y fue en territorio nacional, en donde el virus eclosionó. La fase dos fue la de “transmisión comunitaria”, inició el 24 de marzo, los casos de contagio ocurrían en la comunidad. Frente a una tendencia de crecimiento exponencial, la Secretaría de Salud promovió distintas medidas que debían de aplicarse en todo el territorio nacional para la prevención y contención del Córdid-19. Por ejemplo, se desplegó la “Jornada Nacional de Sana Distancia” (16 de marzo); se decretó la suspensión de las clases en aula (“aprende en casa”); el establecimiento de la “cuarentena” (20 de marzo); el trabajo a distancia, y se pidió a la población permanecer en sus viviendas en confinamiento. De las medidas de la fase 3 (decretada el 21 de abril), se enfatizó en el mensaje de #QuédateEnCasa, se pidió a la población evitar aglomeraciones y se recomendó la instalación de filtros sanitarios en los lugares públicos y centros de trabajo, entre otras medidas (Gobierno de México, 2020).

⁴ Se recurrió a un pseudónimo.

los mercados, y por los filtros y retenes que fueron colocados desde los primeros meses de la pandemia.

Adicionalmente, la familia obtiene recursos complementarios por los aportes de las mujeres con la venta de sus artesanías. Esta es una práctica cultural generalizada entre los grupos domésticos amuzgos de Guerrero (Aguirre, 2007:23). Desde hace una década, las tejedoras de estos municipios se han organizado en exitosos grupos de trabajo para producir y comercializar de manera colectiva. Si bien la emergencia sanitaria les afectó, no las detuvo. Un primer problema que enfrentaron fue obtener los insumos. En la entrevista, comentó, preocupada, de la inmediata escasez de hilos para tejer: “(...) no había hilo blanco, fue difícil obtenerlo, lo necesitaba porque una señora me había encargado blusas blancas (...) pues anduve busque y busque, una señora me dijo ‘si yo tengo, escondí cinco conos solamente para las clientas’. La señora me lo vendió y así pude cumplir el compromiso” (MGde J, 22 de septiembre de 2020).

El otro problema fue el de la comercialización. En Xochistlahuaca la plaza central se cerró y ya no llegaron los turistas a comprar como lo hacían cada domingo, tampoco podían salir a vender fuera de su municipio, por lo que se vieron compelidas a buscar mercados alternativos. Antes de la pandemia, Martha y otras tejedoras habían integrado un grupo para comercializar sus textiles, con esta medida ampliaban la oferta y bajaban los costos que significa llevar las entregas fuera de la región.

Por la calidad de los textiles amuzgos, estos gozan de aceptación y demanda en los centros turísticos, por lo que desde los años noventa ha sido frecuente la formación de grupos que se asocian para la venta en los mercados turísticos, ya sea a Ciudad de México, Oaxaca o Morelos (Aguirre, 2003). Cuando se presenta la pandemia, se decreta la cuarentena y las oficinas cierran, el grupo de Martha contactó a sus clientas a través de comunicación telefónica de un celular. En su familia, y en el grupo, Martha es la única que tiene un celular con cámara y WhatsApp, lo que se constituyó en un recurso muy valioso para poder vender a distancia y poder ofertar la producción colectiva. Adicionalmente contó con el apoyo de su sobrina que disponía de una cuenta bancaria para facilitar las operaciones comerciales. Antes, Martha viajaba a la Ciudad de México o Guadalajara a realizar entregas o vender en ferias, y requería permanecer algunos días fuera de casa, lo que aumentaba los costos,

pero con la pandemia aprendieron a vender usando el teléfono celular y enviar los productos mediante mensajería FedEx. Así relata los cambios que tuvieron que desplegar en su estrategia de mercado para enfrentar la nueva situación de confinamiento.

Desde que salió la noticia del coronavirus, no intenté salir a vender a México, porque me avisaron que estaban cerradas las oficinas. Yo iba a vender a CDI, tengo algunas señoras que me compran, pero ahorita, dicen que hay que esperar. Buscamos otra forma de vender, ahora hago envío por FedEx, no gasto mucho porque llega hasta acá, a Xochis. No gasto, porque el que paga el envío es la clienta, la que compra. Ahora ahorro, antes gastaba más con los viajes. Tenemos un grupo, yo no vendo sola, somos 15 que tejemos los textiles, cada artesana trae sus piezas, le sacamos foto y las mandamos, y allá van a elegir las clientas, las blusas o huipiles que le gustaron. (...) Antes de la enfermedad no sabíamos vender así. En marzo no vendí nada, abril tampoco, mayo si, junio, julio, aunque sea una pieza. Así lo resolvimos, aprendimos a vender con envíos, porque mi prima que fue a la escuela, es contadora, y nos ayuda. Ella tiene su tarjeta de banco, compra guías, la guía cuesta 200 pesos para enviar a Morelos o a Oaxaca, así vendemos ahora. (MGde J, 22 de septiembre de 2020)

Como lo han observado otras investigaciones (Aguirre, 2003), la base de la organización social entre los amuzgos radica en la familia, ya sea nuclear o extensa. Sobre esta base de redes de apoyo, se agrupan parientes y amigos para tratar de resolver problemas inmediatos como mayor-domías, casamientos, bautizos, cultivos y construcción de sus viviendas y, como hemos visto, con la incorporación de los textiles amuzgos al mercado turístico, las mujeres han creado sus propias redes de relaciones y otras las han resignificado.

Martha y los conjuntos sociales de los que formaba parte dieron respuestas locales a la amenaza del arribo del coronavirus, y lo hizo a través de su red de relaciones, desde su base cultural. Desde este soporte dieron la cara a los temores y la incertidumbre que trajo consigo la nueva enfermedad. Como el resto de los amuzgos, Martha y su familia tuvieron que recurrir a las representaciones y explicaciones culturales para comprender las amenazas del virus. Miedo, temor, incertidumbre, incredulidad, todos

fueron sentimientos que se vertieron en la mesa del comedor de la familia de Martha. Las noticias de la radio y la televisión se centraban en la COVID-19 y se preguntaban: ¿Cómo va a llegar? ¿Por dónde va a entrar?

En la entrevista se le preguntó sobre qué había escuchado respecto al coronavirus y la pandemia, pensativa dijo que, en realidad, ella inicialmente no creía en la veracidad de su existencia, dudaba porque, pensaba, “aquí está lejos, tal vez no va a llegar”, pero luego “yo sentí que tal vez fuera cierto”. En abril se supo del primer caso confirmado en Xochistlahuaca y sorprendida se preguntó: “¿Y cómo entró?”, y al mismo tiempo respondía: “llegó por la neblina, tardó como tres días encima de los cerros (...) luego empezaron los rumores que ya hay esa enfermedad aquí” (MGde J, 22 de septiembre de 2020).

Dada la larga distancia que el coronavirus debía de “recorrer” desde las ciudades para llegar a Xochistlahuaca, y dado que había filtros y retenes de ingreso al municipio, con el propósito de bloquear el acceso de personas infectadas por el virus, de alguna manera, pensaba Martha, por algún lugar tuvo que haber entrado al municipio. Y ella tenía una explicación desde sus representaciones culturales: la neblina fue el vehículo a través del cual el coronavirus ingresó a Xochistlahuaca.

El modelo de autoatención amuzgo frente a las enfermedades del nuevo siglo

Incredulidad fue la primera reacción con la que la población de los municipios amuzgos de Guerrero recibió la noticia del coronavirus, escepticismo que manifestaron incluso aquellos que habían sufrido molestias que eventualmente cabían en el cuadro de síntomas de la COVID-19, como fiebre intensa, dolor de cabeza, dificultad para respirar, dolor de garganta y dolores musculares, articulaciones, fatiga, entre otros. No obstante, al presentar estos síntomas, las personas entrevistadas en el trabajo de campo manifestaron que no tenían la certeza que su organismo hubiese sido infectado por el coronavirus, ya que en la mayoría de los casos no se realizaron una Prueba Diagnóstica COVID-19 PCR.

Cuando el coronavirus irrumpió en la Costa Chica (abril, 2020), los amuzgos recurrieron a recursos propios de su modelo de autoatención, e

hicieron uso de los rezos; a las visitas a los lugares sagrados en los cerros; al conocimiento de las plantas medicinales; a la consulta a los médicos tradicionales (llamados localmente “curanderos” o *tsan calua*’); al acuerpamiento familiar, permaneciendo en sus domicilios⁵ y a su experiencia en el manejo de su relacionamiento con la biomedicina, haciendo uso del consumo de fármacos obtenidos en las farmacias mediante automedicación; a los médicos privados, y cuando el paciente se agravaba asistieron a una clínica del sistema de salud gubernamental.

Una primera respuesta fue asociar los síntomas del coronavirus con los que antes ya habían sentido cuando fueron atacados por los mosquitos *Aedes aegypti*, por lo que el modelo de atención aplicado fue el mismo. De acuerdo con los testimonios recogidos en el trabajo de campo, la mayoría de las personas que presentaron síntomas de COVID-19 ingirieron té de jengibre y limón, hierbas como zacate limón, otros agregaron hierba santa, cebolla, canela, ajo y algunos medicamentos como paracetamol y aspirina, y únicamente una persona mencionó haber consumido uno de hojas de mango, “que sirve para muchas enfermedades...” (AL, 22 septiembre, 2020).

Ante el uso generalizado de esas plantas de uso medicinal, era necesario preguntarse sobre si estas eran parte de la medicina ancestral tradicional amuzga y cuáles de ellas ya habían usado antes para afrontar las enfermedades del siglo pasado. Para responder a esta pregunta se tuvo la fortuna de contar con los resultados de investigación de Robinson y López (1999), quienes realizaron un detallado registro de 450 plantas medicinales identificadas con nombres específicos en el idioma propio del pueblo amuzgo de la región Costa Chica, que incluía a los municipios de estudio.

De ese número, 128 fueron identificados por uno o más curanderos como plantas de uso medicinal, lo que quiere decir que no todos coincidían de forma unánime en usar la misma planta para las mismas

⁵ Enfrentar la enfermedad como un asunto familiar es una práctica cultural generalizada. Aguirre (2007) refiere que para la población amuzga las enfermedades suelen ser por ‘espanto’, o un mal echado por un ‘brujo’. El curandero, el rezador o el *tsan calua*’ proceden a detectar el padecimiento valiéndose de una canasta, del pulso del enfermo o de la baraja. Después del diagnóstico: “El *tsan calua*’ descubre lo que el padecimiento del cuerpo pide para comer, se preparan los alimentos y cuando destapan la olla, el enfermo junto con todos sus familiares deben respirar los olores de la comida y ellos, al terminar, le soplan al enfermo en el cuerpo.” (Aguirre, 2007:44).

enfermedades; tampoco coincidieron en el uso curativo de las mismas partes de la planta (hojas, flores, tallos, raíces) que consideraban curativas, su preparación o su prescripción. Esta varianza no significa falta de coherencia cultural, por el contrario, cada una de esas prácticas forman parte del modelo de atención de la “medicina tradicional”, pues como ya lo mencionó Menéndez (2018), la auto prescripción presume decisiones autónomas, incluso ante otras opiniones de los curadores tradicionales o de las distintas formas de atención.

Es de hacer notar que de las plantas medicinales inventariadas por Robinson y López (1999) y las enfermedades que atendían los “curanderos”⁶, algunas de ellas podrían ser pertinentes para la sintomatología que se producía alrededor de las infecciones virales del mosquito *Aedes aegypti*, o las de la COVID-19, como por ejemplo las dolencias respiratorias. Tal es el caso de la *Brysonima crassifolia* (hoja de nance o nanche), que se usaba para curar enfermedades relacionadas con la tos o resfriado; de la misma manera, se identificó a la hoja de *Mangifera indica* (mango) para el tratamiento de la tos y otras enfermedades respiratorias. Pero como ya se dijo, las plantas medicinales con las que los amuzgos estaban enfrentando al SARS-CoV-2 iban más allá de las que usaban los curadores tradicionales y únicamente la hoja del mango fue mencionada por una de las personas entrevistadas como un medicamento para el tratamiento de la COVID-19.

En el siglo XXI el capital del conocimiento médico de los amuzgos ha crecido al incorporar otras plantas medicinales a su acervo curativo, y nuevas prácticas innovaron el modelo de autoatención, preparándose para las nuevas epidemias que podrían presentarse en los próximos años del siglo XXI, incluyendo el eventual retorno del coronavirus que parece no estar descartada como posibilidad en el imaginario de los amuzgos. Así lo hizo saber una persona que participaba en un grupo focal que se realizó el 31 de agosto de 2020 en la cabecera del municipio de Xochistlahuaca, que formaba parte de un grupo de trabajo con mujeres

⁶ En el estudio se registró que las enfermedades que curaban eran fiebre, dolores, enojo, coraje, cortadas, llagas, úlceras, esquinque, diarreas, disentería, tos, parto, aborto, post-partum, estómago, sistema digestivo, cabeza, brazo, garganta, dientes, piel, temperatura, urinario, hígado, escalofrío, hinchazón, infección, llagas, hongos, erupciones, inapetencia, quemaduras, picadura de alacrán, clasificadas como “frías” y “calientes”.

adultas. El médico facilitador preguntó “¿Han escuchado hablar sobre la nueva normalidad? y una de ella respondió que sí, y que en esa “nueva normalidad” estará otra vez el coronavirus y sentenció: “Pues sí, es que este coronavirus ya se quedó para siempre, así como el Chikunguña.”

Conclusiones

Desde el año 2015, la zona amuzga del estado de Guerrero ha sido azotada por enfermedades infecciosas virales como el dengue, zika y Chikunguña, transmitidas por el mosquito *Aedes aegypti*, aumentando progresivamente el número de enfermos, sufriendo síntomas como fiebre intensa, dolor de cabeza, dolores musculares y articulaciones, entre otros, dolencias que solían permanecer pocos días, hasta desaparecer. Cuando el coronavirus arribó y se conocieron los primeros síntomas, y dado que coincidían con esas infecciones, la mayoría de las personas entrevistadas para la investigación mencionaron que frente a estas coincidencias la valoración inmediata fue suponer que era probable que se tratara de una nueva enfermedad relacionada con los mosquitos *Aedes aegypti*, que desaparecería pronto al pasar las lluvias y que era cuestión de esperar.

Por ello, la estrategia para afrontar al coronavirus lo hicieron de la misma manera como antes se había desplegado con el dengue-zika-Chikunguña, centrado en la autoatención desde la familia, como el conjunto social más relevante. Adicionalmente, sumaron nuevas plantas medicinales de su experiencia significativa yendo más allá de las que habían usado sus padres, sus abuelos, los curanderos y los médicos tradicionales como los *tsan calua*'. Así también aumentaron nuevos recursos desde la biomedicina, ya sea como fármacos obtenidos en la farmacia, con los médicos privados o en el hospital.

Por esta capacidad de actualización y resignificación permanente del modelo de atención entre los amuzgos que aportaron los datos recopilados, es que en el análisis en este ensayo me adherí a la perspectiva de E. Menéndez (1994), quien ha preferido enfocar la comprensión de estos fenómenos desde una perspectiva estructural e intercultural, centrado en los conjuntos sociales y no desde el concepto de la “medicina tradicional”.

Lo analizado en esta contribución da cuenta de la particularidad de respuestas sociales dadas por población amuzga del estado de Guerrero frente a un escenario de una enfermedad desconocida, sin cura y sin vacuna. Ante la incertidumbre, las familias y comunidades asumieron enfrentarlo con sus propios recursos y conocimientos, desde sus propios saberes y experiencias en la salud y enfermedad. Era comprensible que así fuera, pues el acceso a la salud pública había sido históricamente un derecho negado, por lo que los centros públicos de atención fueron la última opción para buscar allí la cura de la enfermedad. La pandemia del COVID-19 hizo visible la omisión de la presencia del Estado en las políticas de igualdad, y evidenció los efectos diferenciados de la pandemia en poblaciones históricamente excluidas en contextos racializados. Además de esta situación estructural, las comunidades amuzgas han desarrollado estrategias para la prevención, diagnóstico y tratamiento satisfactorios de enfermedades varias, desde su propio marco cultural y organización social, y desde esta base estructural y cultural enfrentaron la pandemia.

En este capítulo hemos examinado los imaginarios locales respecto al coronavirus, las percepciones sobre la infección –desde su cosmovisión– las representaciones sobre cómo ingresó el coronavirus al municipio y sobre su probable regreso el próximo año, junto con el dengue, zika y Chikunguña, todas ellas enfermedades del nuevo siglo.

Referencias

- AGUILAR, R. (14 de abril 2015). Guerrero, primer lugar en el país con casos de Chikungunya y dengue. *Excelsior*. <https://www.excelsior.com.mx/nacional/2015/04/14/1018742>
- AGUIRRE, I. (2003). Participación política y social de mujeres indígenas: el caso de una lideresa tradicional. *Cuicuilco*, 10 (27), 2-26. <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=35102707>
- AGUIRRE, I. (2007). *Amuzgos de Guerrero. Pueblos indígenas del México contemporáneo*. CDI. https://native-land.ca/wp-content/uploads/2018/06/amuzgos_guerrero.pdf
- ÁLVAREZ, M., Torres, A., Torres, A., Semper, A., Romeo, D. (2018). Dengue, Chikungunya, Virus de Zika. Determinantes sociales.

- Rev. Med. Electrón.* 40(1), 120-128. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000100013
- ARREDONDO-GARCÍA, J., Aguilar-López, C., Aguilar, J., Aguilar, J., Os-naya-Romero, N., Pérez-Guillé, Medina-Cortina, H. (2020). Pa-norama epidemiológico de dengue en México 2000-2019. *Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica*, 33(2), 78-83. <https://www.medigraphic.com/pdfs/infectologia/lip-2020/lip202d.pdf>
- BONFIL, G. (1977). El concepto de indio en América: una categoría de la situación colonial. *Boletín Bibliográfico de Antropología Ame-ricana*. 39(48), 17-32. http://www.revistas.unam.mx/index.php/antropologia/article/view/23077/pdf_647
- Centro de Estudios de las Finanzas Pública. (2018). *Medición de la Po-breza multidimensional y gastos en ramo 33. Indicadores a nivel municipal, 2010 y 2015* [Archivo PDF]. <https://www.cefp.gob.mx/publicaciones/presentaciones/2018/pbr/Guerrero.pdf>
- Gobierno de México. (2020). *Inicia la fase 3 por COVID-19*. <https://www.gob.mx/salud/galerias/inicia-la-fase-3-por-covid-19>
- GOLDBERG, A. (2010). Exploración antropológica sobre la salud/enfer-medad/atención en migrantes senegaleses de Barcelona. *Cuicuilco* 17 (49), 139-156. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018516592010000200008&script=sci_abstract
- GUTIÉRREZ, M. (2001). *Déspotas y Caciques, una antropología política de los amuzgos de Guerrero*. Universidad Autónoma de Guerrero.
- INFOBAE. (4 de marzo 2020). *El dengue golpea a México: el número de casos se multiplicó en 2020 y ya son 1,455*. <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/03/04/el-dengue-golpea-a-mexico-el-numero-de-casos-se-multiplico-en-2020-y-ya-son-1455/>
- JIMÉNEZ-ALEJO, A., Ramírez, R., Moreno, E. y Zárata-Nahón, E. (2019). Incidencia de casos de Zika en la población del Estado de Guerrero durante 2016. *Foro de Estudios sobre Guerrero, mayo 2019-abril 2020*, 5(6), 952-955. https://www.researchgate.net/publication/339434061_Incidencia_de_casos_de_Zika_en_la_poblacion_del_Estado_de_Guerrero_durante_2016
- JUÁREZ-RAMÍREZ, C., Márquez-Serrano, M., Salgado de Snyder, N., Pelcastre-Villafuerte, B., Ruelas-González, M. y Reyes-Morales, H. (2014). La desigualdad en salud de grupos vulnerables de

- México: adultos mayores indígenas y migrantes. *Rev. Panam Salud Pública*, 35(4), 284–90. <https://scielosp.org/article/rpsp/2014.v35n4/284-290/>
- La Jornada Guerrero. (23 de septiembre 2021). Alerta experto sobre riesgo de confundir síntomas de dengue y coronavirus. *La Jornada Guerrero*. <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/09/23/politica/alerta-experto-sobre-riesgo-de-confundir-sintomas-de-dengue-y-coronavirus/>
- MENÉNDEZ, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83. <https://www.redalyc.org/pdf/747/74711357008.pdf>
- MENÉNDEZ, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência y Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. <https://www.redalyc.org/pdf/630/63042995014.pdf>
- MENÉNDEZ, E. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos* 58, 104-113. <https://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/1999/1438>
- MORALES, R. (2015). Análisis regional de la marginación en el estado de Guerrero. *Papeles de Población*, 84(21), 251-274. <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v21n84/v21n84a10.pdf>
- PENICHE, P. y Angelotti, G. (2018). Familia y enfermedades emergentes. Modelos de atención y representaciones culturales de la fiebre Chikungunya entre la población maya. *Antropología experimental*, 18(6), 91-110. <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/view/3322/3122>
- ROBINSON, G. y López, B. (1999). *Patrones del uso de plantas medicinales entre los amuzgos del estado de Guerrero*. Instituto Lingüístico de Verano, A.C. <http://www.sil.org/mexico/amuzga/guerrero/A006e-PlantasMedicinales-AMU.pdf>

DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE XOCHISTLAHUACA, GUERRERO, EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

Sergio Paredes-Solís | María Guadalupe Ramírez Rojas

Introducción

En 2020 se presentó la amenaza de salud más trascendente para la humanidad en los últimos cien años. La pandemia de infecciones por SARS-CoV-2 y la enfermedad que ocasiona la denominada COVID-19 significan un reto sin precedente para los sistemas de salud del mundo. Hasta el 8 de diciembre de 2020, a nivel global, se tenían registrados 68.2 millones de casos y 1.55 millones de defunciones por COVID-19. La tasa de incidencia acumulada se estimó en 8,600 casos por millón de habitantes y la tasa de letalidad fue aproximadamente 2.3%. En ese periodo, en México se reportaron 1,180, 000 casos positivos a la COVID-19, expresando una tasa de incidencia de 9,300 casos por cada millón de habitantes y tasa de letalidad de 9.3% (WHO, 2020).

La gravedad de la COVID-19 está asociada a condiciones biológicas y sociales de las personas. La mayor edad y presencia de enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes y obesidad, hace que incrementen sustancialmente las complicaciones o haya consecuencia fatal por COVID-19. En poblaciones con condiciones sociales más desfavorables se incrementa la trasmisión del SARS-CoV-2 debido a el hacinamiento y la frecuencia de complicaciones por COVID-19, por el acceso limitado a servicios de salud. La atención médica oportuna y la infraestructura hospitalaria especializada es esencial para evitar la muerte en la mayoría de los casos graves de COVID-19 (Phua et al, 2020).

La fortaleza de los sistemas de salud hace que el impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 sobre la salud humana tenga magnitud diferenciada. En países donde los sistemas de salud mantuvieron índices bajos de enfermedades crónicas y hábitos de alimentación saludable generalizados,

previos a la pandemia, los daños a la salud fueron menores. Sistemas de salud con mayor infraestructura física y humana tuvieron más oportunidad de salvar la vida a mayor cantidad de casos graves. La rehabilitación de las secuelas recuperables en el periodo posterior a la epidemia dependerá de la disponibilidad de servicios de salud suficientes y adecuados para ello. Como en todo desastre la resiliencia de la salud población es dependiente de las condiciones del sistema de salud (Peters, 2020).

En el presente capítulo no pretendemos ver en detalle el funcionamiento del Sistema de Salud Mexicano, sino considerar algunos aspectos que son relevantes para el sistema de salud local del municipio de Xochistlahuaca, Guerrero, y valorar su influencia en la respuesta de la población indígena de este municipio (SSA, 2021a). La información recabada y opiniones versan sobre lo observado hasta mediados del mes de diciembre de 2020.

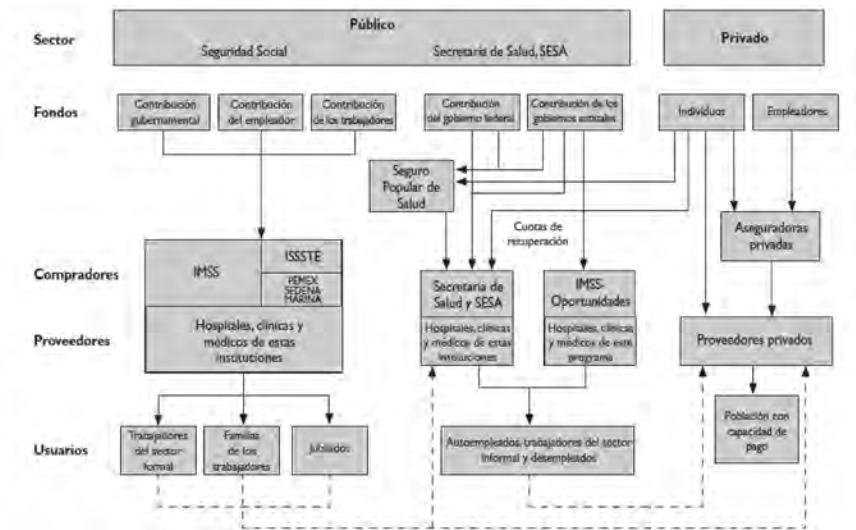
Sistema de Salud de México

En la figura 1 se observa la propuesta de Gómez y cols. de la Organización del Sistema de Salud en México, conformado por un sector público y privado donde, según fuente de financiamiento e institución proveedora de los servicios, se observa los usuarios finales, según inserción laboral (Gómez *et al*, 2011). El 1ero. de enero del 2020 desapareció el Seguro Popular e inicio operaciones el Instituto Nacional para el Bienestar —INSABI— (*Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud*, 2019).

En la medida que las poblaciones de los pueblos originarios de México tienen cobertura efectiva por las instituciones de este sistema de salud, los indígenas también serían usuarios del sector público o privado. Sin embargo, por cuestiones culturales, cientos de miles de personas autoadscritas como indígenas atienden sus problemas de salud con terapeutas tradicionales.

El esquema no incluye a la medicina tradicional como componente del sistema de salud de México, tampoco otras maneras de prestación de servicios de atención a la salud que se engloban en las denominadas

Figura 1
El Sistema de Salud de México



Fuente: Gómez *et al.*, 2020

medicinas complementarias. Aquí el debate no es la validez científica o efectividad de los tratamientos de esas modalidades terapéuticas, sino la utilización de estos servicios por parte de la población, que en muchas situaciones son el único recurso disponible para la atención de la salud, particularmente en las poblaciones indígenas de localidades remotas. Por lo tanto, en realidad la medicina tradicional y las medicinas alternativas son parte del Sistema de Salud Mexicano.

En agosto de 2002, la Secretaría de Salud creó la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. La función primordial de dicha dirección radica en:

Definir e impulsar la política intercultural en la oferta de los servicios institucionales, con una visión acorde con las expectativas de la sociedad en un marco de respeto y promoción de los derechos humanos, la perspectiva de género y una visión innovadora que promueve la interrelación con la medicina tradicional mexicana y las denominadas medicinas complementarias, presentes en las preferencias de la sociedad. (SSA, 2021b)

El hecho que durante este siglo haya apertura por las instituciones de salud, dirigidas por personal formado con el modelo médico hegemónico para considerar en programas gubernamentales, la interacción con las medicinas tradicionales y complementarias es sin duda un logro importante. El sector salud de México tiene el reto de promover sinergias entre las diferentes prácticas médicas para optimizar los recursos para la salud y sobre todo ofrecer la mejor atención a los usuarios. En esta pandemia, el trabajo de las parteras tradicionales es crucial para la atención prenatal y del parto en poblaciones indígenas donde las embarazadas están renuentes a acudir para su cuidado o atención en las unidades médicas por temor al contagio por el SARS-CoV-2. No es punto de discusión si el contagio por el SARS-CoV-2 sea posibilidad real, lo que sí es real es el temor de la población a ese posible contagio y que retarda la oportunidad de atención médica.

Cobertura del sistema de salud en Xochistlahuaca

En el municipio de Xochistlahuaca las acciones de prevención y de atención a la salud por el sector público se limitan prácticamente sólo a las realizadas por la Secretaría de Salud, debido a que no existen unidades médicas físicas de otras instituciones del sector. Para uso de las prestaciones de seguridad social, los ciudadanos del municipio afiliados a alguna institución deben acudir a la ciudad de Ometepec, donde disponen de establecimientos correspondientes al primer nivel de atención. Hacer uso de las instituciones de seguridad social, para los pocos habitantes con que cuentan con esa prestación laboral en el municipio, implica un costo por concepto de transporte y donde el tiempo de traslado en carro es de aproximadamente dos horas. Con excepción de la cabecera municipal de Xochistlahuaca, las demás comunidades no cuentan con médicos del sector privado. El sector de salud privado se limita a consultorios médicos del primer nivel de atención, con un total de seis médicos generales.

De acuerdo con el catálogo de localidades de la Secretaría de Desarrollo Social de México, los 28,000 habitantes del municipio de Xochistlahuaca residen en 116 localidades. Sólo tres comunidades tienen población mayor a 2,000 habitantes, la mayoría del resto de

poblados son dispersos y con poca población (SEDESOL, 2021). Llevar servicios de salud públicos a todas las comunidades representa un reto difícil de solventar. La Red de Servicios de Salud del estado de Guerrero está conformada por ocho unidades médicas distribuidas en el municipio. Tres de las unidades (el Hospital Básico Comunitario, la Unidad Médica Xochistlahuaca y la Unidad R01 Cozoyoapan) se ubican en el mismo asentamiento poblacional. Otras cinco unidades de salud se encuentran distribuidas en las localidades del municipio, y otras tres comunidades tienen asistencia médica a través del programa de Caravanas de la Salud, de la Secretaría de Salud (Cuadro 1).

Cuadro 1
Unidades de salud del Municipio de Xochistlahuaca, Guerrero.

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO - OPD RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD RED DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO UNIDADES DE SALUD DE LA REGIÓN COSTA CHICA								
NO.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	CLAVE	NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA	TIPO DE ACREDITACIÓN	ESTATUS DE ACREDITACIÓN	FECHA DE ACREDITACIÓN (dd/mm/aaaa)	DOMICILIO
137	XOCHISTLAHUACA	XOCHISTLAHUACA	09SA000574	HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO (COMUNITARIO) XOCHISTLAHUACA	CAJONES	ACREDITADA		COZUYOAPAN NO. EXT. SIN NÚMERO NO. INT. ... COL. C.P. (41700)
138	XOCHISTLAHUACA	XOCHISTLAHUACA	09SA000588	UM XOCHISTLAHUACA NO. 9	...	NO ACREDITADA		COZUYOAPAN NO. EXT. SIN NÚMERO NO. INT. ... COL. C.P. (41700)
139	XOCHISTLAHUACA	EL CARMEN	09SA000617	R-01 CARMEN R1	...	NO ACREDITADA		NO DISPONIBLE NO. EXT. NO. INT. ... COL. C.P. (41700)
140	XOCHISTLAHUACA	COZUYOAPAN	09SA000612	R-02 COZUYOAPAN	CAJONES	ACREDITADA		DOMICILIO CONOCIDO NO. EXT. NO. INT. ... COL. C.P. (41700)
141	XOCHISTLAHUACA	GUADALUPE VICTORIA	09SA000618	R-03 GUADALUPE VICTORIA	CAJONES	ACREDITADA	16/05/2014	ALUMINIO Y PRIMO DE GABRIEL NO. EXT. NO. INT. ... COL. C.P. (41700)
142	XOCHISTLAHUACA	LA SOLEDAD	09SA000615	R-01 LA SOLEDAD	CAJONES	ACREDITADA	07/08/2012	NO DISPONIBLE NO. EXT. NO. INT. ... COL. C.P. (41700)
143	XOCHISTLAHUACA	LOS LINDOS	09SA011543	R-01 LOS LINDOS	CAJONES	ACREDITADA	23/07/2011	CARLOS SALINAS DE SORIANO NO. EXT. SIN NÚMERO NO. INT. ... COL. C.P. (41700)
144	XOCHISTLAHUACA	ARROYO GRANDE	09SA000620	R-01 ARROYO GRANDE	...	NO ACREDITADA		VICENTE GUERRERO NO. EXT. NO. INT. ... COL. C.P. (41700)
145	XOCHISTLAHUACA	PLAN DE LOS MUERTOS	09SA011254	CARAVANA TIPO II PLAN DE LOS MUERTOS	CAJONES	ACREDITADA	10/04/2009	ATLAS DE LA COMARCA AMARILLO NO. EXT. NO. INT. ... COL. C.P. (41700)
146	XOCHISTLAHUACA	CARRERA DE ARROYO CABALLO (ARROYO CABALLO)	09SA012438	CARAVANA TIPO II CARRERA DE ARROYO CABALLO	...	NO ACREDITADA		RODRIGUEZ SIEN M. REVAZ NO. EXT. SIN NÚMERO NO. INT. ... COL. BARRO TACAPO C.P. (41700)
147	XOCHISTLAHUACA	MARANTAL MOCHIMA	09SA012231	CARAVANA TIPO I MARANTAL MOCHIMA	...	NO ACREDITADA		CALLEJÓN PRATO ALBAZ NO. EXT. SIN NÚMERO NO. INT. ... COL. AGUAQUILA DE JARRO C.P. (41700)

Fuente: Secretaría de Salud del estado de Guerrero, 2020

El Hospital Básico Comunitario y las unidades de salud de la cabecera municipal cuentan con personal de salud con contrato laboral permanente con la Secretaría de Salud, las unidades médicas en localidades más remotas son atendidas por pasantes de servicio social de medicina. El modelo de formación médica privilegia a los estudiantes con calificaciones más altas para la selección del hospital o comunidad donde realizarán sus actividades de internado de pregrado o servicio social. Los estudiantes con mayor promedio de calificaciones, en teoría los estudiantes más destacados, generalmente eligen los hospitales y centros

de salud ubicados en las ciudades más importantes. Este criterio de asignación del servicio social de los médicos deja a los estudiantes con menor promedio de calificaciones confinados a centros de salud remotos.

Por otro lado, el personal de salud está en búsqueda permanente de cambiar su centro laboral a las áreas de mayor urbanidad, lo que ocasiona falta de personal en las unidades rurales. Estos fenómenos con el personal de salud son contantes en Xochistlahuaca.

En la entrevista realizada a autoridades municipales de Xochistlahuaca, por el personal de campo del Proyecto Redes Horizontales del Conocimiento,¹ respecto a la infraestructura de salud del municipio para atender la pandemia, la respuesta fue:

Mira, el municipio cuenta con un hospital básico que esta allá en la entrada y en todo el municipio con seis centros de salud y tres caravanas que dan el servicio médico. El gobierno municipal les dotó de material y equipo de protección, ¿Por qué? porque no tenían nada, no tenían nada para enfrentar esto y las instalaciones [adecuadas] como tal no cuentan, ellos habilitaron, allí en el hospital se habilitó un área COVID, que, pues prácticamente es nada más de recibir paciente, referirlo y mandarlo al Hospital General de Ometepec que es el que está también habilitado como hospital COVID a nivel regional, es el único a nivel regional.

El municipio no cuenta con red de laboratorio eficiente para el diagnóstico de la mayoría de las enfermedades. Las muestras son enviadas a Ometepec para su procesamiento adecuado. Esta es una debilidad ante la necesidad de conocer los casos confirmados y contactos del paciente con COVID-19.

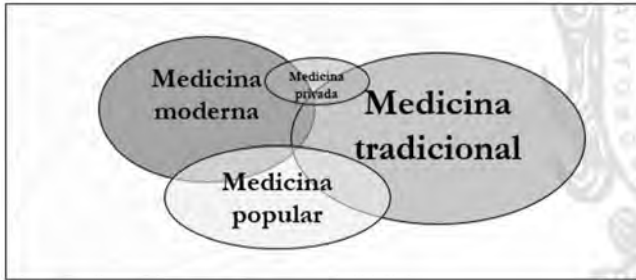
El sistema de salud real del municipio de Xochistlahuaca, Guerrero

La realidad histórica y cultural del municipio de Xochistlahuaca, en términos de la preservación de la salud individual y colectiva, tiene como base la medicina tradicional, al igual que muchos pueblos originarios de

¹ Proyecto Redes Horizontales del Conocimiento, financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) de México, número 314603.

México. Las medicinas complementarias son inexistentes en este contexto y además de la medicina moderna – la practicada por el sector público y privado de la salud – el sistema incluye a la medicina popular (Figura 2).

Figura 2
El Sistema de salud real del municipio de Xochistlahuaca, Guerrero



Consideramos para los fines del presente documento el concepto de medicina tradicional propuesto por la Organización Mundial de la Salud, entendida esta como el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales (OMS, 2021).

Al igual que el término medicina complementaria que hace referencia a un conjunto amplio de prácticas de atención de salud que no forman parte de la propia tradición del país y no están integradas en el sistema sanitario principal. En este sentido, la medicina popular son los procedimientos utilizados para la resolución de problemas de salud que no forman parte de la biomedicina, ni medicina tradicional o complementaria generados y adoptados por la población. Por ejemplo, el uso combinado de *Estomaquil*² y *Yoli*³ es aceptado popularmente como efectivo para tratar problemas estomacales en la niñez e incluso de los

² Medicamento con fórmula química a base de subsalicilato de bismuto, hidróxido de magnesio y carbonato de calcio.

³ Refresco con jugo de limón, de venta en comercios locales de Guerrero.

adultos. Como se expresó anteriormente, esta práctica tiene origen en la gente y no en los practicantes de la medicina.

La fortaleza del sistema de salud de Xochistlahuaca está, una vez más, a prueba con la actual pandemia de COVID-19. Sin duda no es el primer brote infeccioso novedoso para esta y otras comunidades indígenas. Previas epidemias llegaron a estas comunidades, incluso antes de la llegada de la biomedicina y la construcción de las actuales unidades médicas. Los ejemplos más recientes incluyen las epidemias del Dengue, el Sarampión y el Cólera a finales del siglo pasado, así como de la Influenza H1N1, la Chikunguña y el Zika en el siglo presente, a los cuales la población *Nn'a^{ncue} Nomndaa* sobrevivió. Es complicado responder sin evidencia si la carga de la enfermedad en cada epidemia es mayor en la población indígena que en el resto de la población. Esto es tarea de investigaciones puntuales, sin embargo, dado el contexto de mayor vulnerabilidad de esas poblaciones es factible que los daños a la salud sean mayores en los pueblos originarios.

Hay un reconocimiento creciente del uso y efectividad de la medicina tradicional como refiere la Organización Panamericana de la Salud, incluso se sugiere su integración como parte del sistema sanitario de los países (OPS, 2000). El sistema de salud de la medicina tradicional está sustentado por los recursos humanos y terapéuticos disponibles. Las plantas medicinales reconocidas en el municipio son aproximadamente 450 (Robinson y Barcimeo, 1999).

Aunque la herbolaria no es el único recurso terapéutico utilizado, los recursos simbólicos como la oración y petición divina se usan frecuentemente. La variedad de terapeutas tradicionales en el municipio de Xochistlahuaca es amplia, incluyen curanderos, parteras, rezanderos, sobadores y hueseros. Aunque prácticamente se distinguen sólo como curanderos o parteras tradicionales. En muchos casos la partera tradicional también es curandera. La mayoría de las localidades más pobladas cuenta con uno o más curanderos y una o más parteras. El número estimado de curanderos en el municipio es de aproximadamente 50 y el de parteras tradicionales oscila entre 30 y 35. El periodo 2012 – 2015 se desarrolló en el municipio un proyecto de formación de nuevas parteras tradicionales, ahí se tuvo registro de 13 parteras tradicionales experimentadas y 15 aprendices de partería (CIET, 2017).

Desde la aparición del primer caso confirmado de COVID-19, en Xochistlahuaca, hasta la semana epidemiológica 52 de 2020, se registraron 47 casos confirmados en pobladores del municipio. A partir de las semanas epidemiológicas 41 a la 52 de 2020, no se registraron casos de COVID-19 en los servicios de salud públicos. El 76.6% (36/47) de los casos confirmados se autoadscribió como indígena. En los datos analizados sobre mortalidad hospitalaria en los municipios *Nn'a^{ncue} N̄omndaa*, por investigadores del Proyecto Redes Horizontales del Conocimiento, se registraron 28 muertes por COVID-19, de ellas, sólo una persona se autoadscribió indígena (SSA, 2021a).

Este bajo número de casos atendidos en los servicios de salud públicas posiblemente refleje las preferencias y hábitos del uso de la medicina tradicional para la atención de la salud de los pobladores del municipio. Por otro lado, manifiesta los problemas de registro y baja cobertura efectiva de los servicios de salud gubernamentales, y posiblemente la poca confianza de la población en estos servicios.

Conclusiones

El sistema de salud gubernamental del municipio de Xochistlahuaca se conforma básicamente por el sector público, representado casi exclusivamente por la Secretaría de Salud. La cobertura de los servicios de salud es limitada y de baja calidad, en términos de recursos humanos, equipamiento y material. La atención de la salud de la mayoría de la población recae en los terapeutas tradicionales. La medicina tradicional tiene un rol preponderante en la atención de la pandemia por COVID-19 en los pueblos originarios del municipio.

Referencias

- Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales. (2017). *Impacto de técnicos de salud intercultural, como apoyo a la partería tradicional, en la maternidad segura y seguridad cultural de los pueblos indígenas de Guerrero, México* [Informe Técnico]. Proyecto CONACYT 214858. Universidad Autónoma de Guerrero.
- DECRETO 2019. Por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud. 29 de noviembre 2019 Diario Oficial de la Federación. No. 15 http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref116_29nov19.pdf
- GÓMEZ-DANTÉS, O., Sesma, S., Becerril, V.M., Knaul, F.M., Arreola, H. y Frenk, J. (2011). *Sistema de Salud de México. Salud Publica Mex*, 53(supl 2), S220-S232.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (4 de enero 2021). *Medicina tradicional: definiciones*. https://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (13-16 noviembre 2000). *Reunión regional para la armonización de registro de los productos fitoterapéuticos* [Informe Final]. https://www.paho.org/sites/default/files/pm-registro_medic-herbarios_0.pdf
- PETERS, D. (2020). Community Susceptibility and Resiliency to COVID-19 Across the Rural-Urban Continuum in the United States. *The Journal of Rural Health* 36(2020), 446–456. <https://dx.doi.org/10.1111%2Fjrh.12477>
- PHUA, J., Weng, L., Ling, L., Egi, M., Lim, C. M., Divatia, J. V., Shrestha, B. R., Arabi, Y. M., Ng, J., Gomersall, C. D., Nishimura, M., Koh, Y., Du, B., & Asian Critical Care Clinical Trials Group (2020). Intensive care management of coronavirus disease 2019 (COVID-19): challenges and recommendations. *The Lancet. Respiratory medicine*, 8(5), 506–517. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30161-2](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30161-2)

- ROBINSON, G.G. y Barcimeo, L.C. (1999). *Patrones del uso de plantas medicinales entre los amuzgos del estado de Guerrero, México*. Instituto Lingüístico de Verano, A.C. https://www.sil.org/system/files/rap-data/10/35/44/103544946482193326590022148681834842076/A006e_PlantasMedicinales_amu.pdf
- Secretaría de Desarrollo Social. (4 de enero 2021). *Catálogo de Localidades. Resumen Municipal. Municipio de Xochistlahuaca*. <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/LocdeMun.aspx?tipo=clave&campo=loc&ent=12&mun=071>
- Secretaría de Salud. (12 de enero 2021). *Informe Técnico Diario COVID-19 México, 1ero de enero de 2021 de COVID* [Archivo PDF]. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/604646/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2021.01.01.pdf
- Secretaría de Salud. (4 de enero 2021). *Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural*. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/medicina-tradicional-y-desarrollo-intercultural>
- Secretaría de Salud del Estado de Guerrero. (8 de diciembre 2020). *Red de Servicios de Salud del Estado de Guerrero* [Archivo PDF]. <http://www.repssguerrero.gob.mx/Chica.pdf>
- World Health Organization. (8 de diciembre 2020). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int/>

PROCESOS INTERCULTURALES,
DIÁLOGO ENTRE SABERES
MEDICINA TRADICIONAL *NN'A^NNCUE ÑOMNDAA*
Y SISTEMA DE SALUD OCCIDENTAL
EN LA REGIÓN AMUZGA DE GUERRERO

Ever Sánchez Osorio | Nashyeli Figueroa Galván
Manuel Garza Zepeda

Introducción: entre la medicina tradicional y el mundo biomédico

Si bien es cierto que la medicina occidental o biomedicina tiene reconocimiento a nivel mundial por sus métodos de diagnóstico y curación, los pueblos indígenas alrededor del mundo también han desarrollado y mantenido vivas sus propias prácticas médicas y métodos de curación. Por un lado, el sistema de salud occidental ha hegemonizado de tal manera que se ha vuelto prácticamente incuestionable, por lo que sus saberes considerados como universales se han impuesto. Por otro lado, y como consecuencia, los conocimientos médicos tradicionales son reconocidos, la mayoría de las veces, como creencias de los pueblos originarios pero carentes de una validez científica, a pesar de la eficacia que han mostrado con sus propios métodos en ciertos padecimientos. Hablar sobre los conocimientos y saberes tradicionales implica abordar un tema que se ha romantizado desde una perspectiva multiculturalista, y que incluso se politiza para continuar con la funcionalidad del sistema capitalista y sus políticas, de tal manera que las diferencias se aprovechan para cosificar, dividir, individualizar e incluso discriminar.

Pretendemos dar pie a una lectura lo más crítica posible desde el reconocimiento de la diversidad como parte necesaria para la transformación de los procesos de dominación y colonialismo que siguen vigentes y que de diferentes maneras se continúan reproduciendo. En este sentido, como mencionan Comboni y Juárez (2013) “la interculturalidad crítica busca suprimir las causas de injusticia colonial, enfrentando los poderes hegemónicos del presente. No se limita a una disputa

o negociación entre pueblos indígenas y Estado [...] se trata también de principios y prácticas” (p. 15). Consideramos que abrir la posibilidad de un diálogo entre los saberes tanto tradicionales como occidentales, desde el respeto y el reconocimiento, contribuirá sin duda a crear y fortalecer dinámicas de vida que repercuten directamente en las prácticas médicas hoy en día, sobre todo en poblaciones donde los saberes ancestrales forman parte de los usos y costumbres significando así su propia identidad comunitaria. La medicina tradicional y el conocimiento occidental médico confluyen generando tensiones y encuentros importantes que permiten vislumbrar posibles caminos hacia procesos de interculturalidad y a diálogos entre saberes.

Particularmente, observamos la experiencia que se está viviendo en este año 2020 en dos comunidades *Nn'aⁿncue Ñomndaa* (amuzgas) en el municipio de Xochistlahuaca, Guerrero: *Suljaa'* (la cabecera municipal de Xochistlahuaca) y *Lunjaⁿ* (Cozoyoapan), dentro del contexto de la pandemia causada por la contingencia sanitaria global por COVID-19. Un par de comunidades indígenas en donde sus usos y costumbres están fuertemente arraigados pero que, al mismo tiempo, incorporan prácticas asociadas a estilos de vida propios del mundo occidental. En ambas comunidades se convive con formas occidentales de vida (como uso de internet, teléfonos celulares, personas con estudios de licenciaturas y maestrías, en suma, acciones basadas en la idea de progreso); sin embargo, mantienen la lengua amuzga, tradiciones, costumbres y prácticas comunitarias de vida que emergen de su cosmovisión¹.

Los amuzgos son un grupo étnico ancestral del que existen diferentes versiones sobre su origen y procedencia: se dice que ha sido un pueblo migratorio, pero también existe la versión de ser un pueblo que tiene su origen en el mar. Lingüísticamente, el idioma amuzgo tiene similitudes con el mixteco. De sus creencias podemos mencionar, por ejemplo, que para los amuzgos todo el entorno natural tiene espíritu: el agua, los

¹ La cosmovisión y sincretismo de los *Nn'aⁿncue Ñomndaa* 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.

cerros, el maíz, los animales. Hay un sincretismo religioso importante y celebran fechas simbólicamente significativas, por ejemplo, para pedir lluvias, así como para celebraciones católicas (Aguirre, 2007).

El presente escrito, que se plantea el reconocimiento de aquello que ha sido concebido como “lo otro”, forma parte de una gran contradicción por el simple hecho de pretender ser evaluado y aceptado desde y por la academia occidental. No obstante, es válido en tanto ejercicio de reflexión crítica que permita pensar, quizá un poco más allá de sus profundas limitantes, abriendo un posible camino intercultural.

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 impuestos en los seres humanos que no encajan en el modelo predeterminado por los relatos euroamericanos
W. MIGNOLO

La academia, que basa sus conocimientos en el método científico desarrollado en Occidente, en metodologías particulares que sustentan sus hallazgos como conocimientos absolutos, se llega a considerar como el lugar donde se construye *el saber que salva*. Respaldados a partir de un proceso histórico, los conocimientos que derivan de esta realidad histórica contienen en su propia esencia una dualidad que los hace espinosos. Claro está, por ejemplo, el poder y la fuerza que emanan del discurso médico occidental: ostenta verdades que prácticamente son indiscutibles y que pertenecen a un conjunto de posturas jerárquicas que marcan perfectamente *al otro que no sabe*. Como ejemplo, en la sociedad occidental la palabra y el diagnóstico de un médico alópata resulta difícilmente cuestionable, de aquí que se establezca una jerarquía del saber.

El método científico ha comprobado tener certeza, validez y eficacia en diferentes ámbitos respecto al sistema salud. En palabras de Pérez y Argueta (2019), 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” (p. 63). Es decir, lo que sustenta y comprueba 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, como peso político, 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), 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” (p. 1063).

Según Mignolo (2007), 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” (p.36). Desde esta perspectiva se puede comprender que la colonialidad del saber médico occidental se impone con un grado de verdad pero que, al mismo, tiempo dada su evolución tecnológica, se hace exclusivo; por ejemplo, hace real el hecho de que no es un saber accesible para cualquier persona en el mundo.

En nuestro país, 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.) “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” (párr. 1). Esto quiere decir que el sistema de salud en México está siendo aún colonizado por los intereses del capital y del Estado occidentalizado; 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 desde Occidente 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 son resultado de procesos de exclusión, maltrato, humillación, explotación, etc. Aunado a ello, los logros de la medicina alópata son consecuencia de abusos y experimentos desde la época colonial; lo que finalmente hace de esta ciencia una que al mismo tiempo que pregona salvar vidas deshumaniza. Esto quiere decir que la medicina occidental es resultado de prácticas culturales; es un producto cultural, como lo ha señalado Granados (2020)²: “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” (2020, min. 10:47); y agregamos, que obedece en muchos sentidos a la lógica del capital y que es heteronormada.

Por otra parte, si este saber médico occidental 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 indígena es uno de los sectores que difícilmente tienen acceso a servicios biomédicos de calidad, por ende, en situación de emergencia sanitaria mundial, como la causada por la COVID-19, se encuentran en condiciones de muy alta vulnerabilidad y de discriminación.

Lo anterior debido a la consecuencia histórica 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). Mignolo, parafraseando a Edmundo O’Gorman, plantea que “la invención de América implicó la apropiación del continente y su integración en el imaginario eurocristiano” (Op. Cit., 29).

² CIEG UNAM. (5 de noviembre 2019). La dimensión heteropatriarcal de la medicina. [video conferencia] Facebook. <https://www.facebook.com/709947729096352/videos/689097898397484>

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, 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 que los rodea. Para el caso de los amuzgos en el estado de Guerrero, se encuentra presente en sus prácticas religiosas, tradiciones, costumbres y en el proceso de atención y cuidado de la salud; las cuales en el contexto de la pandemia fueron revitalizadas para enfrentar la COVID-19. El conocimiento –saber amuzgo para el cuidado de la salud fue el primer recurso médico que la población tuvo y prefirió para enfrentar padecimientos por fiebre, dolor de cabeza, tos y otros malestares comunes al coronavirus.

Prácticas médicas de prevención, atención y cuidado en la medicina tradicional amuzga

...para decir que es medicina propia decimos naseincue
DAVID VALTIERRA, AMUZGO

Está uno sólo, 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
ELISEO³, CURANDERO

Las prácticas médicas tradicionales y sus saberes, modos y formas para prevención y atención de la salud, han existido por siglos en todas las

³ 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.

culturas del mundo. Durante y desde la conquista de América Latina, se ha intentado eliminar a los pueblos indígenas junto con sus conocimientos para ser sometidos a dinámicas y creencias ajenas a sus usos y costumbres, pues se oponen directamente a la idea del desarrollo impuesto por occidente. Frente a ello:

Destruídos 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 amuzga de *Suljaa'* y *Lunja'*, que han cuidado y preservado uno de los conocimientos más importantes para su cosmovisión: la medicina tradicional amuzga.

Particularmente, en la cultura amuzga existen tres figuras tradicionales principales que brindan atención a la salud: los curanderos, las parteras y los hueseros, aunque también se toman en cuenta a los rezanderos (una suerte de sincretismo con la religión católica) pues la fe juega un papel fundamental para la mayoría de los amuzgos (sobre todo para los abuelitos y abuelitas) y la relación que esta tiene en su estado de salud en general. En el municipio de Xochistlahuaca existen alrededor de 80 médicos tradicionales⁴. Cabe señalar, por ejemplo, que la partería es algo que, según Elia, curandera e hija de una partera fallecida, es un conocimiento que se está perdiendo.

En la cosmovisión amuzga, la enfermedad se percibe 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 Geovani, joven amuzgo que vive en *Lunja'*, nos explicaba

⁴ Información obtenida de trabajo de campo durante el año 2020 para la elaboración de tesis de Geovani, estudiante amuzgo egresado de la ENAH de la licenciatura en Antropología Social.

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” (trabajo de campo, octubre 2020). Es decir, cuando enferma el alma, el espíritu, después enferma al cuerpo. No obstante, también hay enfermedades exclusivas del cuerpo, que los conocedores diferencian de las otras por los síntomas y además se apoyan con otro tipo de prácticas como preguntarle a la canasta y a los santos.

Por ejemplo, hay dos padecimientos comunes entre los amuzgos que refieren a situaciones muy particulares: “olor de muerte”⁵ 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” (Geovani, comunicación personal, 8 diciembre 2020). La *gripa de muerto* refiere concretamente la gripa que da en la época entre noviembre y diciembre, fechas que circundan 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 cuida a sus casas de allá. (Elia, entrevista noviembre 2020)

La mezcla de los saberes medicinales, tanto tradicionales como biomédicos en las dos comunidades amuzgas es algo ya cotidiano. Para una persona amuzga, 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

⁵ En otro espacio de comunicación personal, Geovani nos comparte lo siguiente: “Un velorio representa un contexto donde una persona se puede enfermar de coraje (especialmente los niños y ancianos porque “tienen la sangre débil”). Es decir, el “olor del muerto no es una enfermedad en sí mismo, es la vibra o energía que emana en ese entorno, y esa vibra es lo que provoca la enfermedad llamada coraje” (enero, 2020).

tengan las personas para comprar el servicio médico y los medicamentos necesarios. Enfermedades comunes como las respiratorias (la tos, la gripe, fiebre, resfriado), diarreas, dolor de huesos, por ejemplo, han sido tratadas por los médicos tradicionales con hierbas, plantas, raíces, cortezas, pues tratarlos con pastillas puede generar también efectos secundarios. 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” (entrevista, noviembre 2020).

Por otra parte, acudir al sistema de salud público genera desconfianza en la mayoría de la población amuzga, pues han sentido discriminación y rechazo. Consideran que el idioma es una de las barreras que impiden un acercamiento que inicie con confianza hacia el personal médico del sistema oficial de salud, involucrando además situaciones que les mancilla e infunden poco respeto hacia la población indígena. Al respecto, compartimos aquí un par de fragmentos de entrevista que nos muestran estas dificultades. El primero es de un joven amuzgo, y el segundo de un médico alópata amuzgo:

[...] 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. 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... (Geovani, 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, octubre 2020)

En un encuentro realizado en Ometepec el 21 de octubre de 2020 para exponer sobre cómo ha afectado la pandemia en la región amuzga, pobladores de la región, profesionales de la salud, personal médico y protección civil asistieron para dar su palabra y compartir su experiencia. Un sociólogo amuzgo 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 amuzga tienen estrecha relación con su vínculo con la naturaleza, las plantas y otros recursos que se encuentran en su región, “Especialmente el equilibrio y la armonía que debe tener la persona con su entorno” (Geovani, comunicación personal, enero 2021).

Reconocen, por otra parte, que la alimentación de los adultos es más sana, existe aún una relación de mayor conexión entre su cuerpo, su estilo de vida y la naturaleza, pues han encontrado, en esta, soluciones históricas para la sobrevivencia. Sin embargo, admiten que la salud está mermando por el consumo de refrescos y comida chatarra, sobre todo en la población joven.

Diálogos y procesos interculturales: La experiencia amuzga en Xochistlahuaca y 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, AMUZGO DE COZOYOAPAN

...como le digo pues... ellos nos tienen miedo
y nosotros también a ellos.
GRACIELA, CURANDERA

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 no occidentales 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 procesos interculturales, un movimiento dialéctico, autocrítico, dialógico, en el que las palabras tengan significado y una real resonancia con los hechos.

La diferencia entre interculturalidad y proceso intercultural es abismal. 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 entretejida 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):

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. (p. 32)

La interculturalidad, en este sentido, se ha comprendido y propuesto como algo estático. 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 procesos 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 proceso 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), 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” (p. 34). Para Rivera Cusicanqui (2014), hay que buscar en las experiencias comunitarias y promover cambios desde adentro, promoviendo un hacer endógeno.

A partir de lo expuesto anteriormente, pensar en un diálogo intercultural entre el saber occidental y el saber tradicional amuzgo 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) “el ‘diálogo’ se iniciará cuando deje de imponerse el monólogo de una única civilización, la occidental” (p. 24).

Particularmente, en esta geografía amuzga se vislumbraron algunas tensiones que genera la interculturalidad estática, antes de comprenderla como proceso. Reconocer la existencia del amuzgo y sus conocimientos respecto a la medicina tradicional es posicionarse desde una perspectiva alienante, toda una lógica colonial. Más bien, para iniciar con un diálogo y procesos interculturales, implicaría asumir la coexistencia de ambas realidades.

La llegada de la COVID-19 a Xochistlahuaca data de finales mayo del 2020, cuando se registra el primer caso. Existen varias versiones

sobre cómo fue que llegó el virus, algunos de los más ancianos y religiosos piensan que es un castigo divino, incluso parte de la población decía que era un invento político con una lógica de exterminio. La desconfianza de la población ante esta emergencia sanitaria internacional tiene una razón histórica de ser, como lo describimos renglones arriba. No obstante, el virus llegó afectando a la población más vulnerable: personas de la tercera edad, personas con otras afecciones como diabetes, hipertensión, obesidad. Si bien estos 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 desde la biomedicina (médicos mestizos y médicos indígenas; enfermeras indígenas, paramédicos/protección civil mestizos). La complejidad que implica comprender este escenario tiene que ver con por lo menos tres factores relacionados intrínsecamente entre sí: la situación de clase, género y procesos de racialización. Y viene *ad hoc* la reflexión de Rivera Cusicanqui (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 el 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 realizadas, los médicos alópatas entrevistados sostuvieron una postura muy clara: si un paciente indígena quiere recurrir a sus creencias y medicinas tradicionales *está bien*, la biomedicina está para rescatar si llegaran a cometer algún error o que no provean una adecuada atención. Una mirada jerárquica donde parecieran comprender 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 Carlos Mendoza, director de protección civil de Ometepepec donde se encuentra el hospital regional COVID. Nos describe, *desde su mirada*, las acciones y actitudes de los amuzgos 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 cubreboca, 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” (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. (noviembre 2020)

Desde su perspectiva, Elia cree que los médicos alópatas tienen más problema con las parteras que con los curanderos.

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 alcance de lo occidental, sobre todo reconocen algunos saberes de las parteras además del uso de té 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. Los primeros tienen una estructura institucional que permite observar con mayor detalle esta 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 amuzgo, pues generan relaciones de confianza con los familiares del enfermo y el enfermo mismo. 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 entablar entre la población y sus instituciones de salud.

Observamos pues, que las instituciones de salud públicas y la lógica del saber occidental siguen reproduciendo una dominación sobre la población amuzga 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 estructura colonial; al contrario, se disfraza y se continúa reproduciendo.

Reflexiones finales

Visibilizar las tensiones y contradicciones vividas en las comunidades amuzgas de Guerrero a partir de dos saberes medicinales implicó poner nuestra mirada en prácticas que buscan mantener la salud en la población y en discursos tanto oficiales como de la gente de la comunidad, entre ellos, curanderos y parteras. No obstante, más allá de este objetivo, nos percatamos de discursos y acciones cotidianas que reproducen un sistema sanitario jerárquico, clasista y excluyente, que forma parte de esta práctica social biomédica, una situación condicionada históricamente que rebasa la voluntad de cada uno de los sujetos involucrados. Y, por otra parte, como tensión, resistencia y antagonismo, se observa el saber médico tradicional, aquel que vincula el estado del cuerpo alma-espíritu con el medio físico que circunda al ser: conocimientos y prácticas amuzgas particulares que surgen de su cosmovisión.

En este sentido, comprendemos que las dinámicas de vida en el sistema occidental nos han conducido a situaciones que hacen peligrar nuestra vida, rompiendo por ejemplo el vínculo entre la tríada cuerpo-espíritu-naturaleza. Podríamos añadir que hablar de inclusión es contradictorio en tanto queremos buscar impulsar procesos interculturales o diálogos entre saberes. Incluir es permitir que el otro entre en mi mundo, en mi saber, en mi verdad. Coexistir tiene que ver más con escuchar las distintas perspectivas que conforman realidades concretas para poder deconstruirlas desde otra mirada.

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 sometido a las llamadas minorías, de tal forma que se han logrado construir realidades complejas, incluso dolorosas. Sin embargo, no podemos negar que el conocimiento occidental –en sus distintas formas- se hacen presente en mundo amuzgo, y que incluso ha sido parte clave de distintas luchas que se han construido desde lo local. Por tal razón, consideramos importante una aproximación a la otredad desde la horizontalidad, igual y sin diferencias. Esto implica considerar el conocimiento tradicional al mismo nivel del llamado “conocimiento científico”; si no superamos este obstáculo volveríamos al mismo punto de inicio sin avances previos.

Referencias

- AGUIRRE, P. I. (2007). *Amuzgos de Guerrero*. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.
- ALARCÓN, M. A., Vidal, H.A. y Neira, R.J. (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, A. y ROSERO, J. R. (2016). Colonialidad de la naturaleza: ¿imposición tecnológica y usurpación epistémica? Interculturalidad, desarrollo y re-existencia. *Nómadas*, 45, 27-41. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75502016000200003&lng=en&tlng=es.
- ALICE CES. (2014, 12 marzo). *Conversa del mundo- Silvia Rivera Cusicanqui y Boaventura de Sousa Santos* [Archivo de Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=xjgHfSrLnpU&t=1183s>
- COMBONI, S. S. y Juárez N. J.M. (2013). Las interculturalidad-es, identidad-es y el diálogo de saberes. *Revista Reencuentro*, 66, 10-23. <https://www.redalyc.org/pdf/340/340270190002.pdf>
- CIEG UNAM. (5 de noviembre 2020). *La dimensión heteropatriarcal de la medicina* [Descripción audiovisual]. Facebook. <https://www.facebook.com/709947729096352/videos/689097898397484>

- MIGNOLO, W. (2007). *La idea de América Latina. La herida colonial y la opción decolonial*. 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, R. M. y Argueta, V. A. (2019). *Etnociencias, interculturalidad y diálogo de saberes en América Latina. Investigación colaborativa y descolonización del pensamiento*. Juan Pablos Editor.
- VALTIERRA, D. (2012). “Nn’aⁿncue Ñomndaa”. En F. Gonzáles, H. Santos, J. García, F. Mena y D. Cienfuegos (Coord.). *De la oralidad a la palabra escrita. Estudios sobre el rescate de las voces originarias en el Sur de México* (pp.321 – 332). El Colegio de Guerrero y Editora Laguna.

INTERCULTURALIDAD COMO MECANISMO PARA ENFRENTAR LA DESIGUALDAD SOCIAL

Virginia Guadalupe Reyes de la Cruz

Ante la pandemia por COVID-19, los pueblos originarios, dado las condiciones de desigualdad social en la que han estado subsumidos históricamente y ante la emergencia sanitaria que se vive actualmente a nivel mundial, han venido a visibilizar con mayor fuerza las condiciones de precariedad sanitaria en la cual se ven envueltas las comunidades rurales de Guerrero, el sur sureste de México y de las comunidades de pueblos originarios del mundo. El presente texto tiene la finalidad de mostrar cómo las prácticas interculturales han coadyuvado en el cuidado de la salud y las acciones que, desde sus saberes comunitarios, herbolarios, de cuidado integral de su salud en el aspecto bio, psico y sociocultural, los ha llevado a posicionarse como un grupo que resiste en la marginación como el grupo Amuzgo y sobre todo visibiliza la grandeza de su cultura.

Para desarrollar el presente capítulo se ha dividido en tres apartados, el primero enfocado a la metodología, en el segundo se aborda la noción de interculturalidad y cómo la referenciamos desde sus contextos, para así integrar el tercer apartado en el cual se analizan las prácticas sociales que se han realizado en las comunidades indígenas en pro de la salud de sus ciudadanos y enfrentar al virus a partir del análisis de riesgo.

Este ejercicio sin precedentes en las comunidades indígenas, a inicio de siglo y de década, nos orilla a revalorar las culturas originarias, los saberes que se han desechado por siglos en aras de una ciencia que “todo lo puede”, y que ahora vemos que su conocimiento no lo es todo, sino que hay otros elementos que pueden colocarse como mecanismos de defensa ante una pandemia que se ha caracterizado como letal. Al menos eso han demostrado hasta esta primera fase y de trabajo de campo realizado en el año 2020 en México, en el pueblo amuzgo de Guerrero. Estaríamos enfrentando un desafío mayor en el 2021 en el

cual la historia está por escribirse y en la cual cada persona enfrentará, de acuerdo con su idiosincrasia, alimentación y prácticas sociales del cuidado de la salud, a la mortal pandemia en México.

Digo mortal por el número de fallecidos a nivel nacional, en el cual los mexicanos hemos perdido al día de hoy 12 de enero del 2021, 135 682 mexicanos, de los cuales 36.65% son mujeres y 63.35 % son hombres. De este grupo de fallecidos, el mayor rango impactado a nivel nacional se encuentra entre 50 a 70 años en hombres y en mujeres de 55 a 74 años (*COVID-19 Tablero México* consultado el 12 de enero del 2021). Lo cual nos refiere a una población potencialmente activa.

En nuestros municipios amuzgos de Guerrero tenemos el mayor número de fallecidos con 37, de los cuales desagregados por edad tenemos en un rango de 55 a 79 años y, en menor medida, a las mujeres en edades de 45 a 79 años; esto para el municipio de Ometepec, seguido con 4 en Xochistlahuaca, impactando por igual a hombres y mujeres, es decir, 2 casos por sexos en edades mayores de 50 años y Tlacoachistlahuaca con una defunción presentada por un hombre ubicado en el rango de 70-74 años de edad. Esto de acuerdo con la página del CONACYT que registra dichos datos (*COVID-19 Tablero México*, 2021).

Ante esta situación, como podemos ver de acuerdo con los datos de fallecidos, el número de casos es muy bajo respecto a otras comunidades o municipios y aquí es donde empiezan los cuestionamientos, ¿qué sucede?, ¿cuáles son las estrategias que han desarrollado?, ¿cómo se cuidan?, ¿dónde lo aprendieron?, entre otras. Porque revisando otros casos de grupos étnicos a través de artículos, foros, conversatorios, etcétera, vemos que existen contagios y que algunos textos los presentan como que la pandemia está cambiando la vida de las personas en las comunidades y los está llevando a niveles de violencias desmedidas y que se han incrementado con la enfermedad por COVID-19. Quiero aclarar que esto sucede mayoritariamente en municipios con población originaria que traen ya desde antes de esta contingencia, un movimiento social en defensa del territorio y que aun con la pandemia, algunas mineras han seguido trabajando y esto ha llevado a que se contagien miembros de las comunidades. Esto lo detectamos en trabajo de campo con comunicadores en defensa del territorio de Oaxaca, dentro del proyecto *Violencias estructurales* del cual soy participante. Lo cual quiere decir

que las actividades tradicionales propias de nuestros pueblos, por desarrollarlas en espacios al aire libre, con sana distancia –pues se trabaja con las familias básicamente– coadyuva a su cuidado, mientras que en una minera la dinámica de trabajo es otra, va desde el transporte a la minera. En donde los cuidados no se supervisan y controlan la sana distancia. Si bien se habían prohibido actividades no esenciales, aquí vemos ya una violación a esta norma y ¿quién regula?, es la pregunta que surge. Por eso ahora los debates ante el incremento de casos si se cierran los restaurantes o no en las ciudades, pero en lo rural quién regula. Son algunas cuestiones que veremos en un entorno rural, marginal, con organización tradicional indígena y, en el caso de los Amuzgos de Guerrero, sin actividad minera en el contexto de su vida cotidiana.

Metodología

El presente estudio se construye a partir de una metodología que comprende un diálogo intercultural, con un análisis horizontal de los diversos elementos que integran un problema social, con la intención de complementar los saberes de la cultura propia con la cultura del contexto estudiado en una dimensión más amplia.

En este sentido, para el análisis de la información se utilizó una metodología de análisis de riesgos creada por la ONU y adecuada por Reyes (2020), la cual se puede entender a partir de una fórmula matemática abordada desde un análisis cualitativo, en donde la relación entre las variables da como resultado el riesgo en que se encuentra la comunidad:

Figura 1
Metodología de análisis de riesgos



Reproducido de Reyes de la Cruz, V. G. (2014:4). Estrategias para la prevención de riesgos. UABJO/CONACYT, Oaxaca, México.

La amenaza es cuando reconocemos indicios físicos, sismológicos o emocionales de que algo malo está por suceder, en este caso que abordamos, la amenaza se traduce en el virus de la COVID-19 y las manifestaciones que genera por sí mismo en el tema de salud.

Las vulnerabilidades están relacionadas con la población en el grado que las personas pueden ser susceptibles a las pérdidas materiales, daños a las familias ante la pérdida del empleo, la saturación por las actividades en las comunidades, sufrimientos que pueden estar relacionados al grupo de edad, pues los niños y jóvenes ven afectadas sus formas de relacionarse en edades clave. El confinamiento y la educación remota construyen un estrés en ciertos estudiantes, quienes pueden desarrollar mecanismos para relacionarse entre unos y otros de acuerdo a los géneros y el impacto por la muerte repentina que provoca la enfermedad. En este caso de la población indígena amuzga tiene que ver con los elementos de la comunidad que, desde la perspectiva urbana-occidental, se significan como debilidades y que afectan también, tales como hospitales, médicos, ambulancias, medicinas, carreteras, lugares cercanos para proporcionar atención, lugares de intercambio comercial para la satisfacción de sus necesidades básicas, entre otras.

Las capacidades son aquellas que se desarrollan en relación con distintas condiciones; en lo físico-material, en la organización de las comunidades y en el ámbito de las actitudes y las motivaciones. Respecto a nuestra comunidad Amuzga, además de fungir como una solución a las vulnerabilidades observadas, se presumen desde la perspectiva de la comunidad como una fortaleza o una característica que permite una vida encaminada al bien *en y para* la comunidad. Que desde la perspectiva de los pueblos originarios marcan otras lógicas para su interacción y, como hemos visto, el cierre de comunidades ha coadyuvado para que el virus no ingrese a la población, pues sin la movilidad se disminuye el riesgo.

Como puede irse notando, esta metodología implica una conexión entre dos perspectivas, la primera que proviene de estructuras globalizadas e históricamente hegemónicas; con una segunda que requiere un esfuerzo por comprender la cosmovisión de otras culturas, en este caso la de la etnia Amuzgo, en Guerrero.

Finalmente, el riesgo es el despliegue de conclusiones de un balanceo de las tres variables antes mencionadas mediante un análisis cualitativo. Así, este riesgo busca reconocer las preocupaciones de ambas culturas, permitiendo que las acciones que pudieran generarse a partir de este tipo de estudios, como políticas públicas o acciones sociales, vayan acorde a los intereses y preocupaciones de ambas culturas y sobre todo del cuidado de la población.

Para el análisis cualitativo se consideran las entrevistas realizadas dentro del proyecto “Los amuzgos de Guerrero ante el COVID-19: enfrentamiento de la fase 3 y el reforzamiento sanitario, económico, social, familiar y político pospandemia” con financiamiento CONACYT dentro de la “Convocatoria 2020-1 Apoyo para proyectos de Investigación Científica, Desarrollo Tecnológico e Innovación en Salud ante la Contingencia por COVID-19” en el cual se aplicaron un total de 64 entrevistas abiertas a través de actores clave en estas comunidades amuzgas de Guerrero, de las cuales utilizamos pseudónimos para proteger la identidad de los entrevistados. Aquí ponderamos las categorías de salud, educación y comunidad tanto en la variable de vulnerabilidad como en la de capacidades. Dentro de estas categorías se fueron desplegando diversas subcategorías de acuerdo a los fragmentos de las entrevistas, relacionándolas entre sí, mismas que coadyuvaran en la explicación de nuestra premisa de la cual se parte y que es que ante la pandemia, el reconocer su potencial de conocimiento herbolario y medicina tradicional, más sus prácticas sociales ante la marginación social, la interculturalidad les permite retomar lo que viene de fuera para fortalecerse con lo que se tienen al interior de las poblaciones amuzgas de Guerrero, mismo que también sucede en otras latitudes como las de Oaxaca, desde el contexto en el cual se escribe este documento y que puede ser replicable para entender y comprender las lógicas comunitarias, basadas en otras epistemes. Dar paso entonces a un diálogo intercultural, sanitario y de cuidado de la población en su conjunto. Porque la vida es sagrada, como sagrada es la naturaleza y la madre tierra, somos un continuum. Por eso a continuación trataré de abordar una dimensión intercultural en este sentido del cuidado de la salud.

A qué le llamamos interculturalidad en tiempos de pandemia

Si bien hemos escuchado hablar del concepto de interculturalidad desde una perspectiva de la educación, los movimientos sociales, las perspectivas de género, todos ellos están relacionados a cómo pensarnos desde otras formas de conocimiento que nos permitan entendernos y en la que los diferentes constructos que realizamos tengan impacto en nuestras formas de relacionarnos y construirnos como sujetos sociales.

Hoy en día ante la pandemia, el reconocimiento de otros saberes y estrategias que fortalezcan las capacidades de nuestros pueblos nos pueden ayudar a mitigar el efecto, así como a disminuir los riesgos de contagio de una forma u otra de pensarnos y no de las formas que la política pública del cuidado de la salud nos ha marcado. Pues todos y todas hemos vivido ya a estas alturas los riesgos que enfrentamos no sólo como pueblos originarios, sino como humanidad en la que pueblos originarios, afromexicanos, mestizos y todas las razas del mundo nos vemos involucradas.

Construirnos en el reconocimiento de los riesgos que tiene esta pandemia nos permite retomar lo que nos hace fuertes, tales como son nuestras capacidades que nos dotan nuestras culturas y que dentro de un devenir histórico se ha enfrentado una serie de enfermedades en las cuáles se ha sobrevivido. Si bien la ciencia médica ha tenido sus avances, hoy en día se encuentra limitada y, por ello, los altos niveles de mortalidad que se han vivido en el mundo, y particularmente en México, se dice que esto es parte de los excesos que como sociedad hemos tenido y que se enmarca en lo que es el cambio climático. Enfermedades sin precedentes en nuestra historia como humanidad y con un alto nivel de contagio como resultado de la implementación de políticas económicas que favorecen el intercambio comercial y no la salud de los ciudadanos en la lógica de no enfrentar una crisis económica. Lo cual es contradictorio y poco ético. Pero esta es la forma en cómo ha venido operando nuestra sociedad. Por ello, las condiciones de desigualdades que enfrentamos son cada vez más, en donde se nos ha llegado a señalar por especialistas que son pocos los grupos que manejan las economías globales, basadas en el extractivismo, los agronegocios, las hidroeléctricas y que consistentemente violan los derechos conquistados por las organizaciones étnico-políticas.

Por tal motivo, para este caso se busca analizar la problemática de la salud desde, con y para las personas indígenas que habitan las áreas rurales. A ello se añade que la crisis actual que experimenta esta situación de salud a raíz de la emergencia generada por el avance de la pandemia por la COVID-19 en todo el mundo y de las opciones gubernamentales en favor de modelos únicos y centralizados de Salud no sólo riñen con la gran diversidad de situaciones y contextos a los que hay que responder, sino que también ponen en evidencia la tentación de regreso a un monoculturalismo, acallando las formas otras del cuidado de la salud. Como aquellas que han desarrollado altamente los pueblos originarios y que dentro de su cosmovisión introyectan a la salud como un elemento central dentro de sus formas de concebir al mundo, pues una persona sana interactúa no sólo con las demás personas, sino con el medio ambiente y sobre todo con una energía cósmica.

En este sentido, es cuando se hace necesario mirar esas formas otras que permiten analizar las prácticas culturales de salud y las forma holísticas de tratarla, mismas que integran lo psico, bio y sociocultural que nos permitiría contribuir a la generación de conocimientos y la creación o fortalecimiento de proyectos de salud alternos, así como a la formación de expertos indígenas, criollo-mestizos y afrodescendientes en el campo de una interculturalidad transformativa que sitúe los diversos planos de la multiethnicidad en un horizonte de una nueva praxis social que trascienda la coexistencia entre pueblos y colectivos diferentes y avance hacia una verdadera convivencia democrática, construida por todas y todos en una acción cotidiana comprometida con el respeto por las diferencias y que asume la diversidad como valor de forma transversal en los sistemas de salud con mirada intercultural. Elementos que han quedado fuera de la disciplina porque siempre se piensa que la ciencia es la única que genera los conocimientos y los medicamentos alópatas que provienen paradójicamente de las plantas que en la mayoría de las veces proceden de estos lugares marginales, sólo que no son mercadológicamente rentables para las grandes farmacéuticas y ahora ante la espera de la vacuna que implica costos elevados. Por ejemplo, en México y varios países se han realizado muestreos de fórmulas, pero también de placebos que nos dice que el cuerpo humano reacciona ante diferentes situaciones como un regulador en tanto tiene el estímulo deseado para controlar la enfermedad. Estos

experimentos no sólo se han realizado ahora con la pandemia, sino que llevan años trabajándose con enfermedades como cáncer principalmente, de acuerdo con varias investigaciones realizadas en Estados Unidos.

Estos saberes que ha recuperado la ciencia y que ha medido y probado es lo que las comunidades indígenas trabajan a nivel de las cosmovisiones de sus poblaciones y los niveles de conexión emocionales que provocan sanidad en los organismos, porque están vinculados a procesos de espiritualidad y de totalidad. Cuestiones que la ciencia había separado para su mayor comprensión como lo menciona Kosik (1985) en su obra de la *Totalidad Concreta*, pero que hoy nos interpela para dialogar y construir nuevas rutas en la forma de cómo tratar al sujeto de la salud y cómo vincular sus contextos para darle un tratamiento holístico.

Dos aspectos clave de preocupación en este capítulo es el diálogo interepistémico entre los saberes comunitarios de la salud versus ciencia occidentalizada, puesto que el contexto que analizamos es construido desde otros referentes y la visión de la salud occidentalizada es otra forma de construir una perspectiva de salud. En este sentido, la forma en cómo se ha trabajado la salud, que como ya vimos ha costado muertes, no de uno ni de dos, sino de cientos de mexicanos que equivalen a números de familias afectadas y hasta familias desaparecidas, en lugares donde el contagio ha sido masivo; por lo que vale la pena analizar y ver cuáles son esas prácticas cotidianas que han realizado los grupos étnicos en condiciones de desigualdad social y que les ha servido como mecanismos para enfrentar esta situación mundial en una primera fase.

Existen muchos conocimientos que en el devenir histórico de la medicina han enriquecido las formas otras de procesos de salud, tal como los médicos y las parteras, la medicina comunitaria en diálogo con la medicina alópata, y que ahora esto les ha redundado en beneficios para tratar la pandemia. Pues en las comunidades Amuzgas, de acuerdo con el trabajo de campo, han combinado la herbolaria con la alopátia para enfrentar a la COVID-19.

Desde el horizonte de la descolonización, estas nuevas formas de construir y reconstruir conocimientos posibilitarán también la formación de los nuevos enfoques alternativos que transformen y construyan nuevas relaciones sociales alineadas con la justicia social y la Vida para el Bien Común, que es lo que subyace en el pensamiento de los pueblos,

no la ganancia por la mercancía. Son tiempos de pensarnos globalmente, pero de actuar localmente y sobre todo cuando se trata de la salud de nuestros seres queridos, en una situación de vida o muerte.

Por tanto, se entenderá en este capítulo a la interculturalidad como una dimensión metodológica que nos permite comprender en un diálogo ontológico-epistemológico entre dos formas de construir al mundo, uno desde la ciencia occidental marcada por un positivismo radical que no permite ver la integración del ser humano como una construcción sociocultural, biológica y espiritual que cohabita en un territorio con un potencial desarrollado por las capacidades que le proporciona la comunidad en la cual se construye como parte de una interculturalidad viva ante la necesidad emergente de salud.

En este sentido, se busca dejar de lado el contexto de colonización, como es el caso de América Latina, en la que la investigación científica históricamente ha sido realizada desde enfoques y metodologías disciplinarios en línea con la lógica eurocéntrica de producción de conocimientos, a diferencia de cómo opera la construcción de conocimientos entre otras sociedades. Históricamente, la colonización del saber, del ser, del hacer y el racismo derivado de ello ha incidido en que, en este tipo de investigación, las epistemologías y epistemes de los pueblos indígenas, campesinos y afrodescendientes hayan sido ignoradas, situación persistente en la práctica médica actual. Por ello, las personas y comunidades indígenas son concebidas como meros objetos de conocimientos, y los procesos de construcción y reconstrucción del saber propio son relegados y marginados. La investigación adquiere así un sentido y práctica extractivistas que denotan su carácter colonial.

Frente a esta situación, la investigación en el campo de la salud y en contextos multiétnicos como los anotados busca develar nuevos conocimientos y metodologías que permitan una mejor descripción, comprensión y explicación de las complejidades que presentan los escenarios de diversidad social y cultural de los pacientes y médicos, de pueblos indígenas, comunidades étnicas y demás poblaciones. Todo ello a partir de una mirada muy concreta desde los Amuzgos de Guerrero y desde un enfoque de riesgos que permite valorar, como se ha mencionado, la vulnerabilidad y las capacidades ante una amenaza. Por lo que a continuación se abordarán las prácticas sociales de la comunidad.

Prácticas sociales a partir del análisis de riesgo

Como se ha señalado líneas arriba, el análisis de riesgo nos permite tener un acercamiento a las condiciones de vulnerabilidad de una población si la vemos de manera integral y dando cuenta de sus capacidades para enfrentar una amenaza como lo es hoy la pandemia de la COVID-19. Ante ello y en un marco dialógico con la perspectiva del sector de la salud nacional frente a la puesta en marcha de la defensa de su población de una comunidad étnica. Por lo que iniciaré retomando nuestra metodología del análisis de riesgo, que como ya se explicó líneas arriba, se integra por la amenaza, seguida de la vulnerabilidad y las capacidades para finalizar este apartado del capítulo con el riesgo.

Amenaza

Al aplicar esta fórmula de Riesgos, la amenaza es el primer elemento que debemos de identificar y ver de qué manera afecta a la población Amuzga. En este sentido, siguiendo esta línea metodológica, lo que hoy afecta no sólo a las comunidades de los pueblos originarios, sino al mundo entero es la pandemia COVID-19 a causa del SARS-CoV-2, de la que su evolución ha sido registrada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS, OPS, 2020), iniciando como una neumonía de la que se desconocía la causa, anunciada el 31 de diciembre del 2019 por la República Popular China. Posteriormente, se identificó como un nuevo coronavirus el 9 de enero del 2020. El 30 de enero se convirtió en Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). El 11 de febrero se abrevia el padecimiento “enfermedad por coronavirus 2019” como “COVID-19” y el virus “coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo” como “SARS-CoV-2”. El 11 de marzo se declara la pandemia y el 31 de julio se reafirma la emergencia. Para el 9 de julio se anuncian los co-dirigentes del Grupo Independiente de Expertos en Preparación y Respuesta ante Pandemias (IPPR por sus siglas en inglés) para evaluar la respuesta mundial a COVID-19, siguiendo con una resolución aprobada en mayo por la Asamblea Mundial de la Salud.

De acuerdo con datos de la OMS (2020), al 11 de noviembre del 2020 se tenía una mortalidad a nivel mundial de 1.26 millones de personas y para México de 95,225 fallecidos. Para el caso de México, las comorbilidades principales que ponen en riesgo a las personas son la hipertensión, obesidad, diabetes y tabaquismo (Gobierno de México, 2020a); como condiciones de vulnerabilidad se encuentran también el embarazo, latencia materna, enfermedad pulmonar, asma, enfermedad cardiovascular, enfermedad renal, estados patológicos con tratamiento inmunosupresor, infección por VIH, cáncer y la combinación de comorbilidades que cumplen valor de vulnerabilidad (Gobierno de México, 2020b).

Ante esto, la comunidad comenta que la población más afectada en su comunidad es la de los adultos mayores, pero además existen enfermedades que agravan la situación, pues hay quienes tienen enfermedades crónicas, siendo las principales en el estado de Guerrero: hipertensión, diabetes, obesidad y tabaquismo (Gobierno de México, 2020a). La zona Amuzga que abarca Xochistlahuaca, Zacualpan, Ometepec y Tlacoachistlahuaca presenta como principales comorbilidades las mismas que en el país, integrando el asma en vez de tabaquismo en Ometepec. Por otra parte, los entrevistados señalan que la infección en la población ha cobrado la vida de varios a raíz de esta situación, sobre todo en gente mayor.

Si bien no todos los decesos se han confirmado mediante una prueba de COVID, los síntomas se asemejan: "...nadie puede asegurar que fue de COVID, sino que hablando con sus hijos que les dicen los doctores que si fue eso por los síntomas que presentaron" (Entrevista Said, septiembre, 2020). Los médicos de la zona no pueden confirmar esta situación en varios casos debido a que la población ha evitado acercamientos con los centros de salud: "decían que si iban al hospital los íbamos a inyectar y los íbamos a matar..." (Entrevista David, septiembre, 2020); "por temor a que han escuchado rumores de que, si ellos se enteran, avisan allá y vienen y te inyectan y con esa inyección matan, entonces la gente por temor a que pase eso prefiere no decir..." (Entrevista Pedro, septiembre, 2020). Sin embargo, su historial médico y los síntomas anunciados indican probabilidades altas de haber sido contagiados. Así, aunque no se realicen la prueba, las instancias de salud o el estado las determinan como COVID: "hay certificados que podrían decir otra

causa de defunción, pero ya con el resumen la jurisdicción la dictamina junto con el estado y van cambiando los diagnósticos finales” (Entrevista David, septiembre, 2020).

Aquí podríamos concluir de esta primera aproximación, la falta de difusión y comunicación asertiva por parte de las diferentes instancias de salud y autoridades encargadas para dar cuenta de la amenaza que se enfrenta en las comunidades. Si no se maneja como amenaza se cae en la desinformación y relatos como los que se señalan líneas arriba por parte de los pobladores.

Vulnerabilidades y capacidades

En esta categoría, desde la perspectiva de la población donde se incluyen médicos y maestros, hay un apoyo mínimo en el área de salud, falta de medicamentos, los médicos no fungen como traductores y hacen falta más médicos que puedan atender a toda la población. La distancia es una característica que influye también en la atención médica, pues se habla de la necesidad de traslados. Sobre las instalaciones hace falta tanto espacio como equipo para atender a los pacientes.

Sobre el apoyo mínimo que se percibe en la capacidad médica hubo quien, por lo mismo, considera que existe discriminación “no hay confianza con los médicos porque no los tratan bien, los discriminan, no les dan atención pues que ellos piensan que deben de dárselos” (Entrevista Eduardo, septiembre, 2020). Esta percepción de la población se basa justamente en la forma en cómo se ha enseñado al médico desde una perspectiva que no le permite dialogar con ese otro que trae prácticas sociales diferentes y luego tienden a discriminarlos, como lo señala el entrevistado y esto redundando en una mala atención por parte del sector salud.

Un detalle más es que la población misma reconoce que prefiere no atenderse por diversas razones, entre ellas que no tienen el hábito o el interés, por desinformación, incredulidad ante las instancias de salud y ante la COVID-19, por temor, recursos económicos o por ponderar las creencias comunitarias, lo cual al parecer tiene mayor peso. En este sentido, vemos cómo la comunidad privilegia las prácticas comunitarias de salud, vinculadas a una medicina tradicional, mismas que

les proporcionan seguridad y mayor cohesión social, pues comparten creencias y dialogan entre ellos sobre sus síntomas y cuidados.

Entre los cuidados alternativos a la medicina occidental se encuentran los tés de diversos ingredientes, en especial con jengibre:

La gente está diciendo “nuestra medicina es mejor que en el centro de salud o con el médico, no se necesita ir, con que te tomes eso te curas”, entonces como que la gente le tiene fe al jengibre en vez de la medicina. (Entrevista Silvia, septiembre, 2020)

Una cuestión fundamental es la confianza que tienen en su medicina tradicional y la forma en cómo la han estado combinando con la medicina alópata, tal como señalan de mezclar el paracetamol o Alivias. Sin embargo, consideran que es importante tener un centro médico COVID, lo cual habla de la responsabilidad que asumen, por lo que se realizaron adecuaciones para poder atender a la población con COVID-19: “desde el mes de marzo empezamos a trabajar con la reconversión del hospital de Ometepepec como hospital COVID” (Entrevista Erik, septiembre, 2020).

Algo que se ha mencionado en la ciudad como en la zona rural, también emerge aquí con los Amuzgos, ven la pandemia como una relación con la naturaleza y las formas en cómo sienten que ya está cerca de ellos, por ejemplo, un entrevistado señala:

Luego yo sentí que si iba a llegar porque había como neblina de aquí al cerro; tardó como tres días y se apareció ... yo pensé que esa era la enfermedad que llegó, porque cuando llegó eso luego, luego empezaron los rumores que ya hay esa enfermedad aquí. (Entrevista Ana, septiembre, 2020)

Si bien hay preferencia por las medidas comunitarias, hay también quienes buscan seguir las recomendaciones a nivel nacional de manera preventiva como para atenderse: “cuando fueron más fuerte los malestares asistí a un doctor. Fui al centro básico comunitario, cumpliendo la sana distancia y usando cubrebocas” (Entrevista Carlos, septiembre, 2020).

Aquí vemos la combinación de medicina tradicional y alópata, porque ellos se dan cuenta que la situación no está bien y ven cómo llegan los cadáveres, por ejemplo, se señala: “hay ciertas personas que no los

tocan porque del hospital mandan embolsado el cuerpo y a veces algunos los que entienden lo entierran luego o si no les dicen a los del área del COVID que los entierre” (Entrevista Antonio, septiembre, 2020).

De acuerdo con los datos proporcionados por el Gobierno de México (2020b), al 1º de diciembre del 2020, ha habido al menos 41 defunciones en total, de las cuales cuatro se presentaron en Xochistlahuaca, 36 en Ometepe y una en Tlacoachistlahuaca. Cabe mencionar que el mapa nacional no deja ver los fallecidos en Zacualpan debido a que se encuentra dentro del municipio Atoyac de Álvarez y no hay datos de zonas geográficas más específicas.

Este diálogo constante entre la medicina alópata y la tradicional o herbolaria se ve reforzado con las prácticas que los pobladores asumen y cómo van generando mecanismos para apoyarse y utilizar las dos, mismas que señalan les ha dado resultados. Pero esto no se presenta de manera aislada, sino que se vincula a los procesos formativos de la comunidad y que fortalece su posicionamiento frente a la pandemia.

Una realidad que vale la pena señalar aquí y que muestra la forma en cómo se organizan en la comunidad para enfrentar la pandemia, tiene que ver con la educación, tema que ha generado también polémica en el ámbito nacional y que aquí no es la excepción. Aunque existen personas que cuentan con equipo tecnológico en las comunidades como los Amuzgos, la mayoría no tiene el acceso que pudiera necesitar para llevar un seguimiento como se ha pensado y llevado a cabo a nivel nacional y al respecto, la educación sugerida al ser generalizada no contempla este contexto específico:

Alguna vía de acceso a la televisión y a las clases que la secretaria está programando no son clases que van a responder a las características lingüísticas y culturales de nuestros niños, entonces no tiene sentido aun habiendo señal de televisión, los contenidos y la forma de abordar los contenidos no van a abordar a las necesidades y características de nuestros niños, no van a aprender lo que necesitan saber. (Entrevista Eduardo, septiembre, 2020)

Sobre este punto, no es lo mismo tener un teléfono inteligente que poder utilizarlo como herramienta para el aprendizaje, la falta de internet

es un impedimento. Además, como en el resto de la comunidad académica, hay un desequilibrio en la actividad docente por lo inesperado de la contingencia y los cambios drásticos que se requirieron. Aunado a esto, hay quienes perciben a los maestros sin actitud de querer trabajar.

En los esfuerzos por superar la brecha digital, los maestros han realizado visitas a las casas u organizado una dinámica en la que las madres y padres de familia fungen como intermediarios para la educación de sus hijos. Ante esto, cabe resaltar que en su mayoría son las madres quienes asisten a la escuela por las tareas de sus hijos:

Tengo como 75 padres, póngale que nomás cinco padres si acaso llegan, el resto son puras mujeres ... Y fíjese que no nomás pasa aquí, yo fui a traer los trabajos de mi hija en Xochis, fuimos puras mujeres, yo no vi ni un varón ahí. (Entrevista Judith, septiembre, 2020)

Por otra parte, también expresaron que la misma familia apoya la educación de los más chicos: “entonces si tienen hermanos mayores que van en telesecundaria o en sexto año pues son los que ayudan a los chiquitos, así van avanzando un poco los niños” (Entrevista Judith, septiembre, 2020).

Un problema que se presenta en la comunidad es el analfabetismo en las madres y padres de familia, lo que afecta la estrategia de los maestros en la que esperaban apoyarse de ellos para hacerles llegar las tareas y ejercicios a sus hijos:

Y claro, llegan los papás, pero los papás no están alfabetizados y entonces uno les entrega los trabajos, yo les explico “mira este es un trabajo así, le vas a decir a tu hijo que se hace así y así”, pero llegan después ... y dicen “híjole maestra no lo hizo mi hijo, se me olvidó esta parte decirle” y así muchas actividades no lo hacen, ... Otros porque sus papás les explican, si son sumas pues no entienden. (Entrevista Judith, septiembre, 2020)

Además de que el analfabetismo influye también en no poder informarse más sobre la COVID-19 con materiales escritos. No obstante, debemos pensar en proporcionar la información de manera oral, ya sea por medio de perifoneo o a través de la radio, no necesariamente de manera escrita.

Por otra parte, las y los niños dejan las actividades escolares por apoyar en las actividades de sus familiares:

Ellos ven esto como una oportunidad para que sus hijos los ayuden a ellos en las labores del campo, entonces se los llevan al campo, los ocupan y les dejan una minina parte para poder hacer su trabajo de la escuela. (Entrevista Eduardo, septiembre, 2020)

Por tanto, la educación la siguen impartiendo las familias en la vida cotidiana y en un marco comunitario, porque es en la vida cotidiana donde las familias reproducen sus prácticas culturales y del cuidado y enseñan a los hijos e hijas a contextualizar sus conocimientos en la realidad que ellos viven y que son sus lugares de enunciación marginal.

En este sentido, hay contenidos que se abordan y que tienen que ver con elementos originarios como la lengua, el campo y el tejido. Se observa también que hay familias que le dedican más que otras a la educación de sus hijos: “a pues mira, ahí está su pizarrón... nosotros lo hicimos para que estudie, y estamos poniendo dibujos para que ubique... DE: ¿y quién le ayuda? M: todos, la mamá, yo, mi hija” (Entrevista Ana, septiembre, 2020).

Esta forma de generar los conocimientos y de apoyo mutuo es característico de las comunidades indígenas, pues es a través de la convivencia se crean los aprendizajes y, por supuesto, las generaciones mayores forman a las nuevas. En el ámbito escolar se reproduce, en la cual los jóvenes apoyan a sus hermanos más pequeños. Estas actividades, aun con la brecha digital, les imprime forma de construirse como comunidad y refuerza su manera de construirse frente al mundo, les da sentido de su acción social y eso es un elemento que reduce la vulnerabilidad y se convierte en una capacidad.

Así como en la educación y la salud hemos visto el actuar de la comunidad, en el ámbito de la vida comunitaria no es la excepción. Los amuzgos se vieron obligados a sujetarse a las disposiciones de gobierno en las figuras del Ayuntamiento y la Secretaría de Salud en cuanto a la suspensión de actividades y la cuarentena, lo cual afectó a la economía de la población en diferentes vertientes. Entre ellas se encuentran la disminución de ventas del comercio que se vinculaba con sectores

externos; la devaluación de productos debido a la baja en ventas; algunas dificultades alimenticias por la inflación de productos externos; la escasez monetaria, en especial de quienes se enfermaron, quienes dependían de un empleo, quienes se dedican a la artesanía y de quienes elaboran pirotecnia, conocidos como cueteros.

Por otra parte, la pandemia por COVID-19 está impactando en la producción de alimentos y la forma en cómo les llega la escasez de alimentos, algunos por cierre de los comercios y otras por la afectación en la cadena de distribución, así como la falta de recursos para adquirirlas.

Desde otra perspectiva, los resultados encontrados no difieren mucho del estudio nacional en cuanto a que no se vislumbra una planeación comunitaria ante esta contingencia. Ante esta situación, ambos estudios coinciden en que estas comunidades se benefician de la producción y consumo de alimentos a nivel familiar o comunitario. A pesar de las dificultades económicas que sí se describen en las entrevistas, la misma comunidad se apoya comprando su propia producción, tanto en el ámbito alimenticio: “pues yo como lo que hay aquí, se acostumbra a tener gallinas o guajolotes. No traemos carne de afuera, uno come lo que cultiva...” (Entrevista Eugenio, septiembre, 2020); como en la venta de artesanías:

Mi prima que fue a la escuela, es contadora, nos ayuda ...si yo mando un paquete aquí a Morelos o a Oaxaca sale en 200 pesos. Ahora si yo voy a FedEx no va a costar 200 pesos, va a costar más. ... M: si, tenemos como un grupo, no vendo yo sola, somos 15 artesanas...

Hay mucha artesana que teje y los domingos ¿a dónde van a vender sus piezas? ... Cuando yo tengo dinero ... yo compro el precio que ellas digan ¿por qué? Porque yo sé cuánto tiempo cuesta hacerlo ... M: ajá los vendo, pero tampoco le puedo elevar el precio. (Entrevista Ana, septiembre, 2020)

Algunas personas se apoyan también de las redes que han construido hacia afuera de la comunidad:

Conozco algunas señoras y señores que son maestros, ... le mando mensaje “oye no he vendido nada de mis piezas, estoy muy triste porque no sé

de dónde va a salir para comer”, ... y me dice “mándame la foto, yo busco la manera de cómo vender, aunque sea una pieza”, “o si no yo compro una pieza para regalo” y así andábamos, una pieza al mes, dos piezas al mes. (Entrevista Ana, septiembre, 2020)

Dentro de la actividad laboral se manifiesta la recuperación de saberes en contraposición con las posibilidades que pudieran ofrecer otras estrategias desvinculadas de la comunidad y que para esta situación hubieran generado mayor conflicto, tal es el caso de quienes se dedican al tejido:

DL: ¿hubo problemas para conseguir otras cosas que normalmente tú utilices?

M: no porque el tinte natural yo lo hago, aprendí a teñir hilo de la corteza de palo, de fruta de hoja también, hay hoja que antes no sabía que da color; desde chiquita yo jugaba con la frutita de ese árbol, pero no sabía que daban color. (Entrevista Ana, septiembre, 2020)

En este mismo sentido se encuentran quienes fabricaron cubrebocas para sus propias familias o personas que trabajan medicina tradicional, formados con personas de la misma comunidad.

Por su parte, las acciones de gobierno que logran vislumbrarse, tales como pruebas gratuitas de COVID-19, apoyo con despensa, apoyo a músicos con la creación de un disco, seguimiento de programas de apoyo existentes, brigadas de salud; llegan a beneficiar en cierta medida a la población.

La población, aún con las acciones que buscaban ser implementadas, mantuvieron dentro de sus actividades el trabajo en el campo, el comercio, actividades culturales, religiosas y movilidad entre las mismas comunidades cercanas, pero cuidándose de manera integral, muchas se cerraron para no verse afectadas y mantener su dinámica comunitaria normal. Esto es parte de cómo ellos construyen sus conocimientos y prácticas sociales que se vincula a sus epistemologías. Es decir, formas de concebir el mundo.

Respecto al trabajo desde casa, aquí no parece viable por las exigencias de equipo tecnológico, tal es el caso de quien trabaja en un área administrativa: “no tengo las herramientas necesarias, no cuento con impresora, fotocopidora, tinta, etc. No se podían sacar cosas del ayuntamiento porque hay muchas cosas inservibles. La computadora,

la cámara y audífonos, es mío” (Entrevista Carlos, septiembre, 2020). Esta situación es la de muchos a nivel estatal, nacional y mundial que hablan de que ante la pandemia hemos puesto de nuestro salario para hacer el trabajo, lo cual, trae otras implicaciones al momento de tomar las acciones restrictivas que marcaron los gobiernos.

Otro tema fue la defensa del territorio representado en las acciones tomadas por la comunidad misma, posteriores a las de gobierno para poder continuar con las actividades propias de la comunidad, así como para reactivar la economía. En este sentido, se recupera la visión de una familia de la comunidad:

Entonces ayer se dio un caso, digo antier, la Secretaria de Salud convenció a una familia para llevar su enfermo a Ometepe, pero ayer lo fueron a sacar sus familiares... (Inaudible) se arrepintieron pues y sacaron a su familiar el día de ayer porque dijeron que, si se va a morir pues mejor que muera en casa, y así hay cuestiones que podemos encontrar en la comunidad. (Entrevista Eduardo, septiembre, 2020)

Esta perspectiva deja ver los elementos de la vida que están colocando como prioridades, pues el hecho de que salgan de la comunidad por un enfermo provoca que otros se arriesguen y puedan contagiarse. Lo cual provoca tensiones, pero lo que vemos es la confrontación de dos lógicas que aquí no se pueden reconciliar y lamentablemente no pudimos seguir el caso para ver si se recuperó con medicina tradicional o falleció. Sólo queda latente la tensión entre la forma de pensar de las familias y las autoridades de salud. Estos son los diálogos interculturales que hay que propiciar, que no comprende la medicina alópata y que orilla a la tensión familiar y que dentro de la cosmovisión de los pueblos originarios es prioritaria la vinculación familiar y acompañamiento para su enfermo, porque ellos se piensan más bio, psico y socioculturales. Por tanto, desprenderse de la persona y llevarla a internar donde no le puedan apoyar y acompañar hasta su último momento de vida no tiene sentido. Hoy la pandemia nos ha llevado a colocar estas formas de construcciones de mundos de vida frente a la única forma que la OMS nos plantea y que algunos pueblos no han respetado, por el hecho de que no les parece esta forma de tratar al enfermo.

Por otro lado, estas acciones que nos impusieron desde el gobierno de México provocaron que hubiera afectaciones también en el plano socio-afectivo al interior de la comunidad donde salen a la luz temas de violencia de género, recaídas en vicios y problemas emocionales: “Más que nada en la comunidad amuzga hay mucha violencia cuando se quedan en su casa. La gente provoca violencia de género ... Aquí tal vez existe esa violencia de género, aquí existe el machismo” (Entrevista Antonio, septiembre, 2020); “Tengo una actividad de alcohólicos anónimos... cerramos el grupo por la situación y mucha gente recayó en el alcohol, recayeron en las drogas... hay mucha gente con muchos problemas emocionales, problemas de violencia acentuados.” (Entrevista Erik, septiembre, 2020).

Lo que se ve a través de estos fragmentos de las entrevistas es que la comunidad se sujetó a las indicaciones de las autoridades municipales y la política nacional, pero no se consideraron las condiciones en las cuales se encontraban; por ejemplo, estos temas de violencia y adicciones. Estos son los efectos no deseados de la política pública y la falta de atención integral en las comunidades, pues aquí se presentaron dos visiones: las que buscaban realizar acciones de acuerdo con la política nacional y la que buscaba generar mecanismos comunitarios y ser resistentes. Lamentablemente estos grupos de personas que se encontraban en recuperación, al cerrarse los espacios, recayeron y eso agrava la situación de las familias.

De esta manera, las vulnerabilidades y capacidades dan cuenta que, si bien las familias tuvieron ciertos problemas por la pandemia, también demuestra que existen capacidades desde las visiones propias de la cosmovisión de los pueblos originarios que les permiten reforzar acciones en pro de la comunidad y generar acciones intergeneracionales para suplir carencias o vulnerabilidades de las generaciones mayores. Por lo que me permitiré abordar a continuación los riesgos encontrados que son propios a la pandemia, pues es un evento que no conocíamos y que nos interpele como especie para mirarnos integralmente y con vinculación a la población mundial en el cuidado del medio ambiente. Cuidar nuestras prácticas socioculturales y nuestras riquezas no son en el plano capitalista, sino son más cualitativas y vinculadas a un territorio como es la solidaridad, vínculos comunitarios, visión integral de la persona y el acompañamiento familiar y comunitario.

Riesgo

Ante los posibles efectos de la COVID-19, donde las emociones podrían acumularse por el encierro, según señalan los estudios realizados a raíz del confinamiento, en las comunidades se vive distinto y podría afectar en menor medida, ya que el espacio de interacción de una persona no se limita a una casa sino a la comunidad, lo que permite interacción con semejantes y con la naturaleza misma. En la comunidad se piensa que en zonas urbanas podrían sufrir más por un encierro más estricto. Las palabras de la directora de la escuela Guadalupe Victoria permiten pensar que la gestión de emociones es más sólida en una comunidad debido a que tienen la libertad de salir de sus casas y esto permite menos sufrimiento: “G: si, les decía que van solos, aquí no necesitan el acompañamiento” (Entrevista Judith, septiembre, 2020).

En este sentido, se puede señalar que es una capacidad creada comunitariamente y que los fortalece, pues las actividades cotidianas se siguen recreando en algunas comunidades pues no existe movilidad de personas.

Por otra parte, en lo que se refiere a la producción de las artesanías, como es el caso de los Amuzgos de Guerrero, las comunidades se enfrentan a una lucha entre la valoración del trabajo y la devaluación de la producción para sobrevivir a la crisis económica, al respecto se señala en una entrevista:

[...] Vi que llegó una muchacha y tenía sus piezas bien bonitas y estaba ofreciendo sus prendas en 800 y una señora le dijo “yo lo compro en 400”, la mitad del precio.

DE: ¿Y lo vendió?

M: No, yo le digo que es un precio muy injusto, nomás lo está regalando, están regateando bien feo, “tú dices que vale 800 pero para mí eso cuesta 1000 pesos”. (Entrevista Ana, septiembre, 2020)

Hace falta mayor solidaridad por parte de la gente externa a la comunidad, pues son tiempos de apoyo a las actividades que se realizan, para no entrarle al regateo, característica de los mercados locales. En este sentido, es importante impulsar redes de apoyo solidario para la compra

y venta de productos a las comunidades y fortalecerlas, porque ellas solas no podrán. Esto ya se ha estado trabajando en otros contextos, como el oaxaqueño. Esto sin duda, en términos interculturales, es una desvalorización del trabajo del “otro” y una visión de desigualdad social, cuestión que es importante trabajar, pues la interculturalidad no sólo es hacia los grupos marginales como los pueblos originarios, es algo que debemos trabajar todos y todas en todas las latitudes. Sólo así podremos revertir todas las pandemias que existen, no sólo la de salud, sino la de racismo, violencias, corrupción, etcétera.

Un riesgo sin duda es que las comunidades decidan abrirse totalmente ante las necesidades que no puedan ser suplidas interiormente y eso permita que el virus ingrese, sobre todo ahora que se habla de una cepa más agresiva.

Otro riesgo es que se obligue a las personas a salir de su comunidad para ser atendidos ante posibles síntomas por parte del área de salud que opera en la comunidad y esto lleve a enfrentamientos, como los señalamos de la familia que regresó a su familiar internado.

Conclusiones

Hacer una revisión desde esta perspectiva de riesgo y con enfoque intercultural permite señalar tres cuestiones fundamentales. Primero, que la relación medicina tradicional/alópata la están utilizando los médicos tradicionales de las comunidades para generar tratamientos en contra del virus, mientras que en el área de salud de las diferentes instancias no se consideran los saberes locales y no se valora lo que se hace, causando una tensión que no genera procesos dialógicos entre estas dos epistemologías (alópata y tradicional) del cuidado de la salud, impactando en la salud de la población. Esto también radica desde la forma en cómo se forma al profesional en las Universidades, es necesario repensarnos desde una manera intercultural y enseñarle al estudiante en medicina que existen otras culturas y formas de pensar que intervienen en los procesos del profesional y que tiene que aprender a leerlos desde los territorios para poder generar un mayor apoyo a las comunidades en las cuales brinda sus servicios.

Por ello se detectó en la comunidad la falta de confianza hacia el personal de salud, pues no se sienten vinculados a su construcción del mundo y sobre todo porque sienten que desvalorar la naturaleza y la medicina tradicional de los pueblos originarios está muy vinculada como ellos a sus territorios y al mismo tiempo a sus constructos de su sentir-pensar, pues las plantas se conectan con cada uno de nosotros de acuerdo con nuestro Ser. Por ello, las medidas que se imponían desde el sector salud no se acataban cabalmente. Mejor se vinculaban a los pobladores que salían de la comunidad y les llevaban información. Un problema es la circulación de información veraz que permita crear consciencia de la situación que implica la pandemia.

Por otro lado, cuando se tiene un médico en la familia, se toman las medidas sugeridas a nivel nacional, independientemente de que se puedan tomar también las de la comunidad y eso conflictúa las relaciones, incluso hay posicionamientos respecto a que se curan en la comunidad (medicina tradicional) y no en las clínicas (medicina alópata). Esto ha ayudado mucho y varios se han recuperado desde sus casas con tratamientos híbridos (medicina tradicional/alópata), pues ya existen compuestos herbolarios de acuerdo con el nivel de los padecimientos. Aquí podríamos decir que los sabios de la comunidad se han preocupado por generar un diálogo con la medicina alópata para superar esta situación pandémica y ayudar a la población.

Mientras que la comunidad ajusta su medicina tradicional para enfrentar la pandemia, en la medicina alópata son los mismos mecanismos, y ahora se corre el riesgo que todo sea dictaminado por el coronavirus, exponiendo mayormente a la población. De acuerdo a la percepción de los pobladores y haciendo un gasto mayor por los medicamentos que cada día son más escasos y caros, exponiendo a su economía familiar que más que moverse en una lógica de mercado, se relaciona con una lógica del intercambio y ayuda mutua, movida en el bien común y que sin duda es contraria al paradigma totalmente diferente de la medicina occidental.

Segundo, la visión por parte de la comunidad de realizar acciones sociales entre ellos ha fortalecido sus prácticas comunitarias y ha permitido enfrentar la pandemia en esta primera ola de manera menos agresiva, aunque hubo algunos que se dejaron llevar por las recomendaciones del gobierno, sus intereses y alteraron los mecanismos diseñados

por las comunidades. En el rubro de educación se enfrentó la brecha digital con apoyo intergeneracional, es decir, los más grandes apoyando a los más pequeños en las actividades de la escuela y le imprimieron un nuevo sentido en su vida cotidiana. Aun ante la desmotivación de los profesores, esto es una capacidad que suma para el desempeño de niños y niñas y coadyuva en el servicio de los jóvenes y de sentirse útil, elementos que son valiosos en los principios comunitarios.

Tercero: en cuestión de la reproducción económica, vemos que se han creado algunas redes de apoyo para comerciar sus productos, principalmente lo que producen en el campo y las artesanías, pues gran parte de su economía dependía del turismo. Sin embargo, existen algunos que no están insertados en las redes y se vuelven vulnerables.

El momento en que este sistema mundo, como lo menciona Wallerstein, se ve afectado, el campo recobra su importancia en la vida de quienes lo trabajan, pues genera seguridad alimentaria y una posición en este caso ventajosa a diferencia de quienes, fuera de un contexto de contingencia, se encuentran en mejores condiciones de vida. La pandemia de la COVID-19 forma parte de un contexto de contingencia sanitaria, sin embargo, es tan sólo una manera en que se manifiesta una situación de amenaza a la vida humana. En estas comunidades la salud no sólo es tener vida biológica, sino vida comunitaria y ellos hasta el momento la han superado dialogando con otros conocimientos y construyéndose y reinventándose desde sus propios territorios.

Referencias

Aura Investigación Estratégica, Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos- Defensoría del Derecho a la Salud, Centro de Derechos Humanos de la Montaña Tlachinollan, Centro de Derechos Humanos Fray Bartolomé de las Casas, A. C., Enlace Comunicación y Capacitación, AC., Fundar Centro de Análisis e Investigación, A.C, Salud y Desarrollo Comunitario A.C., Servicios para una Educación Alternativa, AC., y Servicios y Asesoría para la Paz, A. C. (2020). *Monitoreo de comunidades indígenas y equiparables ante la emergencia*

- sanitaria por el virus SARS-COV-2* [Primer Informe]. <https://fundar.org.mx/situacion-de-las-comunidades-indigenas-ante-el-COVID-19/>
- Gobierno de México. (2020a). *COVID-19 tablero México*. (s/f). COVID-19 Tablero México. Consultado el día 12 de enero de 2021. <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
- Gobierno de México. (2020b). *Criterios para las poblaciones en situación de vulnerabilidad que pueden desarrollar una complicación o morir por COVID-19 en la reapertura de actividades económicas en los centros de trabajo* [Archivo PDF]. https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Criterios_vulnerabilidad_27Julio2020.pdf
- KOSIK, K. (1985). *Dialéctica de lo concreto, estudios sobre los problemas del hombre y el mundo*. Editorial Grijalbo
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Actualización Epidemiológica Enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54717/EpiUpdate21August2021_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *Panel de la OMS sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. <https://COVID19.who.int/>
- REYES DE LA CRUZ, V. G. (2014). *Estrategias para la prevención de riesgos*. CONACyT/UABJO, México
- REYES DE LA CRUZ, V. G. (22 de octubre 2020). *Adecuación curricular de la modalidad presencial a la modalidad virtual en la UABJO ante la pandemia por COVID-19* [Presentación de la conferencia en línea]. XIII Seminario Nacional de Políticas Educativas “Políticas educativas y las transformaciones de la universidad pública: el desmantelamiento del gobierno universitario y de la autonomía”.

LA LÓGICA DE LA CIENCIA, LA MEDICINA ALTERNATIVA Y EL CURANDERISMO DURANTE LA NUEVA NORMALIDAD EN LAS COMUNIDADES AMUZGAS DE GUERRERO

J. Kenny Acuña Villavicencio

Introducción

En la actualidad, varios han sido los intentos de los líderes políticos y de la salud en lograr que las comunidades amuzgas de la Costa Chica de Guerrero acudan a los hospitales y Centros de Salud para hacerse tratar de algún malestar como los generados por el coronavirus (COVID-19 en sus siglas biológico-químicas), porque se trata de una enfermedad letal en el peor de los casos, sin embargo, el rechazo de los amuzgos es mayor de lo que parece. Estos intentos fallidos tienen que ver con la negación de los indígenas a las formas de atención y tratamiento médico que se le ha brindado al cuerpo, es decir, la mirada positiva y el análisis clínico de la anatomía humana y no de su estado espiritual o catártico en tiempos de crisis o pandemia ha dado lugar a su cuestionamiento. Esta distancia entre la ciencia occidental y tradicional guarda relación con la ausencia de un diálogo que permita establecer la formación de un mundo del reconocimiento y del saber Otro en cuyo eje se articula la salud comunitaria.

Dicho esto, el presente trabajo parte de un estudio etnográfico y sociológico con la intención de explicar a partir de la lógica de la medicina tradicional y del quehacer del curandero la creación de otras maneras o formas de sanar no sólo el organismo individual, sino también la comunidad durante la nueva normalidad. Resulta importante señalar que los resultados y reflexiones derivan del trabajo de campo realizado durante los meses de julio a octubre del 2020, tiempo en el que la curva de la pandemia iba ascendiendo y afectando la vida cotidiana. No sólo los comercios, negocios y trabajos agrícolas fueron los más afectados, sino también las redes sociales que se entretejían en las comunidades

amuzgas. Hubo cambios en las dinámicas económicas, políticas y de salud que dieron lugar a que las comunidades crearan alianzas, cerraran sus fronteras y tejieran alternativas para sobrellevar la amenaza de un virus que estaba perturbando a las economías más poderosas del mundo. A esto se sumaba el hecho de que la salud devenía conocimiento tradicional, pues bastaba hacer uso de la medicina tradicional con la finalidad de recuperar el organismo y el estado anímico de las personas. En varios de los casos, los amuzgos elegían la atención especializada del curandero, porque este sujeto conocedor de la magia y la ciencia tradicional llevaba a cabo una labor tan importante en la sanación del cuerpo-alma del paciente. Este reconocimiento al saber tradicional implica considerar la importancia que cobra la salud comunitaria en oposición a la medicina alópata, porque retoma como punto de partida no sólo su negación a un sistema de salud que no ha logrado colmar todas las expectativas de los enfermos, sino, sobre todo, a reconocer en el saber comunitario la potencialidad de crear *sentidos*, redes horizontales y humanas en un mundo dominado por la razón eurocéntrica. Esta postura no puede ser considerada como un horizonte social al margen del saber occidental, sino más bien como experiencias sociales que procuran hacerse *notar* y dialogar para crear alternativas a los sistemas e instituciones en los cuales el individuo se ve envuelto.

La negación del saber Otro

La transmisión de enfermedades provenientes del viejo mundo, así como la hambruna y los efectos de la escasez de lluvias a inicios del siglo XVI dieron razón y sentido a varias formas de organización política que se consumaron en acciones de rechazo y resistencia. Al respecto, varios estudios señalan que las epidemias ya habían sido contempladas por los indígenas prehispánicos y cuestionadas porque se trataba de enfermedades que habían sido adquiridas como resultado de la relación con el viejo continente. Mandujano et. al. (s/f: 10) nos dice que hubo una época en la colonia donde fallecían un sin número de personas porque las enfermedades habían lapidado las comunidades prehispánicas, es más, los datos etnohistóricos nos dicen que en el año de 1453 se había avecinado

una rareza de enfermedad que provocaría casi la extinción de las comunidades. Esta experiencia daría lugar a reconfigurar no sólo la cosmovisión indígena, sino también las formas de pensar y *hacer* el mundo.

Los indígenas prehispánicos preferían asentarse en las montañas y las sierras, cuanto más alejado de las ciudades españolas, mejor resultaría su supervivencia y rechazo a lo insólito. Es sabido, por ejemplo, que en el Códice Chimalpopoca se advertía sobre la existencia de varias calamidades, como pasó en el tiempo uno conejo, Ce-Tóchtli, donde “todo se aconejó”. Por entonces hubo hambruna por un largo periodo y la gente empezaba a migrar a los lugares más lejanos posibles, es más, “Desde el inicio de las calamidades, Alva Ixtlilxóchitl, expresa que por las nevadas de 1450 la temperatura enfrió de tal manera, que se presentó un ‘catarro pestilencial’, a consecuencia del cual murió mucha gente, en especial de edad avanzada” (Mandujano *et. al.*, s/f, p. 10). Las enfermedades no sólo hacían vulnerables a las comunidades, sino que también se convertían en verdaderas pandemias conforme se consolidaba la explotación del indígena. A decir verdad, el trabajo en lugares alejados o en condiciones deplorables hizo que la enfermedad avanzara y generara malestares fatídicos a las poblaciones prehispánicas. El único medio para poder combatir el avance de las enfermedades era haciendo uso de la medicina tradicional, el conocimiento sobre los beneficios de la herbolaria serían los elementos principales para poder curarse.

Cabe indicar que el Otro o la cosa étnica fue un elemento clave e importante en la explotación de los recursos naturales y, sobre todo, en la reorganización territorial de los pueblos indígenas. El reordenamiento sirvió como base para una mejor redistribución de la tierra y la riqueza de las familias o élites locales. El trabajo forzado no sólo hizo que desaparecieran varias comunidades prehispánicas, sino que también se instituyera una forma de dominación en cuyo cimiento se encontraba la mano de obra indígena. Esta forma de acumulación en la colonia sentó las bases de una sociedad desigual, combinada y heterogénea que aún continúa reproduciéndose y se reactualizan toda vez que subsiste una crisis o catástrofe del sistema mundo. Si revisitamos la historia podemos señalar que en “Guerrero murieron una gran cantidad de indígenas a causa de las nuevas formas de trabajo y de los constantes levantamientos. Lo que es innegable fue el genocidio en la zona, y eso explica que

sólo sobrevivían cuatro grupos étnicos: mixtecos, tlapanecos, nahuas y amuzgos. En 1522, Xochistlahuaca tenía unos 20 mil habitantes, mientras que, en 1582, esta misma población sumó tan sólo 200 habitantes” (CDI, 2007, pp. 16-17; Aguirre, 2018). La explotación del mal llamado “indio” estuvo articulada a una forma de modernidad en el que la idea del cuerpo sólo era pensada desde el mundo hispánico como un objeto, una forma trabajo-no-asalariado que debía generar riqueza y estabilidad a las colonias hispánicas.

En la jerga eurocéntrica el Otro es una categoría (capitalista-multicultural) que ha servido para catalogar y racializar al sujeto (Žižek, 1998). El Otro es un ser desprovisto de actitudes y aptitudes para afrontar la modernidad y que aún es considerado de mala forma como un sujeto arcaico que se resiste a cambiar y asimilar los vaivenes de este mundo (Bartra, 2013). Para el progreso, el Otro no forma parte de la psique occidental sino de un pensar mitológico, sufrido y condenado (Fanon, 1994). Bajo este precepto, Edgar Landier (2003, p. 12) sostiene que esta diferencia es considerada como la imposición de un “pensamiento hegemónico” científico donde la razón no sólo ha bifurcado al cuerpo para llegar a hechos más concretos, sino también se ha impuesto una relación de fuerza y de dominación entre Occidente y los otros mundos. Además, señala que se requiere, sin duda alguna, interpelar una “narrativa histórica” que es propia de una sociedad moderna y capitalista ya que, además de naturalizar las relaciones sociales, homogeniza el saber humano. Otro planteamiento que cuestiona este saber hegemónico viene de Aníbal Quijano (2000), quien señala que esta relación de dominación sobre el quehacer y saber cotidiano-no-eurocéntrico forman parte de la colonialidad que existe en el patrón de poder hoy globalmente reproducido y objetivado; lo dicho se vincula con el hecho de que la ruptura radical del sujeto entre mente y cuerpo, abordada por Descartes (2010) en su *Discurso del método*, fue aplicado para las regiones no pertenecientes al viejo mundo. A partir de esta visión se empezó a construir una diferencia gnoseológica y epistémica entre occidente y el resto del mundo, porque el proceso de modernidad sólo se llevó a cabo en una región donde el cálculo, la razón y el desencantamiento de la sociedad formaban parte de la existencia del *ser* (Weber, 1984). De este modo, se puede decir que la mano de obra-no remunerada “india”

constituía una parte esencial de las relaciones sociales de explotación en el mundo. Por esta razón se estableció un patrón de dominación hegemónico y que hoy se reproduce en todos los escenarios que son controlados por las altas esferas del poder. Es más, podríamos decir que la salud o el cuidado del individuo es visto como una forma de dominación y control de las poblaciones en cuya base se encuentra el saber científico como el fundamento de la existencia humana.

Esta visión es clave para entender el nacimiento del Otro folclórico y no real, es decir, aquello que la modernidad no reconoce y prefiere postergar sus anhelos. Dicha experiencia puede ser oteada a partir del debate sobre la condición del indio, su cuerpo y alma entre Bartolomé de las Casas (2005), el obispo de Chiapas y Juan Ginés de Sepúlveda a finales del siglo XVI. Sepúlveda señalaba que, siguiendo la tesis aristotélica, existían personas destinadas a servir a otros, vale decir, los indígenas carecían de conocimiento, razón y saber. Este debate hizo entrever que el viejo mundo era el único hemisferio capaz de producir conocimiento y el resto del mundo era incapaz de pensar racionalmente (Weber, 1984). Visto esto, la tradición del Otro no sería reconocida como una forma de saber moderno debido a que la totalidad epistémica o eurocéntrica impedía la emergencia y el diálogo del pensamiento no eurocéntrico. Bajo estas circunstancias, se considera que la razón subalterna se convierte en un problema ético, pues se trata de defender el despojo cultural y mental que han sufrido los pueblos indígenas y, sobre todo, porque existe la necesidad de reescribir otra narrativa *ab initio* que exprese el grito de *Todas las sangres* (Arguedas, 1998).

En ese sentido, la *cuestión indígena* viene a ser ese gran colofón que requiere ser atendido como una cuestión epistémica y que necesita revalorar el saber sobre la subsistencia humana. No se trata de folclorizar a los sujetos de algún idioma indistinto al oficial o mucho menos se pretende dar a conocer a estos como héroes rurales. Al contrario, la idea principal consiste en sacar a la luz aquellos elementos que están generando desigualdades económicas, políticas y, sobre todo, de acceso a la salud en estos tiempos de pandemia. El indígena se enfrenta a una racionalidad hegemónica y discursiva que se reproduce desde los aparatos estatales y cuestionan saberes como la atención médica tradicional. El uso de la herbolaria, la sanación de males socioemocionales a través del

rezos y la lectura de la suerte por un mundo mejor y de advertencias que el curandero realiza forman parte de esa cosa étnica o pretérita que el Estado cuestiona, pero que fomenta en términos de inclusión y respecto a los derechos de las minorías. En otros términos, se puede afirmar que el Estado paradójicamente sí acepta la diferencia, pero no incluye al Otro en la participación o construcción de la democracia (García, 1999; Bauman, 1999, 2003; Fuller, 1992). Al contrario, bajo la opinión de Fornet-Betancourt (2009), toda intención del poder estatal sobre los indígenas se ha traducido en dependencia y marginación a pesar de que estos sujetos existen jurídicamente como iguales.

Los dilemas de la prevención

A inicios del mes de marzo del año 2020 el gobierno se veía vacilante respecto a los efectos mortales de la pandemia del coronavirus. Se creía que esta era una enfermedad que podía ser controlada y se pensaba que se trataba más de un fenómeno resultado de la exacerbada discusión periodística. Al igual que la última pandemia provocada por la gripe A (H1N1) del 2009, los criterios basados en el análisis científico y médico indicaban que no había prisa para tomar decisiones tan drásticas como la imposición de estados de emergencia, cuarentenas o incluso toques de queda como normalmente estaba ocurriendo en muchos países y, sobre todo, en el llamado Cono Sur. No obstante, a pesar de haber llevado a cabo una labor contraria a los que venía ocurriendo en todo el globo, el presidente de la República y muchos burócratas desafiaban el rápido avance del coronavirus. Por muchos días estos funcionarios y representantes de la democracia mexicana hacían caso omiso a las recomendaciones de organismos internacionales de la salud como la OMS (Organización Mundial de la Salud). El atrevimiento era tal que, en lugar de proponer un cuidado minucioso de la salud para evitar la propagación del virus, se alentaba a generar una vida cotidiana más dinámica a través del uso racional del ocio. Es decir, desde los órganos máximos del poder estatal e incluso el mismo mandatario señalaba que se promoviera la convivencia, así como las vacaciones al interior del país con la finalidad de dinamizar la economía y el empleo. La imagen que

deseaba brindar el poder estatal era señalar que la *Cuarta transformación* podía salir adelante y a diferencia de lo que se hacía en el mundo, se debía continuar con la marcha de las reformas (morales) planteadas mucho antes de que se llegase a palacio de gobierno.

Este hecho guarda relación con aquella idea que señala que los gobiernos que giran en torno a una lógica progresista o razón populista necesitan establecer un grado de confianza con el pueblo. Ernesto Laclau y Mouffe (1987) enfatizan que la hegemonía de izquierda tiene que formular diálogos para construir consenso, así como sostener una mayor credibilidad a partir de cadenas significativas de poder y organización equivalenciales que le den sentido a una forma de poder estatal que se ha hecho cargo de la voluntad popular. Sólo la razón populista puede dar marcha a una socialidad democrática y garantizar las relaciones sociales. Esta postura, desde luego, es un campo político para discutir. No se puede hablar a rajatabla de un campo simbólico de consenso y producción material de la sociedad sin la existencia misma de una forma de dominación social. Entiéndase aquí que el reconocimiento del poder estatal difiere mucho a partir de cada espacio e instancia en la cual logra reproducirse la dominación social. De allí que la tarea del aparato estatal (en plural) juega un papel fundamental en la elaboración de una conciencia legitimadora del poder. Para ello es necesario la combinación de los discursos y la especulación sobre la estabilidad del país.

La idea de que el Estado podía controlar los riesgos de la mundialización de la enfermedad conformaba la empresa o la idea central de una razón populista que pretendía garantizar la estabilidad social. A dicho presupuesto se sumaba el interés de los poderes locales, quienes consideraban que la puesta en marcha de los megaproyectos, véase los casos de Dos Bocas y el Tren maya, formaban parte del desarrollo y regeneración del país. A pesar del avance de una enfermedad que estaba generando incertidumbre en muchas regiones del mundo, el poder estatal consideraba la necesidad de continuar con la agenda nacional en materia de producción y generación de empleo.

Esta situación sólo pudo vislumbrarse con el primer caso de esta enfermedad en territorio nacional. La llegada inevitable de esta enfermedad hizo notar nuevamente que las fronteras no son imaginarias y la aldea global comparte no sólo desigualdades de todo tipo, así como procesos

históricos en alteridad, sino también acontecimientos que son resultados del mismo proceso de destrucción capitalista de la naturaleza. No en vano varios académicos que mantienen una posición crítica y anticolonial aducen que la pandemia es resultado del asalto a nuestra humanidad y, desde luego, el exterminio por despojo de la naturaleza. Lora (2020) denuncia que la pandemia debe su comprensión al carácter zoonótico o zoonosis que hace que la humanidad padezca sus efectos mortales, pero esto se debe al imperio del mercado y su incesante necesidad de convertir todo evento y forma natural en valor o mercancía. Además, sentencia que el cambio que sufre la tierra trae consigo no sólo una transformación material y subjetiva al interior del proceso de producción capitalista, sino también un desajuste en el carácter creacionista del hombre.

Me parece que cuando un indígena amuzgo retoma la oralidad como una forma de recordar los orígenes de su comunidad lo hace para señalar que no sólo nacieron del agua, porque amuzgo significa “lugar del agua”, sino para sentenciar que existe un reconocimiento cultural en el sentido de que el hombre es y forma parte de este mundo. Es más, el interés y conocimiento complejo sobre las especies de plantas y árboles reafirman la estrecha relación que tiene el hombre con su entorno. Sin duda, se trata de un campo de conocimiento deslegitimizado por el pensamiento eurocéntrico en el que se formula el quehacer cotidiano. Aspecto que ha detonado una distancia entre la manera como piensan las instituciones y las formas otras (políticas) de saber el mundo. Mary Douglas (1996) realiza un interesante trabajo al respecto, deja entrever que las instituciones (tradicionales o modernas) requieren acciones a veces complejas y antinaturales en salvaguarda del individuo y la comunidad. En otras palabras, toda forma de organización es lo más racional posible, porque está contenido de significados que amalgaman la existencia misma de la cultura. No existe pues una instancia racional que no cumpla la función misma de proteger y reproducir la existencia social y humana.

A diferencia de la razón occidental que fomenta toda acción social a través de regularidades o eventos calculísticos, la razón o saber, por decirlo de algún modo, tradicional y periférico es compartido. En cambio, el saber eurocéntrico es racista y camina bajo los umbrales del mercado y la *forma valor*. Esto da a entender que el saber tradicional que procura aliviar los males del cuerpo o “saber sanar el alma”, como

decía un curandero, por medio de técnicas etnocientíficas, no forman parte de los discursos de la ciencia y el poder de esta. Recapitulando lo señalado, la salud no es vista como una relación social, sino como un proceso (quirúrgico) de medir cartesianamente el cuerpo, más no su estado catártico que se manifiesta en tiempos de crisis de las relaciones sociales como ocurrió en los siglos XV y XVI, por ejemplo. Por entonces, las poblaciones que habían sido afectadas por las enfermedades españolas tenían que verse en la obligación de huir hacia las montañas o zonas donde no pudieran ser afectados.

Este malestar colectivo era la condición en la cual se materializaba la cultura. La concatenación de hechos degradantes que afectaba al individuo derivaba en impugnación y furia. Me refiero a la furia de los de abajo, quienes viven en el mundo infrapolítico, esto es, aquellos no reconocidos por el poder hegemónico y que sus vivencias están impelidas de acontecimientos traumáticos, pero también de rebeldías y esperanzas (Scott, 1990). Este acontecimiento es generado por un poder que reconoce en el Otro la capacidad para su existencia y potencialidad humana. La negación del sujeto que actúa en los intersticios y márgenes de la sociedad es clave para consolidar una sociedad vertical y poco dialógica. Es la condición *sine qua non* de la sociedad psicótica, viral, racista y capitalista que niega en la experiencia o episteme tradicional otras maneras de convivir y existir como humanos que somos.

Bajo este umbral, la mirada a los mundos negados necesita ser escrutado. Es decir, no basta señalar que la pandemia trajo consigo una reconfiguración de la sociedad, sino se toma en cuenta la superposición de un saber sobre el otro como la actualización del poder colonial y hegemónico. No en balde pervive el cuestionamiento de los amuzgos durante y después de la pandemia, porque, luego de que se expandiera la enfermedad en todo el estado de Guerrero, se pusieron retenes con la finalidad de contener el avance de la pandemia. A esto se sumaba el cierre de los comercios, negocios locales y venta de la indumentaria o arte textil elaborado por las mujeres. No obstante, la pandemia había logrado traspasar los muros simbólicos y reorganizar la vida cotidiana al interior de las comunidades indígenas. De este modo, sin entender muy bien cómo o de qué manera se propagaba la enfermedad a pesar de que existían filtros para el ingreso a las comunidades, los amuzgos habían

decidido aceptar la cuarentena impuesta por el poder estatal como una medida preventiva.

En Xochistlahuaca, municipio con el mayor porcentaje de amuzgos, los indígenas, junto a las autoridades locales, habían decidido poner un retén en el puente que permitía el acceso a este lugar.

La presidencia en base a lo cual expedía, nosotros avisábamos, casa por casa se le entregó el decálogo de las medidas preventivas, se avisaron a todas las comunidades, y en base a eso, hacemos las comunidades, ahora hay nueve comunicados, próximamente van a hacer 10. Lo que hicimos fue, cerrar los espacios públicos, aquí en Xochis se cerró el tianguis, la cual las tejedoras bajan sus prendas a vender, pero la gente no entendió y se ponían a los alrededores para vender, para hacer las mismas actividades, y eso sí, sin cubre bocas, todos los días hacemos filtros para lavado de manos, entre otras actividades. (Entrevista, Héctor, agosto de 2020)

Estas acciones se realizaron durante las primeras semanas de la cuarentena, pero la incertidumbre que provocaría la pandemia hizo que se dinamizaran las comunidades. Es más, muchos indígenas que habían migrado a varias partes del país y aquellos que se encontraban en Estados Unidos habían decidido regresar, porque el cierre de comercios, lugares públicos y centros de trabajo estaban prohibidos. El retorno a los lugares de origen como Xochistlahuaca y Tlacoachistlahuaca había mermado la seguridad y con esto el aumento de contagio de las personas. La llegada de los migrantes alarmó más a las comunidades, puesto que señalaban que “la enfermedad venía de afuera”. Me parece que este hecho no fue tomado en cuenta por las autoridades, es decir, uno de los efectos de la pandemia en la clase trabajadora migrante iba a ser el regreso a sus hogares y el estado no contaba con la capacidad suficiente para poner en marcha una asistencia de salud o seguimiento a aquellas personas que retornaban a sus hogares. A esto se sumaba la poca capacidad de los hospitales en aceptar pacientes con coronavirus y, sobre todo, a la falta de personal de la salud en el tratamiento de esta enfermedad.

En Xochistlahuaca, el retorno de los migrantes puso en alarma a los comuneros, pero también el desgaste de la cuarentena hizo que varias personas viajaran nuevamente de un punto a otro con la finalidad de

buscar empleo. La cuarentena sólo había traído consigo el cierre de negocios, espacios para la compraventa de productos de primera necesidad, así como la oferta del arte textil. Estos momentos de crisis que eran vistos como calamidades debían ser combatidos. Esto dio lugar a que a mediados del mes de mayo las comunidades retomaran sus actividades, puesto que creían que el coronavirus no atacaría sus hogares porque si existía algún síntoma se curarían en el hogar o, en casos más complejos, acudirían con los curanderos, pero de ningún modo esto implicaba el regreso a una cuarentena forzada. Se puede decir que mientras las comunidades amuzgas retomaban sus actividades con normalidad, en otras regiones como Acapulco o Chilpancingo las actividades eran tomadas en cuenta con cautela. La cuarentena sí era un asunto para tomar en cuenta.

Para los amuzgos, el coronavirus es una enfermedad que puede ser tratada y controlada. Muchas personas indicaban que la mayor prevención se encontraba en las hierbas locales y que los conocedores de sus efectos en cualquier tipo de enfermedad como el coronavirus lograban sacar de apuro a cualquier persona.

La población nativa —incluidos los curadores tradicionales— reconoce que dichas enfermedades (cáncer, el VIH-SIDA, la diabetes mellitus) afectan a una porción de la población y que, además, para enfrentarlas, recurre a sus formas tradicionales de atención y también a la atención biomédica, o como mínimo, a los productos biomédicos. Los sujetos y microgrupos de los pueblos originarios no parecen tener problemas en utilizar —con frecuencia y de manera simultánea— la diversidad de formas de atención de los padecimientos que corresponderían a cosmovisiones diferentes. Justamente, la auto atención sintetiza, o por lo menos articula, las diferentes formas de atención en apariencia incompatibles. (Menéndez, 2018, p.105)

Estos casos de autoatención son normales en las comunidades indígenas, además se trata de conocimientos que toman como premisa fundamental el diálogo generacional para hacer vigente todo forma de experiencia comunitaria. Menéndez (2015) indica que en esta relación:

es donde vemos la persistencia de los saberes tradicionales, sobre todo en los procesos de embarazo y parto, donde se observan persistencias y transformaciones y la apropiación de nuevas formas de atención paralela, además de la emergencia de nuevos curadores. Gran parte de la desconfianza a los representantes del sector salud no sólo es por el maltrato, sino el cuestionar ser atendidos por pasantes, la frecuente rotación del personal de salud, inasistencias frecuentes o llegadas tarde a consulta. Diferencias de diagnósticos entre un médico del centro de salud, el hospital o el privado, incluso entre medicamentos del sector salud y los de la farmacia. Por lo que se tiene más confianza al sector de salud privado. (p. 311)

En el mismo tenor, De Gortari (2014, s/p) sostiene que de “manera análoga a los otros pueblos de la Tierra, los antiguos mexicanos consiguieron relacionar eficazmente su modo de obrar con el comportamiento de los procesos naturales, dándose cuenta de que, en la medida en que podían entender la naturaleza, lograban mejorar los resultados de su actividad práctica y adquirirían así cierto dominio sobre la propia naturaleza”.

A diferencia de la percepción del mundo indígena sobre la salud (comunitaria), la razón de Estado tiene sus modelos de prevención y se basa en criterios especializados, analíticos y médicos. La prevención de la salud no toma en cuenta la cosmovisión o la percepción del Otro, al contrario, la cuestiona y niega. En una ocasión el director del Centro de Salud de Xochistlahuaca mencionaba que la gente no acudía a dicho lugar porque los indígenas desconocían de la enfermedad y tenían una desconfianza en hacerse tratar con el médico. Cuando le pregunté sobre ello decía:

aquí influye la cosmovisión de la sociedad, lamentablemente, la sociedad no ve la magnitud de la situación, y ha adoptado una postura de renuencia prácticamente, de que no aceptan la información, la aplicación, no reconocen ni la conocen de la enfermedad”. El negacionismo a los sistemas de salud y a las instituciones del aparato estatal se daba también, porque “el gobierno siempre los ha engañado. Otra porque tienen una cultura ancestral, y creen en métodos de sanación curación y esto cree que pueden controlar, y ellos mismos se han dado cuenta, que son factores de riesgo y complicarse hasta fallecer. (Entrevista, Héctor, agosto 2020)

La opinión del especialista en temas de prevención y tratamiento que propone la medicina convencional está relacionada con el grado de coerción que ha logrado el Estado sobre las comunidades indígenas. Un ejemplo claro de esto fue cuando el Estado desde 1976 “acepta a las parteras empíricas capacitadas por las instituciones públicas de salud y, con la excepción de esta clase de terapeutas medicalizadas que son consideradas como auxiliares para la salud en obstetricia”, ello responde sin duda alguna a la *Ley General de Salud* (1984) que únicamente “reconoce el ejercicio de los médicos que han tenido una formación académica” (Campos, 1997, p. 68). Este tipo de políticas de Estado ha implicado, desde luego, la universalización de una razón occidental sobre aquellas de carácter tradicional o empírico. Dicho de otro modo, la medicina “basada en evidencia representa un principio fundamental de la práctica médica actual. La calidad de la atención médica otorgada depende de la habilidad para tomar decisiones, las cuales se encuentran sustentadas por datos científicos validados” (Gobierno de México, 2020, p. 3).

En esta forma de atención se encuentra presente no sólo el ejercicio de las políticas de salud, así como el control de poblaciones, sino también una razón hegemónica que no toma en cuenta la cultura y la razón tradicional. Un aspecto importante para resaltar es el hecho de que el Estado haya ocultado información relevante para entender los efectos de la pandemia en las zonas rurales y, sobre todo, donde persiste un número importante de comunidades indígenas. *Data crítica* (2020) recalca que en los meses de marzo y septiembre “los datos oficiales en México subestimaron a indígenas con sospecha de haber sido infectados con COVID-19; las fallas en la contabilidad continúan pues hay más de 3 mil contagiados que son ‘hablantes de lengua indígena’ y al mismo tiempo se les cataloga como ‘no indígenas’ y hay más de cien mil casos donde no se especifica su etnicidad”. Esto se aprecia en la figura 1.

Los puntos rojos no sólo indican los casos de muerte, sino la existencia de comunidades que no han sido atendidas y que fueron subvaloradas para el combate del coronavirus. La ausencia de un diálogo y una red horizontal entre las culturas, así como el reconocimiento a otras formas de tratar la enfermedad y la vida bien pudieran proponer y postular formas de vida novedosas y que vayan más allá del ejercicio de un poder de salud occidental. Al final esto tiene que ver con ampliar la

Figura 1
Mapa de las poblaciones indígenas con casos de decesos



Fuente: Data crítica (2020), "México subregistró más de 9 mil casos de indígenas en datos oficiales de Covid-19".

En: <https://datacritica.org/portfolio/covid-19-mexico-oculto-casos-entre-indigenas/>

participación de la gente en temas tan convulsos como es la salud pública y comunitaria. Pues, más allá de concebir a las comunidades como parte del derecho de las minorías, estas requieren ser tomadas en cuenta para proponer cambios y alternativas que permitan fortalecer los tejidos sociales y comunitarios. No obstante, debido al crecimiento de la curva de ascenso del coronavirus, el poder estatal puso en marcha una campaña de prevención y cuidado de la salud a través del eslogan "¡Quédate en casa!". A esto se suma el hecho de que la cuarentena en todo el país y sus efectos económico, políticos y de salud en las comunidades indígenas dependía más de la opinión técnica de los especialistas y no tanto así de las dinámicas locales, culturales, así como de los saberes tradicionales para combatir la pandemia. Esta acción impulsada desde el poder no sólo consistía en una respuesta necesaria y preventiva, sino también recalca la existencia de la razón política moderna.

El *tsa⁽ⁿ⁾ nch'a* o cómo curar el cuerpo-alma

Para el especialista de la salud occidental, el tratamiento del cuerpo desde un punto de vista místico o cosmológico está alejado de toda presunción de ciencia. No es posible llevar a cabo un análisis minucioso de este si no se toman en cuenta los síntomas como resultado de pruebas y análisis bioquímicos. El uso del laboratorio y la detección de elementos que pongan en riesgo a la salud deben de ser tratados, de ser posible, con una medicación avalada y certificada mundialmente. La ciencia positiva considera que el saber racional de la medicina y su tratamiento presupone el aplazamiento de la enfermedad y, por supuesto, su mejora en un tiempo determinado. Sin embargo, en las comunidades amuzgas la idea de medicina, enfermedad, salud y cuerpo varía y se entiende según las *circunstancias*. Es decir, la medicina no es vista como una cuestión especializada y propio del campo anatómico o bioquímico, sino como un saber comunitario que trata un mal que ha sido el resultado de una acción provocada por alguien o también por uno mismo. Al respecto, Menéndez (2015, p. 308) indica que se da “la reducción de enfermedades occidentales e incluso reducción de la mortalidad gracias a la biomedicina. Por otra parte, como estas prácticas biomédicas aumentan la desaparición de curadores o su transformación, modifican no sólo comportamientos sino cosmovisiones e identidades étnicas”. También, dicha desaparición se debe a la negación que genera la ciencia médica respecto a los saberes que no son calculados, medidos y clasificados.

Este presupuesto pone en duda el saber comunitario, no obstante, la insistencia en mantener un quehacer propio y alejado de todo canon discursivo y hegemónico hacen que el saber tradicional se mantenga vigente y sigiloso ante la transformación que provoca el mercado y la globalización. Así, para los amuzgos la enfermedad es algo que se puede curar a través de un procedimiento apegado a la oralidad y el saber comunitario. Al igual que en la jerga latina, el concepto de curar (*curare*) significa curar o sanar el alma, el amuzgo se preocupa por la estabilidad emocional, porque de ello depende el estado anímico del humano. Para ello, quien debe intervenir en la recuperación del sujeto es el médico de la comunidad, vale decir, un *tsa⁽ⁿ⁾ nch'a*, es decir, un curandero, quien, a diferencia del médico occidental, realiza una labor curativa con

base en el conocimiento sobre la naturaleza y el mundo cosmogónico y cosmológico en el que interactúa. A diferencia del *tsa(n) ntyjii* (sabio, en nuestra lengua española), el curandero amuzgo se encarga de procurar el bien de la persona y la comunidad. Distinta es la labor del *tsa(n) calua* (brujo), quien se ocupa de cambiar los caminos de las personas o que requieren de una acción *contra naturam* para no transgredir en las ocupaciones de los otros.

Figura 2
El *tsa(n) nch'a*



Elaboración propia

En Xochistlahuaca, el curandero ha cumplido un rol importante en el tratamiento del coronavirus. Varias pacientes que adolecieron de esta enfermedad tuvieron que auxiliarse del especialista de la comunidad. El *tsa(n) nch'a* ponía en práctica el uso de la herbolaria, el rezo y la limpia para sanar el cuerpo y el alma de las personas que padecían los efectos del coronavirus o incluso de otras enfermedades que no podían ser aliviadas por la medicina occidental. Expuesto de otro modo, según Lambarri et. al. (2012, p. 125), en las comunidades indígenas la manera de:

responder a la enfermedad conlleva una elección contextualizada socialmente. Significa por lo tanto que la relación del hombre con su mundo

está mediada por el conjunto de creencias, valores y signos que ha construido con la cultura de la que forma parte y en la que compromete el sentido personal de su vida, eligiendo lo que le es accesible, comprensible, útil y gratificante, pero sobre todo cercano a su forma de pensar.

En este municipio se encuentra un grupo importante de 40 curanderos y 30 parteras que están distribuidos en las comunidades de Cozoyoapan, Guadalupe Victoria, Arroyo Grande y Los Lirios (Sánchez *et. al.*, 2021, p. 4). Sin embargo, la función que cumplen estas personas no es reconocida por las autoridades como una labor importante para el cuidado, atención y tratamiento de las personas. Cabe indicar que el Hospital Básico de Xochistlahuaca contaba con un Centro de desarrollo de la medicina tradicional donde se ponía en práctica el saber medicinal y tradicional de los curanderos. En su momento contaba con 100 médicos y parteras tradicionales, pero dicho proyecto duró muy poco debido a la falta de apoyo y, sobre todo, a la “poca efectividad” según los especialistas para atender y curar a los pacientes con enfermedades graves.

Normalmente los curanderos atienden casos de empacho, coraje, espanto, antojo, aparición de nahual, pero en estos últimos meses se dedicaron a tratar los malestares del coronavirus como el dolor de cabeza, espalda, pecho y dolor de las articulaciones. El *tsa(n) nch’a* realiza un ritual con base en hierbas de la localidad como son: hierba santa, romero, albahaca, rosas y flores de todo tipo que al final sirven para sanar los malestares ocasionados por el coronavirus. Otro de los tratamientos que ofrece el *tsa(n) nch’a* está relacionado a los males socioemocionales como el miedo, la tristeza y el espanto a morir de coronavirus. Si bien estos malestares pueden ser tratados por la medicina occidental, requieren de su medicación, sin embargo, el amuzgo prefiere visitar al *tsa(n) nch’a* porque los recursos que usa para tratar y sanar a las personas giran en torno a la oralidad, el conocimiento de las hierbas y la plegaria o rezo. Menéndez (2015, p. 317) señala que según la OMS (Organización Mundial de la Salud)

el 80% de la población en países en desarrollo depende de la medicina tradicional y según la OPS, el 80% de la población indígena de las Américas, utiliza curadores tradicionales como principal asistencia médica, pero no

consideran que tanto las poblaciones como los curadores tradicionales usen fármacos. La biomedicina se expande a través de estos fármacos, como parte del sistema capitalista tiende a la expansión constante para asegurar su reproducción.

En una ocasión, por el mes de octubre, tuve la oportunidad de acudir donde un reconocido *tsa(n) nch'a* y descubrí que tenía pacientes provenientes de diferentes partes de Guerrero y el país. Todos ellos buscaban al *tsa(n) nch'a* para aliviarse de los males provocados por la vida cotidiana como el estrés, el cansancio y el enojo. Además, la mayor demanda de consulta estaba relacionada con “síndromes y rituales culturalmente delimitados, enfermedades gineco-obstétricas, gastrointestinales, respiratorias, dérmicas, articulares y osteomusculares, metabólicas y nutricionales, de vías urinarias, enfermedades diversas y problemas inespecíficos” (Campos, 2002, p. 186). La creencia de la gente en el conocimiento del *tsa(n) nch'a* sobre la anatomía humana y el espíritu era de admirar, porque veían en él un interlocutor que resaltaba misticismo y capacidad para hacer sanar el cuerpo. Campos (2002, p. 185) expresa esta voluntad y reconocimiento comunitario en el sentido de que la persona llega al *tsa(n) nch'a* porque es el único que está enterado de los acontecimientos de la vida comunitaria y, además, porque los Centros de salud no satisfacen la demanda completa de los usuarios. “Existen enfermedades o padecimientos que únicamente se resuelven con los terapeutas tradicionales, los denominados síndromes culturalmente delimitados, de filiación cultural o dependientes de la cultura. Sólo son entendidos dentro de la cultura en la que se desarrollan, cuentan con clave o código cultural que desentraña su contenido simbólico y significados específicos” (Campos, 2002, p.185). De acuerdo con esto, el *tsa(n) nch'a* es una persona reconocida por la comunidad, él se da cuenta de que los males de las personas son provocados por fenómenos extraños o incluso que son provocados por uno mismo. Quiere decir que la enfermedad es resultado de un acontecimiento externo, pero que causa trastorno a las personas y familias. La pérdida de empleo en tiempos de pandemia no sólo provoca tristeza o desilusión del mundo, también genera malestares que pueden conllevar a la destrucción del organismo o incluso a la autoaniquilación. El *tsa(n) nch'a* tiene que ser capaz de

hablar y convencer al paciente de que se sanará, pero para ello es necesario una limpia, una purificación del alma y el estado emocional para afrontar las vicisitudes que nos depara la modernidad y el mercado. Una informante durante la sesión del curandero sostenía lo siguiente:

La verdad, es que aquí mi familia, les dio tos y gripa, lo normal de siempre... y pues igual yo, empecé así, pero no me gustó porque... a mí me dio diferente, era dolor de huesos y bastante frío y fiebre por dentro, y entonces digo, pero por qué estoy así, tomaba pastilla y no veía nada... y ay digo, pero por qué, y más donde perdí todo el sabor, todo el sabor, el olor, nada, nada, no me daba, no comía... más bien no comía... así que después digo, y pues no pensé que es eso pero no fui al doctor, con puro té, té de aquí [...] Yo me hacía mi té de jengibre con canela, ajo, cebolla... aparte me tomaba otro té hierba santa con limón que me decía la gente [...] Ay porque pues le pensaba a esto... de dónde... y luego más me decían “ay es que están cobrando 800” ... ay digo no... no, no tengo ahorita... así que no fíjese, gracias a Dios, creo que él ve todo lo que uno está viviendo, lo que uno está pasando, sané... sané... de que sí me dio dos semanas. (Entrevista, anónimo, septiembre 2020)

De acuerdo con los informantes, la salud–enfermedad tiene que ver con un sentimiento de bienestar–malestar intrapersonal e interpersonal. El pensamiento mágico–religioso se evidencia a partir de la clasificación que realiza de las enfermedades, las cuales pueden ser físicas, psicológicas o de otro tipo como son: daños o brujerías que no pueden ser detectadas ni curadas por los médicos alópatas. Muchas veces una persona es la causante del problema. Los curanderos pueden dedicarse a la magia blanca (hacer el bien) o la magia negra (perjudicar); ellos poseen un “don” para curar, pueden ver en los sueños y adivinar el malestar de un paciente.

Referencias

- AGUIRRE PÉREZ, I. (2007). *Amuzgos de Guerrero. Pueblos indígenas del México contemporáneo*. CDI. https://native-land.ca/wp-content/uploads/2018/06/amuzgos_guerrero.pdf
- AGUIRRE, I (2018). *Monografía del pueblo amuzgo de Oaxaca y Guerrero*. CDI: México.
- ARGUEDAS, J. M. (1998). *Todas las sangres*. Alianza Editorial.
- BARTRA, A. (2013). *Hambre/Carnaval, dos miradas a la crisis de la modernidad*. UAM-Xochimilco.
- BAUMAN, Z. (1999). *La globalización. Consecuencias humanas*. F.C.E.
- BAUMAN, Z. (2003). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica.
- CAMPOS NAVARRO, R. (1997). Curanderismo, medicina indígena y proceso de legalización. *Nueva Antropología*, XVI (53), 67-87.
- CAMPOS NAVARRO, R. (2002). Las medicinas indígenas de México al final del milenio. En G. De la Peña, y L. Vázquez León, *La antropología sociocultural en el México del milenio. Búsquedas, encuentros y transiciones* (pp. 162-201). Fondo de Cultura Económica; Instituto Nacional Indigenista; Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Data crítica. (2020). *México subregistró más de 9 mil casos de indígenas en datos oficiales de COVID-19*. <https://datacritica.org/portfolio/COVID-19-mexico-oculto-casos-entre-indigenas/>
- DE GORTARI, L. (2014). *La ciencia en la historia de México*. FCE. https://books.google.com.mx/books?id=Q_t6BwAAQBAJ
- DE LAS CASAS, B. (2005). *Brevísima relación de la destrucción de las Indias*. Editorial EDAF.
- DESCARTES, R. (2010). *Discurso del método*. Colección Austral Espasa-Calpe.
- MARY, D. (1996). *Cómo piensan las instituciones*. Alianza Universidad.
- FANON, F. (1994). *Los condenados de la tierra*. Fondo de Cultura Económica.
- FORNET, R. (2009). La filosofía Intercultural. En E. Dussel, E. Mendieta y C. Bohórquez (eds.). *El pensamiento filosófico latinoamericano, del Caribe y Latino [1300-2000]* (pp.362-376). Siglo XXI.

- FULLER, N. (1992). La educación intercultural: retos y propuestas. *Anthropologica*, 10. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5042208.pdf>
- GARCÍA, N. (1999). *La globalización imaginada*. Paidós.
- Gobierno de México. (2020). *Uso de medicamentos de eficacia no demostrada contra COVID-19* [Archivo PDF]. https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Uso_de_medicamentos_de_eficacia_no_demostrada_en_pacientes_con_COVID.pdf
- LACLAU, E. y Mouffe, C. (1987), *Hegemonía y estrategia socialista. Hacia una radicalización de la democracia*. Siglo XXI editores.
- LÁMBARRI RODRÍGUEZ, A., Flores Palacios, F., y Berenzon Gorn, S. (2012). Curanderos, malestar y “daños”: una interpretación social. *Salud mental*, 35(2), 123-128. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252012000200005&lng=es&tlng=es
- LANDER, E. (2003). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales*. CLACSO.
- LORA, J. (2020). La política colonial del despojo y los límites planetarios: las pandemias. En J. Kenny Acuña, E. Sánchez y M. Garza. *Cartografías de la pandemia en tiempos de crisis civilizatoria. Aproximaciones a su entendimiento desde México y América Latina*. La Biblioteca
- MANDUJANO, A., Camarillo, L. y Mandujano, M. (s/f). *Historia de las epidemias en el México Antiguo. Algunos aspectos biológicos y sociales* [Archivo PDF]. <http://www.uam.mx/difusion/revista/abr2003/mandujano.pdf>
- MENÉNDEZ, E. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, 104-113.
- MENÉNDEZ, E. L. (2015). Las enfermedades ¿son sólo padecimientos?: biomedicina, formas de atención “paralelas” y proyectos de poder. *Salud Colectiva*, 301-330.
- QUIJANO, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En E. Lander (ed.). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas* (pp. 201-246) Ediciones FACES/UCV.

- SÁNCHEZ, E., Valtierra, G., López, L., Ramírez, M., Garza, M., Paredes, S., Cruz, V., Palacios, H., Zambrano, I., Meza, A., Acuña, J.K., Figueroa, N., López, J. (2021). *Diagnóstico del sistema de salud en el Municipio de Xochistlahuaca, Gro., en el contexto COVID-19*. CIATEJ, UAGRO, CIESAS, IISUABJO, UH, COLMICH.
- Secretaría de Gobernación. (1984). *Ley General de Salud* http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984
- SCOTT, J. (1990). *Los dominados y el arte de la resistencia: discursos ocultos*. Ediciones Era.
- WEBER, M. (1984). *Economía y sociedad. Conceptos de la sociología y del “significado” en la acción social*. Fondo de Cultura Económica.
- ŽIŽEK, S. (1998). Multiculturalismo o la lógica cultural del capitalismo multinacional. En F. Jameson y S. Žižek. *Estudios Culturales. Reflexiones sobre el multiculturalismo* (pp. 137-188). Paidós.

ARTICULACIÓN DIGITAL DE LOS SABERES AMUZGOS Y OTROS SABERES COMO UN MODO DE SUPERAR EL REZAGO Y LA MARGINACIÓN COMO PUEBLO ORIGINARIO

Hugo Baltazar Palacios Pérez | Juana Inés Zambrano Dávila
Petra Baldivia Noyola | Ernesto Torres Ruiz
Leopoldo Rodríguez Matías

Introducción

En la actualidad, diversos campos de la actividad humana se benefician de los nuevos desarrollos tecnológicos orientados al procesamiento de grandes cantidades de información (Pontes-Pedrajas, 2005). Entre ellos, campos como la salud, la educación, las comunicaciones interpersonales y las finanzas se han destacado como campos ampliamente impulsados o soportados mediante algunos de los avances más recientes de las Tecnologías de la Información (TI) (Bretón-López *et al.*, 2017). Los avances incluyen, pero no se limitan a la internet, los celulares y las aplicaciones de software o las también llamadas Apps.

Durante la pandemia de la COVID-19, y dadas sus especiales características, sobre todo el hecho de que el contacto humano favorece el contagio, se tomó la decisión del distanciamiento interpersonal. Bajo esta condicionante, se ha resaltado la posibilidad de apoyarse en las TI como estrategia de afrontamiento ante las consecuencias de las emergencias sanitaria como económica y con ello disminuir parcialmente el efecto negativo del distanciamiento en la economía fortaleciendo actividades tales como el comercio, en la forma de comercio electrónico, o la educación, en la forma de educación remota.

Sin embargo, a pesar del éxito obtenido en diferentes lugares del país implementando esta estrategia, cuando se trata de los pueblos originarios se deben hacer consideraciones adicionales. Dos de tales deferencias se encuentran en los índices de marginación y rezago social, los cuales, de

forma complementaria, señalan el conjunto de oportunidades sociales que amparan a los ciudadanos, sus familias y comunidades. También puntualizan que la exposición a privaciones, riesgos y vulnerabilidades sociales son un tipo tal que, usualmente quedan fuera del control personal, familiar y comunitario (Velasco *et al.*, 2017). Los índices de marginación y rezago social, en el año 2010, para la comunidad de Xochistlahuaca, asentamiento principal en Guerrero, del pueblo originario amuzgo, se valoraban ambos en el mayor nivel: *Muy Alto* (SEDESOL, 2010).

La pandemia de la COVID-19 ha obligado al mundo en general, a cada comunidad y persona en lo particular, a replantearse el sentido de su existencia, de sus quehaceres como grupos y personas. Se observó de pronto que es posible detener al mundo. Un mundo que parecía indescarrilable, que todo marchaba a un ritmo frenético del que era imposible escapar y que el destino estaba escrito así, tal cual se estaba desarrollando.

En esta pausa, aprovechando las cuestiones de reflexión que ha favorecido la cuarentena tan prolongada de la COVID-19, y con la premisa de que es primordial dar paso a nuevas relaciones con los pueblos originarios, favoreciendo el florecimiento de construcciones comunes, nutridas en los saberes de las diferentes culturas que conviven superpuestas o en vecindad. Se debe insistir en respetar íntegramente los conocimientos del pueblo amuzgo y su forma de vida. Por ello, en este capítulo se trata de ensayar una respuesta a la pregunta ¿De qué modo pueden las TI ser herramientas útiles para articular la cultura amuzga con otras culturas cercanas o lejanas, en una colaboración sinérgica de sabidurías, que incremente el bienestar de los habitantes? Se piensa como un esbozo, sobre todo teniendo en cuenta que no es posible ofrecer una respuesta definitiva ni totalmente redondeada, en función de que debe ser una propuesta dinámica, que emane día a día, de la convivencia continuada con la comunidad amuzga, en ese sentido, este puede ser un punto de partida.

Raíces culturales del pueblo amuzgo

Cada pueblo originario tiene una base de conocimiento propio en lo que se refiere a varios dominios tales como la agricultura, alimentación,

la vida social y claramente también en lo referente a la salud. El pueblo amuzgo no es la excepción y en su particular cosmovisión se observan claras diferencias con la cultura predominante.

La comunidad amuzga tiene una visión de la vida como una forma fluida, con alta sensibilidad al conflicto y a tomar acciones resolutivas; es decir, no se quedan viviendo en el problema, sino que emprenden acciones para salir de él de la forma más pacífica posible. Consideran a *la tierra como un ser vivo*, con el cual tienen una unidad sinérgica, la cual conlleva una relación con un yo más amplio que el *yo personal* y el *yo nosotros* de comunidad, concepción que es diferente a la que impera en occidente, de entidades separadas.

El *trabajo unido* también es una expresión de la unidad, el trabajo del monte que hacen los hombres y el trabajo del telar que hacen las mujeres son partes de la unidad también, no de dependencia, sino de coexistencia en una unidad más amplia. La horizontalidad de las relaciones públicas y sociales, en tanto se saludan como *hermano*, y la implicación del *trabajo sucio* como signo de ser autoridad, señalan una confluencia de vida compartida en acción, en la que las personas son importantes, donde el vínculo es *sentir y pensar con el corazón*, que son los modos que se usan para decir que se quiere, se extraña, se es malo o se está alegre (Valtierra-Arango, 2012).

Estas breves notas sobre el modo de ser amuzgo aportan una idea de las diferencias que se tienen con la cultura mexicana general y deben ser tomadas en cuenta para proponer una interacción que respete el modo de vida y que a la vez sea una interacción sinérgica, que impulse a ambos actores culturales.

Cuestiones tecnológicas actuales del pueblo amuzgo

Según la encuesta sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación en los Hogares (INEGI, 2018), la disponibilidad de computadora ha pasado del 11.8% en 2001, al 44.3% en 2019. La conexión a internet ha pasado del 6.2% en 2001, al 56.4% en 2019. El porcentaje de usuarios de teléfono celular inteligente con acceso a internet, que se conecta o no a través de una conexión móvil al 2019 es

del 90.6%. En términos del contraste urbano-rural sobre el uso de computadora, internet y celular, se observan del siguiente modo: 49-22.1%, 76.6-47.7% y 79.9-58.9% respectivamente. Por motivos económicos de rentabilidad, es difícil que las compañías proveedoras de internet abarquen zonas poco redituables, como es el caso de algunas zonas indígenas, que además se encuentran en zonas de alta marginación (Vergara, 2015 y Polanco, 2019).

En una encuesta realizada en las comunidades del Municipio de Xochistlahuaca, Guerrero, México; principalmente mediante entrevistas estructuradas aplicadas a la población amuzga, entre los meses de agosto a octubre de 2020, se obtuvieron entre otros datos, los referentes a la tecnología. Estos datos señalaron que, de 997 personas entrevistadas, el 77% disponía de celular, el 15.64% disponen de computadora o de una laptop. Lo cual refleja los datos recuperados del INEGI en el 2018, es decir, se corrobora la familiaridad de las personas entrevistadas con algunas de las tecnologías actuales y también algunas limitaciones ya identificadas (INEGI, 2018).

Posibilidades tecnológicas a partir del estado actual de la cultura amuzga

Aunque se considera a las comunidades originarias como grupos prioritarios, se reconoce la importancia de su legado histórico-cultural y su participación en la vida del país, sin embargo, persiste el rezago de su atención, resultando en una marginación, pobreza y evidentes desventajas a la hora de atender las acciones cotidianas de la vida globalizada de hoy. Evidentemente, la cultura amuzga no está aislada del mundo, pues tienen acceso a internet, celulares, otros aparatos y producen tejidos que son exportables. Es más bien cuestión de repensar la articulación en un sentido más puntual bajo un plan propio y general de desarrollo.

No se ignora en la comunidad amuzga que actualmente las TI son un factor de enorme importancia en la dinámica económica general. Se entiende también que su carencia o deficiente adopción merma su capacidad de comercialización de sus productos. Sin embargo, de acuerdo con Bocanegra y Vázquez (2010), las TI no son solamente el uso de

internet, las computadoras y los smartphones, sino que comprenden muchas otras herramientas, técnicas, conocimientos y tecnologías, las cuales incluyen a la automatización de la producción, el control administrativo de las empresas e incluso el seguimiento del perfil del consumidor. Lo cual comienza a revelar la dificultad para hablar de una adopción digital más amplia por cualquier grupo o comunidad. Aquí es donde se encuentra el principal problema y marca una gran diferencia entre quienes están en posibilidades de emplear hábilmente las TI y los que no. La brecha en la adopción de estas es notable, tanto entre individuos como entre organizaciones e incluso países.

La encuesta realizada en Xochistlahuaca y los resultados del INEGI en el 2018 señalan que la comunidad amuzga se encuentra en desventaja en el desarrollo digital. Lo cual no es un problema de imposibilidad de desarrollo, sino que son las consecuencias de la marginación, como se mencionaba con los índices de marginación y de rezago social. Se muestra aquí una gran oportunidad centrada en la educación, entendida como gran estrategia de modificación de condiciones de vida, bien orientada puede aprovechar las bondades de la cultura amuzga para proponer una transición tecnológica que los sitúe en el contexto global, mostrándose como lo que son: un pueblo auténtico, con saberes propios y con la capacidad de llevar una vida armónica con el entorno. Es decir, conservando su identidad, cultura, cosmovisión y a la vez, ser partícipes de las dinámicas globales, enriqueciendo las actuales visiones del mundo, de las cuales evidentemente se diferencia y a las que pueden enriquecedoramente contribuir.

De acuerdo con Madorran-García y Simón-Elorz (1994), las TI, en sentido amplio, abarcan tanto la información que se crea y su uso, como el conjunto de tecnologías que la operan. Este abanico se ha ido ampliando y profundizando a lo largo de su más reciente desarrollo, a la vez que diversas tecnologías se han hecho convergentes entre sí.

Se perciben, entonces, indicios de cómo pueden coordinarse la información y las tecnologías que la operan con la cosmovisión amuzga. Por un lado, los amuzgos poseen una visión del mundo fluida y, por otro, una tendencia a participar proactivamente de los eventos en favor de la misma comunidad. Poseen un largo historial de supervivencia cultural a varios eventos fuertes, incluidas sus migraciones y el encuentro

con los españoles y los afrodescendientes, más allá de lo cual su cultura permanece. Además, su respeto e integración con el entorno de un modo sustentable y sinérgico está acorde a las necesidades actuales del mundo que enfrenta un cambio climático y demanda modos más eco-amigables de parte de las comunidades humanas, de todas, no sólo de algunas. En este sentido, el conocimiento y modo de vida que ofrece la comunidad amuzga puede ser de gran beneficio a otras comunidades.

Coproducción de saberes tecnológicamente mediados

Partiendo de que se tienen factores culturales disposicionales que favorecen una articulación digital de la cultura amuzga a otras culturas, el camino a seguir no es tan desconocido como pareciera a simple vista. Existen varias líneas directrices marcadas sobre el futuro próximo en relación con cómo las tecnologías actuales y en desarrollo modelarán la vida cotidiana y sobre las cuales se puede pensar la articulación digital amuzga.

Por ejemplo, HUAWEI (2019a), en un horizonte al 2025, ha señalado 10 tendencias que las TI están generando y que tienen o tendrán efectos en la práctica diaria. Dichas tendencias son vivir con robots, super-visión, búsqueda-cero, calles a la medida, trabajando con robots, creatividad aumentada, comunicación sin fricción, economía simbiótica, lanzamiento rápido de la 5G, gobernanza digital global. Estas tendencias son transformaciones que tienen que ver con tecnologías específicas, cuyo desarrollo está en curso y que al igual que la energía eléctrica, el agua potable, las calles de asfalto, la televisión, la radio y otras tantas, median ya la actividad humana a la que ya se encuentran integradas en gran medida.

Otro ejemplo de tendencia interesante se tiene en la inteligencia de negocios. Se dice que los datos son el nuevo factor de producción y la inteligencia artificial la nueva productividad. Diversos sistemas de operaciones de flujos de datos están actualmente en diseño y construcción, convirtiéndose en infraestructura de importantes industrias completas. El desarrollo de talentos para manejar este raudal de nuevas articulaciones de la vida social es hoy, y en el futuro cercano, una necesidad urgente y estratégica. Se espera que para 2025 en el mundo habrá más de 40 000

millones de dispositivos personales inteligentes, que el 90% de los usuarios de dispositivos inteligentes tenga un asistente digital y que el uso de los datos alcancen una cobertura del 86% (HUAWEI, 2019b), lo cual muestra un panorama de mercado amplio y con múltiples oportunidades.

Mucho de lo que se requiere para concretar las tendencias mencionadas está en continuo desarrollo, innovación o por crearse. Este marco de creatividad está en continua transformación, en continuo movimiento. Por lo mismo, representa una gran oportunidad para re-crear conocimiento, poner a prueba conocimientos ya arraigados con la necesaria generación de conocimiento nuevo. Pero no se está ante un sólo polo generador de conocimiento, sino de múltiples fuentes de generación de conocimiento y de muchos tipos de conocimientos, es una especie de reingeniería humana de sistemas de saberes. En este proceso, para ponerse al día y de avanzar de acuerdo con los estándares marcados por el bienestar global, se requiere del trabajo compartido, de la colaboración, del logro de beneficios para todos. La cosmovisión amuzga con sus tradiciones por la agricultura amigable y la tradición del tejido hacen pensar en una base cultural apta para asimilar y hacer avanzar tecnologías que requieren un pensamiento algorítmico, creativo y complejo, así como el desarrollo de aplicaciones de tecnologías de modo sustentable en entornos ecológicos.

Nuevos medios, nuevos métodos, nuevas técnicas

La COVID-19, aparte de la novedad del virus y la necesidad de nuevas vacunas y medicamentos, ha hecho más visibles y agudas a las diferentes problemáticas ya existentes. Sobre todo, ha mostrado, por una parte, exclusión, marginación, pobreza, omisión silenciosa; por otra, desorientación y la necesidad del desarrollo de nuevas competencias y sus actualizaciones. Sin embargo, esta situación afecta a muchos más que solamente a los pueblos originarios. Es una situación en la que muchos colectivos deben poner atención y colaborar sincronizadamente para remontarla.

Algunas de las grandes corrientes en las que se puede encontrar un punto de anclaje para la colaboración global son las siguientes. En el contexto de contención actual, se han incrementado actividades como la educación en línea, el trabajo remoto, los e-sports (juegos electrónicos), el comercio en

línea, la banca en línea entre otros, con el fin de guardar las distancias y no perder del todo a las actividades social y económica en su totalidad.

Con la llegada de la COVID-19, el trabajo remoto ha avanzado a pasos agigantados, mostrando tanto ventajas como desventajas. Su característica principal es la flexibilización que otorga a los horarios, espacios y contactos con personas. También ha aportado las reducciones de costos y contaminación, por el sólo hecho de no trasladarse para hacer en un lugar fijo, lo que se puede hacer desde cualquier lado. Así se han logrado mantener algunas actividades laborales en medio de la epidemia.

La educación en línea ha sido la mayor estrategia para reducir una cantidad considerable de contactos. Combinando las actividades de forma síncrona y asíncrona, con recursos como videos, documentos y plataformas de instrucción y de distribución de contenidos, se ha logrado parcialmente dar continuidad al sistema educativo.

Los e-sports son un mundo que ya estaba en marcha mediante la transformación digital, desde antes de la pandemia se estima que para 2021 los e-sports generarán alrededor de 1500 millones de dólares y que, a ese paso, en cualquier momento pueden superar al fútbol (Goal, 2020).

El comercio electrónico también se incrementó considerablemente, sobre todo bajo la directiva de comprar desde casa los productos y servicios necesarios. Se estima que el e-Commerce mexicano se incrementó en un 40% a raíz de la epidemia (Ramos, 2020). La banca en línea se ha incrementado también. Ha enfrentado el desafío de hacer más seguras las transacciones y ha supuesto un avance en la educación de los clientes de la banca tanto en su organización personal como en el conocimiento de los medios de operación de la banca electrónica.

Como se dijo anteriormente, este capítulo aspira a poner en contexto algunos elementos que permitan repensar en la articulación amuzgo-mundo. Todos estos casos y las tendencias mencionadas previamente muestran el panorama de funcionamiento actual y esperado próximo de la sociedad global en que nos desarrollamos. Dado que lo que nos interesa es visualizar opciones para el pueblo amuzgo, como pueblo originario, inmerso en una multitud de procesos globales de diversa índole, cuya principal característica es la mediación que hacen las TI. Sobre todo, interesa el conocimiento que apoya un estilo de vida saludable amuzgo, acorde a sus tradiciones y que preserva y actualiza sus

conocimientos respecto de la salud/enfermedad en un entorno ampliado, en el que se articula como actor y no que se disuelva, como ha ocurrido ya con varios pueblos que han desaparecido.

Estilo de vida saludable

Preservar o lograr un estilo de vida saludable es un reto formidable, sin embargo, el estilo de vida, como conjunto de actividades realizadas diariamente o con cierta frecuencia, incluye poner en juego conocimientos, necesidades, posibilidades económicas y si se habla de una articulación amuzgo-global, es necesario pensar en un equilibrio favorable al estilo de vida saludable en los términos amuzgos.

Hablar de salud y de estilo de vida saludable es un asunto que requiere conjuntar variables macro y micro de variadas esferas. Entendida la salud en sentido amplio, de acuerdo con Mahler (2009):

[...] si la salud no empieza en el individuo, en el hogar, en la familia, en el lugar de trabajo y en la escuela, nunca alcanzaremos el objetivo de la salud para todos [...] “La salud para todos” es, por consiguiente, un concepto global cuya aplicación exige el despliegue de esfuerzos en la agricultura, la industria, la enseñanza, la vivienda y las comunicaciones, tanto como en la medicina y en la salud pública. La asistencia médica no puede, por sí sola, llevar la salud a una población hambrienta que vive en tugurios. Una población sujeta a esas condiciones necesita un modo de vida totalmente distinto y nuevas oportunidades de alcanzar un nivel más elevado. (p. 5)

Como se observa, estas aseveraciones del entonces Director General de la OMS, además de que son pensadas para la población mundial, no son incompatibles con el modo de vida amuzgo. Al contrario, cuando se piensa en el respeto que profesan por la tierra como ser vivo, al monte, a los semejantes, se encuentra una verdadera sintonía entre estas ideas y la forma de vida amuzga. Desafortunadamente, también se encuentra el nexo a un modo de vida con enormes carencias básicas que deben ser remontadas en el curso a un estilo de vida saludable, al estilo amuzgo y en consonancia con la OMS. De acuerdo con Maya-Ambía (2020):

[...] las políticas neoliberales han debilitado durante años al sector salud, incluso en los países de mayor desarrollo. Es por ello que la única forma de evitar futuras pandemias con efectos como los que estamos presenciando es cambiar radicalmente nuestros patrones de producción y de consumo, respetando la naturaleza y frenando su explotación irresponsable. (p. 1234)

En términos de las palabras y significados amuzgos arriba descritos, sería sentir y pensar con el corazón, de modo es no entristecer el corazón del cuidador de la tierra (Valtierra-Arango, 2012), lo cual puede ser tomado como el eje de la articulación.

La familia y la psicología de la familia amuzga

Se hace referencia a la salud en términos de la yuxtaposición de dos ámbitos, el médico-biológico y el sociocultural, cuyas variables se conjugan como comportamiento para dar lugar al estado de salud como carencia de enfermedad y como condiciones de vida y prácticas socioculturales favorables a mantener un balance favorable a la persona en términos de un continuo salud-enfermedad. El comportamiento individual entendido como la práctica individual, de cada persona, en un medio regulado por relaciones socioculturales es a la vez síntesis y concreción de variables de diferentes ámbitos y la forma *visible* de las tendencias al proceso de ese balance en el continuo salud-enfermedad (Ribes, 2008).

Llegados a este punto, consideramos el hacer un contraste entre la cosmovisión amuzga, muy bien presentada por Valtierra-Arango (2012), en el conjunto de palabras elegidas para mostrar el modo de ser amuzgo y la vida amuzga en interacción con las culturas con las que entra en contacto. Bastará un par de ejemplos para notar las diferencias y preguntarnos cómo pensar la interacción. El pueblo amuzgo refiere que, para hacer actividades en el bosque, como la caza, se pide permiso al monte, de lo contrario, se sabe que se hacen acreedores al castigo por el abuso. De modo que un choque fuerte para ellos ha sido el entrar en contacto con los caminos pavimentados, tan intrusivos al medio. Otro ejemplo lo son las atenciones médicas. Se escucharon comentarios en la encuesta mencionada arriba, que los médicos oficiales los atienden con

malos tratos, en choque con la forma amuzga de *sentir con el corazón*, tener como hermano al prójimo.

Adopción de tecnologías digitales

Desde luego que la empresa de adopción tecnológica por una cultura en general y por la amuzga en particular debe ser cuidadosamente considerada. Sobre todo, no proceder ingenuamente, como si la gente estuviese deseosa de emprender estas transformaciones. En la encuesta mencionada más arriba, se encontró en los amuzgos a una comunidad de personas abiertas a la mejora, interesadas en lo bien hecho, dispuestas a compartir su cultura y a entender otros modos de hacer. Se sabe que la facilidad de uso predice la adopción de las tecnologías (Lederer *et al.*, 2000) que, en el caso amuzgo, se debe tener en cuenta el uso de la lengua original. Pero como se dijo anteriormente, en la cultura amuzga se identifican fortalezas para apoyar al menos dos puntos de contacto, la base algorítmica del tejido y la base ecológica del “contacto con el monte”. Ambos puntos favorecen el reconocimiento y fortalecimiento de la identidad y toma de postura ante lo futuro.

Conclusiones

Se puede ser optimista en relación con que, si bien las condiciones de los pueblos originarios no han sido muy buenas a lo largo de su historia, dentro del trecho de historia compartida, hoy todos enfrentamos una serie de cambios que nos obligan a la redefinición y toma de postura para los amuzgos y otros pueblos originarios no es diferente. En medio de la pandemia de la COVID-19 y, sobre todo, motivados por ella, los cambios se han vuelto urgentes, notables.

Sobre la transformación digital, se abre la cuestión de si es una vía de incorporación a un estilo de vida más auténtico, de mayor protagonismo en el concierto de culturas de mutua retroalimentación. Las condiciones parecen ser favorables. Los habitantes de la zona visitada son personas dispuestas al trabajo de mejora.

Por ahora se puede avanzar la propuesta intermedia de un centro de desarrollo tecnológico, bienestar y avance económico que se ha revelado como necesario en esta pandemia como parte de las estrategias de afrontamiento y superación, tanto de la pandemia como de la mejora económica. Sería un primer paso que puede articular el mundo amuzgo con otras culturas de modo que se conserve la cultura amuzga y mejore el estilo de vida, intercambiando conocimientos y en últimas apoyando al bienestar de los pueblos.

Referencias

- BRETÓN-LÓPEZ, J., Mira, A., Castilla, D., García-Palacios, A., y Botella, C. (2017). Revisión de aplicaciones de las tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica y de la salud en infancia y adolescencia. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(3), 11-16.
- BOCANEGRA GASTELUM, C. y Vázquez Ruiz, M. Á. (2010). El uso de tecnología como ventaja competitiva en el micro y pequeño comercio minorista en Hermosillo, Sonora. *Estudios fronterizos*, 11(22), 207-229.
- GOAL. (11 de mayo 2021). ¿Qué es eSports? Por qué son un deporte y desde cuándo existen. <https://www.goal.com/es-mx/noticias/que-es-esports-por-que-deporte-desde-cuando%20existen/1ghvd p5r933vg17gbvvq2pbg>
- Global Industry Vision (2019a). *Touching An Intelligent World* [Archivo PDF]. https://www.huawei.com/minisite/giv/Files/whitepaper_en_2019.pdf
- HUAWEI. (15 de mayo 2019). *Huawei presenta Gauss DB, la primera base de datos que incorpora Inteligencia Artificial de forma nativa*. <https://www.huawei.com/es/news/es/2019/huawei-presenta-gaussdb-la-primera-base-de-datos-que-incorpora-ai-de-forma-nativa>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2019). *Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH) 2019*. <https://www.inegi.org.mx/programas/dutih/2019/#Tabulados>

- LEDERER, A. L., Maupin, D. J., Sena, M. P., y Zhuang, Y. (2000). The technology acceptance model and the World Wide Web. *Decision support systems*, 29(3), 269-282.
- MADORRAN-GARCÍA, C. y Simon-Elorz, K. (1994). Tecnología de la información y ventaja competitiva: algunos ejemplos. *Proyecto social: Revista de relaciones laborales*, (2), 95-108.
- MAHLER, H. (2009). El sentido de "la salud para todos en el año 2000", *Revista cubana de salud pública*, 35(4), 3-28.
- MAYA-AMBÍA, C. J. (2020). Revisión de la discusión actual sobre la COVID-19 en el ámbito del pensamiento social. *El Trimestre Económico*, 87(348), 1233-1258.
- POLANCO GARCÍA, C. D. (2019). *Mediaciones que afectan la identidad cultural en los jóvenes Amuzgos de Xochistlahuaca Guerrero: Una propuesta de comunicación para su fortalecimiento* [Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Guerrero].
- PONTES-PEDRAJAS, A. (2005). Aplicaciones de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación en la educación científica. Primera parte: funciones y recursos. *Revista Eureka sobre Enseñanza y divulgación de las Ciencias*, 2(1), 2-18.
- RAMOS, M. (2020). *La pandemia acelera el eCommerce mexicano: se prevé un incremento del 40% este 2020*. <https://marketing4ecommerce.mx/la-pandemia-acelera-el-ecommerce-mexicano-se-preve-un-incremento-del-40-este-2020/>
- RIBES IÑESTA, E. (2008). *Psicología y salud. Un análisis conceptual*. Editorial Trillas.
- Secretaría de Desarrollo Social [SEDESOL]. (2010). *Catálogo de localidades. Gobierno de México*. <http://www.microrregiones.gob.mx/catloc/LocdeMun.aspx?tipo=clave&campo=loc&ent=12&mun=071>
- VALTIERRA, D. (2012). "Nn'a'ncue Ñomndaa". En F. Gonzáles, H. Santos, J. García, F. Mena y D. Cienfuegos (Coord.). *De la oralidad a la palabra escrita. Estudios sobre el rescate de las voces originarias en el Sur de México* (pp.321 – 332). El Colegio de Guerrero y Editora Laguna.

- VELASCO, A. E. M., García, K. A. M., Avendaño, J. M., Pérez, M. P. y García, M. D. R. M. (2017). Marginación y rezago social en ciudades de las regiones de pueblos originarios. El caso de Oaxaca en el sur de México. *Espacio y Desarrollo*, (30), 59-83.
- VERGARA MENDOZA, G. (2015). *Uso educativo de tecnologías de información y comunicación en la región indígena MIXE de Oaxaca* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid].

EPÍLOGO

David Valtierra Arango

Nos llamamos *Nn'aⁿncue Ñomndaa*, oficialmente nos dicen Amuzgos. Somos un pueblo originario, vivimos actualmente divididos por las demarcaciones geopolíticas en cinco municipios asentados en lo que se conoce hoy como la Costa Chica. En el estado de Guerrero en los municipios de Xochistlahuaca (*Suljaa'*), Ometepec (*Ndyawe*) y Tlacoachistlahuaca (*Sei'chue*) y en el estado de Oaxaca, en los municipios de San Pedro Amuzgos (*Tsjom Nman*) y Santa María Ipalapa (*Tsjo' Catiu*). Nuestra lengua es el Ñomndaa, conocido como amuzgo, la cual cuenta con al menos cinco variantes dialectales. La vestimenta de la *yuscuncue* (mujer amuzga) es el hermoso huipil florido y de *yus'ancue* (hombre amuzgo) es el algodón y calzón blanco. De manera tradicional, las mujeres se dedican al cuidado de la familia, al trabajo del hogar y al tejido de prendas con la técnica ancestral llamada telar de cintura, mientras que los hombres a la agricultura, principalmente de autoconsumo.

La historia de nuestro pueblo no es muy diferente a la de otros pueblos mesoamericanos. Sin duda la invasión y colonización española provocó cambios profundos en la forma de vida de nuestras comunidades. Uno de los hechos más notorio y profundo fue el desprecio hacia nuestras culturas, nuestras formas de vida, los conocimientos y saberes locales inclusive hasta de nuestras creencias espirituales. La supuesta superioridad de los españoles y su ambición por el oro fueron las bases y el pretexto para hacer guerras, someter a los pueblos, imponer su voluntad, despojar nuestro territorio y tratar a nuestros ancestros como esclavos y subordinados. Este trato, en general, perdura hasta nuestros días sin duda alguna no con las mismas formas, pero sí con los mismos propósitos y con los mismos resultados. Los datos oficiales sobre pobreza y marginación pueden corroborar que las poblaciones indígenas

tienen los máximos índices. Ante esta situación, las comunidades y pueblos originarios han emprendido procesos de resistencias y en algunos casos de rebeldía, que por cierto perduran hasta hoy en día, ya no contra el gobierno español, sino contra el despojo, la explotación y represión capitalista, lo que en los últimos años se le ha llamado globalización neoliberal. También hay que decir que, a pesar de las resistencias de los pueblos a las imposiciones, a través de estos 500 años, se han dado procesos de transculturación y aculturación, principalmente a través de las políticas educativas y sus instituciones y de los medios de comunicación masiva que han cambiado la identidad cultural de los pueblos. Aunque tampoco han podido exterminarlas totalmente, pues varios elementos culturales ancestrales perduran hoy en día. En nuestro caso está nuestra lengua Ñomndaa, nuestra relación con la naturaleza: *ñ'oom*, *quioo'*, *ndaatioo*, nuestra forma de tenencia de la tierra *tyuaa*, algunas formas colectivas de trabajo, *ts'iaantjom* y fiestas, *ncuee*, nuestra *naseincue*, la medicina tradicional, así como algunos elementos de gobierno comunitario: *wats'iaan*, *tsanmants'iaan*, la siembra del maíz, *nna* y el tejido de telar de cintura, *ts'iaan jnom*, entre otros.

En estos meses, ya casi un año, de la llegada de la pandemia en nuestra comunidad, la situación no ha sido fácil porque ha evidenciado más nuestras carencias y exclusiones. Esta situación ha sido en general en todas las comunidades marginadas: las medidas implantadas de parte de los diferentes niveles de gobierno para tratar de contener el contagio no consideraron los contextos culturales ni las necesidades básicas de los que vivimos de los ingresos y de los trabajos que a diario realizamos.

Para enfrentar la COVID-19, la mayoría de los que nos enfermamos y tuvimos los síntomas acudimos a *naseincue*, a la medicina tradicional, la que crece en nuestro territorio, la que preparan nuestras madres, las esposas y los y las curanderas, la que sabemos que sirve para fortalecer nuestras defensas para combatir la tos, la gripa y sus efectos. Y es que no es la primera vez que nuestro pueblo enfrenta con sus saberes a las enfermedades que vienen de afuera, muy antes cuentan nuestros abuelos y abuelas que sobrevivieron a *ndaantsjoo* (la diarrea), *ndo'lqueen* (el sarampión), *ndo'nt'man* (la viruela), *ndo'chom* (herpe zoster), *chquion'oom* (la tosferina), *chquiotcaan* (la tuberculosis), entre muchas otras y más recientemente *tcu catsjan* (el dengue, la Chikunguya), *tcu* sida, entre otros.

Debido al contexto histórico ya mencionado y a las desconfianzas que han provocado los muy diversos puntos de vista y opiniones que han circulado en los diferentes medios sobre coronavirus, fueron muy pocas las personas que acudieron a la medicina occidental, ya sea al médico de paga o a las instituciones públicas.

Construir los posibles puentes para un diálogo horizontal entre la medicina tradicional y la medicina occidental no es nada fácil ni inmediato. Sobre todo, se requiere de cambiar las relaciones de subordinación, exclusión y discriminación que se tiene hacia las culturas indígenas. Se requiere, sin duda, de una apertura política y de ampliar la visión y percepción de la vida para poder aceptar que hay diferentes concepciones del mundo, de la vida, de producir, nombrar y compartir los saberes que se van construyendo colectivamente.

Xochistlahuaca, Guerrero

12 de enero de 2021

SOBRE L@S AUTOR@S

Acuña Villavicencio J. Kenny

Doctor en Sociología por el Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Perteneció al Sistema Nacional de Investigadores del CONACYT, Nivel I. Es investigador posdoctoral en el Posgrado en Ciencia Política del Instituto Internacional de Estudios Políticos Avanzados “Ignacio Manuel Altamirano” y profesor en la Maestría en Estudios de Violencias y Gestión de Conflictos de la Universidad Autónoma de Guerrero. Sus líneas de investigación son: violencia política y memoria, Estado, movimientos sociales, teoría crítica y antropología de la violencia. E-mail: johnkenny291@yahoo.com.mx.

Baldivia Noyola Petra

Profesora-Investigadora de la Escuela Superior de Ciencias y Tecnologías de la Información de la Universidad Autónoma de Guerrero. Maestría en Ciencias de la Computación. Perfil PRODEP del 2016 al 2019. Miembro del Centro de Investigación en Tecnologías de la Información y Comportamiento Humano (CeITICoH). Los intereses de investigación giran en torno a las Tecnologías de la Información y Educación, Gamificación, Enseñanza en el Desarrollo de Software. Forma parte del Consejo Académico del Consejo de Ciencia, Tecnología e Innovación del Estado de Guerrero, además de ser coordinadora del Consejo arbitral de la Mesa de Modernización Tecnológica y Desarrollo Regional de Estudios sobre Guerrero. Actualmente miembro del Padrón Estatal Docente-Investigador. E-mail: pbn29@uagro.mx.

Burguete Cal y Mayor Araceli

Doctora en Ciencias Políticas y Sociales por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Profesora-Investigadora titular del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Unidad Sureste, con sede en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Ha recibido reconocimientos académicos: “Premio Fray Bernardino de Sahagún” (INAH) por su tesis de maestría. Premio de la Asociación Mexicana de Estudios Rurales (AMER) y Premio Jan de Vos, por su tesis doctoral. Es investigadora del Sistema Nacional de Investigación SNI-CONACYT. Ha sido docente de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM; de la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH) y de la Facultad de Ciencias Sociales de la UNACH. E-mail: araceli_burguete@yahoo.com.mx.

Cuevas Herrera Adriana Elizabeth

Estudiante de la Licenciatura en Letras Hispánicas por Universidad de Guadalajara del Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades (CUCSH). Participante en el verano de investigación científica 2021 del programa Delfín y diplomada en corrección y escritura de textos. E-mail: adriana.cuevas.herrera@gmail.com.

Figueroa Galván Nashyeli

Doctora en Sociología por el Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; investigadora independiente; actualmente docente por asignatura en la Maestría en Estudios de Género en la Facultad de Psicología y Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Tlaxcala. Con experiencia en trabajo comunitario, así como en el diseño y desarrollo de talleres con perspectiva de género y prevención de violencia y racismo. Interesada en los procesos formativos horizontales, en la educación dialógica, decolonial y de pensamiento crítico. E-mail: nashyelif@hotmail.com.

Flores López María de Lourdes

Investigadora catedrática CONACYT-CIATEJ. Doctora en Antropología por el Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). Maestra en Ciencias de la Salud y Nutrición por el Escuela

de Salud Pública de México (ESPM) y Licenciada en Nutrición por la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAM-X). Líneas de investigación: Desarrollo y bienestar social. Aspectos sociales y culturales de los sistemas alimentarios. Actualmente desarrolla investigación de ciencia de frontera relacionada con la prospección social y los sistemas alimentarios. Perteneció al sistema nacional de investigadores en el Nivel 1. E-mail: lflores@ciatej.mx y mari_marilu@hotmail.com. ORCID: 0000-0002-2997-2001.

García Chong Néstor Rodolfo

Médico Cirujano, Maestro en Docencia en Ciencias de la Salud (2003) y Maestro en Psicopedagogía por la Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH); Doctor en Ciencias en Ecología y Desarrollo Sustentable con orientación en Población, Salud Medio Ambiente por El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR); Profesor e investigador en la Facultad de Medicina Humana de la UNACH. Líder y responsable del Cuerpo Académico Promoción y Educación para la Salud; investigador en Ciencias Médicas “B” del Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, de la Comisión Coordinadora de Hospitales e Institutos de Alta Especialidad (CCINSHAE). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel 1. E-mail: nes26g@hotmail.com.

Garza Zepeda Manuel

Doctor en Sociología. Investigador de tiempo completo en el Instituto de Investigaciones Sociológicas de la Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca (UABJO). Investigador Nacional de CONACYT. Responsable del Cuerpo Académico Estudios Políticos. Ha impartido cursos en Licenciatura, Maestría y Doctorado en la UABJO. Es autor de los libros *Insurrección, fiesta y construcción de otro mundo en las luchas de la APPO, Oaxaca 2006-2010* (editorial Juan Pablos, 2016), y *Luchas y emancipación social en Oaxaca* (Juan Pablos editor, 2018). Colaborador en la coordinación de varios libros, autor de capítulos de libro y artículos en revistas sobre luchas sociales, crítica de la categoría movimientos sociales y crítica de la política prefigurativa. E-mail: magaze@iisuabjo.edu.mx.

Jiménez Acevedo Hilda María

Licenciada en Ciencias Políticas y Administración Pública por la Universidad Iberoamericana, México; Maestra en Desarrollo Social y Política Social por la Universidad de Manchester Inglaterra, y Doctora en Desarrollo Social por la Universidad de Londres. Profesora e investigadora de la Universidad Autónoma de Chiapas, en el Centro de Estudios sobre la Universidad. Perteneció al Cuerpo Académico Promoción y Educación para la Salud, línea de investigación salud y pobreza. También es docente e investigadora del Instituto de Administración Pública del estado de Chiapas. E-mail: luzhec10@hotmail.com.

Leyva Trinidad Doris Arianna.

Doctora en Ciencias en Agroecosistemas Tropicales, Colegio de Postgraduados Campus Veracruz. Es Investigadora Asociada C en el Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C. (CIAD), Coordinación de Desarrollo Regional, Carretera Gustavo Enrique Astiazarán Rosas # 46, C. P. 83304, Hermosillo, Sonora. Su línea de investigación es “Globalización, soberanía alimentaria y desarrollo rural sustentable” –con énfasis en la perspectiva etno-agroecológica. Perteneció al Sistema Nacional de Investigadores (SNI) Nivel 1. E-mail: doris.leyva@ciad.mx; arianna.leyva@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2917-4843>.

Meza Cuevas Adriana Elizabeth

Trabajadora social egresada de la Universidad de Guadalajara con experiencia en el diseño, gestión e implementación de proyectos comunitarios en entornos rurales y comunidades con alto índice de vulnerabilidad. Participante en diversos programas de investigación social con apoyo del Colegio de Michoacán A C y CIESAS Occidente para la gestión de redes dialógicas y transdisciplinarias. E-mail: adrianamezacemente@gmail.com.

Miranda García Cynthia Maricela

Doctorante en antropología por el CIESA-CDMX. Maestra en Antropología Social. Licenciada en antropología por la Universidad de Guadalajara, maestra en antropología social por el Colegio de Michoacán. Investigadora independiente. Sus intereses de investigación son principalmente las

relaciones sociales, políticas y culturales que diversas sociedades rurales desarrollan para el uso del agua. Actualmente analiza la organización política y social de una sociedad nahua para el uso y manejo de obras hidráulicas subterráneas para riego llamadas galerías filtrantes. E-mail: cymiranda55@gmail.com.

Palacios Pérez Hugo Baltazar

Profesor-Investigador de la Escuela Superior de Ciencias y Tecnologías de la Información de la Universidad Autónoma de Guerrero. Doctor en Ciencia del Comportamiento por el Centro de Investigación en Aprendizaje y Conocimiento Humano (CEICAH) de la Universidad Veracruzana (2016). Perfil PRODEP. Miembro fundador y coordinador del Cuerpo Académico Psicología y Salud (UAGro-CA-192). Miembro fundador del Centro de Investigación en Tecnologías de la Información y Comportamiento Humano (CeTICoH). Los intereses de investigación giran en torno a la espacialidad y medición del comportamiento, inteligencia y creatividad artificial y humana, felicidad, estilo de vida saludable, desarrollo de competencias y resolución pacífica de conflictos mediante desarrollo de conductas afiliativas. E-Mail: hugobaltazar@uagro.mx.

Paredes Solís Sergio

Labora como profesor-investigador titular del Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales (CIET), de la Universidad Autónoma de Guerrero. Es Médico Cirujano y Partero (Benemérita Universidad Autónoma de Puebla), Especialista en Epidemiología, Maestro en Ciencias Médicas, y Doctor en Epidemiología (Universidad Autónoma de Guerrero). Ha fungido como consultor de agencias de la Organización de la Naciones Unidas (UN): Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Programa Mundial de Alimentos (WFP) y Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (UNHRC). También del Banco Mundial, de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD) y de la Comunidad para el Desarrollo del África Austral (SADC). Es integrante del Sistema Nacional de Investigadores del CONACYT: E-mail: srgprds@gmail.com.

Pérez Vázquez Arturo

Doctor en Ciencias en Environment, Imperial College – University of London, Inglaterra. Trabaja como Profesor Investigador Titular en el Colegio de Postgraduados Campus Veracruz. Km. 88.5 Carretera Xalapa-Veracruz, Predio Tepetates, Mpio. Manlio F. Altamirano; Veracruz, Ver. CP 91700, México. Temas de especialización: Agroecosistemas, Recursos naturales, Agroecología y Cambio Climático. Es Nivel 1 en el Sistema Nacional de Investigadores. E-mail: artuperez@uv.mx, parturo@colpos.mx. Orcid: 0000-0002-8440-7814.

Ramírez Rojas Francisco Antonio

Maestro en Salud Pública con área de concentración ambiental, investigador independiente, docente de nivel maestría en la Escuela de Salud Pública de México del INSP y de nivel licenciatura de la Dirección General de Incorporación y Revalidación de Estudios (DGIRE) de la UNAM, sus temas de interés son concernientes al manejo del agua, el trabajo comunitario y los determinantes sociales de la salud- E-mail: f.ramirez.msp@gmail.com.

Ramírez Rojas María Guadalupe

Investigadora del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) adscrita al Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) Unidad Sureste, en el Departamento de Antropología Médica. Doctora en Ciencias de la Salud Pública con área de concentración en Sistemas de Salud, egresada del Instituto Nacional de Salud Pública de México. Docente de posgrado y licenciatura. Ha sido consultora de organizaciones internacionales y nacionales. Fungió como investigadora asociada del Observatorio de Mortalidad Materna de México durante diez años. Actualmente dedicada a la investigación de la salud de los pueblos indígenas. Sus líneas de investigación giran en torno al acceso universal, salud materna, sistemas de salud y gobernanza. E-mail: amairanai@gmail.com.

Reyes de la Cruz Virginia Guadalupe

Es Doctora en Educación Por la UAEM, Maestra en Sociología con atención al Desarrollo Regional por la UABJO, obteniendo mención

honorífica, diplomado en Investigación con perspectiva de género por la UNIVAS/IMO y en políticas públicas con perspectiva de género UABJO/IMO y Licenciatura en Ciencias de la Educación por la UJAT. Es Profesora de Tiempo completo de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca con adscripción al Instituto de Investigaciones Sociológicas, actualmente es directora del Centro de Evaluación e Innovación Educativa (CEVIE) de la UABJO. Es miembro del SNI; Es líder del C A Estudios sociales (nivel Consolidado); cultiva las LGAC Educación y relaciones interculturales, Educación y género, desarrollo y cambio climático, así como Movilidad, flujos migratorios y políticas públicas.

Rodríguez Matías Leopoldo

Profesor de la Escuela Superior de Ciencias y Tecnologías de la Información de la Universidad Autónoma de Guerrero. Responsable Administrativo de la Clínica de Acapulco de la Universidad Autónoma de Guerrero. Maestro en Ciencias Computacionales y Telecomunicaciones por el Instituto de Estudios Universitarios de Puebla (2020). Miembro del Centro de Investigación en Tecnologías de la Información y Comportamiento Humano (CeITICoH). Intereses a fines a la investigación y desarrollo de múltiples estrategias para la contribución de las TI en entornos sociales, culturales, políticos y económicos. E-mail: 18398@uagro.mx.

Sánchez Osorio Ever

Catedrático CONACYT-CIATEJ. Asignado al Área de Tecnología Alimentaria, Unidad Zapopan. Dr. Sociología por el Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores: 1 (2019-2021). Área de investigación: Sociología de la vida cotidiana, Formación del Estado, Gobernabilidad y Ciudadanía. Participa en comisiones de publicación en libros y revista, miembro del Consejo Editorial CIATEJ, colaborador externo del Cuerpo Académico de Estudios Políticos (IISUABJO), cuenta con publicaciones en revistas y libros, formación de recursos humanos (imparte clases y dirige tesis en los niveles licenciatura, maestría y doctorado). Ha sido evaluador de programas CONACYT. E-mail: esanchez@ciatej.mx / eso316@gmail.com.

Tercero Cruz Laura Priscila

Socióloga y Maestra en Geografía por la UNAM, México. Realizó una estancia de investigación en Wilfrid Laurier University, Department of Geography and Environmental Studies, Waterloo, Ontario, Canadá. Profesora de tiempo completo del Área de Desarrollo Sustentable, Universidad para el Bienestar Benito Juárez García. Pertenece al Grupo de Trabajo de CLACSO Pueblos indígenas y proyectos extractivos, Red Waterlat Gobacyt, Red de Estudios Territoriales y Socioespaciales (UNAM) y al Seminario Otras Pedagogías (UNAM). Sus intereses e incidencia se centran en la defensa del territorio, la educación y pedagogías alternativas, las dinámicas socioterritoriales rurales y urbanas y la economía solidaria. Ha investigado acerca de la construcción del territorio, el agua y pueblos indígenas, procesos de educación indígena. Sus trabajos se han presentado en Costa Rica, Bolivia, Brasil, Canadá y en México.

Torres Ruíz Ernesto

Ingeniero en Computación con Maestría en ingeniería para la innovación y desarrollo tecnológico, egresado de la Facultad de ingeniería de la UAGro, recién egresado del doctorado de Ciencias de la educación en el Centro universitario México. Auxiliar Académico de la Escuela Superior de Ciencias y Tecnologías de la Información de la Universidad Autónoma de Guerrero. Actual miembro del Centro de Investigación en Tecnologías de la Información y Comportamiento Humano (CeITICoH). El área de investigación de proyección siempre tiene como punto de partida la solución de problemas reales que pueden ser mitigados con ingeniería, electrónica, programación, redes de computadoras, educación y tecnologías de la información, minimizando los impactos negativos e insistiendo que los proyectos permitan la innovación y originalidad. E-mail: etorres@uagro.mx.

Valtierra Gil Geovani

Ts'anncue ñomndaa (amuzgo) de la comunidad de Xochistlahuaca, Gro. Licenciado en Antropología Social por la Escuela Nacional de Antropología e Historia. Actualmente cumple la función de gestor comunitario del patrimonio material e inmaterial de los Nn'aⁿcue ñomndaa (amuzgos). E-mail: natsjom@hotmail.com.

Zambrano Dávila Juana Inés

Doctorante en Planeación estratégica y dirección de tecnología (UPAEP), Maestra en Ciencias de la Computación, Licenciada en Matemáticas, por la Facultad de Matemáticas Acapulco- UAGro y Profesora investigadora de la Escuela Superior de Ciencias y Tecnologías de la Información con 24 años de servicio. Miembro fundador del Centro de Investigación de Tecnologías de la Información y Comportamiento Humano-CeITICoH. Los intereses de investigación giran alrededor del análisis y diseño de software, el uso de marcos de trabajo y metodologías ágiles, así como la innovación abierta. E-mail: jizambrano@uagro.mx.

Rompiendo fronteras.

*El mundo biomédico y la medicina tradicional Nn'anncue Nnomndaa (amuzgos)
de Guerrero ante la emergencia sanitaria causada por la COVID-19.*

Ever Sánchez Osorio, María Guadalupe Ramírez Rojas, Manuel Garza Zepeda,
Nashyeli Figueroa Galván, María de Lourdes Flores López, J. Kenny Acuña Villavicencio,
Hugo B. Palacios Pérez, Doris Arianna Leyva Trinidad (coordinadores)

se terminó de imprimir el 24 de noviembre de 2022
en los talleres de Solar Servicios Editoriales, S.A. de C.V.

Calle 2, núm. 21, col. San Pedro de los Pinos,
alcaldía Benito Juárez, C.P. 03800, tel. 55151657.

La composición tipográfica la realizó Ernesto López Ruiz.
La edición estuvo al cuidado de la Unidad de Publicaciones
de El Colegio de San Luis y los coordinadores.

El tiraje fue de 400 ejemplares.