

ESTRATEGIAS DE SOBREVIVENCIA EN RELACION CON LA SALUD Y LA ENFERMEDAD: USO DE PLANTAS MEDICINALES EN GRUPOS DOMESTICOS INDIGENAS DE CUETZALAN, PUEBLA

Valentina Campos Cabral¹
Javier Ramírez Juárez²

Resumen

En esta investigación se abordó el papel del conocimiento y uso de las plantas medicinales, en la reproducción social y material de grupos domésticos indígenas de Cuetzalan, Puebla. La información provino de un Estudio de Caso incorporado, cuyas unidades de análisis fueron elegidas deliberadamente para dar cuenta de la diversidad del sistema bajo estudio. Se trabajó con herramientas cuali y cuantitativas con integrantes diferenciados por género y generación, pertenecientes a grupos domésticos de la organización de mujeres indígenas Maseualsiuamej Mosenyolchicauanij.

Se encontró que:

- a) Los integrantes de los grupos domésticos conocen y usan 126 plantas medicinales, para atender enfermedades digestivas, de filiación cultural (cuyas especies son las más mencionadas por el 88% de los entrevistados), de la piel, heridas, del aparato respiratorio y finalmente las del reproductor.
- b) Mujeres y hombres conocen plantas para cada grupo de enfermedades, sin embargo mencionan especies distintas, lo que se refleja en que el 33% de las plantas mencionadas sean conocidas sólo por las mujeres y por los varones el 8%.
- c) Los géneros elaboran distintas jerarquías de atención por grupo de enfermedades.
- d) Por generación el conocimiento es diferencial, así la primera generación conoce 30% más plantas que la segunda y 60% más que la tercera, no obstante la diferencia no es sólo es numérica, pues a diferencia de éstos últimos donde sólo pueden tener referencia sobre la planta y su uso, los primeros detallan los diferentes tipos de enfermedad a tratar, las formas de preparación y cuidados de forma detallada.
- e) El aprendizaje y transmisión del conocimiento ocurre en el grupo doméstico durante las actividades cotidianas, primero con la madre y continúa con los diferentes y sucesivos grupos de socialización.
- f) Los grupos domésticos elaboran estrategias de atención a la salud tomando en consideración, el tipo de enfermedad, gravedad y recursos económicos disponibles. Sin embargo el uso de las plantas medicinales conforma la vía primaria de atención, sin excluir en algunos casos, el uso de medicina alópata.

Así, en contextos de limitaciones materiales pero de amplia diversidad biológica y cultural, el conocimiento de las plantas medicinales y su uso por los grupos domésticos indígenas observados, se configura como un recurso vital, seguro, confiable, barato y flexible para la atención a la enfermedad, hecho que les permite desarrollar estrategias de atención complementarias y no excluyentes de la medicina alópata.

Introducción

¹ Estudiante del Colegio de Postgraduados Campus Puebla, Programa en Estrategias para el Desarrollo Agrícola Regional. E mail: vcabral@colpos.mx

² Profesor Investigador del Colegio de Postgraduados Campus Puebla, Programa en Estrategias para el Desarrollo Agrícola Regional. E mail: rjavier@colpos.mx

En el año 2000, en México la población indígena³ representaba entre el 10 y el 13% de la población total (INEGI, 2001; INI, 2002), con bajos niveles de escolaridad y acceso a la educación, niveles de analfabetismo por arriba de la media nacional, involucrados principalmente en actividades primarias, sin empleo remunerado y con viviendas sin los servicios básicos. Estos mexicanos forman parte de 62 pueblos indígenas hablantes de igual número de idiomas, sin considerar las variantes ideomáticas de algunos de ellos (Montemayor, 2000).

De la misma forma, nuestro país muestra una gran diversidad biológica, situación que lo ha posicionado en el cuarto nivel a nivel mundial, dentro de los doce países considerados megadiversos; sin embargo las zonas con los ecosistemas mejor conservados y las de mayor cantidad de vida silvestre, susceptibles de conservación y/o rehabilitación, son las habitadas por los Pueblos Indígenas (Nigh, 1995), hecho que ha llevado a plantear que el desarrollo e identidad cultural de los mismos favorece la conservación y uso racional del medio.

La observación, experimentación y el uso múltiple de los recursos para aprovecharlos al máximo, condensados en un intenso, cercano y profundo conocimiento, así como en la adaptación que los Pueblos Indígenas muestran a su ambiente, ha llevado a proponer que son resultado de siglos de fusión cultural y natural que resultan en formas de apropiación de la naturaleza, la mayoría de las veces, ecológicamente adecuadas, pues además de permitir la resolución de carencias materiales y espirituales, favorecen la preservación y aumento de la biodiversidad, sin embargo, no puede generalizarse que todos los Pueblos Indígenas hacen un uso equilibrado de los ecosistemas, también pueden tener comportamientos destructivos ante limitantes de los mismos.

Con el colonialismo y el capitalismo, los ecosistemas ricos en recursos han sido explotados de forma irracional, lo que ha derivado en degradación ambiental, social y cultural, lesionando valores, formas y estilos diferentes a los hegemónicos, contribuyendo a la disminución de la presencia de los Pueblos Indígenas y la desintegración de lazos de solidaridad, en un proceso que algunos autores han denominado etnocidio, llevando a sugerir que al reducirse el campo de actividad de las comunidades indígenas, su conocimiento corre el riesgo de perderse, dejando de ser

³ Las cifras que estiman la cantidad de población indígena a nivel nacional varían de acuerdo a los conceptos y metodologías por las cuales son obtenidos en las Instituciones que se emiten; los reportes dados por el INI y la CONAPO, a diferencia del INEGI, incluyen como indígenas a aquellas personas que no sólo hablan una lengua indígena, sino a aquellos menores de cinco años en cuyos hogares se habla alguna lengua indígena, así como aquellas personas que se consideran indígenas sin hablar alguna lengua.

parte nuclear de la identidad⁴ de los pueblos, posicionándolos en un proceso de extinción física y cultural, con repercusiones en amplios sectores del país, que además de perder sus raíces históricas culturales, desembocaría en el conocimiento de diferentes formas de vivir y hacer uso de la naturaleza, importantes en la gestión ambiental y el manejo de los recursos naturales.

Este panorama hace necesario el replanteamiento de la relación que las sociedades tienen con la naturaleza, planteándose una basada en el respeto y reconocimiento de lo que los diferentes sujetos y actores de este país son y quieren ser, implicando el desarrollo de nuevos conceptos de desarrollo, fundamentados en el establecimiento de nuevas relaciones políticas, morales, sociales y ecológicas que permitan procesos endógenos en donde las comunidades recuperen los procesos que la determinan y afectan (Mora, 1985; Leff, 1990; Montes, 2000).

Una medida para lograr lo anterior es la toma de conciencia sobre nuestras culturas, en el ánimo de salvaguardar aquellos elementos que permitan la sustentabilidad, garantizando su permanencia y el respeto de sus valores e identidad, como un paso inicial y necesario en la construcción y propuesta de estrategias de desarrollo para regiones rurales en las que no sólo aspectos económicos, sociales, políticos, religiosos, e incluso biológicos, sean considerados, es necesario incorporar ya, los aspectos culturales de los pueblos indígenas, admitiendo su diversidad, para que junto con la preservación del ambiente permanezca la identidad cultural de la gente, pues la sustentabilidad cultural es la base de la sustentabilidad ambiental (Salles y Tuirán, 1995; Stavenhagen, 1996; Escobar, 1997; Rico, 1998).

En este sentido, los movimientos indígenas en nuestro país pugnan por el reconocimiento de sus derechos, dentro de los cuales la defensa de sus conocimientos tradicionales ha tomado un papel fundamental, expresándose en exigencias de la incorporación de éstos a los sistemas dominantes.

Ejemplo de lo anterior es la demanda del respeto e incorporación de la medicina tradicional a los sistemas convencionales de atención a la salud, pues ella es reconocida como elemento potencial en el mejoramiento de la salud de la población en general, aunque específicamente para los Pueblos Indígenas, cuyos problemas

⁴ Valenzuela (2000:109) considera a este concepto como "...constructos históricos, procesos socioculturales que delimitan el mundo de vida de la población. La identidad [...] es relacional [...] producto de un proceso de autoidentificación y heterorreconocimiento, y no es estática, sino procesual."

De acuerdo a Barth (1974 *cit pos* Valenzuela 2000), los rasgos que constituyen a un grupo étnico son: perpetuación en términos biológicos, posesión y socialización de valores culturales, un campo de comunicación e interacción, así como la identificación entre los miembros del grupo.

están asociados a un sistema de opresión socioeconómica, de discriminación y marginación.

La medicina tradicional o los sistemas locales de atención a la salud, basados en el conocimiento uso y transmisión de los saberes de plantas medicinales cada vez es más requerida por los países desarrollados, mientras que en países en desarrollo, proporcionan atención al 80% de la población (OPS, 1999). Este tipo de medicina, del dominio y administración de los grupos domésticos principalmente por las mujeres, además de proveer las primeras atenciones a los enfermos, preservan su cultura, participando en dos procesos fundamentales: la sobrevivencia cotidiana de grupos domésticos fundamentalmente rurales y de manera indirecta, gracias al conocimiento que detentan, en el desarrollo de medicamentos por parte de la industria farmacéutica, a través de la identificación de las sustancias activas de las plantas.

La investigación en esta área es prioritaria por ser la medicina tradicional una expresión cultural de los Pueblos, en la necesidad de tener un mejor conocimiento sobre los sistemas médicos alternativos a los convencionales, así como para saber sobre su seguridad y efectividad, de tal manera que organismos internacionales (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud), han propuesto que la preservación y protección de la medicina indígena evitaría el desarraigo cultural y la desintegración social.

En el caso de esta investigación, la explicitación, organización, sistematización del conocimiento/uso de plantas medicinales, el reconocimiento de su resistencia y adaptación a contextos cambiantes, su funcionalidad en la solución de problemas de salud, así como de su importancia en la conformación y reproducción identitaria de los grupos, podrían favorecer, a largo plazo, el desarrollo de estrategias alternativas locales en la atención a la salud o cuando menos su ejercicio respetado.

Por ello, el objetivo general de este trabajo, fue investigar el papel que juega el conocimiento y uso de las plantas medicinales, como uno de los sistemas locales de atención a la salud, en las Estrategias de Sobrevivencia de grupos domésticos indígenas de Cuetzalan.

Este municipio, fue elegido por presentar población indígena; abundantes y diversos recursos naturales debido a su orografía, climas y ríos, en el que sin embargo, su población está en condiciones de pobreza y marginación, de la cual, casi la cuarta parte no percibe ingreso, mientras que el resto recibe menos de dos salarios mínimos gracias a la realización de trabajos agrícolas; restringido acceso a servicios básicos:

agua potable, electricidad, drenaje, servicios educativos y de salud -a este último sólo tiene acceso el 6.5% de la población- (INEGI, 2001).

De igual forma esta zona cobraba importancia por la probable instauración en el estado, del Plan Puebla Panamá, que a opinión de sus críticos más que buscar la resolución de la pobreza de la población de la región, busca obtener su fuerza de trabajo a bajo costo y privatizar los recursos naturales y los conocimientos indígenas sobre los mismos.

El trabajo se realizó en tres comunidades indígenas del municipio (San Miguel Tzinacapan, San Andrés Tzicuilan y Xocoyolo), con grupos domésticos dentro de los cuales algunos pertenecían a la organización *Maseualsiuamej Mosenyolchicauanij*.

La metodología empleada en la investigación fue el Estudio de Caso, utilizándose elementos cualitativos y cuantitativos. Dentro de la primeros se echó mano de informantes clave, mapeos de finca y, recorridos por huertos, senderos, milpas y cafetales de los grupos domésticos. Como herramienta cuantitativa se empleó a la estadística descriptiva y no paramétrica, con la ayuda de del programa ESTADISTICA y SPSS. Así mismo, se realizaron colectas de material biológico de acuerdo a la técnica de Martín (1995), de 85 de las 126 especies registradas con los grupos domésticos, así como su registro fotográfico. Las plantas colectadas fueron determinadas taxonómicamente con las Claves de determinación de Murguía (1993) y Rzedowski y Rzedowski (2001).

- Modelo conceptual de análisis

Para este trabajo se consideró el concepto de Estrategias de Sobrevivencia, sin embargo se acepta que las actividades desplegadas en torno a la enfermedad, no se presentan únicamente en condiciones de desastre, sino de prevención, como parte de comportamientos a largo plazo inmersos en la tradición local, es decir, se habla de un proceso dialógico entre las determinantes sociales o contextuales, que provocan adaptaciones y respuestas por parte de los grupos domésticos como colectivo, pero también como individuos, así como cambios en espacios locales como resultado de las nuevas acciones y actitudes de los sujetos.

De igual forma, se parte de que el conocimiento y uso de las plantas medicinales, además de permitir la permanencia biológica de los individuos, (a través de la reposición de energía y satisfacción de necesidades individuales y generacionales), expresa la replicación dinámica de habilidades, conocimientos, actitudes, acciones – personales y colectivas-, producto de visiones e ideologías particulares de vivir y

entender la “realidad”. Así, cuando hablamos de estas estrategias nos referimos a la reproducción material y cultural del grupo que la experimenta, concediendo que habrá relaciones entre individuos, grupos y sectores no del todo armónicas, en la que se manifiestan contradicciones y pugna de intereses en cada nivel.

Se entiende que este tipo de adaptaciones ocurren en grupos en condiciones, cuando menos en este caso, de subsistencia en los que las acciones son reactivas, pero también creativas, pues se sostiene que hay varias temporalidades en las respuestas y, en la medida de esto, el ejercicio de racionalidades que aprovechan al máximo los recursos y posibilidades del grupo.

La presencia de plantas medicinales y conocimiento sobre las mismas es fundamental. Se asume que este conocimiento es producto de generaciones en contacto con la naturaleza, de espacios de socialización y comunicación de los mismos, por lo que su posesión será diferencial en función de los papeles que los individuos tengan en su ámbito doméstico y su transmisión dependerá en principio de los contactos más cercanos, incrementándose en tanto los vínculos sociales lo hagan también.

RESULTADOS

El 64.28% de las plantas medicinales reportadas están destinadas a curar enfermedades digestivas, de filiación cultural y síntomas, seguidas de las que se dirigen a las enfermedades de la piel, heridas y del aparato respiratorio. El 17.46% restante es utilizado en el alivio de trastornos del aparato reproductor femenino, muscular, urinario, metabólicas y de la visión.

El conocimiento que mujeres y varones tienen de las plantas medicinales registradas, es distinto, tanto numéricamente como por especies, así cada género es capaz de atender el mismo grupo de enfermedades en ausencia del otro, poniendo a disposición del grupo doméstico, un número mayor de plantas.

Por otro lado, la jerarquización de las plantas por géneros es diferencial, las mujeres optan tratar enfermedades digestivas, culturales, síntomas, dérmicas, heridas y las del aparato respiratorio. Los varones por su parte privilegian el tratamiento de enfermedades digestivas, culturales, heridas, del aparato respiratorio, dérmicas y síntomas, es decir, tienen el mismo patrón de atención en los dos primeros grupos de enfermedades, pero ellos, en vez de mencionar en tercer lugar de atención a los síntomas y signos, mencionan como importante de solución la presencia de heridas, ubicando hasta el último lugar a los síntomas (Ver Tabla 1).

Tabla. Plantas Medicinales usadas en enfermedades clasificadas por Aparatos y Sistemas

	Uso	No. enfermedades	No. Plantas	% de plantas medicinales conocidas por mujeres	Plantas medicinales conocidas por mujeres	% de plantas medicinales conocidas por varones	Plantas medicinales conocidas por varones
1	Digestivo	9	27	100	27	70,3	19
2	Cultural	7	25	96	24	68	17
3	Síntomas	10	15	94	14	44	7
4	Dérmico	4	14	100	14	50	7
5	Heridas	2	12	100	12	66,6	8
6	Respiratorio	4	11	100	11	63,6	7
7	AR. Femenino	6	5	100	5	25	1
8	Muscular	4	4	100	4	50	2
9	Urinarias	1	4	100	4	33	1
10	Metabólicas	1	2	50	1	100	2
11	Visión	1	1	0	0	100	1
12	No especificada	4	6	100	6	100	6

Fuente: Elaborado a partir de trabajo de campo.

Llama la atención que las mujeres reporten conocer un menor número de plantas medicinales destinadas a la cura de enfermedades del aparato reproductor femenino que las destinadas por ejemplo a la cura de los síntomas de enfermedades generalmente presentes en los niños y niñas, hecho que podría explicarse a partir de los papeles como responsables que éstas juegan al interior del grupo doméstico para asegurar a largo plazo, la permanencia y disposición de elementos fuertes y sanos que puedan incorporarse en cualquier momento y circunstancia a la fuerza laboral que aporte ingresos al conjunto. No obstante, esta situación no puede generalizarse para todas las mujeres, aún en las adultas, pues aquellas que no han formado un grupo doméstico, conocen plantas medicinales para atender sus propios problemas de salud, sin conocer el abanico mayor que poseen las que son madres.

Así, el conocimiento para el primer grupo de mujeres, además de ser abundante es específico, pues además de conocer las plantas para tratar sus dolencias y las de cualquier otro elemento del grupo doméstico, conocen con mayor detalle la ubicación de las plantas medicinales, su cuidado, uso, y formas de preparación en caso de enfermedad, haciéndose cargo de la atención y decisión del destino de los enfermos.

En el caso de los varones podría hablarse de un conocimiento que privilegia la autoatención o atención inmediata al ocurrir accidentes en su trabajo.

Esta situación obedece a una división del trabajo social, basadas en las construcciones genéricas asociadas a lo biológico, o lo que se conoce como la construcción social de los papeles masculinos y femeninos, que asignan a los hombre

actividades fuera del grupo doméstico para proveer satisfactores para diversas necesidades (Zolla y Mellado, 1995; World Resources Institute, 1996; ADDENDUM Mujer y Medio Ambiente, sin año; Bonfil y Del Pont, 1999).

A las mujeres por tradición, basándose en normas y valores culturales, se les hace responsables y ellas asumen, sobre todo en los medios rurales, de la reproducción del grupo doméstico, responsabilizándolas de la procreación, socialización de los hijos, las tareas domésticas, los cuidados a la familia, entre ellos la salud, lo cual las pone en contacto con una amplitud de recursos naturales, que fundamenta un conocimiento especializado que poseen, reproducen y usan de generación en generación y que se configura como componente fundamental en la evolución de las estrategias de sobrevivencia; mujeres y varones realicen actividades diferentes que se entienden como complemento de recursos y capacidades, por lo que las diferencias jerárquicas de conocimiento y uso de plantas medicinales entre mujeres y hombres, pueden deberse a las diferentes actividades que realizan cada uno, en función de su construcción social (Rodríguez, 1995; García, 1998).

A pesar de que las actividades de los géneros son complementarias para permitir la reproducción biológica y social del grupo, la posesión de conocimiento sobre plantas medicinales ha sido mencionado por Campos (1994:395) “como una función de género, o sea, una enseñanza de madre a hija o de mujer a mujer”. En este estudio, aunque en efecto las mujeres conocen más y diferentes plantas medicinales que los varones, éstos también participan en el proceso de posesión y transmisión de conocimiento aprendiendo de igual forma que las mujeres, en su grupo doméstico, junto con su madre o abuela, incrementándolo en sus actividades cotidianas y relaciones con otros varones, contribuyendo por momentos o junto con la madre, ampliando las posibilidades de atención al compartir especies de plantas distintas a las conocidas por las mujeres, a la atención de los hijos o de sí mismo durante sus actividades en el campo.

- Espacios de vida, espacios del conocimiento

Cuando se revisó como parte de la investigación, cuáles eran las plantas medicinales más mencionadas/utilizadas, por género y generación, llamó la atención, que para el mismo grupo de enfermedades, mujeres y varones reportaran además de plantas comunes, un número distinto de plantas medicinales, e importantemente especies diferentes ubicadas en sus espacios de trabajo cotidiano, así por ejemplo para los síndromes de filiación cultural, ambos sexos conocían *Sambucus mexicana* Presl.

(xomet) y *Piper auritum* HBK. (omequelite), pero mencionaron de forma particular las mujeres, a *Ocinum basilicum* (albahaca) y *Senecio slignus* DC. (azomiate), en tanto que los varones *Persea americana* Mill. (aguacate) y *Liquidambar styraciflua* (ocozote).

Asociado a lo anterior, mujeres y varones conocen de forma exclusiva algunas de las plantas medicinales (de hecho el 33,3% de las plantas registradas en el trabajo son conocidas únicamente por las primeras, mientras que los segundos el 7,14%), las cuales se encuentran ubicadas o se tiene acceso a ellas, en espacios socialmente contruidos por cada uno de los géneros: huertos, macetas macetas para las mujeres y la milpa para los varones.

-Conocimiento por grupo doméstico y las estrategias de atención a la salud

La presencia de un conocimiento diferencial por género y generación, así como al interior de éstos, a partir por ejemplo de sus actividades, ingresos o espacios y estilos de vida, derivan en distintas estrategias de atención a la salud por parte del colectivo.

De los nueve grupos domésticos entrevistados, con excepción de uno, utilizan a las plantas medicinales como primer esquema de atención a los procesos de enfermedad independientemente de si después se acuda a la medicina alópata; en cinco de ellos se usa tanto la medicina alópata como la tradicional, en tanto que cuatro emplean un solo esquema de atención, de los cuales uno es de medicina alópata, mientras que el resto sólo la medicina tradicional, fundamentalmente las plantas medicinales. Así, más de la mitad de los grupos domésticos investigados, despliegan estrategias flexibles de atención a la salud, con la ingestión paralela o secuencial de medicamentos de fácil acceso (neomelubrinas, mejorales, temprá, aspirinas, etc), junto con la preparación de tés e infusiones con plantas medicinales, es decir, por la combinación de medicamentos.

Es necesario destacar que aquellos grupos domésticos que se atienden con la medicina tradicional lo hacen por dos vías, una relacionada a un ámbito más doméstico, en el que los conocimientos del grupo sobre las plantas medicinales resultan fundamentales, pero también se auxilian, bajo casos particulares, de aquella practicada por especialistas generalmente fuera del grupo doméstico, ya sean los curanderos, hueseros, hierberos, con los que el uso de las plantas medicinales es frecuente pero no el único recurso terapéutico.

Así, cuando los responsables del grupo doméstico perciben que con las plantas medicinales el enfermo no mejora, recurren a un especialista de medicina tradicional y sólo después de esto y ante el incremento de la gravedad del paciente, se dirigen a la

medicina alópata ya sea a través de la visita a las clínicas, casas de salud, el hospital regional e incluso a médicos particulares,

El uso de las plantas medicinales como una salida a la enfermedad, se presenta en primera instancia por el conocimiento individual y colectivo que posee el grupo doméstico, sin embargo parece estar favorecido por una serie de elementos contextuales dentro de los que se desarrolla el mismo, así, los ingresos del grupo adquieren relevancia pues, para los salarios y ganancias que obtienen éstos por su trabajo o la venta de su cosecha, los costos de medicamentos y consultas son elevados, por lo que se acuden a éstos en casos de extrema necesidad o urgencia, de la misma manera la disponibilidad de los recursos médicos son un elemento de decisión. Aunado a lo anterior se presentan elementos de orden subjetivo por parte de los entrevistados, como el estar acostumbrados a esta medicina, preferirla por “no ser amarga”, por no tener que guardar dieta o regímenes estrictos de conducta, por sentir que el cuerpo reacciona mejor a partir de estos remedios, por tenerles confianza a los curanderos en mayor grado que a los médicos alópatas de instituciones públicas⁵, porque *“proviene de los antiguos, los abuelos”, “está en los espiritual”, “forma parte de la tradición”, “porque se da por acá y desde antes nos enseñaron que es como una cultura que viene desde los abuelos”,* porque permite practicar y hacer uso de recursos locales del dominio colectivo y comunitario: *“porque hay aquí, no en Cuetzalan con los doctores”, “porque nosotros lo hacemos y lo otro viene de farmacias, viene de fábrica, y esta intoxica, salen granos, no conviene esa medicina y luego cuesta!”, “es de aquí, de comunidad indígena”, “la medicina de la clínica a veces no cura y la tradicional sí, nada más engañan, pues nada más gasta uno dinero y ya no sirve[...], la medicina del médico pasa de caducidad y la tradicional no”,* o por no existir, como en el caso de de los síndromes de filiación cultural, otra opción de cura, ya que éstos no son reconocidos, identificados, diagnosticados y tratados por los médicos alópatas.

Así, las plantas medicinales son conocidas y usadas por los grupos domésticos en sus estrategias de atención a la salud, en varias situaciones, contextos y bajo un escenario racional, planeado y no totalmente reactivo. El uso de plantas medicinales como parte de un sistema local de atención a la salud y la enfermedad, forma parte de las estrategias de sobrevivencia de los grupos domésticos entrevistados. Su uso puede ser la única vía de atención para grupos en los que la confianza y fe en las plantas medicinales está por arriba de la medicina alópata, pero en otros hogares, la medicina

⁵ Este última característica parece estar dada por un sentimiento de derechos y obligaciones adquiridos desde el momento de realizar un pago al médico, de tal forma de que si esto no ocurre, la percepción es que sufrirán engaños o malos tratos.

doméstica tradicional puede alternarse con la alópata, obedeciendo ambos comportamientos a la búsqueda de alternativas que permitan la cura y permanencia física y cultural de las personas.

Bajo esta situación, ¿cómo es el conocimiento de las plantas medicinales en los grupos domésticos, a partir de su estrategia de atención a la salud?. Lo que se observó fue que para el grupo doméstico con estrategias de atención alópata, el conocimiento de las plantas medicinales (todas destinadas a los síndromes de filiación culturales decir, para las enfermedades para las que la medicina alópata no tiene tratamiento) era notablemente menor que para aquellos que hacen uso de éstas. Sin embargo, aún entre los grupos domésticos que conocen y usan las plantas medicinales hay diferencias, aquellos que las usan de forma exclusiva como esquema de atención, conocen un número mayor de plantas, destinadas a todos los grupos de enfermedades, lo que les permite reconocer y dirigir plantas medicinales para un espectro mayor de enfermedades, con la finalidad de resolver todas aquellas que se presenten en el grupo doméstico, mientras que los que usan esquemas combinados alópata-plantas medicinales, pese a conocer más plantas que el primer grupo doméstico, su conocimiento se concentra para problemas digestivos, culturales y dérmicos.

Así, aquellos grupos que utilizan las plantas medicinales como única vía de atención ante la presencia de la enfermedad, poseen un conocimiento sobre las mismas cuantitativamente homogéneo para diferentes tipos de enfermedades; los que prefieren en la atención de la enfermedad el uso de recursos de la medicina oficial o alópata, el conocimiento sobre las plantas medicinales es utilizado para atender los síndromes de filiación cultural, grupo de enfermedades no resuelto por el sistema de salud al que acuden y en grupos domésticos que alternan la medicina doméstica tradicional con la alópata, optan por resolver con las plantas medicinales. Esto evidencia que el conocimiento y uso sobre las plantas medicinales son elementos centrales en las estrategias de salud desplegadas por los grupos domésticos, particularmente para aquellos que no cuentan con acceso a servicios de salud, aunque también para los que si lo tienen.

Lo anterior evidencia cuando menos dos cosas:

1. que la primera y principal forma de curación, es el empleo de los recursos domésticos bajo la dirección de las mujeres de más edad responsables del mismo, aunque se recurra a la medicina tradicional especializada o servicios de salud institucionales, en el que el uso de plantas medicinales ocurre como primera respuesta

2. la flexibilidad de este sistema mixto de atención a la enfermedad, tanto en el tipo de tratamiento, como en el tipo de medicina a la que se recurre, ya que la resolución de la enfermedad no está dada únicamente por el uso exclusivo de remedios o medicamentos, sino por la combinación del uso de plantas medicinales (en tés, emplastos, uso en fresco o caliente) y medicinas de fácil acceso (neomelubrinas, mejorales, tempra, aspirinas, etc) esto en el ámbito más doméstico, pero fuera de él auxilio de la medicina tradicional o alópata.

Así resultan interesantes las relaciones establecidas entre la medicina alópata y la “alternativa”, donde no sólo la medicina occidental se apropia de elementos de la medicina local o tradicional, sino que ésta también se apropia de sus conocimientos y prácticas, habiendo una reapropiación entre ambas (Ayora, 2002).

Entonces, el conjunto de prácticas médicas que se despliegan en más de la mitad de los grupos domésticos, está dada por la coexistencia de la medicina académica, tradicional y doméstica entre las cuales la gente establece un diálogo e intercambio de conocimientos, técnicas curativas y prácticas que permiten complementarlas y obtener mayores beneficios, lo cual hace a esta vía, una alternativa integradora, dinámica, sugerente y con probabilidades de subsistir, en la que la medicina basada en el uso de plantas medicinales, mantiene su vigencia por ayudar a mantener un equilibrio social dado por la comunicación, validación y reproducción de las concepciones indígenas aún después del ingreso de la medicina oficial, manteniendo a la gente en un campo de significados que reconoce y reafirma su posición en una sociedad que posee construcciones sociales y culturales definidas (Greco, 1993; Campos, 1994; Zolla y Mellado, 1995; Ayora; 2002).

La medicina doméstica tradicional, lejos de desaparecer, es un elemento esencial en la atención a la salud en los grupos domésticos, que hacen uso de una amplia variedad de recursos y combinación de medicinas, lejana a las predicciones de la sustitución de ésta por la medicina científica, (aún en ambientes en los que la disponibilidad de la medicina oficial es cada vez mayor y donde la estigmatización de la medicina tradicional ocurre). Lo anterior puede deberse a la coexistencia, intercambio y fusión que ha tenido con elementos de la medicina oficial, así debe aceptarse su coexistencia temporal y tal vez de un nuevo concepto de medicina, no una tradicional ni una alópata, sino una combinación de las dos, de uno que hable no de sistemas opuestos, sino de sistemas continuos que ponen a disposición del paciente diversos elementos de atención.

En este sentido se entiende a lo “tradicional” como algo proveniente de los antepasados, pero en constante movimiento por la incorporación de elementos

producto de diversas interacciones, que además de anclar a quien los posee, a un grupo definido y darles identidad, tiene una funcionalidad que les permite resolver problemas cotidianos, permitiendo la sobrevivencia de los grupos domésticos en ambientes de marginalidad social y económica.

El uso de plantas medicinales se basa en redes de solidaridad informales que coexisten con las formas de atención médica tradicional ya que favorece una relación afectiva de mutuo reconocimiento y respeto entre paciente y médico (Garín, 1993; Greco, 1993; Vasquez, 1993; Ayora 2002), siendo necesarias no sólo cuando no hay servicios médicos disponibles, sino cuando éstos no resuelven los problemas de los pacientes o cuando éstos sienten desconfianza por la medicina alópata, pues ésta no explica la relación de la enfermedad con el contexto sociocultural del individuo y su cosmovisión (Greco, 1993; Campos, 1994; Ryesky, sin año).

En este sentido, el ejercicio y permanencia de formas tradicionales de atención a la enfermedad, basadas en el conocimiento sobre las plantas medicinales, puede estar renovándose en las condiciones de marginalidad en las que se desarrolla la gente, donde el acceso a los servicios públicos estatales y municipales era limitado hasta hace menos de dos décadas. Esto se une a las restricciones económicas junto a las que los grupos domésticos tienen la necesidad de resolver para sus integrantes las condiciones de enfermedad, donde los recursos económicos resultan insuficientes para costear consultas y tratamientos alópatas, así, aunque ahora la gente dispone con mayor facilidad a las clínicas comunitarias, la medicina doméstica tradicional como alternativa de salud, puede ser resultado no sólo de la necesidad y carencia de servicios médicos (que han tenido siempre) sino de una elección racional alimentada por elementos de apreciación e identidad (ya que tanto el médico como el paciente pertenecen a la misma comunidad de sentido y afecto), como su efectividad, seguridad, bajos costos, disponibilidad, la costumbre hacia esa medicina, preferencia por sabor, olor y la confianza hacia los curanderos por arriba a la expresada para los médicos alópatas de instituciones públicas (característica que parece estar dada por un sentimiento de derechos y obligaciones adquiridos desde el momento de realizar un pago al médico, de tal forma de que si esto no ocurre, la percepción es que sufrirán engaños o malos tratos), favoreciendo en conjunto, que ésta continúe empleándose, sin implicar necesariamente que no se desplieguen otras estrategias con el mismo fin (Casillas, sin año; Vargas, 1999; Ayora, 2002).

La medicina doméstica basada en el conocimiento y uso de las plantas medicinales es una vía de atención fundamental en los grupos domésticos entrevistados, sin que esto implique el veto a diferentes tipos de atención especializada, ya sea en el medio oficial

o el tradicional, debido a que las plantas medicinales son parte de su entorno cultural y les permite expresar elementos de su identidad y cosmovisión que determinan la preferencia hacia ellos, pero también por las condiciones sociales en las que los grupos domésticos viven, en las que puede no haber doctor o haberlo, sin que sus recursos económicos sean suficientes para sufragar los gastos derivados de su ejercicio.

A partir de las conclusiones anteriores, se recomiendan los siguientes elementos:

En el desarrollo de una estrategia de desarrollo endógeno en la zona, deben considerarse elementos como el conocimiento tradicional que las personas tienen sobre sus recursos naturales, como una potencialidad que les permite mitigar situaciones de pobreza, de forma que se hace necesario su estudio, respeto, valoración, promoción y aceptación por parte de las instituciones y de la sociedad en su conjunto.

Las instituciones gubernamentales y sociales y el gobierno local, deberían reconocer las particulares racionalidades y construcciones de los pueblos indígenas, de forma que paulatinamente se evidencie la disminución o eliminación de ambientes hostiles o lesivos a estos, posibilitando una retroalimentación cultural en relaciones de igualdad que permitan a la larga la permanencia de espacios de ejercicio y recreación de los pueblos indígenas.

En este sentido las organizaciones indígenas como “creadoras”, “recreadoras” y poseedoras de conocimientos tradicionales, deben iniciar un proceso de recuperación de los mismos, en un marco de autovaloración, autoreconocimiento hacia sus saberes, pero también a la apertura a nuevos conocimientos y al trabajo conjunto con otros sujetos para generar proyectos autogestivos y colectivos en la sistematización de los mismos.

En este contexto, el trabajo que la organización M.M, realiza desde hace varios años es relevante, en el sentido de que difunde al interior y hacia fuera, productos medicinales elaborados a partir de su conocimiento tradicional, participando ya sea, en discusiones sobre la propiedad de sus recursos naturales y saberes tradicionales y, la mejoras de sus mercancías y su inserción a los mercados locales y regionales; sin embargo, debieran poner atención a las limitantes internas del proceso: la desigual asignación e iniciativas de responsabilidad para las tareas de la empresa de medicina y la falta de remuneración y estimulación a las promotoras de salud, haciendo necesaria la delimitación de responsabilidades en la sistematización del conocimiento sobre las plantas medicinales, sus formas de preparación, de su historia como

empresa y organización, el cumplimiento por parte de las socias y responsables de trabajos específicos asignados colectivamente y el establecimiento de mecanismos de remuneración correspondientes al trabajo que desarrollan, para evitar la sobrecarga de trabajo para algunas socias, la difusión del conocimiento y el buen funcionamiento de la organización.

Estos hallazgos locales, plantean la necesidad de la reelaboración de conceptos y visualizaciones de la salud y la medicina, que incorporen la integralidad y complementariedad en las estrategias de salud de los grupos domésticos, que permitan la incorporación formal a los sistemas de salud, de prácticas alternativas a las alópatas.

Finalmente, a partir de la presente investigación, es pertinente plantear líneas de investigación en torno a: la reglamentación de los derechos de propiedad intelectual colectivos, de los conocimientos tradicionales y sus recursos naturales de los pueblos indígenas, en el marco de las discusiones de la OPS (1999, del Convenio 169 de la OIT (1989), la declaración universal de los derechos de los Pueblos Indígenas de la ONU (2002), la declaración de Río de Janeiro (1992), la Agenda 21 y los Acuerdos de San Andrés Larraínzar, entre el Ejército Zapatista de Liberación Nacional; solo bajo este esquema, el estudio de las propiedades farmacológicas de las plantas medicinales reportadas, en la determinación de sustancias activas útiles en la elaboración de medicamentos; profundización sobre la importancia y significado de las enfermedades culturales y los recursos empleados en su atención y, la investigación sobre el estado del conocimiento tradicional, en los que se aborde la pérdida de conocimiento.

BIBLIOGRAFIA

ADDENDUM Mujer y Medio Ambiente, (2000), SEMARNAP, CONMUJER, Red de Mujeres y medio Ambiente, versión electrónica:
<http://www.laneta.apc.org/cidhal/lectura/junio/comujer.html>.

- Ayora, D.S.I., (2002), *Globalización, conocimiento y poder. Médicos locales sus luchas por el reconocimiento en Chiapas*, Plaza y Valdés, Universidad Autónoma de Yucatán, Facultad de Ciencias Antropológicas, México.
- Bonfil, S. P, y Raúl Del Pont, (1999), *Las mujeres indígenas al final del milenio*, FNUAP, CONMUJER, México.
- Campos, N, R, (1994), "Las mujeres y la reproducción práctica e ideológica del curanderismo: un estudio de caso en la ciudad de México", en Salles, V., Hélice, Mc. Ph. F. (Editores), *Nuevos Textos y Renovados Pretextos*, Colegio de México, México.
- Casillas, C. L. E. (sin fecha), "El uso de recursos médicos en el hogar: estudio de las familias urbanas y suburbanas de la ciudad de México", en, *Estudios sobre Etnobotánica y Antropología médica III*. Instituto Mexicano para el Estudio de Plantas Medicinales IMEPLAN. México, D.F.
- Escobar, G. (1997), *Algunas ideas en torno a las relaciones entre pobreza y el ambiente en el medio rural*, Publicaciones electrónicas del RIMISP, Chile.
- García, G. B., Orlandina de O., (1998), *Trabajo femenino y vida familiar en México*, Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Centro de Estudios Sociológicos, Pp: 19-39.
- Garín, A. M. A. Gustavo, V., Ana L.R., (1993), "Estudio etnobotánico de plantas medicinales en San Pedro de las Anonas, municipio de Aquismón, San Luis Potosí", en, Ruvalcaba J, Graciela A. (Coords). *Huasteca II. Practicas agrícolas y medicina tradicional Arte y Sociedad*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México. Pp: 41-49.
- Greco, D. (1993), "Notas para el estudio de la medicina tradicional en una comunidad nahuatl de la Huasteca hidalguense", en, Ruvalcaba J, Graciela A. (Coords.), *Huasteca II. Practicas agrícolas y medicina tradicional. Arte y Sociedad*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México. Pp 51-73.
- Instituto Nacional de Geografía e Informática. (2001), XII Censo General de Población y Vivienda, 2000, México.
- Instituto Nacional de Geografía e Informática (2001), ANUARIO ESTADÍSTICO PUEBLA. Tomo I y II. México.
- INI. 2002. versión electrónica <http://www.ini.gob.mx>
- Leff, E., (1990), *Racionalidad ambiental y procesos de descentralización* en, Rojas R., (coord..) *En busca del equilibrio perdido*. Universidad de Guadalajara, México.
- Montemayor, C., (2000), *Los Pueblos Indios de México hoy*, Planeta Mexicana, México, Pp: 157.
- Montes, J., M, Enrique L., (2000), "Perspectiva ambiental del desarrollo del conocimiento", en, Leff E., (coord.), *Los problemas del conocimiento y la perspectiva ambiental del desarrollo, Siglo XXI*, México. Pp: 1-27
- Mora, A., S., (1985), *La Cooperativa Agropecuaria regional Tosepan Titatanisque, en el proceso de desarrollo rural. El caso de la región Cuetzalan: Sierra Norte de Puebla*. Tesis de Licenciatura de Ingeniero Agrónomo. UACH, Chapingo, México, 2000
- Murguía, M., Jose Luis V., (1993), *Clave para familias de plantas con flores de México*, Asociación de biólogos amigos de la computación, México, D.F.
- Nigh, R., Nemesio, J. R., (1995), *Territorios violados: Indios, medio ambiente y desarrollo en America Latiina*, Col., Presencias, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, INI, México, Pp: 228.

- Organización Internacional del Trabajo, (1989), Ley 24.071 Ratificatoria del Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud, (1999), "Fortalecimiento y Desarrollo de los Sistemas de Salud Tradicionales, Organización y Provisión de Servicios de Salud en Poblaciones Multiculturales, Washington D.C.,
- Organización Panamericana de la Salud, (1999), "Medicinas y Terapias tradicionales, Complementarias y Alternativas", Washington D.C. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Equipo de Medicina Tradicional, Departamento de Medicamentos Esenciales y Políticas de Medicina, OMS.
- Rico, N., M., (1998), "Género, medio ambiente y sustentabilidad del desarrollo", CEPAL, Serie Mujer y Desarrollo, 25, LC/L.1144, Pag. 21 – 30.
- Rodríguez, L., (1995), "Género, población y medio ambiente", en: Vega, U., S., *La dimensión de Género en las Políticas y Acciones Ambientales Ecuatorianas*. Pp electrónica: <http://www.cespis.ops-oms.org/eswww/fulltext/pciudada/genero/genero.html>.
- Ryesky, D. (sin año), "La medicina oficial y la tradicional: algunas contradicciones", en, *Estudios sobre Etnobotánica y Antropología Médica III*, Instituto Mexicano para el Estudio de Plantas Medicinales IMPELAN, México.
- Rzedowski, G.C. de, J. Rzedowski y colaboradores, (2001), Flora fanerogámica del Valle de México, 2ª. Ed., Instituto de Ecología, A.C. y comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad, Pátzcuaro (Michoacán), 1406 pp.
- Salles, V., y Tuirán. R. (1995), "Mujeres y hogares en México: ¿cada vez más pobres?, en, *Cuánto cuesta la pobreza de las mujeres: una perspectiva de América Latina y el Caribe*.
- Stavenhagen, R., (1996), De la consulta a la acción. Periódico La Jornada, Junio. Versión electrónica: http://www.jornada.unam.mx/1996/jun96/960601/CONSULTE_063.html.
- Valenzuela, J., M., (2000), "Identidades culturales: comunidades imaginarias y contingentes", en, Valenzuela, A., J., M., (Coord.), *Decadencia y Auge de las Identidades*, Colegio de la Frontera Norte y Plaza y Valdés. México, Pp: 97-120.
- Vargas, P., (1999), "Los huicholes y su salud. Una investigación cualitativa, en: Szasz, I., Susana L. (Comp.) *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. Colegio de México. México, Pp: 173-195.
- Vásquez, O., A., (1993), "Aspectos de la medicina popular en el norte de Veracruz" en, Ruvalcaba, J., Graciela A., (Coords.), *Huasteca II. Prácticas agrícolas y medicina tradicional. Arte y Sociedad*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México.
- World Resources Institute, (1996), La mujer y el desarrollo sostenible, Cap III, Ecoespaña, Madrid. Pp: 49-67.
- Zolla, C, Virginia, M., (1995), "La función de la medicina doméstica en el medio rural mexicano", en: González, M., S., (comp.), *Las mujeres y la salud*, Colegio de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la mujer, México, Pp: 71-92.