

Título de la ponencia: Autonomía y de-colonialidad en Salud y Educación. Interculturalidad activa en experiencias formativas en medicinas tradicionales y complementarias en México y Latinoamérica

Proceso conocimiento: Avance de investigación en curso

Grupo de trabajo: GT-19/

Resumen: Se realiza una cartografía social sobre los caminos imbricados que transitan distintos Sistemas de Salud en México: institucionalización del Sistema Estatal; los senderos de la Medicina Tradicional Indígena. Otra vía son las ONG y las prácticas de movimientos sociales como la Teología India y el Sistema de Salud Autónomo Zapatista- Chiapas. En este contexto se centra la discusión en la concepción de salud y educación interculturales y los retos epistémicos entre la interculturalidad activa de las acciones de sujetos en espacios de formación e intervención en medicinas tradicionales y complementarias en Casas de Medicina Tradicional – Gobierno DF y, Medicina Tradicional en Universidad Chapingo. Trazando indicios, interrogantes y retos para de-colonizar desde la autonomía-soberanía “Buen Vivir” y lo público-privado en Latinoamérica

Nombre: Patricia Medina Melgarejo, México. Universidad Pedagógica Nacional/Universidad Nacional Autónoma de México patymemx@yahoo.com.mx

Palabras claves: Sistemas de Salud Autónoma, Formación en Salud Intercultural-decolonizar, Medicina Indígena y Complementaria

Autonomía y de/colonialidad en Salud y Educación. Interculturalidad activa en experiencias formativas en medicinas tradicionales y complementarias en México y Latinoamérica

Introducción:

Al inicio de este recorrido por rutas, por caminos que trazan las experiencias formativas en medicinas tradicionales indígenas y complementarias en México y sus resonancias con Latinoamérica, tendríamos que insertar en un punto del horizonte las necesidades sociales sobre la salud y las formas en que la concebimos socioculturalmente; en donde las huellas, memorias y sus territorios se sobreponen a las políticas sanitarias de los estados nacionales, las cuales en momentos se entretajan, y en otros siguen sus propias vías. Estos hilos que tejen las formas en que se han configurado las prácticas y servicios de salud imbricados en procesos y conocimientos concretos, en sentidos que conducen a repensar y problematizar las formas histórico políticas de las prácticas interculturales activas y sus formas de transmisión, ante las ineludibles necesidades de salud y, de la vida misma. Necesitamos establecer movimientos con la brújula y el escalímetro en tanto comprender y transformar orientaciones, rumbos, escalas y dimensiones, para configurar mapas y cartografías.

Hemos así definido cinco hilos en esta exposición: a) El camino de institucionalización del sistema médico estatal; b) La Medicina “tradicional, indígena/urbano-popular”, ONG y Teología India. c) Sistema de Salud Autónomo Zapatista. Encuentros y desencuentros en el sendero de los movimientos sociales: por una salud en manos del pueblo". d) Salud y educación intercultural: actores y espacios de formación/profesionalización e intervención de las medicinas tradicionales y complementarias y; e) “Buen vivir”: retos epistémicos entre la Interculturalidad activa y la Salud y la Educación Interculturales para de/colonizar en autonomía-soberanía.

Este trabajo es producto del proyecto de investigación: “Interculturalidad activa en Educación y Salud. Inter-sistematización pedagógica en Sistemas-Conocimientos alternativos, tradicionales-comunalitarios para la profesionalización de agentes educativos en México y Latinoamérica. (Género y participación). Hacia una teoría pedagógica contemporánea de las memorias activas” (UPN, México: 2012-2015). Por tanto esta ponencia configura un avance sobre las genealogías de las coordenadas que sitúan histórica y socialmente los procesos de interculturalidad en salud y educación en México.

1. El camino de institucionalización: sistema médico estatal

En México desde el siglo pasado, se han establecido mecanismos que buscan la institucionalización de la atención médica administrada por el estado (federal y gobiernos locales). En el período conocido como pos-revolucionario después de 1917 a 1940 se instauran las bases para generar la creación de institutos hospitalarios que controlarían en mucho las políticas públicas de salud.

La constitución política a través del artículo 123 de la legislación federal establece los elementos de la “seguridad social”, señalando el carácter de obligatoriedad del suministro de condiciones básicas de subsistencia por parte de los trabajadores, como serían: pensiones, dotar de servicios y viviendas, escuelas y atención médica, considerando también la capacitación.

Es importante señalar tres antecedentes, por una parte en 1917 se crea el Departamento de Salubridad Pública y para 1937 se consolida ya como Secretaría de Salud y Asistencia (SSA); en ese mismo período se establece en 1925 la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro producto de las formas de organización de los trabajadores con vínculos con el propio gobierno federal. Así que en 1938, se instauran centrales obreras y de trabajadores configurándose la relación del estado nación con la dirección tanto de la regulación en materia educativa, como la dirección de los servicios de salud y, la llamada “Asistencia Pública” se traduce en términos de prestaciones como las pensiones y jubilación para trabajadores, a partir de los esquemas laborales y de las organizaciones sindicales.

Dichos elementos de base permiten establecer como demandas prioritarias la atención educativa y los servicios médicos, configurándose la plataforma para la creación en 1943 del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) y del Hospital Infantil; en 1944 los Institutos: Nacional de Cardiología, y el de Enfermedades de la Nutrición; el Instituto Nacional de Cancerología, en 1950. Posteriormente la aludida Dirección General de Pensiones (1929) dio paso a la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) entre 1959 y 1960; y al Instituto Nacional de Neurología, en 1964.

En la etapa desarrollista se crean los programas de atención como IMSS-COPLAMAR (1979), este Plan Nacional enfocado a las “Zonas Deprimidas y Grupos Marginados” del país, se establece en el marco de responsabilidades del estado en materia de salud operando básicamente en zonas rurales e indígenas, a tendiendo a más de 14 millones de personas. Implicando por una parte el establecimiento de programas para todo el sector de población que no se encontraba afiliado directamente, sobre todo por relaciones laborales institucionalizadas, tomando en cuenta el crecimiento y transformación urbana, extendiendo los servicios al considerar a la población urbano-marginal. Para 1989 se transforma en IMSS-Solidaridad. La vigencia total de este programa cubre el periodo en el que se descentralizan los servicios de salud en el país, iniciando con la Ley General de Salud (1984) y la transformación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia a la Secretaría de Salud. Cabe señalar que las políticas educativas funcionan de manera paralela a este esquema.

El problema consiste en cómo atender a la población que no se encuentra registrada en regímenes laborales relativamente estables, y las condiciones de marginalidad que el propio sistema económico reproduce, frente al embate neoliberal del desmantelamiento del Estado y su capacidad de aportar bienestar al conjunto de la población.

Es en este contexto que se establecen nuevas reformas y se instauran en las dos últimas décadas un esquema de atención médica a través de la reforma a la Ley General de Salud en 2003, considerando un llamado “esquema de seguridad universal denominado Sistema de Protección Social en Salud”, nombrado como “Seguro Popular”, para atender al sector de población no asalariada y de auto-empleo, en dicho esquema se

incluye la Medicina Complementaria y Herbolaria. Este esquema atiende al 48% y, el esquema del Sistema de Salud Institucional (IMSS-ISSSTE) atiende al 52%. (Martínez, 2013).

2. La Medicina “tradicional, indígena/urbano-popular”, ONG y Teología India. Ruta de las memorias sociales y necesidades cotidianas

En tanto que las capas de la institucionalización estatal que hemos descrito en estas seis décadas -1940-2010-, se sobreponían y, la especialización médica cobraba distintos aspectos, bajo la recomposición de las relaciones políticas y económicas muchas de estas constituyendo estructuras que anquilosadas, bajo la burocracia y la contracción económica, frente al desmantelamiento de los servicios públicos, producto de las acciones neoliberales en los últimos treinta años, ha generado un sistema de salud oficial inaccesible para más de la mitad de la población del país.

Los reclamos sociales por la salud, como ríos de memorias continuaban en vías que se entrecruzan permanentemente, los procesos de larga trayectoria histórica y los movimientos emergentes aunados a las demandas fundamentales por el trabajo, la salud y la educación, y por el espacio de vivienda digna –contexto urbano-popular-, o por la reconstitución de los territorios propios –movimientos étnico-políticos-; una lucha básicamente centrada para el logro de la vida misma.

Emergían las contradicciones en la construcción de caminos propios las acciones desde lo cotidiano; por una parte, en donde el México profundo (Bonfil, 2001) ha subsistido como lo implica la denominada medicina “tradicional” –invisible- (Lozoya y Zolla, 1984). Por otra, las prácticas muchas de ellas disidentes que instauraban huellas de distintas relaciones, encontrando la intervención de la iglesia desde la acción de la teología de la liberación y, las organizaciones de la sociedad civil (ONG). A pesar del breve espacio de exposición se apuntan algunos elementos, como eje/dimensión fundamental, en tanto que genera procesos formativos y estructurantes de las organizaciones sociales vinculadas a las demandas de intervención y formación en educación y salud.

2.1. Medicina “tradicional”: clasificaciones coloniales y neocoloniales

Por su parte, la medicina “tradicional” definida de esta forma más por la idea de que la tecnología y la industrialización son los referentes de la relación progreso-modernidad-ciencia y control; frente al carácter de las prácticas médicas que prescinden o bien hacen uso de otros referentes de curación y, sobre todo, es utilizada la concepción de “tradicional” como marca referida a sus portadores, practicantes y usuarios: indígenas, negros, pobres, sectores migrantes y urbano populares, lo que constituye una categoría más dentro de las clasificaciones coloniales y neocoloniales.

Mientras que la medicina tradicional indígena y urbano popular, representa un complejo sistema de conocimientos y prácticas, de mujeres y hombres especialistas médicos en el tratamiento y los usos de herramientas fundamentales como: la herbolaria, la cura a través de fricciones y ungüentos/bálsamos corporales –sobadores-; del tratamiento musculoesquelético – a través de especialistas denominados hueseros-; el uso en su

conjunto de referentes de fisioterapia a través de la cura con la implementación de “baños curativos”, llamados temazcales y la partería, parteras que siguen atendiendo hasta en las propias ciudades. En las traducciones anteriores, para establecer algún referente con la medicina especializada del modelo médico dominante, se encuentra articulado a un complejo sistema de relaciones y prácticas, dispositivos y epistemes que los recrean. Por tanto:

El pensamiento de los pueblos indígenas en cuanto a los conceptos de medicina y salud son más amplios que el pensamiento occidental. Medicina y salud forman parte integral de un sistema que parte del conocimiento, organización y experiencia que viven las comunidades para la custodia de la vida. El estado de salud (...) se refiere a la armonía y equilibrio físico, mental y espiritual, personal y comunitario que debe de existir con todo y en todo. Por esta razón l@s médic@s tradicionales cumplen con el papel de ser intermediarios en el proceso de armonización (Cruz, 2008).

2.2. “Teología India”

Esta cita de Abadio Cruz, enlaza al definir la medicina tradicional desde los pueblos indígenas, con la intervención en salud comunitaria desde la participación, tanto de las Organizaciones Civiles como de las Organizaciones de las Comunidades Eclesiásticas de Base, definidas a través de las vertientes críticas de la Iglesia; lo que se denomina de forma genérica como: Teología de la Liberación, que han establecido la línea de intervención como “Teología India”, a partir de instancias propias como el Centro Nacional de Ayuda a las Misiones Indígenas, A.C. (CENAMI). (López, 2011)

Configurando ya con una experiencia de casi cuatro décadas programas de salud comunitaria y en educación en salud, basados en los referentes de la Teología India: “La teología india es la teología de la palabra que camina, porque, en una cultura casi sin escritura, es una palabra siempre en conversación...” (Mendoza, 2010: 53). Compartiendo las interrogantes de este mismo autor: ¿Qué relación hay entre el sujeto indígena y los movimientos anti-sistémicos y cuáles son los aspectos que sostienen la esperanza en la creación de otro mundo posible? ¿Qué papel puede desempeñar la Iglesia y cuál ha de ser su actitud en estos procesos? (Mendoza, 2010: 19)

Ya que ha sido definitiva su labor en los programas de educación y salud comunitarias, en donde los procesos de formación, capacitación y encuentro entre medicinas, reconociendo las medicinas “tradicionales”: las medicinas indias, las prácticas de curación, la herbolaria, la partería y los hueseros, buscan fundar y recrear profundizando en las concepciones sociales, culturales y liberadoras de la medicina.

3. Sistema de Salud Autónomo Zapatista. Encuentros y desencuentros en el sendero de los movimientos sociales: por una salud en manos del pueblo"

Salud es el bienestar del pueblo y del individuo, que contenga la capacidad y motivación para todo tipo de actividad sea social o política. *Salud es vivir sin humillación*, podernos desarrollar como mujeres y hombres; es poder luchar por una patria nueva donde los pobres y particularmente l@s indígenas se puedan

determinar de manera autónoma, y donde la pobreza, la militarización y la guerra destruyen la Salud. (Declaración de la Región Autónoma Moisés Gandhi, 1997)

En las tres últimas décadas los senderos de la lucha de los pueblos indígenas y afroamericanos en América Latina, a través de los movimientos sociales definidos por la re-significación identitaria, desde la reivindicación de sus bases territoriales y sus prácticas sociales de vida, involucrando así la concepción misma de vida a las formas propias de conocimiento en un diálogo entre memoria, territorialidad y sentido histórico de existencia.

En este marco histórico político en México los procesos de autonomía se encuentran representados, entre otros, por el movimiento zapatista (EZLN) en Chiapas estado del sur mexicano, quien desde 1983 en su conformación y, a partir de 1994 al manifestarse públicamente con un levantamiento armado irrumpe en la escena política del país, en los momentos en que México accedía al Tratado de Libre Comercio (TLC), con Estados Unidos y Canadá.

Producto de la insurgencia se habían firmado con el gobierno federal, los Acuerdos de San Andrés; así, entre 1995-1996, se encuentra como ejército rebelde ante la disyuntiva de la construcción del propio “caminar/andar”, pues dichos Acuerdos fueron postergados y desconocidos por el gobierno; éste, en cambio, emite una ley de amnistía, encontrándose en el escenario de una guerra de baja intensidad, que hasta la fecha continúa en términos de hostigamiento a las comunidades.(Muñoz, 2003) En 2001 se promulga la Ley Indígena, la cual es objetada no sólo por los zapatistas, sino por el Congreso Nacional Indígena; dicha Ley no reconoce la capacidad de los pueblos indígenas como sujetos políticos y de autodeterminación territorial y social, conduciendo a una concepción de sujetos de asistencia para la intervención con definiciones inter, pluri y multiculturales indiscriminadamente.

Mientras tanto, el caminar/andar la palabra, bajo consensos, acuerdos, y formas de organización propia, continuaron desarrollándose sus sistemas de educación (Baronnet, 2012) y de salud (Cerdeña, 2011), en tanto proyectos y trayectos políticos que por más de veinte años, logran producir espacios de re-organización y nuevas maneras de concepción territorial, a través de la base material y territorial de los Municipios Autónomos Rebeldes Zapatistas (MAREZ), los cuales para 2003, se establecen como MAREZ articulados a las Juntas de Buen Gobierno (JBG) denominados Caracoles. A través de esta forma de estructuración local-regional se logran construir/al caminar las demandas fundamentales por tierra, techo, trabajo, alimento, salud, educación, información, cultura, independencia, democracia, justicia, libertad y paz con dignidad, demandas que configuran este proyecto como “utopía india”. (Barabás, 2002)

El Sistema de Salud Autónomo Zapatista (SSAZ), ha transitado en cambios, configuraciones, formas de organización y decisiones colectivas de forma conjunta con el propio movimiento social, pues desde 1984 existían actividades propias de organización para la salud, pero es desde 1995-1997 que cobran sentido de estructuración al crear la figura de los Municipios Autónomos Zapatistas. En este campo de relaciones y prácticas se estructura y moviliza cotidianamente el Sistema Autónomo de Educación y el SSAZ.

El SSAZ con una organización propia a través del personal de salud: promotores de salud y salud sexual/reproductiva, multiplicadores/as o capacitadores/as de salud, parteras, hierberas/os y hueseros/as. (López, 2011) Cuantitativamente se registra la existencia de 200 Casas de Salud Comunitarias, 25 Clínicas Regionales Autónomas, algunas de ellas con 10 años de funcionamiento y una Clínica Central, Farmacias Comunitarias, con dos hospitales en Oventic y en San José del Río en la Realidad. (Heredia, 2007, Muñoz, 2004)

En el andar de ya tres décadas de organización (recordemos la década de gestación 1983-1993), se articulan las demandas a modos y prácticas de vida directas, en donde la idea de autonomía y construcción social resultan relevantes, como señala Stahler-Sholk (2011: 413): “cabe ahondar sobre *el concepto zapatista de autonomía*, ya que está directamente relacionado con la sustentabilidad de las alternativas que se están generando”. Es decir, en la práctica de trabajo, organización política, salud y educación se generan mejores condiciones de vida, resultan formas de autorregulación que producen en la marcha, sentidos de estructuración social desde otras utopías y horizontes, reconociendo experiencias, transformando otras lógicas de conocimiento y resolviendo y recreando al andar/caminando. Heredia (2007) Puntualiza datos importantes, en tanto la efectividad de los servicios autónomos zapatistas, frente a los casos de muerte materna: “...por ejemplo, en dos Clínicas Autónomas ubicadas en la región Selva, -donde históricamente se registran altos índices de mortalidad materna-, se ha logrado evitar la muerte materna en periodos de más de 7 años”. Al comprender a la salud, como lo señala el epígrafe de este apartado: “*Salud es vivir sin humillación*”, *por tanto resulta un compromiso político y colectivo*”.

Heredia (2007) hace referencia a dos comunicados relevantes en materia de salud autónoma, por un parte el comunicado: “La salud verdadera” Municipio Autónomo Ricardo Flores Magón en 2002 y, el ya citado: Declaración de Moisés Gandhi (1997). En estos documentos, además de interesantes comunicados y entrevistas a través de las redes sociales establecidas por los zapatistas, se definen los proyectos de salud, se han realizado también entrevistas en interacción con cursos de formación. El horizonte del SSAZ implica la definición del caminar, considerando sus características fundamentales, definidas por los propios promotores de salud, como: “*Para tod@s: la salud no es individual sino colectiva. Es un derecho de tod@s (...)...debemos atender a todas las personas sin distinción de raza, color, lengua, edad, credo, género, cultura, partido, dinero... (...)... la salud debe estar en manos del pueblo...*”.

Quienes, como lo señala Baronnet (2012, 2010): “...al ubicar el derecho a la tierra y a la dignidad en el centro de sus demandas han reconfigurado la orientación de la enseñanza hacia un aprendizaje para la autonomía, es decir para aprender a ser capaz de gobernar y ser gobernado de acuerdo al proyecto autonómico que persiguen”. En este mismo sentido, la organización social sobre las formas de atención de la salud, a través de un sistema estructurado, bajo figuras fundamentales como los promotores y los multiplicadores en salud, los cuales trabajan y de forma intercultural dialogan con los conocedores de la medicina indígena y, de ahí, se establecen procesos de atención comunitaria y regional reconstituyendo las rupturas generacionales entre mujeres y hombres conocedores, médicos tradicionales: parteras, hierberas/os y hueseros/as, y con los médicos prestadores de servicio o bien se interactúa con el Servicio de Salud gubernamental.

4. Salud y educación intercultural: actores y espacios de formación/profesionalización e intervención de las medicinas tradicionales y complementarias

El trayecto recorrido hasta este momento nos conduce a repensar en los actores sociales específicos que dan sustento a cada una de estas vertientes de los servicios de salud en México; los cuales configuran sistemas en sí mismos: sistema estatal institucionalizado; sistema de la medicina tradicional/indígena, sistema de atención de las ONG y del sector eclesiástico (con distintas corrientes, entre ellas, la expuesta de Teología India); la atención en salud comunitaria de los propios movimientos sociales, en este caso el Sistema de Salud Autónomo Zapatista.

Los actores sociales que configuran en la práctica a cada uno de estos complejos modelos/sistemas médicos constituyen el terreno mismo de la formación, transmisión y reconstitución permanente de ciertos corpus de conocimiento. Así, todas estas acciones conducen a la práctica cotidiana de diferentes sujetos, ya que: a) se encuentran los practicantes de las medicinas, los médicos y terapeutas; b) los usuarios es decir los sujetos que asisten a estos espacios; c) los recursos propios de todo modelo y práctica médica: la definición del proceso salud-enfermedad, la comprensión de procedimientos para la curación, los recursos materiales curativos, los procedimientos de diagnóstico, los sentidos y explicaciones articuladas a las prácticas y sistemas de creencias y conocimientos, implicando, al mismo tiempo, los procesos para acceder y generar la transmisión y formación en las prácticas médicas, seleccionando y desarrollando a sus aprendices y a sus corpus de conocimiento.

4.1. Salud Intercultural como Medicinas: Tradicional Indígena y Complementarias. Medicina Real

Cabría señalar dos puntos relevantes que conforman el contexto de la última década: el primero se refiere al reconocimiento legal de la Medicina Tradicional Indígena (MTI) y, lo que se ha denominado “Medicina Complementaria” (MC), esta últimas son señaladas como la regulación de la práctica médica de 5 especialidades no alopáticas, incluyendo a la propia MTI, en su derivación como “Herbolaria” y las otra tres consideradas como un gran marco legal de Medicina Complementaria que serían: la homeopatía, la acupuntura, la quiropráctica. Todas estas Integradas en un Modelo Salud Intercultural. (Gobierno Federal, Secretaría de Salud)

El segundo se establece a partir de la acelerada incidencia de las medicinas tradicionales y sus derivaciones a través de sus propios practicantes, nos referimos a las formas de uso y su expansión de la medicina tradicional y complementaria producto, tanto de la condensación y persistencia histórica de los pueblos originarios cuyos sectores practicantes han sido y continúan siendo las regiones campesinas-indígenas, y como portadores y lazos de transmisión se encuentra la población migrante y urbano popular.

En estudios recientes se aportan datos relevantes en cuanto al uso de distintas medicinas -tradicionales indígenas y complementarias- en donde se asevera que, por ejemplo, en el caso de problemas reumatológicos al realizar un estudio a 800 encuestados, se encontró que: “Del 47 al 61% han iniciado el uso de Terapias Complementarias y Alternativas antes de su primera valoración por el reumatólogo y menos del 30% comunicaron el uso

de dichas terapias al médico”. (Álvarez-Hernández et al., 2006). Estos datos, junto con otras investigaciones nos permiten comprender cómo el uso es cada vez más elevado ante un cúmulo de causas y necesidades sociales, además de considerar la memoria y persistencia histórica de estas prácticas de curación. Un proceso a reconocer es que estas prácticas médicas configuran ciertos espacios de subalternidad y estrategia, en cuanto a “no comunicar” al médico oficial, alópata y legitimado, el “uso de dichas terapias”.

Cuestiones que nos permiten comprender a la medicina tradicional, en este caso mexicana, como un complejo sistema de practicantes y corpus de conocimientos que se transforman y fusionan, desde el proceso colonial español, hasta la fecha: “...interactuando con otros modelos terapéuticos para conformar lo que llamamos el “sistema real de salud” de millones de mexicanos del siglo XXI, habitantes del campo y la ciudad (Zolla y Argueta, 2009).

La definición de sistema real de salud”, compromete al análisis profundo sobre estos sistemas médicos y su articulación, pues la medicina tradicional indígena no solamente es herbolaria y, sobre todo tendríamos que comprender las formas de interacción y compatibilidad entre las medicinas, sus corpus de conocimiento y sus prácticas de intervención, ya que en este proceso se establecen puntos de relación y reconstitución de los propios sistemas de conocimiento, en donde se requiere comprender el significado que guardan en el espacio propio de desarrollo y las formas que se adoptan ante distintas fusiones y transfiguraciones, para su análisis es necesario entender los procesos de formación de los médicos y terapeutas y sus articulaciones con las Medicinas Tradicionales Indígenas y la llamadas Medicinas Complementarias: ¿cómo se han construido sus opciones formativas?

4.2. Opciones formativas: dimensiones/ ejes de análisis

Las opciones de formación se basan desde las instituciones de educación superior, pero reconociendo a la medicina tradicional y complementaria, como una especialidad paralela y opcional, ya sea bajo los contenidos de antropología médica o medicinas tradicionales a través de cursos y diplomados: Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Medicina, Universidad Autónoma de Chapingo, Cursos de Herbolaria y Medicina Tradicional, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Escuela Superior de Medicina (Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM); Universidad del Valle de Anáhuac, Carrera de Medicina Instituto Nacional de Antropología e Historia, Dirección de Etnología (SEDEREC, 2012) También se encuentran del INAH la Escuela Nacional de Antropología e Historia, o el Programa Universitario: México Nación Multicultural. Las instancias del Gobierno de la Ciudad de México, como Las Casas de Medicina Tradicional entre otros, públicos y privados.

Surgen así distintas interrogantes: ¿Cómo se forman los médicos y profesionales de la salud como los médicos tradicionales, los promotores de salud, las/os curanderas/os, los especialistas en medicinas complementarias de distintas tradiciones médicas? Es decir, todos aquellos que no se encuentran en el sistema institucionalizado de salud y de educación, en tanto no son médicos profesionales. ¿Cuáles son los contenidos –corpus de conocimientos- y prácticas de la formación de estos otros médicos –tradicionales, complementarios-?

Existen distintas vías de formación en particular de los terapeutas médicos, sobre todo en el campo de la medicina llamada complementaria. Estos espacios institucionalizados

o no de transmisión y recreación de dichos corpus de conocimientos, generan múltiples dimensiones, cobrando una vigencia relevante en el caso mexicano, ya que han sido adoptadas como terapias alternativas ya no sólo por la población urbano-popular, migrantes, campesinos y sobre todo indígenas; sino por sectores sociales medios al concebirlas como terapias –alternativas y estéticas. De ahí que cobra importancia el análisis y comprensión de los espacios de formación e intervención en Medicina Tradicional y sus derivaciones a las Medicinas Complementarias, como los dos programas que a continuación describiremos.

4.3. Programas de formación y atención desde una interculturalidad activa

Como parte de la disertación se comprenden dos casos de intervención formativa: a) El Programa para la Recuperación de la Medicina Tradicional y Herbolaria en la Ciudad de México, de la Secretaría de Desarrollo Rural y Equidad para las Comunidades (SEDEREC) del Gobierno del D.F. coordinado por la Dra. Cecilia Matamoros. Se han creado entre 2008 y 2013, diecisiete (17) Casas de Medicina Tradicional distribuidas en prácticamente toda la ciudad de México, aunque se ubican nueve en las zonas rurales y de población llamada “originaria” que corresponden a los barrios urbano-rurales. Estas “Casas de Medicina Tradicional” implican el trabajo de por lo menos 17 curanderas/os y sus familias quienes han atendido a más de 13,600 personas, que cumplen ampliamente los objetivos de este programa se encuentra: “el reconocimiento, rescate, cultivo y empleo de la medicina tradicional y la herbolaria, así como su aplicación para la atención primaria de salud”. (SEDEREC, 2012: 106)

El segundo espacio formativo es el Programa Universitario de Medicina Tradicional y Terapéutica Naturista de la Universidad Autónoma -Agrícola- de Chapingo, coordinado por el Departamento de Fitotecnia a través del Mtro. Pedro Mendoza. Programa que tiene un largo período de gestación, pues inicia a finales de los años ochenta y a principios de los noventa, posteriormente, genera distintas estrategias para su desarrollo, y a partir del periodo entre 2002-2004 se consolida. Actualmente imparten 30 programas, entre cursos y diplomados en dos sedes. Como parte de sus objetivos se encuentran: a) rescate y difusión de conocimientos tradicionales junto con la medicina institucionalizada; b) generar prácticas médicas en la difusión y reconocimiento de distintas terapéuticas alternativas y complementarias.

La importancia de estos dos programas reside en la capacidad de interlocución y acceso de sus participantes, pues ante las disyuntivas sociales de la medicina y los nuevos marcos jurídicos, se les denomina Medicinas Complementarias, para un ejercicio legal bajo las transformaciones en la materia entre 2001 y 2007.

5. “Buen vivir”: retos epistémicos entre la Interculturalidad activa y la Salud y la Educación Interculturales para de/colonizar en autonomía-soberanía

Vivir bien, es la vida en plenitud. Saber vivir en armonía y equilibrio; en armonía con los ciclos de la Madre Tierra, del cosmos, de la vida y de la historia, y en equilibrio con toda forma de existencia en permanente respeto. (...)Para comprender el horizonte del *Suma Qamaña* o vivir bien (vida en plenitud), ***debemos comprender la diferencia entre el vivir bien y el vivir mejor***. Estas dos formas de vida vienen de cosmovisiones diferentes, dos caminos, dos paradigmas con horizontes distintos. Sin duda, bajo la lógica de occidente, la humanidad está sumida en el vivir mejor. (...)El vivir mejor supone el progreso

ilimitado y nos lleva a una competición con los otros. (...)El vivir bien no puede concebirse sin la comunidad (Huanacuni, 2010: 32-33)

A través de este panorama de las prácticas formativas en Medicina Tradicional (MTI) y su vínculos de fusión y articulación con las Medicinas Complementarias (MC), repensando las condiciones sociales de su transmisión y las prácticas de formación. Nos permite interrogar desde la genealogía construida, el trayecto de la configuración de los distintos sistemas de salud expuestos y, su caracterización. En donde el problema reside en los horizontes políticos que generan, reconstituyen y dan sentido a estas prácticas médicas y sus portadores. Las interrogantes y dimensiones analíticas en el camino son muchas:

- 1) Para el sistema oficial-público de salud, los servicios médicos se definen en relación a la clasificación de la población en su vínculo con las formas de trabajo y percepción salarial, producto de políticas laborales del propio estado-nación; por tanto, los derechohabientes pertenecen al sector económico formal; mientras que amplios sectores que sostienen el proceso productivo del país con otras reglas y formas se encuentran excluidos de esta atención, siendo objeto de otros esquemas suplementarios de salud incluidas desde esta visión a las MTI y MC.
- 2) La medicina tradicional como un recurso de atención médica amplios sectores de la población, con un largo trayecto histórico y desde una interculturalidad activa, frente a su institucionalización e incorporación en la última década en los planes públicos de salud, considerada junto con las Medicinas Complementarias. Requiere de la comprensión de los retos epistémicos de los corpus de conocimientos- y las distintas fusiones e interacciones entre ellos en términos de atención médica efectiva en los espacios de formación y especialización en conocimientos médicos indígenas y complementarios para la enseñanza de los mismos y sus distintos actores.
- 3) Las medicinas indígenas y complementarias, no deben ser colocadas nuevamente en la lógica de sub-alternidad de la taxonomía neocolonial

Las sociedades indígenas contemporáneas construyen figuras de mundo filosófico-políticas a partir de concepciones epistémicas como la de "*Buen vivir*", generando las condiciones de proyectos que posibiliten "*Vivir Bien*" desde nuevas estructuras solidarias de trabajo a través del reconocimiento de procesos de educación y formas de sanación-curación en la atención médica (efectiva y propia). Cuestiones que comprenden la creación de proyectos imbricados de opciones históricas de los pueblos como *utopías indias*.

Las lecciones de estos interlocutores, como es el caso del SSAZ, nos cuestionan frente a los horizontes políticos y pedagógicos desde los cuales se recrean y transmiten los corpus de conocimiento médico indígena y complementario en los otros sistemas médicos. Por tanto, los legados de la construcción de *biopolíticas alternas* implican proyectos sociales que se practican caminando... Y en ese andar, cuestionan colocando las disyuntivas políticas: ¿la salud y la educación son un servicio o un derecho? ¿Cómo de/colonizar salud y educación interculturales para la autonomía/soberanía en las relaciones de lo público y lo privado?

Bibliografía

- Álvarez-Hernández, E. et al. (2006). Frecuencia de uso de medicinas complementarias y alternativas en sujetos que acuden por primera vez al servicio de reumatología. Análisis de 800 casos, en: *Reumatol Clin.* 2006;2(4):183-9, consultado en mayo de 2013, disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/complementary-and-alternative-medicine-in/articulo/13090683/>
- Barabas, A. (2002). *Utopías indias: movimientos religiosos en México*. México: Plaza y Valdés.
- Baronnet, B. (2012). *Autonomía y educación indígena. Las escuelas zapatistas de la Selva Lacandona de Chiapas, México*. Quito: editorial Abya-Yala.
- _____. (2010). “La apuesta de las escuelas zapatistas de Chiapas por descolonizar la educación en los pueblos campesinos mayas” en *Decisio (CREFAL)*, núm. 30, pp. 39-43.
- Bonfil, B. G. (2001). *México profundo: una civilización negada*. CONACULTA, México.
- Cerda, A. (2011). *Imaginando zapatismo. Multiculturalidad y autonomía indígena en Chiapas desde un municipio autónomo*. México: UAM-Xochimilco, División de Ciencias sociales y Humanidades.
- _____. Cerda, A. (2012). Reclamos de las memorias y usos de los márgenes: movimientos indígenas en América Latina, en *Política y Cultura*, primavera 2012, núm. 37, pp. 135-157.
- Centro Nacional de Ayuda a las Misiones Indígenas (CENAMI), disponible en: www.cenami.org
- Cruz, A. (2008). “Medicina tradicional indígena, agresiones y desafíos actuales”, Consultado en febrero de 2012, disponible en: <http://cenami.org/?p=586>
- Declaración de la Región Autónoma Moisés Gandhi. Primer Foro de Promotores y Agentes de Salud (1997), en: Centro de Documentación sobre el Zapatismo (CEDOZ), México, consultado en febrero de 2013, disponible en: <http://www.cedoz.org/site/content.php?doc=500&cat=83#>
- Gobierno Federal, Secretaría de Salud (s/d). Marco legal de la medicina tradicional y las medicinas complementarias, Dirección de medicina tradicional y desarrollo intercultural, Subsecretaría de innovación y calidad/ dirección gral de planeación y desarrollo en salud, México, consultado julio-2013, disponible en: http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/taller_inter/Marco_Legal.pdf
- Heredia, J. (2007). *Salud y Autonomía: el caso Chiapas*. Consultado en septiembre de 2012, disponible en:

http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/autonomy_mexico_2007_es.pdf

- Huanacuni, F. (2010). Buen Vivir / Vivir Bien. Filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales andinas. Coordinadora Andina de Organizaciones Indígenas-CAOI, Lima Perú.
- López, E. M. (2011). Los procesos de formación en salud comunitaria: la experiencia pedagógica de Salud y Desarrollo Comunitario, A. C. Tesis de licenciatura en Pedagogía, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lozoya, X., y Zolla, C. (1984). La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional de México. 2ª ed. México: Folios Ediciones.
- Martínez, G. (2013). Un sistema en busca de salud. Desarrollo, declive y renovación del sistema de salud mexicano. Fondo de Cultura Económica, México.
- Mendoza, V. (2010). Teología india y movimientos antisistémicos. Fuentes de esperanza para construir otro mundo posible, Colombia: Bogotá, Instituto Teológico-Pastoral para América Latina (ITEPAL), Texto en línea, consultado en marzo de 2013, disponible en: <http://www.cenami.org.mx>
- Medina, P. (coord.) (2013). Interculturalidad Activa: Vamos a aprender maya. CONACYT-UPN, México.
- Muñoz, G. (2003). 20 y 10 el fuego y la palabra. Ed. Tinta Limón, Argentina.
- _____ (2004). La Resistencia, La Jornada, Consultado en marzo de 2013, disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2004/09/19/chiprincipal.html>
- SEDEREC (2012). Programa para la Recuperación de la Medicina Tradicional y Herbolaria en la Ciudad de México, en Gaceta Oficial del Distrito Federal, 31 de Enero de 2012, México. Pp. 106-115. Consultado en marzo de 2013, disponible en http://www.sederec.df.gob.mx/?q=programas/recuperacon_de_la_medicina_tradicional
- Stahler-Sholk, R. (2011). Autonomía y economía política de resistencia en Las Cañadas de Ocosingo, en: B. Baronnet, M. Mora y R. Stahler-Sholk (comps.), *Luchas muy otras: zapatismo y autonomía en las comunidades indígenas de Chiapas*. Universidad Autónoma Metropolitana, UAM-Xochimilco; México, pp. 409-445.
- Zolla, C. y A. Argueta (Coords.) Mata, S. (Coord. Versión digital) (2009). Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana, Programa Universitario: México Nación Multicultural-UNAM, México. Consultada marzo de 2012 a julio 2013, disponible en: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/presenta.html>
<http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/>

19.grupotrabajo@gmail.com

alashile