

PARTE I

GENERALIDADES TEÓRICAS

CAPITULO 1

BASES HISTÓRICAS, FILOSÓFICAS Y EPISTEMOLÓGICAS DE LA MEDICINA TRADICIONAL MEXICANA.

Dr. Óscar Donovan Casas Patiño¹ • Dra. Alejandra Rodríguez Torres² •
Mtra. Elizabeth Nava Ortega³

¹Profesor-Investigador de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx)

²Profesora-Investigadora de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx)

³Coordinadora de Enfermería Familiar y Comunitaria de la Universidad de la Salud (UNISA)

1.1 Pasado y presente de la Medicina Tradicional Mexicana

Encontrar un punto en el cual sea posible esclarecer el origen de la Medicina Tradicional Mexicana, es remontarse a la presencia de los primeros habitantes de la Mesoamérica temprana –*antes de la llegada de los españoles 1519*- hace aproximadamente más 15,000 años A.C.; en aquella época, los habitantes poseían una cosmovisión de las afectaciones desde un **paradigma mágico natural** (relación entre eventos mágicos y la naturaleza que exponen una asociación con la fragilidad individual y grupal). Esta cosmovisión fue evolucionando por miles de años hacia un **paradigma mágico-religioso** donde se pueden encontrar varios elementos que permiten comprender la cosmogonía de una medicina tradicional mexicana: 1) *pares complementarios* (tierra/cielo, frío/caliente, macho/hembra, alto/bajo, húmedo/seco, entre otros); 2) *el cuerpo humano considerado como un microcosmos y su relación con el universo*; 3) *sustratos chamánicos* (vinculo de lo primitivo y la idea de un contacto directo con los espíritus, a través del trance); y 4) *creencia de un universo tripartita* (cielo, tierra e inframundo) (López, 1980; López, 1984; Montellano, 1983; Viesca, 1986; Hultkrantz, 1998; Klein, 2002; Ortiz, 2005;

Martínez, 2009). Estos elementos cosmogónicos forman parte de un sincretismo de múltiples agrupaciones culturales y sociales que se elaboraron en un espacio previo a la Conquista. Es así que la *Medicina Tradicional Mexicana* de la Mesoamérica Temprana está cargada de múltiples elementos culturales, los cuales fortalecen, a través del multiculturalismo, un arraigo entre sus pueblos en un diálogo horizontal, puesto que da respuesta a muchos de los principales problemas en salud de la época: heridas, traumatismo, fracturas, osteoartrosis, osteomielitis, problemas bucales, trepanaciones, intoxicaciones por picadura de animales ponzoñosos, utilización de antisépticos en procesos quirúrgicos en amputaciones, epidemias – influenza, disentería, tifus, pestilencia de granos, fiebre amarilla, desnutrición, entre otras (Iturriaga, 2020).

Con la llegada de los españoles en 1519, la Mesoamérica tardía inicia un proceso de transformación *socio-económico-político* que dejó una huella muy marcada por más de 300 años de dominio. En relación a la medicina, los españoles trajeron consigo una mezcla de tradiciones culturales en esa área: la tradición hispanorromana que incluía las corrientes hipocráticas y galénicas: *-Hipócrates (médico griego que es considerado como el fundador de la medicina occidental) y Galeno, (continuador de la tradición hipocrática)-*, la medicina árabe - *Avicena, Abulcasis y Averroes-* y la tradición médica judía –*Maimónides-* (Granjel, 1962; Granjel, 1971; Guerrero, 2020). Esta medicina hispánica era practicada por varios personajes como médicos formados en universidades, cirujanos, barberos, sangradores, algebristas, batidores de cataratas, traumatólogos, comadronas, ensalmadores y hechiceros (Granjel, 1971).

En contraparte, en el territorio de lo que hoy es México existía una práctica de una medicina basada en dos escenarios: el primero, los hospitales para: *viejos, inválidos y enfermos incurables*; aquí los médicos estaban organizados en varios grupos como **médicos sacerdotes**, los cuales diagnosticaban y trataban males enviados por la divinidad a la que servían (devotos a Tláloc se encargaban de atender a los quemados por un rayo o hidropesía, devotos de Ehécatl curaban la torticolis, devotos de Tezcatlipoca procuraban daños por epidemia o locura, etc.), estos

médicos habrían obtenido sus conocimientos en el *calmécac* y su formación; **médicos hechiceros**, los cuales combinaban la magia blanca con la negra (podían sanar o provocar la enfermedad); **médicos empíricos**, que ejercían prácticas aceptadas del momento e incrementaban las alternativas terapéuticas.

En el segundo escenario, se encuentra el **médico ticitl** (o **proto médico**), reconocido por el pueblo y para el pueblo; este practicaba todos los elementos curativos del momento, además de la cirugía. Respecto al género, los médicos varones trataban heridas, luxaciones, fracturas, suturaban, entre otros procedimientos; por otro lado, las mujeres médicas atendían partos, efectuaban embriotomías, cirugías oculares, curaban úlceras y daban masaje en el temazcal (Martínez, 2017).

Toda esta gama de tradición médica prehispánica, mezclada con la medicina hispana, dio origen a una medicina plural que, con el advenimiento de la medicina científica racional, ha dado origen a un sinfín de prácticas curativas en todo el territorio nacional, desde la medicina biomédica curativa, pasando por herbolaria mexicana y aplicando a la acupuntura como un eje cultural médico de saberes más antiguos; dicho esto, es de señalar que la medicina tradicional mexicana está dotada de múltiples saberes que fortalecen su perspectiva teórica intercultural.

1.2 Conceptos y definiciones de la medicina tradicional

La característica de una medicina tradicional transcurre entre diferentes ejes teóricos y prácticos, los cuales le dotan de un origen, una evolución y una continuidad entre colectivos e individuos; esta permanencia ha sido muchas veces cuestionada por las diferentes áreas de la ciencia rígida y oficial en el área de la salud, pero cabe mencionar que esta medicina tradicional ha dado respuesta a muchas de las patologías que la medicina oficial no ha resuelto, con lo cual, su práctica y continuidad ha tratado de ser regulada y oficializada en los diferentes

contextos en salud del mundo; esto inicia a nivel internacional desde la “declaración de Alma Atta (URSS) en 1979, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) invitó a los países miembros a buscar y lograr la participación activa de la población, aprovechando sus conocimientos en medicina tradicional.

Desde entonces, se han emitido diversos acuerdos y propuestas internacionales para reconocer los Derechos de los Pueblos Indígenas, incluyendo su derecho a la salud y, derivado de ello, a ejercer sus medicinas como lo señala el artículo 25 del convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo. Este proceso generó elementos para la elaboración de la propuesta de la OMS en 2005 sobre medicina tradicional, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas en el año 2007 y la Declaración de Pekín de la OMS en año 2008 (OIT,1989; Almaguer, 2009); es así que esta característica oficialista declara la naturaleza de la medicina tradicional de la siguiente manera:

[...] sistema de atención a la salud que tiene sus raíces en conocimientos profundos sobre la salud y la enfermedad que los diferentes pueblos indígenas y rurales han acumulado a través de su historia, fundamentados centralmente en una cosmovisión, que para los países latinoamericanos, es de origen precolombino y que se ha enriquecido en la dinámica de interacciones culturales, con elementos de la medicina española y portuguesa antigua, la influencia de medicinas africanas y la medicina científica, además de incorporar elementos terapéuticos de otras prácticas que les son afines y que son susceptibles de ser comprendidos y utilizados desde su propia cosmovisión y marco conceptual (Almaguer, 2009).

Esta aseveración permite afirmar que la medicina tradicional en el mundo es reconocida como parte de un cúmulo de conocimientos disciplinares que son de gran utilidad para la búsqueda del buen vivir de nuestros colectivos.

En, México a pesar de ser una **práctica médica** común y no oficial, su regulación y control sanitario estaban limitados por el artículo 79 de la Ley General de Salud donde se menciona:

[...] para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina, se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes”, olvidando que la medicina tradicional no es aprendida en alguna institución sino por la transmisión de persona a persona” (Jimenez, 2017).

Fue en años recientes que la “normatización” de estos saberes se establece de la siguiente forma:

[...] NOM-017-SSA3-2012 regulación de servicios de salud, para la práctica de la acupuntura humana y métodos relacionados, la NOM-248-SSA1-2011 la cual establece las buenas prácticas para establecimientos dedicados a la fabricación de remedios herbolarios y la modificación de la NOM-073-SSA1-2015 sobre la estabilidad de fármacos y medicamentos, así como de remedios herbolarios. (Velasco, 2018).

Aunado a lo anterior, se inició un fortalecimiento en esta área intercultural de saberes originarios a través de la **esfera educativa**, la cual se formaliza a través de la creación de la Universidad Intercultural del Estado de México, siendo la primera universidad de esta naturaleza en el país, creada el 10 de diciembre de 2003, después de que la Subsecretaría de Educación Superior aprobara su fundación; sería hasta el 6 de septiembre de 2004 cuando iniciaría labores en San Felipe del Progreso. (UIEM, 2021); aquí iniciarían, entre otras licenciaturas interculturales, la del área de la salud con la carrera de salud intercultural y enfermería. Recientemente, en el año 2021, en la Cámara de Diputados LXIV Legislatura se aprobarían por mayoría las reformas para reconocer a la medicina tradicional indígena y complementaria, con la intención de establecer que el Sistema Nacional de Salud tenga como objetivo promover el conocimiento y desarrollo de la medicina complementaria. Del mismo modo, esto indicaría que, para los efectos del derecho a la protección de la salud, se considerarían servicios básicos de salud los referentes a la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud; los cuales incluirían los de la medicina tradicional indígena y complementaria, siendo reconocidos como modelos clínico-terapéuticos no convencionales y de

fortalecimiento de la salud a las medicinas tradicionales indígenas complementarias. Esto, también “Como atención al fortalecimiento de la salud que cumplan los criterios de seguridad, eficacia comprobada, costo-efectividad, adherencia a normas éticas y profesionales y aceptabilidad social” (LXIV Legislatura, 2021), modificándose de inmediato en la “Ley General en Salud en el Artículo 2” en su Apartado VIII. Por otra parte, se encuentra el reconocimiento, uso, conservación y protección del conocimiento herbolario o medicina tradicional indígena para atender padecimientos de la salud, en el Apartado IX. Esto traería como consecuencia “el reconocimiento, uso y desarrollo de la medicina complementaria y alternativa como fortalecimiento de la medicina convencional, con la finalidad de coadyuvar en la protección de la salud. (Senado, 2021); De esta manera, el estado dota de **certeza jurídica, educativa y laboral**; así como condiciona el marco perfecto para que esta medicina tradicional pueda, desde sus diferentes modelos, ser un referente nacional.

De esta forma la medicina tradicional mexicana tiene diferentes modelos que podemos definir de la siguiente manera: **medicina tradicional indígena** (curanderos, parteras, hierberos, masoterapia, temazcaleros, graniceros, entre otros); **la medicina casera** (amas de casa y cuidadores primarios); **medicina chamánica** (dadores virtuosos de comunicarse con los espíritus, en la búsqueda de restablecer la salud del otro); **medicina complementaria y alternativa** (modelo occidental biomédico, el sistema médico tradicional chino-japonés, y el sistema ayurvédico de la India); y **medicina biomédica** (saberes occidentalizados casados en procesos curativos de intervención del cuerpo a través de la medicalización).

Estos modelos curativos deberán convivir en un territorio armónico de cultura curativa y perpetuación de conocimientos ancestrales que comprendan la totalidad del individuo y colectivos, donde la orientación final sea la salud desde un enfoque intercultural; esto puede animar, tanto al gremio como a la comunidad, a dejar perseguir y descalificar al otro, y procurar por otro lado la construcción de un territorio armónico de medicina tradicional única en su tipo con su modelo bioético

crítico, donde las medicinas tradicionales sean complementarias en la búsqueda del concepto holístico completo de virtud de todos los colectivos.

1.3 Filosofía de la medicina tradicional mexicana e identidad de los pueblos

Reconocer un *saber* y ser parte de este cúmulo de conocimientos invita a una reflexión epistémica en torno a todos los elementos básicos que acontecen en la preservación de la vida en su totalidad. Los pueblos, con sus saberes, son poseedores de todo un recorrido histórico donde está depositada la cosmogonía que influye en esta medicina tradicional, el cual ha permitido su continuidad en el planeta tierra a pesar de todas las inclemencias climáticas, sociales, demográficas y económicas. El cúmulo de estos conocimientos culturales y científicos trae consigo una reproducción social única que dota de identidad a todos los integrantes de un colectivo.

Por otra parte, la medicina tradicional está íntimamente vinculada con el cuidado del medio ambiente, el equilibrio y preservación en el cuidado el agua y de la tierra y, derivado de ella, a la salud comprendida en la relación biológica, psicológica, social y cultural de los seres humanos y de los seres vivos con los que interactúan; siendo estos, un conjunto que incluye todos los elementos del entorno natural, minerales y vegetales y no sólo las plantas medicinales, sino también los recursos con lo que se reserva la vida y la salud de las personas (Almaguer, 2009).

1.4 Códice Florentino y Códice Cruz - Badiano

El estudio entorno a la salud/enfermedad/atención en pueblos originarios de México es abundante y cuenta con un gran acervo, esto debido, por un lado, a los datos históricos recabados por cronistas españoles a su llegada al continente americano en 1519; estos cronistas documentaron la práctica de la medicina indígena, la cual

era reproducción y sincretismo multicultural de más de dos milenios de años (Montellano, 1975).

Una de las fuentes de información primordial es el Códice ***De la Cruz-Badiano***, el cual explica métodos de curación médica basados en el uso de la herbolaria indígena conocida hasta la primera mitad del siglo XVI; fue transcrito a partir del náhuatl por Martín de la Cruz y traducido al latín por Juan Badiano, ambos pertenecientes al Colegio de Santa Cruz de Tlatelolco (Badiano, XVI). Otro documento de información relevante es el ***Códice Florentino***, realizado por fray Bernardino de Sahagún, el cual comenzó a realizar investigaciones sobre las culturas indígenas en la década de 1540, utilizando una metodología que, en opinión de los estudiosos, es precursora de la técnica moderna en el campo antropológico; sus motivos eran principalmente religiosos, pues su labor también servía como medio para convertir a los nativos al cristianismo y erradicar su devoción a los “dioses falsos”, para ello, era necesario entender esas deidades y la influencia que tenían en el pueblo mexicana. Esta obra fue realizada después de la Conquista y apoyada por dos grupos indígenas importantes para su compilación: los ancianos (principales) de numerosas ciudades de México central y los estudiantes nahuas y exalumnos del Colegio de la Santa Cruz de Tlatelolco. Son doce libros en tres volúmenes de encuadernación: I. “de los dioses”; II, “de las ceremonias”; III. “del principio que tuvieron los dioses”; IV, “de la astrología judiciaria o arte adivinatoria indiana”; V, “de los agüeros y pronósticos”; VI, “retórica y filosofía moral; VII, “el Sol, la Luna y las estrellas, y la unión de los años”; VIII, “de los reyes y señores”; IX, “de los mercaderes”; X, “del pueblo, sus virtudes y vicios y otras naciones”; XI, “de las cosas naturales” y XII, “de la conquista de México”; este documento se encuentra en su totalidad en la Biblioteca Medicea-Laureniana de Florencia (Richart, 1997) (Figura 1).

Ambos textos dan muestra de la gran cultura en relación a la salud/enfermedad/atención de la Mesoamérica temprana, la cual sigue dando información relevante; por otro lado, se cuenta con una reproducción cultural en torno a la salud/enfermedad/atención que se ha perpetuado dentro de los grupos

indígenas del México actual; a pesar de que la medicina oficial indígena fue convertida en curanderismo a la llegada de los españoles, esta medicina oculta y perseguida sufrió sincretismo con las medicinas tradicionales contemporáneas (Viesca,2014). Por otro lado, se puede mencionar que, gracias a las migraciones internas de poblaciones hacia las ciudades, se logró una mezcla infinita en la continuidad de las prácticas curativas y significaciones entorno al fenómeno salud/enfermedad/atención dentro de casi todos los hogares mexicanos, tanto urbanos como rurales, coexistiendo con las medicinas científicas hegemónicas.

Figura 1. Códice Cruz-Badiano (izquierda) y Códice Florentino (derecha)



1.5 Epistemología de la salud

Es necesario elaborar una reflexión en torno al concepto de *la salud*; este término alberga una gran gama de conocimientos que rondan alrededor del constituido cuerpo del concepto, nos referimos a los procesos y objetos de estudio los cuales se han ido generado a través de la interpretación y acción sus problemáticas. Esta reflexión apela a trascender la concepción de *ausencia de enfermedad*, así como las concepciones reduccionistas, biomédicas, individualistas y tendenciosas que se alejan de todas otras conceptualizaciones que ayudan a entender este cuerpo de conocimientos desde la transdisciplinariedad.

La salud, puede entenderse como una esfera que transmuta en lo complejo y que además está repleta de complejidad, es así que la comprensión de *la salud* como fenómeno social (Laurell, 1982) se instala dentro de toda la cosmovisión de los entramados de los colectivos y se instaura dentro del desarrollo social y su carga cultural. Esto requiere situar sus diferentes dimensiones de análisis, despojándola de todo enfoque biomédico hegemónico que reduce el concepto de salud a la simplista ausencia de enfermedad. La concepción *salud como fenómeno social* tiene implicaciones jerárquicas (economía, política, sociedad, educación, infraestructura hospitalaria, ecología, etc.; –Determinantes Sociales de la Salud/ Determinación Social de la Salud-), las cuales sirven para su interpretación y las intervenciones generadas para la actuación en los colectivos. Otro eje de análisis hace referencia a la relación entre el Estado como estructura funcional interventora de la sociedad y *la salud* con el escueto y perplejo “*sistema de salud, donde se brinda la atención medica asistencial –operativa-, como estrategia e institucionalidad* (Casas, 2015-a), donde lo relacional permite reconocer el poder de dominación de *la salud* como herramienta de poder social.

Cabe mencionar también que *la salud* ha sido explorada desde diferentes áreas disciplinares: antropología, sociología, economía, filosofía, política, entre otras: donde cada uno de estos elementos disciplinares aportan, de manera independiente, comprensiones amplias respecto a este cuerpo. Tan amplios han

sido sus múltiples aportes que cada una representa entre sí su propia construcción, resignificación y simbolización cientista social en torno al concepto único de salud. De esta manera, visiones como *salud y sociedad*, caminan entre la línea de la ciencia reformista con el principio de derechos humanos para todos, arrojan que *la salud* es parte directa e indirecta de las condiciones de vida, donde la relación entre el mal vivir (condición de hacinamiento, miseria, pobreza y desnutrición clínica) dictan forma y contenido acorde a la terapéutica social para el tratamiento preventivo en *salud*, de esta manera entonces se interpreta la *ausencia de salud* a las condiciones reinantes de la vida social (Martínez, 2008).

En *la salud* existen postulados que develan relaciones directas con **lo social**; para esta afirmación podríamos anclarnos desde el marxismo, a través del trabajo etnográfico de Engels, donde la clase obrera en Inglaterra es descrita a través de la forma de vida del proletariado en este periodo industrial. En estos trabajos se incluyen referencias continuas del impacto de la pobreza en la salud de esta clase social, de aquí se vislumbra a la morbilidad desde una perspectiva social: *conflicto de clases, desigualdad social y pobreza* (Martínez, 2008), donde *la salud* de los colectivos es influida por los medios de producción.

Encontramos también que **la cultura**, con sus entramados, juega una parte elemental de este cuerpo de conocimientos y saberes, donde se conjuga entre significaciones y simbolismos, la aflicción con sus prácticas corporales, los discursos de los indígenas o nativos o las experiencias del buen vivir y del morir, con las simbolizaciones, religiosidad y narratividad (Martínez, 2008). Todo esto significa una carga de dominio cultural a este cuerpo de salud, el cual a su vez, tiene una determinación histórica que en este momento se caracteriza por una mirada mercantilizada y un perfil biomédico-hegemónico-curativo (Laurell, 1982); y que, a pesar de contar con una medicina clínica y sus aparatos estructurados (hospitales y clínicas), no han dado salida a muchas de sus expectativas individuales como colectivas, por lo cual se sigue en un andamiaje constructivista cultural secuestrado por la ciencia médica de moda, cooptando a *la cultura de toda terapéutica simbólica*, del buen vivir.

De esta manera *la cultura* es considerada como un pensamiento en acción y proceso dialéctico de conocimiento, producción y transformación del yo; dentro de un campo de fuerzas históricas (Gramsci, 2004). Es así como todas las actividades de nuestra vida cotidiana están condicionadas y reducidas culturalmente. *La cultura*, por ende, moldea nuestras conductas homogeneizando comportamientos sociales; los seres humanos actuamos partiendo de una determinada cultura de *la salud*, compartimos una serie de principios básicos saludables que nos permiten integrarnos en el sistema social más cercano. Esta cultura contribuye a la conformación y reconfiguración de una identidad, donde se presupone un rediseño en el estilo de vida actual del colectivo, provocando que se convierta en un concepto dinámico cambiante *-dialéctico-*, donde los colectivos se reinventan y transforman dando paso a nuevas generaciones que dictan sus propios estilos de vida apropiados por la cultura de la salud.

El concepto de *la salud* como objeto de **conocimiento complejo**, es imposible situarlo como algo único, dado y estable (Morin, 2002; Almeida, 2001), puesto que su **historicidad** la convierte en un cuerpo cambiante, donde interpretaciones diversas pueden encontrarse en una misma sociedad concreta (Boorse, 1977). Dotada desde premisas mágicas que mutaron a científicas, su valoración histórica, que inició con una comprensión biologicista especializada (Casas, 2015-a), dio paso a *una salud arrebatada de su historicidad y culturalidad*, arrojándola a la comprensión de colectivos necesitados de *salud*, los cuales deben ser asistidos, atendidos, educados o medicalizados; convirtiéndola en un “*bien mercantil*” que se puede utilizar a manera de cambio de capital-económico... *¿cuánto estaría usted dispuesto a gastar en su salud?* *La salud*, por sí misma, conforma un biopoder dominando desde lo complejo, repleto de complejidad.

Desde la filosofía, la *salud* también ha sido abordada por diferentes autores (como Descartes, Kant, Bernad, Vesalio, etc.); pero dos grandes contemporáneos, Maurice Merleau-Ponty y Georges Canguilhem, despliegan a partir de grandes reflexiones un campo de conocimiento mucho más amplio en el área de la *salud*: el primero expresa que “el cuerpo propio está en el mundo como el corazón en el organismo,

mantiene continuamente en vida el espectáculo visible, lo anima y lo alimenta desde dentro, y forma con él un sistema” (Merleau, 2010), aquí se señala la relación cuerpo/mundo donde el cuerpo forma una especie de tejido carnosos que “lo anima y lo alimenta desde dentro” (Merleau, 2010). El segundo comenta que “no hay ciencia de la salud. Admitamos esto por el momento. Salud no es un concepto científico, es un concepto vulgar, lo que no quiere decir trivial, sino simplemente común, al alcance de todos” (Canguilhem, 1983); esto quiere decir que la *salud* es una conceptualización que puede ser explicada por cualquier individuo o colectivo y que no sólo los científicos de la *salud* son los dueños de este cuerpo de conocimientos, pues él afirmaba que las ciencias de la vida son el último reducto en el cual aún se puede resistir a la tecnificación e instrumentación excesiva (Bacarlett, 2011).

De esta forma se puede analizar que la *salud* también ha perdido el valor humano, el cual se ha conferido de la significación social de acuerdo con el sistema socioeconómico, de aquí la naturaleza biologicista de la *salud*, la cual marca por completo las líneas de domesticación científica: *hospital, medico, fármaco, nanotecnología, tomografía, positrones, neutrinos, implantes, etc.*, entonces la *salud* es convertida en un bien mercantil usurero asistencial (Casas, 2015-b). El desarrollo científico borró toda huella mágica, cósmica y/o sobrenatural de la *salud*, para dar paso al control mercantil de ella a través de la ciencia; este brazo armado controlador de la *salud* dictamina los pasos de la vida social (Foucault, 1966) que, con la construcción de la **Biohistoria** (consecuencias de la intervención médica en el cuerpo humano), la **Medicalización** y la **Mercantilización**, han dado paso a una construcción de la *salud* como un ente repleto de biopoder sobre los colectivos, donde la única verdad sobre lo que ausenta la *salud* del cuerpo está dada a través del determinismo estructural del biopoder que se dota a través de ella misma.

Otro aspecto de análisis, es el **derecho o protección del Estado a la salud**; de acuerdo a Ferrajoli (2004), el Estado ha pasado por varias crisis, de entre las cuales se mencionan: *razón jurídica, estado nación, y estado social*; elementos que conducen a una crisis de la democracia, la cual se ve ejercida por la pérdida de

políticas sociales de bien común, en donde las crisis de legalidad, soberanía popular y capacidad regulativa del estado son parte regulatoria de las mismas garantías en derechos ciudadanos, incluida la *salud* misma. Así, el derecho contemporáneo, con sus conquistas a través del derecho positivo, con sus valores éticos y políticos (igualdad dignidad y derechos fundamentales), se van esfumando cuando el Estado es sometido al mercado de transnacionales, utilizando los bienes en común, como luchas neoliberales de compraventa. Pero esto no es nuevo, acontece desde la Segunda Guerra Mundial, cuando el estado benefactor fue debilitado por el modelo neo-corporativo democrático del estado de bienestar y de la política social; así, el colectivo postindustrial, más un estado de neo-corporativismo, más la pluralización de actores políticos e instrumentos de acción social, conllevan a políticas sociales que no coinciden con políticas públicas, y colectivos desnormatizados con sistemas de protección social desregulados (Herrera, 2001).

Por otra parte, en México en el artículo 4to constitucional (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1983), señala que “*toda persona tiene derecho a la protección de la salud*”, se explicita como una garantía de ciudadanía; sin embargo, más adelante reconfirma: “*la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud*”. Por tanto, la *salud* se conceptualiza como una cuestión asistencial-curativa cristalizada con acceso de servicios médicos (hospitales, paquetes básicos de salud, accesibilidad, niveles de atención médica, etc.), alejando el concepto del derecho a salud de la concepción social para la conservación de este derecho. De esta manera, empleo bien remunerado, alimentos con accesibilidad y nutritivos, educación para estilos del buen vivir, ecosistema congruente con la continuidad de ambientes limpios, etc., se olvidan por completo, puesto que la *salud* conceptualizada es completamente biologizada. Esta desregularización resulta poseer una naturaleza nacional con un esquema universal y uniforme que está basado en la norma general condicionada por una política estatal reinante que da paso a un esquema selectivo, diversificado y orientado a objetivos. Se identifica entonces a la “salud medida por indicadores”, donde la realidad utilitaria es lógicamente demostrable, calculable, medida y expresada en términos matemáticos (López, 2011). Entonces surge un replanteamiento: ¿la *salud*

es un derecho? Sí, pero entendido de manera perversa a sólo condiciones asistenciales-curativas, así, un Estado en fuga contempla a la *salud* como un derecho donde la manera y forma de otorgarlas las brindara este mismo ente de poder.

La manera en cómo se enfrenta un problema en *salud* requiere una *mirada transdisciplinaria* con un modelo atento para resolver la problemática real en salud; este modelo convierte un cúmulo de saberes en lo correcto de un lugar, donde la *salud* es el resultado de acciones para un mundo confortable y más justo para los seres humanos (López, 2011). Para cerrar este apartado, es posible considerar a la *salud* no como un concepto monolítico, sino un sistema interactuante que se obtiene, se mantiene o se pierde como resultado de una suma también sistémica de decisiones que toman los individuos, las familias y los colectivos; esto basados en razonamientos informados, contextualizados y dialogados que cobran sentido cuando se operan con recursos e instrumentos adecuados (Chápela, 2000). Esta es una concepción integral de un sistema donde intervienen múltiples factores o elementos como nutrición, economía, filosofía, política, organización, información, servicios, ecosistema, etc. Luego entonces, la *salud* es una práctica social con reproducción en donde la toma de decisiones, acertadas y aceptadas culturalmente, conducen al estado óptimo del buen vivir.

1.6 Epistemología de la Enfermedad

Iniciar una reflexión respecto al concepto de *enfermedad*, es caer en el determinismo biologicista que captura cada inflexión de muerte con su antesala verbalizada con dicha palabra. Ese ciclo vital biológico de vida con su desenlace de muerte ha sido aprendido como algo tan inevitable que hasta la misma enfermedad carece de un cuerpo de análisis para su comprensión, puesto que a esta se le concibe como parte necesaria e inexcusable de la estadía terrenal, donde los colectivos le han asignado una carga altamente cultural. La *enfermedad* guarda

diferentes relaciones de significado: dolencia, daño, sufrimiento, nostalgia, limitación física, malestar, disgusto, molestia, inquietud, preocupación, desvelo, impaciencia, etc.; que, de igual manera, tienen una construcción histórica. Hipócrates en el siglo IV a.C. (1991) inició una apuesta teórica: destierra a la *enfermedad* del pensamiento de origen, la acción divina no es la creadora de la enfermedad. En el pensamiento hipocrático, la enfermedad es creada por el desequilibrio de los cuatro humores (Taha, 2007); el cuestionamiento sobrenatural dio paso a lo natural donde aparece ahora la posibilidad de actuar de manera directa sobre el cuerpo en el que recae el padecer. Aquí, lo ontológico se ancla en la *enfermedad* creando una terapéutica puramente empírica.

Con el advenimiento de Galeno, el cuerpo sigue concibiendo la gran gama de constructos, respecto al equilibrio, como parte dadora de la *enfermedad*, es así que con Galeno se empieza a utilizar el término *pneuma* (espíritu) como la materia sutil que pone en funcionamiento los órganos de la cavidad. Para Galeno existía el *pneuma* natural, el *pneuma* vital y el *pneuma* animal; sin embargo, con la llegada del cristianismo, la afección biológica de la *enfermedad* pasó a terreno de la gracia de Dios (Sigerist, 1933) y fue hasta la Edad Media que se extendió esta lucha de concepciones sobre la *enfermedad*: lo biológico y lo místico se disputaron el control. Este poder que ejerce la *enfermedad* sobre el cuerpo humano pasa de una explicación natural a una dilucidación divina del enfermar; de esta manera, lo mágico-religioso controla al cuerpo humano por completo -un poder sinigual está generándose en este espacio, el cuerpo humano empieza a ser disputado-.

Con el Renacimiento se sustituyó el teocentrismo por el antropocentrismo, dando paso a las disecciones del cuerpo humano en la búsqueda de comprender el desequilibrio del cuerpo en para dar explicación a la *enfermedad*. Vesalio fue una figura influyente de la época, pues sus disecciones abrieron un campo amplio de conocimientos respecto a cuerpo humano. Su libro *De humani corporis fabrica* detalló las estructuras anatómicas del cuerpo, pero al paso del tiempo la anatomía perdió interés teórico por parte de los médicos y barberos en el Siglo XVII, pues creían que aportaba poco al estudio de la enfermedad (Walsh, 2008). En este

periodo se debatía entre una ciencia post-galénica y una afronta anatómica estática que no daba respuesta completa a la enfermedad.

Llegado los finales del Siglo XVII, Víctor Broussaias (1772-1838) hacía referencia que la *enfermedad* se trataba de dejar de ser esencia para convertirse en irritación localizable en algún punto concreto del cuerpo (Bacarlett, 2010), esto movilizó por completo al pensamiento médico de la época, el cual se encontraba con una visión de la enfermedad totalmente esencialista. En esta época, la *enfermedad* se hace localizable y se convierte en la causa de un movimiento extraño de los tejidos de una zona del cuerpo (Bacarlett, 2010); de esta manera, la *enfermedad* se ancló dentro de un pensamiento nosológico centrado en la lesión localizable por la vista, el tacto y el oído. Se inició entonces el desarrollo de la gran gama de tecnología médica en persecución de la enfermedad, esta comenzaría con la percusión torácica de Auenbrugger hasta el invento del estetoscopio de Laënnec (Delgado, 2001). Por otro lado, Boerhaave desarrolló la enseñanza en el estudio de la patología al lado de la cama del enfermo (Markham, 1856) y de igual manera se dio paso al acuartelamiento de la enfermedad como acto de estudio, búsqueda y combate con la debida construcción de una cultura hegemónica de lo visible, audible y palpable; donde el *síntoma* fue dominado por el *signo*.

Foucault (1999) comenta:

[...] el signo ya no habla el lenguaje natural de la enfermedad, sino que ahora toma forma y valor sólo al interior de las interrogaciones hechas por la investigación médica, la enfermedad ya no se anuncia espontáneamente, sino que ahora es producto del encuentro entre los gestos de investigación y el organismo enfermo.

El signo se agregó como una parte esencial del médico en su acto, donde en este no existe la espera, sino que se pronuncia un acto activo de búsqueda implacable e incluso la creación de signos de alguna nueva enfermedad; así, la noción de la enfermedad propuesta en esta época por Broussaias, radica entre el proceso fisiológico y el patológico (Bacarlett, 2010).

En esta época, la medicina logró un cierto estatus gracias a la anatomo-fisiología, la cual ofrecía una explicación del funcionamiento del organismo; esto obligó a plantear el conocimiento de un estado normal o sano del cuerpo. La *enfermedad* habría que entenderse entonces como una desviación de la salud en grados de intensidad (Bacarlett, 2010). A partir de esta época, la *enfermedad* se convirtió en un fenómeno natural, puesto que fue identificada dentro de la apropiación del cuerpo como un instrumento homogéneo de conocimientos, una –ciencia médica-, y un aparato naturalizador o medicalizador de combate a este mal; estos elementos construyeron un ejercicio de poder sobre el cuerpo, señalando a la *enfermedad* como un ente natural –de contenido biologicista- en un cuerpo al cual se le puede realizar implementación terapéutica (la iglesia y los tribunales eran los únicos que habían disputado a este objeto de poder); ahora, el cuerpo, como objeto de poder, expresa a la *enfermedad* como fenómeno natural de una ciencia médica que busca su liberación.

A finales del siglo XIX, la *enfermedad* ya se localizaba a través de procedimientos quirúrgicos: las lesiones estaban inscritas en el cuerpo; lo cual conllevó a considerar la existencia de una entidad que se manifestaba al interior del cuerpo. La medicina capturó más al cuerpo con más poder, orillándolo a su ciencia exacta y positivista. La epidemiología y los ensayos científicos aleatorios confirman lo que se ejerce con poder, el cuerpo es un área inmensa donde todos sus componentes forman parte de un movimiento permanente y, en ocasiones, inclemente que lo hace parte de un objeto de estructura biológica, donde la manifestación no sistemática verifica un problema que audita hacia la enfermedad.

Vale la pena señalar que la misma *enfermedad* guarda, en sí misma, una contradicción y multiplicidad en su propia definición: desde una mirada antropológica, la enfermedad se entiende desde varias perspectivas, las más importantes: muerte, salud y aflicción; elementos los cuales se comprenden a través de fenómenos dependientes de la cultura y la vida social (Martínez, 2008). La *enfermedad* se entiende a través de simbolismos, donde los entramados de

significación tienen una transcendencia cultural muy alta en relación a otros imaginarios.

En la antropología, a pesar de lo que otras ciencias señalan, existe un rigor científico social que ha podido enlazar lo biológico con la cultura e insertar a la *enfermedad* en esta cosmovisión; esta asociación ha sido estudiada desde niveles semánticos, lingüísticos y nominativos sin delimitar la reedificación a un fenómeno unicausal. De esta manera, la mirada antropológica de la *enfermedad* gira en torno a una etiología basada en la noción de redes multicausales de base cultural, donde lo macro-meso-micro se amparan en la biografía de campo social, en un sitio en que las relaciones sociales, las representaciones culturales, procesos económicos políticos, estéticos o morales desembocan en el cuerpo social como ente creador de la misma, así la *enfermedad* posee una fórmula entendida como *signos + síntomas = síndrome*, donde una rama, apegada a la cultura misma del grupo social en función, da paso al surgimiento de los imaginarios mismos de la propia *enfermedad*. Al respecto, Good (1977) señala lo siguiente:

[...] síndrome de experiencias típicas, un conjunto de palabras, experiencias y sentimientos que se entienden como un conglomerado para los miembros de una sociedad, tal síndrome es un conjunto de experiencias asociadas entre sí a partir de una red de significación y de interacción social.

Así, la *enfermedad* es entendida dentro de redes culturales de entramados de significación social.

Aunado a lo anterior, la cultura puede determinar la distribución socio-epidemiológica de las enfermedades por dos vías: desde un punto de vista local, la cultura puede moldear el comportamiento de las personas, esto implica que la población sea propensa a adquirir determinadas enfermedades –síndromes de filiación cultural-. La segunda es que, desde un punto de vista global, las fuerzas político-económicas y las prácticas culturales conducen a las personas a ciertas actividades donde interactúan con el medioambiente de manera que pueden afectar a la salud –medios de producción y padecer-.

Es posible afirmar que la *enfermedad* es resignificada por su propia cultura. En el México Antiguo, esta se atribuía a dos factores: lo natural y lo religioso; en Asia, en el Ayurveda Hindú, el desequilibrio de uno de los tres humores (aire, bilis y flema) conlleva al individuo a enfermar; en África, los Azande entienden que las enfermedades poseen un alma que destruye a su vez el alma de algún órgano, atribuyéndose la causalidad patológica en dos grandes grupos: las de origen natural y aquellas de origen sobrenatural (Ramírez, 2003). Es así como la cultura resignifica a la propia realidad del enfermar con base en sus propios modelos.

De acuerdo con Good (1977), a la enfermedad también se le puede entender en tres dimensiones: la primera, como una condición patológica discreta que puede ser descrita en términos fisiológicos y bioquímicos; en la segunda, se le entiende como un hecho natural que cada sociedad la categoriza; en la tercera, la experiencia de enfermar deberá diferir de un contexto cultural a otro. La enfermedad se construye en un sentido individual dentro de un contexto social, donde “la enfermedad tiene un componente de significado dentro de un sistema de significaciones [redes semánticas de enfermedad], y no en una simple cosa «en sí misma» como podría ser una determinada patología” (Martínez, 2008: p 91); un órgano puede condensar una gran gama de significaciones atribuidas a creencias condensadas alrededor de las representaciones colectivas, donde esta gran gama de contenidos son condición pragmática y material de la propia existencia social; nadie puede negar la expresión de muerte, salud y aflicción en el vivir social, donde el enfermar está cargado de grandes entramados de significación.

Así mismo, a la *enfermedad* no se le puede concebir sin el cuerpo y su transcurrir histórico; desde la óptica naturalista, la *enfermedad* transcurrió entre teoría humoral, iatroquímica y la iatroomecánica, las cuales la trasladaron al interior del cuerpo; la *enfermedad* se convirtió de subjetiva a objetiva con la definición biomédica: “la enfermedad es un obstáculo para la realización de las actividades normales del individuo, pues al inmovilizarlo, temporal o permanentemente, le impide cumplir con su papel” (Vandale, 1964). El enfermar es parte de un modelo de utilidad en

cualquier economía rentable, es por esto que el cuerpo se convierte en la actualidad en un fenómeno de poder.

Concluyendo este apartado, la *enfermedad* es abordada como un constructo de la realidad social de los colectivos donde está circunscrito el cuerpo como dador de las resignificaciones, por lo cual, la *enfermedad* es una interpretación cultural asignada al cuerpo, resultante de la historicidad, el cambio social con su desarrollo, y la gran máquina hegemónica del saber cientista médico; pero también puede ser una negación a la vida o un abandono al cuerpo, a lo terrenal, huir de la realidad asignada o predecible y acercarnos a otra realidad o normalidad de vida, la otra forma de vida alejada de la conservación hegemónica del vivir actual; esto conlleva a que la *enfermedad* pueda ser la puerta a otra realidad olvidada donde no existe tendencia alguna a lo corpóreo, pero sí a lo inmaterial (Bacarlett, 2006).

La *enfermedad* entonces es parte dadora de vida dentro del cuerpo con su cultura resignificada, de manera negativa o positiva, otorgada por el momento en el que vive la sociedad dominante.

1.7 La Enfermería en el ámbito de la Medicina Tradicional

Los profesionales de enfermería desempeñan un rol importante en la aplicación y cumplimiento de las diferentes modalidades de disciplina de la Medicina Natural y Tradicional, pues estos procederes están comprendidos dentro de las actividades, funciones y habilidades de su modelo profesional, cuyo objeto de estudio es el cuidado a la persona, la familia, la comunidad y el entorno. Se ocupa, además, de diagnosticar y tratar en el área de sus competencias las respuestas individuales y colectivas a las manifestaciones del proceso salud-enfermedad, aplicando la lógica del proceso de atención de enfermería como método científico de la profesión, teniendo en cuenta acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación para garantizar el bienestar físico, mental y social. También utiliza los procesos

docentes, administrativos e investigativos para garantizar la calidad y optimización de los servicios de enfermería en la búsqueda de la excelencia.

La enfermería hace aportaciones a las terapias naturales. Así, Florence Nightingale es la primera enfermera que, en 1858, habla de la influencia del entorno: aire, agua, luz solar, etc.; conceptualizó a la enfermería como la encargada de la salud personal de alguien y afirmaba que lo que la enfermera tenía que hacer era conducir al paciente a las mejores condiciones para que la naturaleza actuara sobre él. Señala entonces que la enfermería debería significar el uso apropiado del aire, la luz, el calor, la limpieza y la selección de la dieta y su administración con el menor gasto de energía posible. Más adelante, Eunice Inghan realizó un trabajo sobre la “Terapia de las zonas reflejas” y elaboró el primer mapa de las zonas reflejas de los pies (reflexoterapia). A Marta Rogers le debemos la “Teoría del ser humano”. En ella describe a la persona como campos de energía que interactúan e intercambian entre sí, teniendo cada persona su propio patrón de energía y considerando que, para mantener la salud, deben darse determinados intercambios energéticos. Otras enfermeras que han realizado sus aportaciones son Marie-Françoise Collière, enfermera y antropóloga, quien aborda el papel de las mujeres y el cuidado que han proporcionado con las manos; Dolores Krieger, quien instruye sobre el toque terapéutico (imposición de manos) y Rosette Poletti quien ha compartido sus enseñanzas de reflexología, visualización y relajación (Coegi, 2019).

Dentro del ámbito de actuación de la Enfermería se desenvuelve el fomento al desarrollo de los cuidados holísticos y naturales de salud dentro de dicha profesión, ofreciendo a la sociedad, paciente, cliente y/o comunidad una opción complementaria en el cuidado cada vez más demandado.

Las terapias naturales o medicina alternativa se apoyan en la terapia holística, la cual responde a tres planos de atención: cuerpo, mente y espíritu. Abordando al cuerpo, este comprende todos los órganos y sistemas que lo componen, se refiere a todas las partes físicas del ser humano; esta área se aborda a través de tratamientos a base de plantas, verduras y frutas, el ejercicio, la respiración, la

hidroterapia, la geoterapia, etc.; con el fin de alcanzar el bienestar del plano físico. Respecto a la mente, el término comprende todas las emociones, actitudes y carácter ante la vida; se busca que el individuo se libere de todas las tensiones y sentimientos que le producen la inestabilidad emocional, alcanzando así autoestima, autovaloración, seguridad y paz.

Las terapias naturales constituyen una herramienta que mejora y enriquece la práctica enfermera y que son útiles para estar a la vanguardia. Todo esto aumenta la calidad asistencial y el índice de satisfacción del usuario/paciente. Cada vez más enfermeros acuden a las terapias alternativas para aliviar a sus pacientes; además, es un motivo de mayor demanda por parte de los usuarios y del deseo de estos profesionales de dar un trato más integral y estrecho. Dentro de este marco se consiguen beneficios para los afectados y se aumenta la satisfacción de los enfermeros tanto a nivel profesional como personal.

En el desarrollo de estas terapias, los enfermeros hacen uso de herramientas muy útiles que pueden aplicar si se forman e instruyen en ellas. El paciente debe ser estudiado desde un punto de vista global u holístico que lo examina tanto a él como a su entorno y a la influencia que de este recibe. Estas terapias no admiten la práctica de la estandarización, pues cada paciente requiere una terapia adaptada e individualizada.

La Medicina Natural y Tradicional interactúa o es utilizada en la atención de enfermería desde la primera etapa del proceso cuando, a través de la valoración, se identifican las necesidades del paciente, cuál es la opinión del mismo sobre esta terapéutica, si es aceptada y si tiene conocimiento sobre sus modalidades y/o beneficios; en la fase de planificación, teniendo en cuenta la información obtenida, se evalúa con objetividad la priorización, categorización de los problemas reales, potenciales y su tratamiento; ya en la intervención, y siempre mediante el pensamiento científico, el profesional de enfermería deberá trazar un plan de acciones siempre que sean estas independientes, interdependientes o dependientes, encaminadas a resolver los problemas de salud del paciente, familia

y/o comunidad, dejando a su decisión la utilización de las diferentes modalidades de esta medicina alternativa. Además, se puede sostener lo antes dicho a través de las teorías de enfermería.

La promoción de salud implica una acción educativa persuasiva y motivacional orientada a fomentar comportamientos saludables en los individuos, familias y comunidades; se considera como una respuesta válida que permite recuperar la importancia del entorno social como elemento indispensable para lograr la verdadera equidad en salud más allá del concepto de Medicina Social, la cual incorpora el concepto de ser humano como sujeto y deja de lado las ideas de individuo y objeto. Posee, dentro de sus herramientas, la comunicación y la educación, que están dirigidas a difundir y fomentar los estilos de vida, los cuales se expresan en comportamientos individuales. Esto lleva a destacar la importancia de los procesos de construcción social de la salud y la necesidad de la participación social en alcanzar los objetivos propuestos y, específicamente, para el logro de cambios de conductas y de condiciones necesarias en el camino hacia una mejor salud.

Como profesión, la enfermería ha demostrado que su campo de actuación es cada día más amplio, moderno y significativo; y que ha adquirido características propias para actuar en la rama de la salud, siendo considerada no por pocos casi una ciencia independiente, debido a sus varias especificidades del saber. La promoción de salud como política y principio filosófico, plantea la creación de oportunidades para el logro de mayor autoestima social e individual, el aumento de conocimientos y la democracia sanitaria como una estrategia de concertación social para el logro de metas de salud.

Muchas enfermeras que laboran en zonas rurales y aisladas cumplen este papel con más amplitud e independencia. Los profesionales de enfermería resultan promotores de salud por excelencia y juegan un rol protagónico tanto en la actualidad como en el desarrollo y difusión de la terapéutica tratada en esta investigación, teniendo en cuenta la actuación consecuente en el contexto con

importantes aportes a la salud de la población, hecho que distingue a su figura como promotor del desarrollo humano y de todo lo que a su alrededor a esto contribuya.

Es por todo lo anterior que las funciones de los enfermeros se dirigen en gran medida a la promoción de la salud, la prevención, la recuperación y la rehabilitación de las enfermedades; de forma tal que sitúe los servicios al alcance del individuo, la familia y la comunidad para satisfacer así las necesidades de salud a lo largo del ciclo vital. Lo antes expuesto potencia la importancia de que se mantengan o permanezcan, en la formación de pregrado de la carrera de enfermería y otras carreras de las Ciencias Médicas, acciones basadas, sustentadas o fundamentadas en las diferentes modalidades de la Medicina Bioenergética y Natural.

Referencias bibliográficas

- Almaguer, J. (2009) *Comisión de salud del parlamento latinoamericano. Encomendada para su definición al Dr. José Alejandro Almaguer González, por invitación de la comisión de salud de la Cámara de diputados de México, en su carácter de asesor honorario de la comisión de salud del Parlatino latinoamericano*. Gobierno de México.
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38477/LeyMarcoMedicinaTradicional.pdf>
- Almeida, N. (2001). For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes. *Cad Saúde Pública*, 17(4), 753-799.
- Bacarlett M. (2006). *Friedrich Nietzsche: la vida, el cuerpo y la enfermedad*. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Bacarlett M. (2010). *Filosofía y enfermedad: una introducción a la obra de Georges Canguilhem*. Editorial Porrúa.
- Bacarlett M. (2011). La obra de Georges Canguilhem: entre la medicina y la filosofía. *Revista Ciencias*, 104.
- Badiano J. (XVI). *Códice Badiano: Códice Martín de la Cruz; Códice de la Cruz-Badiano. Colección Biblioteca Nacional de Antropología e Historia, Dr. Eusebio Dávalos Hurtado*. Mediateca INAH
<https://www.mediateca.inah.gob.mx/repositorio/islandora/object/codice:851#page/1/mode/2up>

- Boorse, Ch. (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*, 44(4), 542-573
- Canguilhem G. (1983). *Lo normal y lo patológico*. Editorial Siglo XXI.
- Casas D., & Rodríguez A. (2015-a). A origem do especialidades médicas; in procurar um acercamiento current médico. *Revista Médica de la Universidad de Costa Rica*, 9(1).
http://www.revistamedica.ucr.ac.cr/images/Volumen9_1_2015/Especialidades_medicas_1.pdf
- Casas D., Rodríguez A., Cunha C., Poschi A. (2015-b). Enfermedad médica: una mirada hacia el bien mercantil en salud. *Revista WAXAPA*, 7(13): 11-19.
http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_waxapa/pdf/revista-waxapa-13.pdf
- Chápela M. (2000). *Aspectos educativos en la salud en México ante el próximo milenio*. Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- COEGI (2019). *Cuidados Enfermeros Holísticos-Naturales*. Colegio Oficial de Enfermería de Guipúzcoa. Colegio Oficial de Enfermería de Gipuzkoa
<https://www.coegi.org/>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (1983). *Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforma el artículo 4º*. Gobierno de México.
<http://www.diputados.gob.mx/servicios/datorele/cmprtvs/iniciativas/Inic/136/2.htm>
- Delgado, G. (2001). Nacimiento y desarrollo histórico de la clínica. *Cuadernos de Historia de la Salud Pública*, 90: 8-13
- Ferrajoli L. (2004). *Derechos y garantías: la ley de más débil*. Editorial Trotta.
- Foucault M. (1966). *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (1999). La política de la salud en el siglo XVIII en *Estrategias de poder. Obras esenciales, tomo II*. Paidós, pp. 327-242.
- Good B. (1977). The heart of What's the matter. *The semantics of illness in Iran. Culture, Medicine and Psychiatry* 1(1): 25-58.
- Gramsci A. (2004) *Los cuadernos de la cárcel (1924-1935)*. Instituto Gramsci.
- Granjel, L. (1962). *Historia de la medicina en España*. Sayma.
- Granjel, L. (1971). *La medicina española en la época de los reyes católicos*. Medicina e Historia. <http://www.fu1838.org/pdf/1-2.pdf>
- Guerrero, J. (2020). Sobre médicos, piaches y teguas: Una historia particular de la persecución, expropiación y transculturación de la medicina prehispánica en el Virreinato Del Nuevo Reino de Granada durante la conquista y la colonia.

- El Ágora U.S.B.*, 20(2), 246-258.
<https://www.redalyc.org/journal/4077/407765978017/html/#B13>
- Herrera M. (2001). Las políticas sociales en el Welfare-Mix. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 96, 71-94.
- Hipócrates (1991). *De la medicina antigua*. Colección UNAM.
- Hultkrantz, A. (1998). El Chamanismo: ¿Un fenómeno religioso? En Doore (ed.), *El Viaje del Chaman. Curación, poder y crecimiento personal* (pp. 57-67). Kairos.
- Iturriaga, J (2020). *Historia de las epidemias en México*. Editorial Grijalbo.
- Jimenez, A. (2017). *Medicina tradicional*. Boletín. CONAMED-OPS.
http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin13/medicina_tradicional.pdf
- Klein, C., Eulogio, E., & Maya, M. (2002). *The Role of Shamanism in Mesoamerican art*. *Current Anthropology* 43(3), 383–419.
- Laurell, AC. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de salud*. 2, 7-25.
https://www.terceridad.net/SP3/Biblio%20SPIII_2011_I%20manolo/Laurell-LA%20SALUD%20ENFERMEDAD%20COMO%20PROCESO%20SOCIAL.pdf
- Lee-Garcés, Y., Lee Garcés, Y., Guerrero Silva, I., Delgado Ros, T., & Lois Martén, A. (2015). El proceso de atención de Enfermería y la Medicina Natural y Tradicional. *Revista Información Científica*, 93(5), 1207-1216. <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/190/1408>
- López A, Rivera J, Blanco J. (2011). Determinantes sociales y salud-enfermedad en México. Cambios, rupturas y perspectivas. En Chapela, M. & Contreras M. (Coord.) *La salud en México*. UAM.
http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/ss/li/SS2011_Li_UAM.pdf#page=94
- Lopez, A. (1980) *Cuerpo humano e ideología*. UNAM.
- Lopez, A., & Viesca, C. (1984). *Historia general de la medicina en México*. UNAM.
- LXIV Legislatura. (2021). *Aprueban reformas para reconocer medicina tradicional indígena y complementaria*. Boletín Plenaria.
<https://comunicacionnoticias.diputados.gob.mx/comunicacion/index.php/boletines/aprueban-reformas-para-reconocer-medicina-tradicional-indigena-y-complementaria#gsc.tab=0>
- Markham, O. (1856). On general pathological anatomy. *The British and Foreign Medico-Chirurgical Review*, 1(3), 319-346.
- Martínez Á. (2008). *Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Editorial Anthropos.

- Martínez, R. (2009). El chamanismo y la corporalización del chamán: argumentos para la deconstrucción de una falsa categoría antropológica. *Cuicuilco*, 16(46), 197-220.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592009000200010&lng=es&tlng=es.
- Martínez, R. (2017). *Hospitales prehispánicos*. Boletín CONAMED-OPS.
http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin12/hospitales_prehispanicos.pdf
- Merleau M. (2010). *Lo visible y lo invisible*. Editorial Nueva Visión.
- Montellano B. (1975). Empirical Aztec Medicine. *Science, New Series*, 188(4185) 215-220.
https://www.researchgate.net/profile/Bernard_Ortiz_De_Montellano/publication/22064112_Empirical_Aztec_Medicine/links/55ea5f8e08ae3e1218450c62/Enpirical-Aztec-Medicine.pdf
- Morin, E. (2002). *El método*. El método del conocimiento.
- OIT (1989). Convenio Núm. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales. En *Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas*. Organización Internacional del Trabajo Oficina Regional para América Latina y el Caribe. International Labour Organization.
https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_345065.pdf
- Ortiz, B. (1993). *Medicina, salud u nutrición aztecas*. Siglo XXI Editores.
- Ramírez, L. (2003). *Cuerpo, dolor: semiótica de la anatomía y la enfermedad en la experiencia humana*. UAEMéx.
- Richart M (1997). Códices Etnográficos: El código Florentino. *EHSEA*, 14, 349-379.
<https://ebuah.uah.es/xmlui/bitstream/handle/10017/5990/C%C3%B3dices%20Etnogr%C3%A1ficos.%20El%20C%C3%B3dice%20Florentino.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Senado (2021). *Dictámenes a Discusión y Votación. De las Comisiones Unidas de Salud y de Estudios Legislativos, en relación con el proyecto de decreto para reformar diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de medicina tradicional*. Senado de la República.
https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/70289
- Sigerist, H. (1933). The physician's profession through the ages. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 9(12), 661-676.

Taha, L. (2007). El legado histórico de la medicina griega. *Rev Chil Neuro*, 28:89-100.

UIEM (2021). *Historia de la UIEM*. UIEM. <http://uiem.edomex.gob.mx/historia-uiem>

Vandale, S., Rodríguez, J., Laguna, J., & López, M. (1964). Hacia una definición operativa del proceso salud-enfermedad. *Educ Méd Salud*, 18(2).
<http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/6366.pdf>

Velasco E., Guzmán E., Ordoñez A., Torres D., De la Garza N., & Álvarez C. (2018). Medicina Alternativa y complementaria: ¿Qué experiencias tienen las personas al utilizarla? *Cuidarte*, 7(14), 18-29.
<http://dx.doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2018.7.14.69140>

Viesca T., Viesca C., Viesca M. (2014). Aportaciones de la medicina náhuatl prehispanica. *Arqueología mexicana*, 130, 66-73.
<http://arqueologiamexicana.mx/mexico-antiguo/aportaciones-de-la-medicina-nahuatl-prehispanica>

Viesca, C. (1986). *Medicina prehispánica de México*. Panorama Editorial.

Walsh, J. (2008). *The old time makers of medicine*. The Quinn and Goden Co. Press.