



ESTUDIO DE CASO: "MEDICINA TRADICIONAL EN LA ATENCIÓN A LOS EFECTOS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES Y NIÑAS ÑHAÑHU"

CASE STUDY: "TRADITIONAL MEDICINE IN CARE FOR THE EFFECTS OF GENDER VIOLENCE IN ÑHAÑHU WOMEN AND GIRLS"

Cathia Huerta Arellano*.

* Autor de correspondencia, correo: catushine@yahoo.com

Resumen

A pesar del papel dominante de la medicina institucional, coexisten una diversidad de saberes terapéuticos entre la población; a veces se trata de saberes domésticos pero en su mayoría se transmiten por terapeutas comunitarios, principalmente mujeres reconocidas como curanderas o médicas tradicionales.

Si bien, se ha pensado que los saberes relacionados a la Medicina Tradicional estaban mayormente enfocados, en el caso de las mujeres, a atender los acontecimientos de índole reproductiva que implicaban la necesidad de ciertos cuidados desde el embarazo hasta el puerperio, la realidad social ha ido demostrando que este sistema ha tenido que responder a una demanda: atender los efectos que produce la violencia.

Se trata de un acercamiento a la situación de las mujeres indígenas con respecto a su acceso a la salud como derecho, a visibilizar sus alternativas para atender los efectos de la violencia en su estado físico, emocional y espiritual. Aquí se muestran los hilos que conducen hacia otras formas no institucionales que son para las mujeres, posibilidades para recobrar el bienestar. También, se comparte el camino recorrido para dar cuenta de la existencia de un sistema de cuidado con miras a incidir políticamente, sistematizando la experiencia que pueda definir un Modelo de Atención a la salud de las mujeres ñhañhus culturalmente pertinente.

Esta investigación, contribuye al reconocimiento de la medicina tradicional como una alternativa viable para la atención y el cuidado de la comunidad, sobretodo en torno a los efectos de la violencia de género.

Palabras Clave: *Medicina Tradicional, Violencia de Género, Atención Comunitaria, Cuidados.*

Abstract

Despite the dominant role of institutional medicine, in indigenous communities, a diversity of therapeutic knowledge coexists among the population; sometimes it is domestic knowledge but most of it is transmitted by community therapists, mainly women recognized as traditional healers or doctors.

Although, it has been thought that knowledge related to traditional medicine was mostly focused, in the case of women, to attend reproductive events that involved the need for certain care from pregnancy to the puerperium, social reality has demonstrated that this system has had to respond to a demand: to attend the effects produced by violence.

It is an approach to the situation of indigenous women with regard to their access to health as a right, to make visible alternatives to address the effects of violence in their physical, emotional and spiritual state. Here are shown threads that lead to other, non-institutional forms, that are for women, possibilities to recover well-being. Also, it is shared the path taken to show the existence of a system of care with a view to influencing politically, systematizing the experience that can define a model of health care culturally relevant for ñhañhu women.

This research contributes to the recognition of traditional medicine as a viable alternative for the care and attention of the community, especially around the effects of gender violence.

Key words: Traditional Medicine, Gender Violence, Community Attention, Care.

1. Antecedentes, apoyo y fundamento de la investigación

1.1. Marco de referencia: reconocimiento de los sistemas tradicionales en la atención a las mujeres indígenas

Un acontecimiento evidente, pero poco documentado, ha sido la cacería de brujas que, desde el siglo pasado, tuvo lugar en México. Su objetivo fueron los practicantes de la medicina tradicional. A pesar de la revolución, se promovió la nacionalización de los bienes, rompiendo con los sistemas regionalistas e hiriendo sensiblemente los sistemas comunales. El impacto que se generó en la población original, se evidenció principalmente a partir de la pérdida de su lengua. Otra de las manifestaciones inmateriales de los pueblos indígenas, que corrió con una suerte similar, fue la medicina tradicional. Aunque las comunidades persistieron en mantener, por lo menos latente, su práctica durante mucho tiempo, la satanización de las y los curanderos los obligó a olvidar su práctica, o bien a ocultarla, lo que terminó por destruir la frágil autonomía de los sujetos para elegir la forma de atenderse. En la actualidad, se discute sobre la reivindicación de la medicina tradicional, como efecto de las negligencias producidas por los servicios de ginecología, al denunciarse casos de mujeres embarazadas, la mayoría indígenas que no fueron atendidas pertinentemente¹, pero más allá de plantearse la reivindicación de la experiencia y la inestimable labor de las médicas tradicionales, los discursos institucionales, a través de las políticas públicas de salud, plantean la incorporación de estas prácticas al sistema dominante de atención.

Por otra parte, en el ámbito indígena, las mujeres se acercan a los servicios de salud estatales y municipales para solicitar atención para sus hijos o para cumplir con las revisiones que se les solicitan como un trámite para acceder a ciertos recursos, cuando se trata de atender un problema de salud personal, las mujeres n'hañhus casi siempre son acompañadas de sus esposos o suegras, por lo que difícilmente pueden expresar a los médicos o enfermeras si sus dolencias están relacionadas con la violencia doméstica, mientras que la opción de acudir

con una sanadora con la que se comparte pertenencia étnica, de género y social, representa la posibilidad de un intercambio natural entre médica y paciente, encuentro que además se puede producir en la propia lengua.

La atención a la salud del cuerpo y del espíritu a través del uso de plantas, ritos y prácticas tradicionales ha estado presente a lo largo de la historia de los pueblos originarios, documentándose una serie importante de usos y costumbres, transmitidos principalmente por medio de la oralidad, muchos de los cuales siguen siendo utilizados principalmente por las mujeres que cuidan a la comunidad a través de estas prácticas. A nivel internacional se han desarrollado procesos de rescate y preservación de estos saberes a partir de la década de los 70's. Entre las principales iniciativas, se destaca la elaboración de la propuesta de la Organización Mundial de la Salud sobre Medicina Tradicional (2005), la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007) y la Declaración de Pekín de la OMS (2008). La Medicina tradicional es, por lo tanto, un conjunto de saberes culturales, biológicos, ambientales y sociales en donde se encuentran íntimamente relacionadas las plantas, los animales y las personas poseedoras de los saberes así como aquellas cuidadoras de los ecosistemas, generando una interdependencia que no permite la separación entre la medicina tradicional y las personas que son sus detentadores y preservadores.

Es así que, como punto de partida y coordinadas para este trabajo, se plantearon hipótesis centradas en develar mecanismos que impidieran el reconocimiento de los sistemas subalternos de atención a la violencia y los efectos en la salud de las mujeres, pero así mismo, otras pensadas en construir nuevas formas que retomaran la funcionalidad de los sistemas tradicionales. De esta manera se piensa que la incorporación de curanderas a las iniciativas institucionales, más que responder a la necesidad de atender las problemáticas comunitarias como la violencia de género, las aleja de su interés y de la verdadera demanda de las comunidades, lo que muestra cómo operan los mecanismos del biopoder que permiten el exterminio de un sistema aún vigente.

¹ De acuerdo a distintos artículos como el de Proceso del 4 octubre 2013, las mujeres indígenas son más propensas a correr riesgos durante el embarazo y el parto debido a:

1. La canalización de pacientes a instalaciones que no responden a emergencias obstétricas; desabasto de medicamentos y personal médico en clínicas y hospitales en comunidades indígenas.

2. Desconocimiento de la lengua indígena por parte del personal médico y personal de respaldo; discriminación en los servicios de salud contra las mujeres indígenas.

3. Violencia intrafamiliar que sufren las mujeres indígenas que provoca la interrupción del embarazo, desprendimiento prematuro de la placenta, muertes fetales, infección en las membranas amnióticas y nacimientos prematuros que se agravan aún más por el desconocimiento de médicos y personal de respaldo sobre qué hacer en casos de violencia.

Como segunda hipótesis: La práctica curandera se reposiciona por percibirse socialmente como una epistemología de resistencia ante el sistema hegemónico de salud y de economía neoliberal, volviéndose una respuesta importante para atender y cuidar de las mujeres, de la comunidad en su conjunto y de la vida.

1.2. Sistemas alternativos de atención comunitaria

Las mujeres indígenas que participan en proyectos de acompañamiento y promoción de los derechos, se han ido apropiando del discurso institucional en materia de Violencia contra las Mujeres; a partir de capacitación y la difusión de los marcos legales, desde hace más de una década, se ha impulsado el que estas médicas tradicionales, promotoras y lideresas comiencen a reivindicar los mecanismos locales para cuidar de otras en la comunidad:

“Nos hablan de qué es la reparación. Por lo general, en la justicia, se enfocan en la reparación material, pero las mujeres buscan la reparación espiritual. La mujer después de la violencia queda mal de espíritu, necesita limpias, su baño de temazcal, que sirve para volver a recuperar su espíritu. Los niños también sufren de susto, quedan mal y necesitan que los miren...” (Tolimán)

Las prácticas de las curanderas, así como los lazos tradicionales se han ido difuminando para dar paso a las lideresas y promotoras de salud, que enfocan sus energías en la adquisición-transmisión de conceptos y discursos institucionales que sin duda han modificado las formas de relación en las comunidades. Sin embargo, se pueden identificar preocupaciones, de las mujeres que acompañan o escuchan, relacionadas a una descomposición social que se manifiesta a través de diversas violencias que afectan no solo a las mujeres, sino a diferentes actores comunitarios.

Los efectos de la incorporación de los nuevos referentes, que desde las instituciones se instalan como agencias ², en las mujeres, tienen un efecto en la manera en la que intervienen estas, añadiendo a su quehacer la función de interlocutoras entre las instituciones gubernamentales y la población indígena:

las mujeres organizadas, a partir de grupos de trabajo, no necesariamente efectúan su propia intención, que sí se manifiesta en los grupos focales, como un deseo de recuperar el sentido de comunidad y de armonía con la naturaleza, con la tierra y con el mundo espiritual que se procura, cada vez en menor medida.

Las propuestas de construcción de teorías de género que se han ido desarrollando, reflexionado y debatido desde finales del siglo XIX, sin duda han permeado las políticas públicas que en apariencia, se enfocan a generar avances para las mujeres, en distintos ámbitos de las sociedades; sin embargo, las discusiones sobre las particularidades (de clase, étnicas, de género, generacionales), que se sitúan en distintos espacios geográficos y culturales, no han terminado por traducirse en una verdadera igualdad de derechos. Si bien esas categorías, que las teóricas de la interseccionalidad comparten (género, etnia, clase), han servido para realizar intentos de visibilidad de necesidades diferenciadas entre la población femenina, en los últimos años se ha vuelto importante considerar la nacionalidad, la religión, la edad, la diversidad funcional y la postura política, para “... pensar en otras fuentes de desigualdad social en el mundo contemporáneo...” (Viveros, 2016: 15). Los programas e iniciativas institucionales que se propongan incorporar por lo menos las categorías de género, etnicidad y clase en diversas acciones, requieren que las mujeres que han accedido a la oferta de formación y capacitación en temas relacionados a las categorías mencionadas, adquieran metodologías diferenciadas que de preferencia se construyan con su propia participación.

2. Metodología: Acerca del trabajo de campo, la participación y construcción de los Dispositivos

El trabajo de campo tuvo como punto de partida el mes de enero y concluyó en el mes de diciembre del 2018; sin embargo, existen muchos antecedentes, entre el equipo de investigación e intervención conformado por colaboradoras de Género UAQ con estas comunidades, que datan de por lo menos una década de trabajo. En esta nueva fase de interlocución, las comunidades a

² El Instituto Nacional de las Mujeres, en el Glosario de Género Retoma la definición de agencia de la sociología ingresa, como un concepto que permite reconocer el papel activo de los sujetos frente a las limitaciones de su contexto o estructura social, esta noción, según el planteamiento del documento institucional, vinculado a la perspectiva de género, sirve para la construcción del empoderamiento femenino. Sin embargo, sujetos y estructura no están disociados, pues las conexiones entre el sujeto y los procesos son una mediación que para que se considere agencia, debería tomar en cuenta la heterogeneidad de espacios determinados, por lo cual, no se produce agencia si no es desde lo colectivo, empezando por lo local (Haraway, 1995).

través de distintas lideresas y autoridades, solicitaron una investigación participativa en los dos municipios considerados como eminentemente indígenas por contar con el índice más alto de hablantes de la lengua ñhañhu: Tolimán y Amealco. Las entrevistas a 60 usuarias(os), además del registro de las 713 consultas, los 3 talleres de análisis institucional con médicos alópatas, los 6 grupos focales con curanderas y el encuentro intermunicipal de medicina tradicional, fueron los espacios y las herramientas que sirvieron para obtener información, pero sobre todo para llevar a cabo un ejercicio horizontal y participativo, con el fin de generar la reflexión y recuperar más que datos, las voces de los sujetos implicados.

Todo este trabajo también se nutrió con la participación de jóvenes promotores/as de estas comunidades, quienes se dieron a la tarea de explorar a través de la aplicación de entrevistas semi-dirigidas, la situación de un sector poco consultado en este tipo de procesos: las y los usuarios de los servicios de las sanadoras indígenas.

Para el trabajo de gabinete, se analizaron las políticas públicas en materia de atención a la violencia de género y de medicina tradicional, relación que comienza a reconocerse como necesaria. Buscamos con esta compilación y análisis, identificar avances en la pertinencia y diferenciación étnica con respecto a las acciones que se implementan tanto de parte de las instituciones como de parte de las mismas comunidades. Así mismo, se eligieron los indicadores más cercanos a la problemática de las mujeres en materia de salud y violencia para contextualizar, desde las cifras, la situación actual que guardan las usuarias con respecto al acceso a los servicios como un derecho humano de las mujeres indígenas.

Fue de enorme utilidad el trabajo previo que el equipo ha realizado en estas dos regiones y sobre todo, la confianza de las médicas tradicionales y autoridades comunitarias e institucionales para obtener respuesta ante las convocatorias emitidas para las reuniones de trabajo y dispositivos implementados. Las mismas curanderas facilitaron el acceso, acompañándonos en todo momento en el trabajo realizado en las comunidades y permitiendo nuestra presencia en sus ejercicios de atención, los cuales fueron documentados por ellas mismas como parte de uno de los dispositivos.

Para lograr un mayor entendimiento de la relación de las mujeres con los dos sistemas de salud (tradicional e institucional), se propuso indagar sobre el contexto de las mujeres indígenas de los dos municipios y contar así con una plataforma que permitió caracterizar a las mismas para soportar, desde este conocimiento, las propuestas generadas por las mismas mujeres.

3. Triada: Cuerpo, Espíritu y Cuidado de la comunidad.

Como ya se mencionó, este trabajo se enfoca en recuperar el saber que las médicas tradicionales aportan sobre los nexos de ciertos padecimientos con la violencia, mostrando que no solo la ciencia puede adaptarse a las transformaciones de los males que cura. Algunas de estas enfermedades que son comunes entre la población indígena, no se presentan en contextos urbanos, por lo que solo pueden ser atendidas por los especialistas tradicionales, de acuerdo a Zolla (1994), quien realizó un estudio sobre la medicina tradicional en las comunidades indígenas de distintos municipios de Querétaro hace ya tres décadas; el susto, el mal de aire, la bilis, inflamación de vientre, dolor de cerebro (nuca) o nervios eran algunas de las principales causas por las que las mujeres acudían con las y los sanadores, hoy en día se siguen presentando, solo que más que nunca se perciben por las curanderas y parteras, como efectos de la violencia que hacia las mujeres se ha recrudecido desde hace más o menos un lustro, de acuerdo a las abuelas, desde que los hombres comenzaron a “trabajar con las instituciones” y las mujeres a “ir a la Clínica a atenderse”.

Los testimonios de las sanadoras son un vivo ejemplo de que cuerpo y espíritu no están escindidos, esta concepción es, en sí, la condición del funcionamiento de una cultura, vale decir que se trata de una trasmisión que es dada por un saber milenario, manifestado en un sueño o con una aparición, se trata de establecer un cuidado que no se aísla del objeto curativo y curado. La médica tradicional, así como la partera atienden con la naturaleza de las hierbas medicinales, pero también con la agudeza de saber prestar oídos al dolor y al sufrimiento de una comunidad que es el tema por excelencia por el cual se visita a las curanderas. Éstas, según los relatos, han sido personajes muy importantes, gente de respeto en el

ámbito comunitario, que dan cuenta de que en un pasado no muy lejano, existieron otras formas de intercambio por el servicio que se solicitaba (Michelet; 2009). Hoy en día la marginalidad de las prácticas curativas, relacionadas con la herbolaria y otras como la de la partería, no han cambiado en gran medida. La sociedad occidental sigue su camino de marginación y aislamiento de todo sistema médico que no sea la medicina alopática.

3.1. La institucionalización de las curanderas

En la actualidad, se ofrecen como un avance en distintas regiones del país, proyectos que intentan conjuntar los dos sistemas de salud para posibilitar la libre elección de los usuarios acerca de las formas de atención; en Amealco, el Hospital Municipal tiene dentro de su estructura, una unidad de atención intercultural, en la que atienden médicas y médicos tradicionales, la mayoría hablantes de la lengua ñhañhu. Sin embargo, sigue siendo decisión de las autoridades de las instancias de salud, quienes determinan las formas en las que las parteras podrán ejercer, regulando la práctica a través de capacitación técnica y vigilando permanentemente su actuar. Además, la institucionalización de la práctica no resuelve el problema de la falta de reconocimiento de aquellos que han preferido mantener su ejercicio en la intimidad comunitaria, por el contrario, el mismo sistema persigue a las curanderas y las responsabiliza de los abortos, la muerte materna y las infecciones. Aún dentro de las paredes del proyecto institucional “compartido”, los portadores del saber biomédico, siguen planteando que “aquello” a lo que dan un lugar, no es un conocimiento “racional” sino una manifestación de la cultura; esto aunque hoy tengamos noticia por los avances de las escrituras científicas de las feministas, de que el pensamiento racional también es un constructo cultural que ha cambiado y sigue cambiando incluso en Occidente.

3.2. Sanadoras del cuerpo y del espíritu.

Acerca de los alcances de la ritualidad en su forma oral ante padecimientos específicos como el susto, en Amealco aún se: “... practican rituales de “limpieza espiritual”. Para los ñhañhus el estado del “espíritu” es definido como la condición vital de las personas, es su determinante: “estar mal”, “estar bien”, “estar tranquilo”, “estar enmuinado”, “estar espantado”, “estar ido”, “no estar en

sí”, estas últimas se usan para expresar que el espíritu de una persona está ausente, principalmente cuando alguien tiene afecciones “que los doctores del hospital no pueden curar” o se cree que ha sido víctima de una brujería, es cuando “limpian” a personas que así lo han decidido “... y le pasan ceras y flores con agua bendita alrededor de su cuerpo, al tiempo que hacen oraciones...” (Questa y Utrilla, 2006; 39). En particular, para las médicas tradicionales de Amealco, curar tiene que ver con un don del que se puede ser consciente desde la infancia o descubrir que se posee en la edad adulta.

La comunidad las reconoce como especialistas bajo los siguientes títulos: “las parteras”: que se dedican a atender a las mujeres antes, durante y después del parto; “las yerberas”: que son principalmente fitoterapeutas, y atienden prácticamente cualquier tipo de enfermedad física, emocional o espiritual; “las sobadoras”, que curan con masaje profundo órganos y músculos; “las y los hueseros”, que atienden problemas de huesos, articulaciones y tendones. En el caso de la partería, se dice, que en la segunda mitad del siglo XX, llegó a ser la especialidad terapéutica más practicada por las médicas tradicionales, existían además especialidades asociadas a la preparación del parto: manteadoras y sobadoras, algunas de las parteras combinaban la práctica de la partería con la herbolaria, también había parteras-hueseras (Zolla, 1994: 565). Como en ese entonces, hoy las parteras dicen que sus conocimientos son adquiridos a través de la observación, o cuando se ven en la necesidad de atender sus propios partos o los de mujeres de su familia o vecinas que dan a luz en su casa por resistencia a acudir al hospital o por la precipitación del nacimiento del bebé, a veces porque las regresan del hospital por considerar que les falta tiempo para el parto:

“Tengo casi noventa años, sigo atendiendo a las mujeres, antes trabajaba más como partera, me buscaban mucho, atendía a las que llegaban a la casa a dar luz, ahora solo llegan las que las regresan del hospital y les gana el bebé; es muy triste...” (Amealco)

Por otra parte, la mayoría de las curanderas contemplan dentro del procedimiento de la cura, el hablar con las personas cercanas a las mujeres afectadas por la violencia doméstica; hablan con las madres de las niñas y los

niños que están asustados, hablan con los hombres para prevenir el contagio de enfermedades de transmisión sexual e incluso acompañan como traductoras. Las curanderas afirman que las dolencias son producto de una construcción social que repercute en distintas dimensiones del ser, sin dejar de lado que para ellas, mujeres y hombres están inmersos en una comunidad, y por lo tanto, la salud comunitaria depende de cada uno de sus miembros.

Sin embargo, a la población usuaria de los servicios de salud institucionalizados, se les inmuniza contra la terapéutica de los sanadores, el sistema inmunitario para Haraway, es una especie de ícono construido por el capitalismo para diferenciarse de cualquier lenguaje que eche mano de algún “objeto de fe” sobre el discurso científico de la biomedicina:

“Como objeto del siglo XX, el sistema inmunitario es un mapa diseñado para servir de guía en el reconocimiento y en la confusión del yo y del otro en la dialéctica de la biopolítica occidental, es decir, es un plan de acción para construir y mantener las fronteras de lo que se entiende por el <<yo>> y por el <<otro>> en el importante terreno de lo normal y lo patológico” (Haraway, 1991: 349).

Si las instituciones construyen tipos de sujeto, construyen además formas de relacionarse, la medicina instituida ha generado un sujeto que no es el que responde ante los sistemas tradicionales subordinados.

A partir de 2013, la violencia de género y en particular, la violencia que se ejerce contra las mujeres se considera un problema de salud pública (OMS) por lo cual se atiende a través de las organizaciones médicas, para lo cual se han creado Políticas Públicas con sus respectivos programas, la mayoría, para mujeres en edad reproductiva.

El poder se inscribe en los cuerpos femeninos de variadas formas: cuerpos útero para procrear, cuerpos enfermos de edad (menopáusicos), cuerpos dóciles que requieren ser examinados, cuerpos tomados por la violencia, que son sometidos a este sistema para obtener a cambio los beneficios de un programa, los niños que aseguran la aceptación social y el amor como prenda de la heterosexualidad, el trabajo mal pagado o peor aún, el trabajo doméstico que no es redituable, ni en el reconocimiento, pero que brinda un sentido de

existencia a través del cumplimiento de un rol. Foucault señala que el cuerpo de las mujeres queda atrapado por un dispositivo de la sexualidad, una expresión brutal del biopoder:

“... el cuerpo de la mujer fue analizado –calificado y descalificado– como cuerpo integralmente saturado de sexualidad; según lo cual, ese cuerpo fue integrado, bajo el efecto de una patología que le sería intrínseca, al campo de las prácticas médicas; según lo cual, por último, fue puesto en comunicación orgánica con el cuerpo social (cuya fecundidad regulada debe asegurar), el espacio familiar (del que debe ser un elemento sustancial y funcional) y la vida de los niños (que produce y debe garantizar, por una responsabilidad biológico-moral que dura todo el tiempo de la educación)...” (Foucault, 1977: 127)

¿Cómo, entonces, llega a instalarse este discurso dominante en materia de salud? No solo puede ser a partir de la irrupción violenta, sino a través del desplazamiento de un sistema sobre un saber, lo que Spivak (1990) va a denominar “violencia epistémica” para referirse a esa codificación que introducen teóricos, intelectuales y funcionarios a fin de lograr la legitimización de una división de clases y una pronta apropiación de lo occidental sugiriendo, además, que: “la existencia de la colectividad en sí misma es persistentemente excluida mediante la manipulación de la agencia femenina”. (320–321)

No es difícil concluir que la medicina indígena, es el discurso subalterno, un conjunto de saberes que ha sido relegado y que hoy se relaciona más con la ignorancia y la pobreza, es decir, la práctica y el practicante han sido revestidos de indigencia. Más aún, es difícil sacar este discurso del pantano, si proviene de mujeres:

“Dentro del itinerario suprimido del sujeto subalterno, la pista de la diferencia sexual está doblemente suprimida. La cuestión no es la de la participación femenina en la insurgencia, o las reglas básicas de la división sexual del trabajo para cada caso de los cuales hay “evidencia”. Es más que ambos, en tanto objeto de la historiografía colonialista y como sujeto de insurgencia, la construcción ideológica del género mantiene lo masculino dominante. Si en el contexto de la producción colonial, el subalterno no tiene historia y no puede hablar, el subalterno como femenino está aún más profundamente en tinieblas” (Spivak, 1990: 328).

Pienso que hay un espacio desde el cual pueda hablar el sujeto subalterno sexuado, parece que el trabajo que han realizado las curanderas de manera comunitaria, finalmente comparte elementos de origen, son las curanderas las que dan cuenta de un desprendimiento del espíritu causado por la violencia.

4. El sistema de atención comunitaria de las sanadoras indígenas (Estudio de caso)

4.1. Resultados de los registros de atención en Amealco (Investigación participativa)

En general, de los 477 casos registrados por 10 médicas tradicionales de este municipio, solo el 34% de los usuarios fueron varones. En este sentido, las informantes señalaron que las mujeres, además de atenderse directamente por las especialistas tradicionales, también llevan a sus hijos cuando la atención que recibieron previamente en la clínica no resuelve el problema.

Algunos padecimientos que se consultan con mayor regularidad y a los que nos referiremos más adelante, se pueden presentar en cualquier etapa de la vida, sin embargo existen aquellos que son exclusivos de ciertas etapas del desarrollo del individuo. En el caso de los primeros meses de vida, las madres llevan a sus bebés con las parteras o sobadoras para atender problemas como caída de mollera, empacho, mal de aire o mal de ojo. En el caso de desnutrición se ubica, en el caso de las mujeres, en cada etapa aunque las causas están diferenciadas, en las edades de la infancia y la juventud las razones son diferentes, por un lado en la infancia comentan que las niñas comen menos alimento que los hombres, ya que desde pequeñas, tienen el trabajo de servir a los hombres antes de comer ellas; se hizo la observación que esta costumbre ya se está cambiando y que ya en algunos hogares se procura que niñas y niños coman al mismo tiempo y las mismas cantidades, como se hace en los desayunadores escolares; sin embargo, las médicas tradicionales reciben a más niñas por desnutrición que a varones. Por otro lado, en la juventud, las muchachas deciden comer menos para cuidarse y poder verse bien para los hombres, sentirse “queridas y valoradas”.

La mayoría de las adultas en edad reproductiva, acuden para atender dolencias que, de acuerdo a las especialistas, se pueden agrupar en dos tipos: por un lado, aquellas que son efecto del maltrato en el ámbito doméstico, hay

una serie de manifestaciones que se describen como la antesala de enfermedades corporales o físicas pero que, si se atendieran en un primer tiempo, evitarían daños crónicos en el cuerpo. El maltrato, dicen las curanderas, produce que las mujeres que lo sufren se apaguen, cuando se trata de violencia física, las secuelas más preocupantes son las que afectan el espíritu.

La recurrencia de los casos de hombres y mujeres que determina la más alta proporción de las atenciones, se dirige a las lesiones de huesos y músculos. Mientras que para los hombres éstas son causadas por la exposición de sus cuerpos a trabajos que implican la fuerza y el riesgo al que se someten en actividades de campo y construcción o la práctica de deportes de alto impacto (dolor de espalda, fracturas, desgarres y torceduras), en el caso de las mujeres, los motivos se relacionan a dolores producidos sobre los músculos por la tensión permanente con la que viven ante la situación de violencia de género.

Los padecimientos respiratorios, en el caso de las mujeres, son más recurrentes y van acompañados de lo que las especialistas en herbolaria definen como el desgastamiento de los pulmones, por causa de la inhalación de humo de los fogones al cocinar y por las posturas que se necesitan adoptar al lavar ropa; en ambas actividades el cambio drástico de temperatura al que se someten los cuerpos de las mujeres determinan también un deterioro de la salud.

Una diferencia significativa, entre ambos sexos, se encuentra en el número de casos que se atienden por padecimientos relacionados a la salud sexual y reproductiva. Las mujeres acuden en gran medida con parteras y sobadoras para atender sus embarazos, así como dolores de matriz, caída de ovarios (que produce dolores intensos en la menstruación), cintura y cadera abiertas e infecciones vaginales o en vías urinarias, mientras que los hombres asisten para atender problemas de impotencia, esterilidad o infecciones de transmisión sexual.

En otro conjunto de padecimientos, las sanadoras colocan a aquellos que, desde la antropología, se reconocen como síndromes de filiación cultural y, que en el caso de las mujeres, representan más del 40% de las atenciones y en el de los hombres menos del 20% (empacho, susto, envidia, mal aire).

En los meses de implementación de este estudio, aproximadamente el 45% de los casos, se encontraron en el espectro de padecimientos de filiación cultural,

entendemos en gran medida el porqué la práctica de las sanadoras en este municipio sigue viva, sin representar un obstáculo, competencia o peligro para la medicina institucional, sino como una práctica que atiende a un sujeto determinado, categorizado por clase, etnia y género.

4.2. Resultados de los registros de atención en Tolimán (Investigación participativa)

En el caso del ejercicio de registro llevado a cabo en el municipio de Tolimán, se involucraron 10 sanadoras: seis sobadoras, dos hueseras, una partera, una rezandera y una pulsadora. Registraron en total 236 atenciones, de las cuales, el 70% correspondieron a pacientes mujeres y 30% a varones. Para ellas, es muy importante recibir en su consulta a los hombres de todas las edades. Las sanadoras de Amealco reconocen que es difícil, por cuestiones de género, que los varones se atiendan cuando tienen alguna dolencia y relacionan esta resistencia con el distanciamiento que estos toman ante cuestiones relacionadas al cuidado de los otros.

Actualmente, este grupo comparte un mismo espacio de trabajo para las consultas: la Casa de las Mujeres Indígenas Mak Ujhani (CAMI), aunque siguen atendiendo en sus hogares a las personas que las buscan, pues cuentan con un amplio reconocimiento de su comunidad e, incluso, son consultadas por personas de otros municipios y estados.

Ante los casos de pacientes con enfermedades diagnosticadas como crónico-degenerativas o incurables, las curanderas procuran no sucumbir a la presión de los familiares negándose a atender estos casos, pues señalan que sus alcances son preventivos o para mantener la salud; así, solo ofrecen los beneficios paliativos de sus plantas y su experiencia en acompañarlos para aminorar algunas dolencias del enfermo al que invitan a seguir con el tratamiento médico alópata:

“A veces llegan personas ya muy enfermas, con su diagnóstico, y en vez de llevarlos al hospital quieren que lo curemos nosotras, y pues, aunque les decimos: ya no hay nada qué hacer, no hacen caso, nos presionan, les decimos: lo que tiene este paciente no lo curo yo y creen que es porque no queremos, ahí sí creen en nosotras, y es cuando tenemos problemas por negarnos, nos acusan entonces de brujas y nos crean mala fama”.

Una vertiente que puede convertirse en una línea de investigación, por la importancia de sus alcances en la constitución de los discursos que emplean estas terapéuticas, es la del componente espiritual.

El espíritu con el que las curanderas trabajan es, como ya referimos, la fuerza que permite a las personas vivir y el principal componente para tener una vida buena; en este sentido, como el cuerpo, el espíritu debe cuidarse. Éste también está en las plantas, y puede contribuir a que el de las personas se fortalezca cuando ha sido dañado:

“Una vez me pidieron curar una casa, pero no me gusta, no entiendo esa idea de lo espiritual, cuando se dice que hay un espíritu que está suelto haciendo daño, espantando.... ahí se habla de espíritus, de las plantas sí he querido profundizar y ver como sirven, para que las personas se entiendan mejor ellas mismas, que se concentren en sanar, así cuando hacemos una pócima decimos, tómate este espíritu, úntatelo, pero es el de las plantas, esos sí ayudan porque se parecen a los de las personas cuando están en juicio, las plantas tienen espíritu, por eso les hablamos, les pedimos permiso...”.

¿Cómo saben las sanadoras cuándo el padecimiento es del cuerpo o del espíritu? La experiencia de estas mujeres reúne no solo sus aprendizajes y hallazgos, también encierra conocimientos y saberes heredados de padres, madres, abuelas y abuelos, así como del intercambio de saberes y técnicas con otras mujeres que curan.

5. A manera de conclusión: propuestas para un Modelo comunitario para la atención a la salud de las mujeres indígenas

El análisis de las consultas y los intercambios con las protagonistas de esta investigación, dan cuenta que muchos de los efectos de la violencia contra las niñas, jóvenes y mujeres adultas no alcanza a ser atendido por el sistema de salud, ya sea porque las mujeres no acuden a los servicios por imposibilidades culturales, físicas o geográficas o debido a que las estrategias implementadas no son suficientes para brindar una atención y acompañamiento culturalmente adecuado. Lo anterior da cuenta de la necesidad de seguir impulsando

procesos alternativos de prevención y atención a la violencia de género, que se vive en las localidades rurales e indígenas del estado.

Un Modelo Comunitario, para la Atención a la Salud de las mujeres indígenas, implica de una estrategia local diseñada para vincular acciones comunitarias e institucionales que se realicen de manera natural dentro de las localidades indígenas para la atención, contención y prevención de la violencia de género; así mismo, la estrategia busca que dichas acciones sean reconocidas, valoradas y promovidas por las autoridades comunitarias y municipales.

Se han considerado ciertas pautas para la realización de una propuesta que se ha comenzado a instalar, destacando las siguientes:

- La existencia de políticas públicas con enfoque de género, equidad y pertenencia étnica;
- El derecho de los sectores sociales que se involucran para ser consultados respecto a las problemáticas y soluciones que son de su interés, en este caso las relacionadas con la salud de las mujeres y por ende la salud comunitaria;
- La visibilidad de un sistema basado en saberes aplicados por siglos para mantener un estado de bienestar de todos los miembros de la comunidad, reconociendo el aporte de las portadoras al carácter pluriétnico del estado de Querétaro y, por lo tanto, de la Nación;
- El reconocimiento de los derechos individuales, sociales, colectivos y culturales de los pueblos y poblaciones indígenas y su exigibilidad por parte de las mujeres.
- Aprovechar la plataforma comunitaria que puede brindar un marco de trabajo en el cual la intervención institucional se repliegue poniendo en el centro la perspectiva y los saberes de los grupos, comunidades y organizaciones participantes en el proyecto.
- La posibilidad de que distintos actores comunitarios se interrelacionen de manera natural, en especial las y los jóvenes en los que han sido instaladas capacidades para la promoción de los derechos, las promotoras de diversos temas relacionados a prevenir la violencia de género y las sanadoras.

De acuerdo al marco anterior, el Modelo poco a poco logrará incidir en la construcción de políticas públicas que adopten las propuestas recuperadas de las curanderas y usuarias/os del sistema comunitario de atención:

- La consolidación de un Centro de Medicina Tradicional que sea punto de partida de este Modelo, permitirá la participación real de las y los actores locales en la prevención y atención de los efectos producidos por la violencia de género, así como restituirá la importancia de las terapéuticas tradicionales, enfocadas a mantener el bienestar de las mujeres y la comunidad en sus tres dimensiones: cuerpo, espíritu y vida comunitaria.
- Conseguir que la relación entre las portadoras de los saberes y las instituciones sea de verdad transversalizada con las perspectivas de género, etnicidad y derechos humanos y colectivos.
- Aprovechar y continuar defendiendo los saberes en la población reconocida como agentes transformadores (sanadoras, promotoras(es), jóvenes) para dar respuesta directa y acorde a las necesidades de la población, generando un sentido de autonomía respecto a la resolución de sus problemáticas.
- Que las instituciones estatales y municipales reivindiquen a las y los médicos tradicionales y su conocimiento para atender la salud en un primer nivel.
- Reconocer la importancia y urgencia del papel de las parteras y sanadoras en la atención, desde lo local, de la salud reproductiva y atención a la violencia de género, como una alternativa para las usuarias.
- Posibilitar el acceso de las y los especialistas tradicionales a los recursos elementales para su subsistencia.

Para finalizar, quiero destacar que la población usuaria puede reconocer como fortaleza de la medicina tradicional, la cohesión cultural que genera; sin embargo, las rutas locales de los miembros de las comunidades y, en particular, de las mujeres para atender los efectos de la violencia y los padecimientos derivados de su rol reproductivo, están en riesgo de quedarse sin uno de los espacios más inmediatos y efectivos. A 2 años de crear

un nuevo dispositivo donde tomaron voz las curanderas no institucionalizadas, puedo observar que se requiere de profundizar en el diálogo para continuar la investigación y buscar en qué lugar cabe, en la actualidad, esta práctica que, si bien no es reconocida por la ciencia como un saber autorizado, ni por el estado como un trabajo productivo, hoy sabemos que genera saber e intercambio económico bajo otras lógicas como la de la reciprocidad, y que al darse en los márgenes del sistema neoliberal, se convierte en un verdadero movimiento disidente representado por el sujeto más subordinado de todos: las mujeres indígenas.

Referencias Bibliográficas

- Alarcón Ana M, Aldo Vidal, Jaime Neira Rozas. (2003) *Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales*. Revista Médica. Chile.
- Almaguer, Gonzáles José Alejandro (2014). *Interculturalidad en salud, Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*, Biblioteca Mexicana del Conocimiento, Gobierno de la República, Secretaría de Salud, México.
- Barrera, Dalia e Irma Aguirre (2003). "Liderazgos femeninos y políticas públicas a favor de las mujeres en gobiernos locales en México", en Dalia Barrera y Alejandra Massolo (comps.), *El municipio: Un reto para la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres*, México, Gimtrap e Instituto Nacional de las Mujeres.
- Blazquez, Norma (2011). *El retorno de las brujas. Incorporación, aportaciones y críticas de las mujeres a la ciencia*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Chacravorty, G. Spivak (1990). *¿Puede hablar el subalterno?* Argentina. Universidad Nacional de la Plata.
- Menendez, Eduardo (1994) *La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?*, Revista Alteridades, México.
- Fausto Sterling, Anne (2006) *Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad*. Editorial Melusina. Barcelona, España.
- Foucault, Michelle (1977) *Historia de la Sexualidad*. 1-La Voluntad de Saber. Siglo XXI.-----
----- (1987) 3-La Inquietud de sí.
- Haraway, Donna (1991). *Ciencia, ciborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Ediciones Cátedra.
- Harding, Sandra (1996). *Ciencia Y Feminismo*. Ediciones Morata. España
- Michelet, Jules (2009). *La Bruja. Un estudio de las supersticiones en la Edad Media*. Editorial Akal.
- Perafán Carlos Y Savendoff William (2001). *Los Pueblos Indígenas y la Salud: Cuestiones para la discusión y el debate*. Informe del Banco Interamericano de desarrollo.
- Posada Kubissa, Luisa. (2006) *Diferencia, identidad y feminismo: una aproximación al pensamiento de Luce Irigaray*. Logos, Anales de Metafísica. Vol. 39. Universidad Complutense de Madrid, España.
- Prieto Hernández, Diego y Utrilla Sarmiento, Beatriz (2006). *Los pueblos indios de Querétaro*. CDI. México.
- Viveros, Vigoya, Mara (2016). *La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación*. Revista Debate Feminista, Número 52. UNAM, PUEG. México
- Zolla, Carlos (1994). *La Medicina Tradicional de los Pueblos Indígenas de México*. Tomo II. Instituto Nacional Indigenista.
- Otros:
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2010-2014) *Cédulas de información básica de los pueblos indígenas de México* Disponible en: <http://www.cdi.gob.mx/index>.
-
.....(2008) *Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas*.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2015). *Proyecciones de Población 2010-2030*, México. Consultados en línea el 23 de noviembre de 2015, en: www.conapo.org.mx
- Encuesta Intercensal (2015). *Principales resultados de la Encuesta Intersensal 2015: Estados Unidos Mexicanos/ Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2013). *Sistema de Cuentas Nacionales de México. Cuenta satélite del sector salud de México 2013. Año base 2008*, México. Consultado en línea el 23 de noviembre de 2015, en: www.inegi.org.mx

Cathia Huerta Arellano. [pp. 52–62]

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2015). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014*, México, Microdatos. Consultados en línea el 22 de noviembre de 2015, en: www.inegi.org.mx

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2015). *Encuesta Intercensal*, México, Tabulados básicos. Consultados en línea el 22 de noviembre de 2015, en: www.inegi.org.mx

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015).

Campañas mundiales de salud pública de la OMS. Consultado en línea el 24 de noviembre de 2015, en: <http://www.who.int/campaigns/world-healthday/2015/event/es/.....>

(2013). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014–2023.

Sistema Nacional de Información de Salud (SINAIS) (2015). Cubos dinámicos. Consultados en línea el 22 de noviembre de 2015, en: www.sinais.org.mx

