



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA CHAPINGO
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA RURAL
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SOCIOLOGÍA RURAL

**POLÍTICAS PÚBLICAS EN EL SECTOR SALUD: DICOTOMÍA ENTRE
BIOMEDICINA INSTITUCIONAL Y MEDICINA TRADICIONAL
MEXICANA**

QUE COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN CIENCIAS EN SOCIOLOGÍA RURAL

PRESENTA:

ZYNDY ANAID MONTIEL RODRÍGUEZ

BAJO LA SUPERVISIÓN DEL DOCTOR: GERARDO GÓMEZ GONZÁLEZ



Chapingo, Estado de México, noviembre 2020

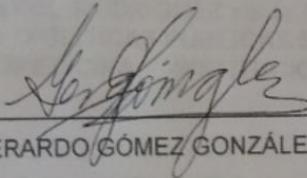


**POLÍTICAS PÚBLICAS EN EL SECTOR SALUD: DICOTOMÍA ENTRE
BIOMEDICINA INSTITUCIONAL Y MEDICINA TRADICIONAL
MEXICANA**

Tesis realizada por ZYNDY ANAID MONTIEL RODRÍGUEZ, bajo la supervisión del
Comité Asesor indicado, aprobada por el mismo y aceptada como requisito parcial
para obtener el grado de:

MAESTRA EN CIENCIAS EN SOCIOLOGÍA RURAL

DIRECTOR



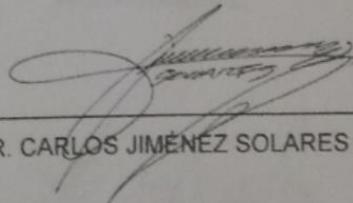
DR. GERARDO GÓMEZ GONZÁLEZ

ASESOR



DR. MARCO ANTONIO CARDOSO GÓMEZ

ASESOR



DR. CARLOS JIMÉNEZ SOLARES

CONTENIDO

INDICE DE TABLAS	iv
INDICE DE GRÁFICOS	v
LISTA DE APENDICES	v
CAPITULO 1. INTRODUCCION GENERAL.....	1
CAPITULO 2. REVISION DE LA LITERATURA	4
PERSPECTIVA HISTÓRICA DE SALUD EN MÉXICO.	4
México Prehispánico	4
Virreinato: La Nueva España (1521 – 1810).....	7
Independencia.....	10
Porfiriato	14
La Ciudad de México se consolido como el principal conjunto de diferentes ideologías políticas y de mayor actividad económica, esta zona se convirtió en el más grande hacinamiento del país.	14
Revolución Mexicana.....	16
Cardenismo	17
México contemporáneo	20
POLITICAS PÚBLICAS EN SECTOR SALUD.....	22
Política	23
Política y bien común	24
Política Pública	25
Políticas Públicas en el sector salud	27
Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción	29
MÉXICO: NACIÓN MULTICULTURAL.....	30
SISTEMAS MIXTOS DE ATENCIÓN PARA LA SALUD	41
CAPITULO 3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	48
CAPITULO 4. RESULTADOS Y CONCLUSIONES	55
ANALISIS DE RESULTADOS.....	73
CONCLUSIONES	76
CONSIDERACIONES A LAS POLÍTICAS DE SALUD EN MÉXICO.....	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variables	50
Tabla 2. Grado Académico	55
Tabla 3. Edad personal de salud.....	56
Tabla 4. Fenotipo personal de salud.	57
Tabla 5. Lugar de trabajo.....	58
Tabla 6. Ha usado medicina tradicional mexicana.....	59
Tabla 7. La medicina tradicional mexicana tiene propiedades curativas.....	60
Tabla 8. Sus pacientes han recurrido a la medicina tradicional.....	61
Tabla 9. La producción de fitofármacos favorecería la economía del campo mexicano	62
Tabla 10. Sugeriría implementar la medicina tradicional mexicana en conjunto con la biomedicina.	63
Tabla 11. Lugares en donde implementaría ambas medicinas.....	64
Tabla 12.- Escolaridad población en general.	65
Tabla 13. Fenotipo población en general.....	66
Tabla 14. Rango de edad de la población en general.	67
Tabla 15. Ha usado personalmente la medicina tradicional mexicana.....	68
Tabla 16. La medicina tradicional mexicana tiene propiedades curativas igual que la medicina de farmacia.....	69
Tabla 17. Le gustaría que en instancias públicas de salud ofrezcan medicina tradicional mexicana	70
Tabla 18. Le gustaría recibir medicamentos complementarios	71
Tabla 19. La medicina tradicional mexicana favorecería la economía del campo mexicano	72

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Grado Académico	55
Gráfico 2. Edad personal de salud.....	56
Gráfico 3. Fenotipo.....	57
Gráfico 4. Lugar de trabajo.....	58
Gráfico 5. Ha usado medicina tradicional mexicana	59
Gráfico 6. La medicina tradicional mexicana tiene propiedades curativas.....	60
Gráfico 7. Sus pacientes han recurrido a la medicina tradicional	61
Gráfico 8. La producción de fitofármacos favorecería la economía del campo mexicano	62
Gráfico 9. Sugeriría implementar la medicina tradicional mexicana en conjunto con la biomedicina	63
Gráfico 10. Lugares en donde implementaría ambas medicinas	64
Gráfico 11. Escolaridad población en general.....	65
Gráfico 12. Fenotipo población en general.....	66
Gráfico 13. Rango de edad de la población en general	67
Gráfico 14. Ha usado personalmente la medicina tradicional mexicana.....	68
Gráfico 15. La medicina tradicional mexicana tiene propiedades curativas igual que la medicina de farmacia.....	69
Gráfico 16. . Le gustaría que en instancias públicas de salud ofrezcan medicina tradicional mexicana	70
Gráfico 17. Le gustaría recibir medicamentos complementarios	71
Gráfico 18. La medicina tradicional mexicana favorecería la economía del campo mexicano	72

LISTA DE APENDICES

Apéndice 1. Encuesta impresa personal profesional de la salud.....	95
Apéndice 2. Encuesta impresa público en general	96
Apéndice 3. encuesta digital prestadores ded servicio de salud	97
Apéndice 4. Encuesta digital público en general	98

DEDICATORIAS

A mis hijas:

KENIA, MIRANDA y ROMINA, por ser mi motor de lucha y por impulsarme con sus ocurrencias a realizar todos nuestros sueños.

A mis padres:

MIRNA y RICARDO, eslabón firme que me ha hecho crecer sin miedo.

A mis hermanos y sobrinas:

CANDY, ANDY, XQUENDA y JADE, por sus sonrisas, su compañía y comprensión en este proceso llamado vida.

AGRADECIMIENTOS

A La Universidad Autónoma Chapingo, particularmente al Departamento de Sociología Rural por permitirme fusionar este gran reto entre dos disciplinas opuestas pero complementarias. Al Consejo Nacional de la Ciencia y la Tecnología (CONACYT) por la beca otorgada para poder realizar esta investigación y con ella los estudios del posgrado de Maestría en Ciencias de Sociología Rural.

A todos mis profesores por el conocimiento brindado y en particular a los doctores Gerardo Gómez Gonzáles, Marco Antonio Cardoso y Carlos Jiménez Solares, por el tiempo, dedicación y guía que me ofrecieron durante este proceso.

A la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, de la Universidad Nacional Autónoma de México, en especial a la coordinación de Enseñanza Académica e Investigación por permitirme realizar estudios complementarios y a enriquecer esta investigación con la aceptación de la estancia académica.

DATOS BIOGRÁFICOS

Nombre Zyndy Anaid Montiel Rodríguez
Fecha de nacimiento 12 de agosto de 1982
Lugar de nacimiento Ciudad de México
CURP MORZ820812MDFNDY08
Profesión Lic. Cirujana Dentista
Cédula profesional 5065233



- Desarrollo académico
- Realizó estudios de licenciatura en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México, titulada con el proyecto de tesis llamado “Modificaciones en cavidad oral y sus repercusiones”.
 - Diplomado en Atención al paciente con discapacidad intelectual, en la Universidad Anáhuac.
- Desarrollo profesional
- Práctica privada en consultorio dental del 2004 a la fecha.
 - Académico en el Módulo de Estomatología Integral del área social en la Carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM desde el año 2006 a la fecha.
 - Colaboradora de la Asociación Juntos sin Fronteras México, como responsable del programa de Servicio Social para estudiantes de la carrera de Cirujano Dentista de la UNAM, del año 2012 a la fecha.

RESUMEN GENERAL

POLITICAS PÚBLICAS EN EL SECTOR SALUD: DICOTOMÍA ENTRE BIOMEDICINA INSTITUCIONAL Y MEDICINA TRADICIONAL MEXICANA

La salud es un estado de armonía entre todos los factores ambientales, físicos, emocionales y sociales con los que un individuo se interrelaciona. Derecho de todo ser viviente, necesidad de cada individuo para realizar cualquier función, sin distinción de credo, raza, nacionalidad, preferencia sexual, modelo familiar, contexto social, cosmovisión cultural y situación económica. México ha realizado sus prácticas ancestrales para curar desde la etapa prehispánica hasta nuestras fechas, sin embargo, siempre ha sido subestimada por la biomedicina institucional a pesar de la eficacia y demanda de sus tratamientos por la connotación empírica que se le atribuye. Por ello, en esta investigación se plantea el problema de cómo se pueden resaltar las prácticas de la medicina tradicional mexicana y la biomedicina institucional, en las políticas públicas mexicanas de las ciencias de la salud, basados en el paradigma vigente que señala la Organización Mundial de la Salud, tuvo como objeto principal proponer consideraciones a la política pública de salud vigente en México, que concatene la biomedicina institucional a través de un estudio estadístico realizado con un total de 648 encuestas, de las cuales 227 fueron del personal de la salud y 421 de la población en general, obteniendo como resultados que profesionales de la salud, así como población en general la ha usado, sí la aprueba y la recomienda con diferencias de opiniones de más del 90% a favor de las prácticas de la medicina tradicional, a pesar de no estar catalogada como parte del sistema nacional de salud, concluyendo con la propuesta de consideraciones para la política pública nacional en salud.

Palabras clave: *biomedicina, tradicional, México*

“Tesis de Maestría en Ciencias en Sociología Rural, Universidad Autónoma Chapingo”

Autor: Zyndy Anaid Montiel Rodríguez

Director de Tesis: Dr. Gerardo Gómez González

GENERAL ABSTRACT

PUBLIC POLICIES IN THE HEALTH SECTOR: DICHOTOMY BETWEEN INSTITUTIONAL BIOMEDICINE AND TRADITIONAL MEXICAN MEDICINE

Health is a state of harmony between all the environmental, physical, emotional and social factors with which an individual interacts. Right of every living being, the need of each individual to perform any function, regardless of creed, race, nationality, sexual preference, family model, social context, cultural worldview and economic situation. Mexico has carried out its ancestral practices to cure from the pre-Hispanic stage to our dates, however, it has always been underestimated by institutional biomedicine despite the effectiveness and demand of its treatments for the empirical connotation attributed to it. Therefore, this research raises the problem of how the practices of traditional Mexican medicine and institutional biomedicine can be highlighted in Mexican public policies of health sciences, based on the current paradigm pointed out by the World Health Organization, had as its main purpose to propose considerations to the current public health policy in Mexico, that concatenates institutional biomedicine through a statistical study conducted with a total of 648 surveys, of which 227 were of health personnel and 421 of the general population, obtaining as results that health professionals, as well as population in general has used it, does approve and recommends it with differences of opinions of more than 90% in favor of traditional medicine practices , despite not being listed as part of the national health system, concluding with the proposal for considerations for national public policy in health.

Keywords: *biomedicine, traditional, Mexico*

"Master of Science Thesis in Rural Sociology, Universidad Autónoma Chapingo"

Author: Zyndy Anaid Montiel Rodríguez

Thesis Director: Dr. Gerardo Gómez González

CAPITULO 1. INTRODUCCION GENERAL

La salud: un concepto definido por organismos internacionales, con una gran gama de posibilidades para entenderla desde la perspectiva del sujeto social, legítimo derecho indiscutible de cualquier individuo sin distinción de credo, raza, nacionalidad, condición física, preferencia sexual ni clase social. Con base a esta premisa que, además, es un decreto constitucional de cada patria de todas las naciones, surge el interés de realizar la presente tesis a través de una investigación cuantitativa de tipo estadística para generar una propuesta de política pública en torno a la salud, considerando las prácticas de la medicina endógena, ancestral o también conocida como medicina tradicional mexicana, en conjunto con la biomedicina institucional.

La salud pública se considera fundamental a nivel internacional, en cada país, en todas las familias y para cada persona; su importante enfoque es procurar el bienestar en temas de salud. La planeación de una política social innovadora debe estructurarse de la manera práctica, aceptable, económica e idílica para disminuir mortalidad y morbilidad de las comunidades. Esto se puede lograr con la prevención y considerando los determinantes sociales.

Debería ser más necesaria la asignación de recursos para salud pública que la inversión hospitalaria y farmacéutica. El gasto en salud pública no solo es positivo desde un contexto clínico o económico, debe considerarse una inversión en derechos y autonomía de los ciudadanos invirtiendo en programas educativos y preventivos que enseñen el autocuidado y responsabilidad en los resultados de los diferentes tratamientos que se ofrecen, para así potencializar la atención médica. Una sociedad con una adecuada condición de vida y ambiental saludable, no necesitara de tanta comercialización de la medicalización excesiva y del régimen impuesto de los laboratorios multinacionales farmacéuticos. Con el devenir de los años, se han desarrollado modelos de servicio multidisciplinario, involucrando la atención de manera Integral, contemplando fundamentalmente lo que hace referencia a las necesidades básicas del individuo: salud, educación, empleo; y

necesidades cívicas y éticas como por ejemplo la dignidad, autoestima, aprecio, seguridad, por mencionar algunos. Los servicios médicos contemporáneos, trabajan en re – educar con un criterio más preventivo que curativo, sin embargo, los individuos acuden sólo ante la existencia de un problema de salud.

Por lo anterior, se plantea el siguiente problema:

¿Cómo se puede resaltar la práctica de la medicina tradicional mexicana y la biomedicina institucional, en las políticas públicas mexicanas de las ciencias de la salud, basados en el paradigma vigente que plantea la Organización Mundial de la Salud: el proceso Salud – Enfermedad, para ser aplicados en las clínicas y hospitales de seguridad social?

Ante este problema, la presente tesis planteó los siguientes supuestos:

- Las practicas de la medicina tradicional mexicana tiene los mismos resultados terapéuticos que la biomedicina institucional.
- Los hospitales, clínicas y centros de salud de primer y segundo nivel del sector público, deben de ofertar ambas alternativas de tratamiento.
- El gasto público e inversión en salud es más económico si en las farmacias ofrecen fitofármacos.
- México tiene la mayor diversidad en plantas medicinales por lo que su aprobación activaría la economía en el campo mexicano.
- México se convertiría en exportador de fitofármacos a nivel mundial.

Presentando un objetivo general, el cuál fue:

Sugerir consideraciones para la política pública de salud en México, que concatene la biomedicina institucional y la medicina tradicional mexicana, basada en el proceso salud enfermedad, para tener una mayor cobertura a un menor costo.

De este objetivo general, se derivan objetivos específicos, que fueron:

- Ponderar los resultados terapéuticos entre biomedicina institucional y medicina tradicional mexicana.

- Proponer ofertar en los hospitales, clínicas y centros de salud de primer y segundo nivel del sector público biomedicina institucional y medicina tradicional mexicana.
- Considerar el gasto público e inversión en salud es más económico si en las farmacias ofrecen fitofármacos.
- Proponer fitofármacos como activación de la economía en el campo mexicano y ser exportadores a nivel mundial.

La estructura de la presente tesis consta de cuatro capítulos: introducción general: revisión de la literatura; metodología de la investigación, análisis y resultados.

En el primer capítulo se presenta la justificación que motivó la presente investigación, así como los supuestos y objetivos.

El segundo capítulo, se encuentra estructurado por el estado del arte, que inicia con los antecedentes históricos en salud por los que ha pasado México en sus diferentes etapas; presenta conceptos básicos de políticas públicas, mencionando las vigentes en salud para México; señalando el canon multicultural y enmarca los antecedentes del funcionamiento de hospitales mixtos aprobados por la Secretaría de Salud mexicana.

En el capítulo tres, se describe la metodología utilizada, así como los instrumentos de evaluación y el diseño estadístico para la obtención de resultados.

El último capítulo presenta tablas, gráficos, análisis de resultados, así como las conclusiones generales del presente trabajo y consideraciones a la política pública vigente para el país.

CAPITULO 2. REVISION DE LA LITERATURA

PERSPECTIVA HISTÓRICA DE SALUD EN MÉXICO.

México Prehispánico

Las regiones del Centro del Anáhuac, actualmente de Nicaragua hasta Estados Unidos, lo que hoy conocemos como Mesoamérica, independientemente de su multiculturalidad, se basaban en la misma raíz: “Toltecayotl” (el arte de vivir), la cual tiene varias acepciones: noche, día, viento, agua, tierra y fuego, el que está aquí y en todas partes al mismo tiempo. Su creencia superior era manifestada como una energía luminosa, “átomos”, que se representaba simbólicamente con el agua, que es el constituyente esencial de las células de todos los tejidos vivos. Por tanto, donde no hay agua no es posible la vida ya que en ella se desarrollan todas las reacciones bioquímicas de los seres vivos. Con esa ideología, la salud se entendía como un estado dinámico del equilibrio interno, entre fuerzas frías y calientes que afectan el cuerpo, la mente y el espíritu; este equilibrio depende del estado de armonía externa con los demás seres humanos, la naturaleza, las divinidades y el cosmos en general (Laín 1970).

Esta cosmovisión no aísla un síntoma o fija una enfermedad, su objetivo era la armonía de las acciones humanas con las cualidades, fuerzas y fenómenos complementarios de la naturaleza con base a los cuatro elementos del universo: agua, tierra, fuego y aire.

El inicio de la vida, “Tonalli” proporciona vitalidad, ánimo y salud, relacionado con la temperatura y la vigilia, un aire de la vida, lo que hoy entendemos como el “alma” (Simeon 1988).

La enfermedad bajo este pensamiento era la ruptura del equilibrio entre la naturaleza, el alma y el cuerpo. Las causas de las enfermedades eran multifactoriales, intervienen deidades sobrenaturales y del inframundo, así como terrenales y cósmicas.

De acuerdo con (Laín 1970), las enfermedades más comunes que se encontraban, por mencionar algunos ejemplos eran:

Enfermedades que provocaba Tláloc (agua): las hinchazones, edemas, la hidropesía, el morir ahogado y el golpe de rayo o de centella.

Enfermedades que provocaba Ehécatl (viento): gota de las manos o de los pies, tullimiento, envaramiento de cualquier parte del cuerpo, el encogimiento de los miembros, alteraciones reumatoideas.

Enfermedades que provocaba Xipe -Tótec (piel de un sacrificado): enfermedades de los ojos, conjuntivitis, cataratas; enfermedades de la piel como ampollas, llagas, sarna y sífilis.

Enfermedades que provocaba Tonalli (susto): lipotimias, angina de pecho, paros cardiacos, parasitosis, tuberculosis, mal de ojo, caída de mollera, empacho.

La principal idea de curar era basada en la regulación del eje del frío y del calor del cuerpo en relación al cosmos, de ninguna manera derivada de las ideas galeno hipocráticas traídas a México por los europeos en el siglo XVI.

El recurso terapéutico de la medicina ancestral tiene una base conceptual empírico-científico racional, se basaba en aproximadamente 118 especies de plantas con propiedades curativas que funcionaban en más del 85% de los casos y que se describieron en escritos de esa época. Comparado con el pensamiento de la biomedicina, un 60 % de los sustratos de esas plantas se consideran actualmente eficaces (De Montellano, 1990).

Gargantilla (2011), refiere que las heridas de la piel eran suturadas con cabellos, utilizando como agujas espinas de maguey sumamente delgadas, existía cirugía ocular, extirpándose pterigoides y raspándose la conjuntiva leucomatosa, esto nos hace referencia a una conducta empírica bien estructurada que se sigue replicando en la biomedicina con la evolución de otros materiales e instrumentos.

El Temazcal que en la actualidad sigue siendo un baño de vapor, era el que regulaba el frío y el calor del organismo, se encontraban dentro de centros ceremoniales ya que, por sus propiedades, la función era variada: higiénica, de tratamiento postparto, religiosa y terapéutica.

Los médicos se diferenciaban por sus particularidades, lo que hoy pueden ser las especialidades médicas y eran, por mencionar algunos:

- Tíctil: parteras que también curaban los ojos, nariz y los oídos.
- Teomiquetzani: huesero
- Teitzminqui: *sangrador* que también realizaba rituales y sacrificios.
- Tetonalmacani: trabajaba con el Tonalli
- Tlamatqui: masajista
- Tonalpouhqui: que interpreta la relación entre los cuerpos celestes, el calendario y la enfermedad.
- Tepatiani y el Panamacani: conocedores de las hierbas medicinales.

La mayoría de las veces, los curanderos tradicionales autóctonos o endógenos de México, eran adultos mayores; caracterizados por poseer un gran cúmulo de conocimientos y técnicas y con un enorme fortalecimiento de espíritu, pero también había curadores niños y adolescentes, aunque estos eran excepcionales.

El proceso para ser terapeuta manifestaba evidentes coincidencias entre las diferentes culturas indígenas: el hallazgo de esa habilidad podía ocurrir mientras dormían, durante un padecimiento, en el estado de una experiencia mística ocasionada por la alteración de las funciones vitales que ocasionaban algunas plantas sagradas (hongos, peyote); o por algunas cualidades que los papás o parteras veían cuando el bebé nacía y manifiestan el destino de un futuro individuo con dones de sanación o curación. Para ser un curador, seguían un aprendizaje guiado por un curandero mayor y de muchos conocimientos. Además, los sanadores

y curanderos indígenas cumplían actividades religiosas como consejeros, organizaban ceremonias relacionadas con la vida y eran reguladores del equilibrio con los elementos universales. (Zolla 2005)

Virreinato: La Nueva España (1521 – 1810)

Para esta época, la salud no era conceptualizada en sí misma, se trataba de entender la enfermedad, que además, estaba dominada por la religión.

Se pensaba que la enfermedad era un castigo divino por los pecados cometidos en la tierra, y exclusivamente se tenía que orar para obtener el perdón de alguien y así poder clamar misericordia para ser curado.

Previo a la conquista no se adoraba a los Dioses (dios Tláloc, dios Quetzalcóatl), sus rituales eran una comunicación con el cosmos, (supremacía de Tláloc, por ejemplo), el término “Dios” es por influencia española.

Durante la Edad Media, era difícil que las personas tuvieran acceso al agua potable, al baño con regularidad o a un sistema de alcantarillado, por lo que el hambre y las enfermedades infectocontagiosas eran muy comunes.

De acuerdo a Bye (citado por Linares 1999), en México, las enfermedades y afecciones más comunes: las fiebres estacionales, pleuresías, neumonías, sífilis y enfermedades estomacales, no variaron, pero sí figuraban y se desarrollaban nuevas enfermedades que se asociaban a las condiciones sociales de los individuos, y la estación del año.

Algunas de las enfermedades que destacaban eran:

- Epidemias: varicela y sarampión, las más grandes en 1779 y 1797
- Plagas
- Desnutrición
- Catarros
- Diarrea

- Disentería
- Peste
- Tifoidea

Los recursos terapéuticos eran la prescripción de medicamentos, provocaban sangrados a los pacientes como una forma de drenado, baños purificantes, eméticos y algunas plantas. Con motivo de las epidemias, surge la consideración de la inoculación variolosa, no aún la vacunación propiamente.

Los médicos eran los religiosos consagrados a Dios como los sacerdotes, obispos y papas; solo los eclesiásticos aprendían la medicina. Para ser médico se tenía que ser primero clérigo o teólogo, y la medicina sólo se ejercía en los monasterios y hospitales católicos. Lo común era que los médicos se encontraban en las grandes ciudades, y los indígenas o personas que vivían en zonas rurales viajaban horas o incluso días para poder tener una alternativa de tratamiento que algunas veces, no era efectivo o no llegaban con vida a su destino. En esos lugares de difícil acceso hacia los médicos, se encontraban jardineros de hierbas que se encargaban de la atención utilizando plantas medicinales.

En esta época, la Iglesia inició el establecimiento y difusión de las Universidades. Los interesados podían aprender en pequeñas comunidades con otros médicos de la época, pero dicha escuela era escasa, pobre, reducida e inexacta. Para precisar qué le sucedía a un paciente, los médicos se guiaban de los fluidos corporales, llamados “humores”. Los cuatro fluidos corporales que hasta la actualidad identificamos eran: bilis amarilla, bilis negra, sangre y flema. Que para el México prehispánico atañen a los principales elementos del universo: fuego, tierra, aire y agua.

El crecimiento más importante de la medicina, con la Conquista para México, fueron la construcción de hospitales que, aunque se encontraban dentro de las iglesias, daban servicio a los viajeros, caminantes, necesitados y pobres.

En el siglo XVIII existió plenitud económica, científica y cultural, gracias a una extensa tradición en la producción del conocimiento desde un siglo antes y en el caso del entendimiento de las plantas que continuó como parte de los usos y costumbres prehispánico. El concepto “enfermedad” estaba definido con el entendimiento erudito de la época; por los saberes populares, que eran los elementos empíricos que propician que la cognición médica avance, no sólo en términos biológicos, también en lo social.

Existieron otros padecimientos que se pueden notar en un contexto social, como los efectos secundarios de las bebidas alcohólicas que eran muy comunes y generaban deterioro físico como daño hepático, nutricional y espiritual. Los procedimientos médicos enseñaban cómo funcionaba el cuerpo humano, su anatomía y como reaccionaba con agentes externos como los medicamentosos, lo que permitió enmendar los errores y seguir investigando la etiología y alternativas de tratamientos.

Históricamente siempre han existido espacios destinados en ayudar a los miembros de las comunidades más necesitadas, indistintamente si es por pobreza, minusvalía o enfermedad. Desde la Nueva España, se establecieron lugares de ayuda a la comunidad, como amparo para los enfermos, a los ancianos y a los huérfanos; pero además era una forma de evitar pordioseros, vagabundos, niños en desamparo, y otros problemas de carácter médico, como problemas mentales, epidemias, sarampión, peste, tifoidea, entre otros (Navarro y Ruiz 2001).

De los efectos que produjeron las condiciones sociales y culturales que trajeron los españoles como la influencia del antiguo Imperio Romano, el islamismo y la de los países del Occidente, prevaleció el mandato del catolicismo, que se reflejó con el auxilio a los pobres y enfermos (Rodríguez y Rodríguez 1998).

En este periodo, se dio la transición de las casas de ayuda a un establecimiento oficial filantrópico. Se creó el precepto de salud considerado la vía para subsanar

el espíritu, ya que la cosmovisión del medio occidental estaba fundamentada en la imagen y semejanza de Jesús Cristo que sanaba leprosos, paralíticos, inválidos y otorgaba misericordia a los desamparados. En esta coyuntura histórica, emerge un patrón, conocido como modelo Pantocrátor, se caracterizaba por un conhorto de elementos: iglesia, nosocomio y tumba, y esto dio origen a la formación de los hospitales (Ortiz, 2000)

Los hospitales se convirtieron en una institución en donde no solamente los enfermos eran sustentados y sanados, también, se enseñaba a niñas y niños, se atendían a los huérfanos; era un lugar en donde se encerraban a los locos, a los ciegos, desvalidos, inválidos y ahí pasaban el resto de sus días. (De Montellano 1990).

Es necesario resaltar la atención y amabilidad pública de la Nueva España, los que concurrían a los hospitales, estaban completamente insertados en el medio que los refugiaba, esto ocurría, porque los clérigos a cargo de nuevos ingresos tenían un juramento exclusivo de hospitalidad.

Independencia

Viesca (2010) menciona que en 1810, La Nueva España era un país bastante sano. Las epidemias y enfermedades endémicas no fundamentaban una desazón mayor y la salud de los pueblos de acuerdo con el punto de referencia de la época, comparados con los actuales, se conservaban estables.

Las principales enfermedades que infestaban a la población del país eran:

- Viruela
- Sarampión
- Fiebre tifoidea
- Peste negra
- Peste amarilla
- Cólera

- Se descubren las enfermedades por piquete de mosquito.

El nacimiento de una fiebre petequial, probablemente fiebre tifoidea, en 1813, marcó el principio de la epidemia más importante de México. Que fue consecuencia indirecta de la guerra, se adecuó al modelo común de la enfermedad en cuarteles y prisiones, esto adquiere magnitudes epidémicas en el periodo en que los movimientos de tropas y de grandes grupos de población civil, aunados a la aglomeración, a la pérdida de sus hogares, pérdida de los hábitos de higiene, y el hambre, hacen vulnerables a muchos más individuos. Las marchas rápidas de los cuerpos militares y la urgencia para llegar a sitios seguros para diligencias y convoyes con mercancías, originaron la llegada de enfermos y enfermedades en lugares que no había contagios.

Los medios terapéuticos continuaban siendo iguales que en la Nueva España, y el principal avance fue la introducción de la vacuna anti varicela, extraordinario recurso de prevención, verdaderamente útil que entonces se dispuso (así se da el surgimiento de la primera vacuna en México en 1813).

Los militares, las iglesias, monasterios y parroquias, recibían con periodicidad vacunas para sus comunidades y los médicos que aplicaban la vacuna siempre estuvieron con disposición y sin faltar a su servicio. Y fue así el mecanismo para controlar y evitar epidemias con la gravedad y magnitud como las anteriores.

Con esto comienza una nueva era de la medicina, el combate contra la varicela fue tan eficaz que dio paso a lo que poco a poco conformaría la moderna salud pública.

La interfaz del siglo XVIII con el XIX no fue fácil a nivel mundial. La Nueva España se disolvía, comenzaba la estructuración y se oía por primera vez, el propósito de un México que intentaba cubrir sus propias necesidades socioeconómicas, de índole político, culturales y científicas. Aquel gobierno declaraba con énfasis incrementar la cobertura en salud. Creo normas que regularon con justicia cuestiones sanitarias, se mantuvo un completo antagonismo con la iglesia y clérigos con la regularización de hospitales y espacios destinados para enterrar a sus cadáveres. Los ordenamientos hospitalarios se derogaron en 1820 y desde

entonces los hospitales quedaron bajo el mando de sus gobiernos (Meyer, 1975). Los resultados de las enfermedades que atacaban en un mismo lugar y tiempo a miles de individuos, eran relevantemente graves y en 1832, el gobierno determinó asumir todos los gastos que las epidemias causarían.

Existía un Tribunal del Protomedicato que se encargaba de la medicina y de quienes la practicaban desde el virreinato hasta 1831, se modificó a un organismo llamado Facultad Médica del Distrito Federal. Este se ejecutó y culminó en 1841 reemplazado por el Consejo Superior de Salubridad. Respecto a la transmisión del conocimiento de la medicina, la universidad cerró en 1833, pero a finales de octubre de ese mismo año, Valentín Gómez Farías, fundó un Establecimiento de Ciencias Médicas (Fernández del Castillo, 1986).

La solidificación de la congregación profesional de médicos tiene precedente en 1836 con el establecimiento formal de la Academia de la Medicina. Entonces Francia mantuvo un inmenso predominio en la conformación de la atención médica en México; actualmente, sigue prevaleciendo. Se siguió el programa de estudios en medicina del modelo francés, se trajeron manuscritos y libros impresos en el idioma francés, los médicos hablaban y traducían textos en francés y si querían ser personal reconocido, tenían que realizar sus estudios en Francia.

En 1848 los conflictos de México proseguían siendo notables y afectaban la salud del pueblo. Ese año concluyó el conflicto con Estados Unidos al vender Texas, Nuevo México y California. La miseria, efecto resultante de la guerra, desencadenó una peste de cólera que acabaría 3 años después en 1851. (Rodríguez y Rodríguez 1998).

En 1856 Benito Juárez (presidente en turno), desvinculó las riquezas y el conjunto de propiedades con los que contaba la Iglesia, por lo que hospitales, orfanatos y cementerios, quedaron a cargo del gobierno. La Iglesia mantuvo muy amplio poder sobre México y la disposición de ayudar al más necesitado, estuvo completamente

determinado por el catolicismo, que se suprimió y comenzó a quedar sujeto de las disposiciones de la Secretaría de Salud. Benito Juárez estableció estrategias y espacios de atención para la salud como obligación de los gobernantes y no como acción caritativa de la iglesia y sus clérigos.

La interface entre iglesia y estado, fue la ayuda social desinteresada del gobierno que tenía una cooperación fundamental de todos los ciudadanos. Este proyecto social de Juárez debilitó la fuerza e influencia que tenía la iglesia sobre los mexicanos. Casualmente, en la Constitución de 1857, no existen evidencias de disposiciones relacionadas con la salud aun cuando lo humanístico era su ideal, el presidente Benito Juárez, quería poner en lugar de la beneficencia católica, la asistencia pública. En 1861 decretó un Consejo Nacional de Beneficencia Pública, se encargaba de la ayuda humanitaria y de los hospitales para transformarlos en un beneficio público que otorgó el Estado (Moreno 1982).

Arbitrariamente, cuando reemplazaron a Benito Juárez por Maximiliano en 1864 y hasta 1867, se inauguró por primera vez un Hospital de Maternidad y un instituto especializado en sordomudos. Juárez, al recuperar el poder, siguió con la batalla en contra de la iglesia, y se manifestó con un deficiente servicio a la salud que ya tenían las comunidades. Esto favoreció el auge de las consultas privadas de forma importante, las organizaciones y fundaciones también crecieron notablemente. La ayuda comunitaria prevalecía, pero, a causa del indebido manejo de fondos, se legisló, en 1877 se creó el Consejo de Beneficencia. Dicho reglamento se ve manifiesto hasta 1881 (Archivo histórico 1935), su objetivo fundamental era legitimar la protección médica y el deber de los ciudadanos en coadyuvar a ésta. A Benito Juárez se le atribuyen muchos méritos, sin embargo, acumuló demasiadas funciones su gobierno y en temas de salud el centralismo no fue la excepción, ya que la cobertura a las comunidades rurales, indígenas, campesinas o de difícil acceso, fueron bastante deficientes.

Porfiriato

La Ciudad de México se consolidó como el principal conjunto de diferentes ideologías políticas y de mayor actividad económica, esta zona se convirtió en el más grande hacinamiento del país.

Las enfermedades que eran consideradas graves como varicela, sarampión, peste, tosferina, escarlatina, cólera, influenza, tuberculosis, diarrea, enteritis, neumonía bronquitis, sífilis; y dependiendo de los diferentes estados del país y sus características ambientales, se acentuaban otros malestares propios como el paludismo en climas tropicales; fiebre amarilla en las costas, fiebre tifoidea exantemática en el Valle de México. Todos estos males se agravaron por el hambre, la desnutrición y el alcoholismo (Bustamante, 1982).

De acuerdo a AHSS (1935), en 1891, fue declarado el primer Código Sanitario, tres años después tuvo cambios y finalmente se reformó en 1902. Este código dio al gabinete de Porfirio Díaz, fuerza para poder entrar y supervisar los espacios destinados a la salud tanto pública como privada, se pudo intervenir en embarcaderos y aquellos lugares fronterizos en los que el doctor Liceaga (médico emérito de la época por su gran conocimiento), decía que no correspondían al estado en donde se ubicaban, que era responsabilidad federal, de la misma forma que el gobierno reaccionaría ante un combate militar, debería hacerlo con las epidemias, ya que estas generaban más muertes y pérdidas económicas que la propia guerra.

En 1894 en el segundo Congreso Médico Mexicano, que se llevó a cabo en el estado de San Luis Potosí, el reconocido médico Liceaga, tuvo la iniciativa de formar una comisión de higienistas que trabajaran en igualar la normatividad de salud a nivel nacional, con esas resoluciones se desarrollaron las campañas de salud públicas pioneras, que además, tenían un enfoque bacteriológico y médico (AHSS 1936).

La primera labor del Porfiriato, fue realizar una evaluación diagnóstica de salud de cada pueblo, en cada región del país, para regular una política de salud igualitaria para todo México. Orvañanos emitió propuestas en las que aseguraba que ante una enfermedad existe corresponsabilidad individual y social.

Fernández del Castillo (1986) comenta que, aunque la inmunización de la varicela se puso en uso formalmente desde el año 1804 y a finales de este siglo, la varicela era habitual en todos los estados. Durante el Porfiriato, existieron numerosas epidemias que representaban desventajas económicas y pérdidas de vidas humanas. En 1889 atacó una epidemia que ocasionó daños ya que se extendió en todo el país, generó 40,000 muertes aproximadamente (AHSS 1936), esto traía consigo dificultades para las negociaciones con otros países ya que por un lado México tomó medidas para salvaguardar sus territorios fronterizos, pero otros países imponían sus propias disposiciones.

Durante la campaña anti variolosa, como con todas las campañas sanitarias, el Estado se encargaba de convencer a las familias: dio de manera gratuita la vacuna a quienes no tenían recursos para pagarla, creó la vacuna ambulatoria y los medios de comunicación como la prensa o periódicos difundían dicha normatividad. (Diputados 1938).

La población en general se resistía a la vacuna, en ese sentido se tuvo que hacer obligatoria y se implementó el certificado de salud, antecedente de la cartilla de vacunación que acreditaba ya tener inoculada dicha vacuna. Y con esta estrategia y control sanitario es como se da el surgimiento de las campañas de vacunación.

De acuerdo con Abdo Vázquez (2011) lo que se identificaba como enfermedades venéreas, eran una preocupación principal para los médicos militares, existían informes que mostraban que de 1889 a 1892, la cantidad de enfermos venéreos o sifilíticos dentro del Hospital Militar había sido de 27.02%.; afirmaban que con esa cantidad de infectados, la institución tendría pérdidas

importantes ya que también significaba una inversión de índole económica para el país.

Mientras se realizaban campañas sanitarias a nivel nacional, se comenzó a participar en la globalización internacional de las políticas públicas de salud en Latinoamérica, había presencia de médicos mexicanos en las reuniones formales panamericanas, en los congresos que realizaba la Asociación Americana de Salubridad Pública, en todos los eventos médicos latinoamericanos y en los pactos sanitarios internacionales.

Revolución Mexicana

La Revolución mexicana marca la entrada de México en la transformación llamada transición demográfica.

Generó miles de afectados en todo el país y la Cruz Roja garantizó su pacto con médicos capacitados y de un gran número de voluntarios, dirigidos por el Dr. Fernando López y Sánchez Román, que era el jefe del cuerpo médico. La figura de la Cruz Roja en los campos de batalla fue invaluable. Durante años ondeaba la bandera blanca con la cruz roja al centro, en ese entonces ya se tenía el reconocimiento oficial, y el más importante, el de la sociedad mexicana que la reconocía como una institución de asistencia humanitaria. (Abdo y Vázquez 2011)

Durante la campaña de Madero en 1911, Guadalupe Gracia García, que pertenecía al Hospital Juárez, incansable estudiante practicante e inquieto en sus ideas políticas, logró conformar un grupo de jóvenes idealistas para ir a la zona norte del país para dar atención a los heridos. Por comentarios de la Sra. Luz González Cosío de López, Presidente de la Cruz Roja, se generó molestia entre los estudiantes de medicina, ya que sugirió que los rebeldes no eran merecedores de servicio y atención; con esto, se originó la Cruz Blanca Neutral y acudieron a Ciudad Juárez, donde con grandes obstáculos cumplieron con su objetivo. Mientras que la Cruz Roja, dirigida por los doctores Juan M. Cadena y José Guadalupe Vargas, motivaron el primer grupo que partió de la ciudad de

México para curar a los heridos en la batalla de Juchitán en Oaxaca, lugar en donde el Ejército Federal se enfrentó con un grupo de rebeldes encabezado por el Ché Gómez. En 1913, el Dr. Leandro Cuevas Larrañaga, primer Jefe General de ambulancias y socorristas de la Cruz Roja Mexicana, generó estrategias para ayudar y trasladar heridos de manera más eficaz, desde las zonas de combate. El acontecimiento que cambió de manera trascendental la atención de los heridos de batallas, fue la creación de los “trenes hospitales” en plena Revolución Mexicana (Birn 1996).

De acuerdo a los antecedentes Históricos de la Secretaría de Salud, aceptar la laparotomía y los drenajes para los heridos por balas de armas de fuego, se dio por iniciativa del cirujano Guadalupe Gracia García que incursionó al usarla sistemáticamente por influencia de su jefe, el Dr. Rosendo Amor con el que trabajó como practicante y era socorrista de la Cruz Verde, en la ciudad de México en 1910 y después, en plena revolución, como médico militar en la Cruz Blanca y el ejército Constitucionalista entre 1911 y 1914 . Los resultados de esta praxis disminuyeron notablemente la mortalidad, comparado con la tradicional atención conservadora. Sin embargo, esta iniciativa de Gracia García no fue idéntica en otras regiones, posiblemente porque los médicos cirujanos mexicanos que tuvieron participación durante la Revolución, carecían de un mando común. (AHSS 1935).

Cardenismo

Iniciaba en México una era posrevolucionaria, que durante seis años, conformaría una nueva estrategia de gobernanza que incluía multitudes en las grandes ciudades, de comunidades indígenas y campesinas; se redireccionó el equilibrio político y se crearon los cimientos para generar desarrollo y crecimiento de industrialización. Durante la presidencia del general Lázaro Cárdenas, los expertos señalan tres fases: la primera que forjó el poder del gobierno cardenista; la segunda que se caracterizó por una política completamente nacional y reformista, introdujo la reforma agraria, la posesión nacional de los ferrocarriles y del petróleo, así como una creciente movilización de obreros y campesinos; y la tercer fase que se

distinguió por el repliegue del reformismo frente al poder de los conservadores y la tensión de países imperialistas (Birn 1996).

El Plan Sexenal en temas de salud, procuró incrementar poco a poco el presupuesto y alcanzó el 5,5% de egresos de la federación, este aumento se destinó a las necesidades en el interior de la república; se otorgó a las comunidades servicios públicos y se luchó con las causas de mortalidad infantil, epidemias y endemias; se estableció un instituto para investigar las enfermedades tropicales; se preparó personal técnico sanitario que se distribuiría por todo el país; se puso atención en alimentación y vivienda ; se promulgaron leyes de protección para la salud de todos los trabajadores; se coordinó con los servicios sanitarios dependientes de los gobiernos federal, estatales y de los municipios, ya que en esa época se otorgaban de manera implícita y experimental (GOB 1934).

De acuerdo a los relatos de (González 1966), en el primer semestre del mandato del presidente Lázaro Cárdenas, comenzó a llevarse a cabo con hechos su Plan Sexenal. En torno a la salud, se encargaba el Departamento de Salubridad Pública (DSP), que era el máximo organismo sanitario, formalizó 50 sitios y brigadas ambulatorias, profilácticas de enfermedades intestinales que eran un verdadero conflicto de salud pública de la época, ya que ocasionaban la principal causa de muerte dentro de las diferentes comunidades rurales; brindó agua potable a pequeñas poblaciones que no podían cubrir este gasto y que no eran cabeceras municipales; desarrolló el reglamento de la campaña contra las enfermedades parasitarias y obligaba a que las empresas de ganado e industrias agrarias, sobre todo de Chiapas y Oaxaca que fueron los lugares en donde proliferaba esta enfermedad, coadyuvaran en la batalla de este padecimiento, principalmente absorbiendo los costos que estas campañas generaban.

En esta fase, se desarrollaron los primeros 11 modelos de atención para la salud ejidatarios y fueron colectivos, diseñados por el DPS en 8 estados distintos, existía el registro de 240 ejidos, se pretendía alcanzar la cobertura en todos ellos. Después, se crearon otras 7 unidades en 5 estados; posteriormente 29 modelos en otros 19

estados más, estas unidades daban cobertura en 215 ejidos, estaban constituidas por un médico, 2 enfermeras y un sirviente, algunos tenían 2 médicos, generalmente uno era auxiliar y según los requerimientos de la comunidad, asignaban a un chofer. Los médicos eran los encargados de conocer y dar informes, aparte de aspectos de la salud de los individuos, evaluaban condiciones sociales como la cantidad de pobladores, condiciones económicas y culturales, registraban la disminución de sociedad, mortalidad, enfermedades comunes, hábitos alimenticios y consumo de alcohol (AHSS 1936).

La Cámara de Diputados, propuso una Escuela Nacional de Médicos Rurales en 1938 (Rodríguez y Krongold 1998). Ese mismo año se consigue la apertura de cursos de la Carrera de médico, cirujano y partero en el ámbito rural en la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas que pertenecía al Instituto Politécnico Nacional (IPN), que fue fundado por Lázaro Cárdenas para poner la enseñanza profesional al servicio del pueblo (Benítez 1996). La nueva escuela desafió la resistencia y acciones que oponía la reconocida Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), ya que el director en turno, Gustavo Baz, estaba completamente en desacuerdo de la enseñanza y aprendizaje de médicos rurales. Juzgaba como denigrante el término rural, seguramente influenciado por el contexto nacional que prevalecía en esos momentos de economía y desarrollo con influencia del extranjero.

De acuerdo a relatos documentados por este instituto (IPN 1998), en 1943, la Carrera creada por el IPN, tuvo los mismos objetivos y calidad que la oferta de la UNAM y de la Escuela Médico Militar tenían, sin embargo, las primeras generaciones no tuvieron la certeza de ser reconocidas, a pesar de haber sido formados por grandes y eminentes médicos deportados de España.

En 1936 el Departamento del Trabajo dio a conocer un Proyecto de Ley del Seguro Social. Años más tarde, Cárdenas lo consignó al Congreso de la Unión para debatirlo. Este documento consideraba seguro para los riesgos laborales más

recurrentes entre los diferentes trabajos y trabajadores del país, así como para los individuos en vulnerabilidad. Estaba conformado de estrategias que cubrieran las enfermedades en relación directa a los riesgos profesionales, así como la invalidez por accidentes, vejez, durante el embarazo o por ser despedidos. Diferentes organizaciones sindicales poderosas, ovacionaron esta iniciativa y pidieron a la Cámara de Diputados, que las organizaciones obreras tuvieran la oportunidad de ser partícipe de ese debate. Su principal interés y preocupación era que pudieran quedar fuera del beneficio de esta ley, aquellos que trabajaran de manera eventual, los que trabajaban desde sus domicilios y además, manifestaron no querer pagar las cuotas que establecía dicho seguro (Debates 1940).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) creado en 1943, desde sus orígenes fue ejecutado por contribuciones y participación de tres sectores: Estado, patronos y trabajadores (IMSS 1971).

México contemporáneo

La salud es una necesidad primordial de cada persona, para lograrla, se requiere de la colaboración y coordinación de diferentes actores técnicos y sociales.

En esta etapa moderna, la salud, ese equilibrio del todo complementario para México prehispánico, las enfermedades para el virreinato y hasta el cardenismo, empieza a conceptualizarse de manera más integral como una dualidad entre Salud y Enfermedad.

Surge la Estrategia de Atención Primaria de Salud que es la asistencia esencial, instituida en procedimientos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas, que se ofrecen a cada persona de las diferentes comunidades (OMS –UNICEF 2013).

Al finalizar el siglo XX se notó un aumento en el volumen y complejidad de las unidades de servicios médicos multifuncionales, ya que había un mayor recurso económico y administrativo, por lo que los sistemas de salud fueron más eficientes y adecuados. Sin embargo, no obstante, de este impulso, la mayoría de atención y

tratamientos los ofertaban médicos privados, consecuente a los escasos de espacios físicos, recursos materiales y personas profesionales en salud, además de no existir una educación y cultura de prevención. Muchos sistemas de salud en todo el mundo, han tenido particular interés en los niños, con el objeto de enseñarles cómo prevenir enfermedades desde una edad temprana, para no llegar a un tratamiento más doloroso, con ello más costoso y por lo tanto, al daño prematuro del individuo.

Con la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), surge la Atención Primaria como estrategia en ALMA ATA en 1978. Como acción urgente de todos los líderes políticos, de todo profesional formado en el área de la salud y a los implicados en el desarrollo, preservar y fomentar la salud para todas las personas sin distinción de religión, raza, nacionalidad, género, preferencia sexual ni clase social. Se generó la frase que decía “Salud para todos en el año 2000”.

La CARTA DE OTTAWA 1986, conforma una transformación política y de contexto social global que abarca movimientos dirigidos a solidificar las destrezas y habilidades de las personas, guía los cambios en los contextos sociales, ambientales y económicos, y así, amortiguar la salud pública e individual y por lo tanto mejorarla (ATA 1978).

Frente al panorama de apertura comercial, en 1986 cuando México ingresó al Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT) que es el foro de convenios mercantiles más poderoso del mundo, en donde se intercambia el negocio internacional, la Secretaría de Salud (SSA) renovó los elementos con los que se desarrollaba la supervisión y el control sanitario, para ser competitivo en las acciones dirigidas a la cobertura en salud de las comunidades.

Para la Secretaría de Salud, el Tratado de Libre Comercio (TLC) generó gran interés, por la consecuencia que tendrá en relación a los servicios de salud la formación y actualización del personal, y por los resultados de la constante supervisión sanitaria de control internacional; la definición de salud, resultó de un

paradigma que evolucionó de la cosmovisión que se mantuvo durante siglos y que además sesgaba a la salud, como una aislada ausencia de la enfermedad biológica.

La OMS, re direccionó la definición de salud, y decretó una serie de componentes que la integran: estado de adaptación al medio que implicaba condiciones biológicas y socioculturales, el equilibrio entre la forma y la función del organismo y criterios como las relaciones familiares, intra e interpersonales y hábitos. La coherencia entre estos componentes determina el buen estado de salud, y el incumplimiento de alguno de estos aspectos, genera la enfermedad, vinculado con una relación triádica entre un huésped (sujeto), agente (síndrome) y ambiente (factores que intervienen). Con esto, años después surge el cambio del paradigma vigente, objeto de estudio de la salud: “el proceso salud - enfermedad” (Ata 1978).

Esta nueva forma de concebir la salud, trata de la concatenación de todos los actores, determinantes sociales, factores físicos y emocionales los que intervienen en el bienestar del individuo.

POLITICAS PÚBLICAS EN SECTOR SALUD

La democracia está cambiando el rumbo de México, el actual gobierno se está comprometiendo con una fuerte tendencia de equidad y justicia social para brindar las mismas oportunidades a todos los individuos. En el área de salud, existe una presión profunda por las inequidades socioeconómicas y culturales. Las experiencias por generalizar el derecho a la salud crearon diferentes políticas públicas. En los últimos años, el objetivo se concentró en modificar el funcionamiento del sistema nacional de salud, existen intentos de políticas de intervención entre sectores y sus diferentes determinantes sociales. Considerar una cobertura general del derecho a la salud, implica consolidar competencias entre instituciones y gobiernos que diseñen y evalúen las iniciativas relacionadas con políticas pública intersectoriales y participativas con los estados, escuelas, facultades, universidades, hospitales, centros de investigación y expertos con el tema (Frenz y Titelman 2013).

El deseo de equidad en salud, interpretado en políticas públicas, se cimienta en la igualdad, la solidaridad, la universalidad y la inclusión con la finalidad de disminuir desigualdades sanitarias entre las comunidades del país y sus diferentes sectores sociales, en donde son evidentemente injustas.

El término "política" se ha conceptualizado desde diferentes enfoques. Contempla la dirección, los valores, patrones culturales, económicos, aprendizajes individuales y sociales, cumplimiento y replanteamiento de los objetivos de cada comunidad compatibles con cada pueblo para la transformación de todo el país.

Política

Es un completo error pensar que la política nos es ajena, que no importa cuántos ideales y propuestas tenga un individuo para aplicar y mejorar su entorno social, creyendo que los ciudadanos "comunes" no puedan participar en generar una Política Pública por ser un tema sólo para gente del poder, políticos y gobernantes.

El concepto nominativo se comprende como: gobierno, guía, dirección, mandato. La definición que se deriva de su origen, se atribuye a la obra de Aristóteles intitulada Política, que fue conceptualizada como la primera obra de las responsabilidades, estructuras de gobierno y divisiones del Estado (Fragoza, 2003).

La política obtuvo interés en los grandes filósofos e historiadores desde la época griega. ¡El dominio, poderío y la gobernanza! suelen ser fascinantes a quienes lo han realizado o conquistado, su comprensión y análisis llenaron un sin número de tomos de la productividad intelectual de índole mundial (Bolívar, 2001).

Regularmente, la política fue percibida como el medio para arreglar las grandes cuestiones del Estado, la estrategia con la que los gobiernos dan solución a los conflictos a través de discusiones y debates de los políticos elegidos por el pueblo a través del voto democrático. Se catalogó como un movimiento de los partidos políticos, revolucionarios, grupos de presión, dependencias militantes, decisiones y parlamentos.

La política, es una ciencia encomendada de plantear su contenido, compartiendo el objeto de estudio con el derecho, la filosofía, la historia y la sociología (Guzmán, 2008). Pero la amplitud de esta disciplina va más allá del conjunto de sus asignaturas teóricas y de sus métodos, abarca la complicada coherencia entre la política como ciencia y la política como actividad (Fernández, 2005).

Política y bien común

No importa que tan grande o pequeño sea un grupo, es imperante su necesidad de tomar decisiones que generen una acción. Esto hace necesario tener una organización de poder, que contemple un sistema jerarquizado de posiciones y roles.

La antigua Grecia conceptualizó una condición política identificada como polis, que hizo referencia al grupo de individuos que radicaban en un territorio determinado y que eran autosuficientes, dirigidos por un gobernante y se definía como lo que pertenecía a la ciudad.

De acuerdo a Bracamonte (2002), la política es el comportamiento humano que se genera dentro de la sociedad, como un grupo de intercambios entre individuos y grupos que se desarrollan en un contexto natural de la conducta humana, que tiene por objeto reconocer y ejecutar el poder para utilizarlo en el gobierno con el aprovechamiento de los recursos con los que se pueda alcanzar un "bien común".

El bien común con enfoque político, se atribuye a Aristóteles y a Santo Tomás de Aquino, quienes puntualizaron que no es un conjunto de bienes individuales, ni favorece los intereses propios o de grupos, sino el conjunto de diferentes categorías de vida sociales que ayude a cada persona del grupo, alcanzar plena y fácilmente su correspondiente perfección, considerando: la dignidad individual de cada persona, el crecimiento social y la paz.

Por los gobernantes privilegiados que fueron asignados en relación a un linaje superior, prestigio de la familia, fuerza o riqueza, se desencadenaron movilizaciones que exigían equidad y libertad, esta pugna prevaleció en Estados Unidos de Norteamérica en el siglo XX por la paridad en derechos entre negros y blancos. La imposición de superioridad racial que promulgó Hitler, desencadenó la segunda guerra mundial que culminó con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, esto cambio de rumbo la dirección de los gobiernos.

Las ambiciones de las colosales revoluciones para conseguir el dominio de la Constitución y el gobierno de la Ley, prevalecen en el mundo moderno y sobretodo, aquellas aspiraciones de los pueblos para acabar con el poder político centralizado, ventajoso, corrupto y unitario.

Política Pública

Escuchar políticas públicas (PP), de inmediato se relaciona con asuntos del gobierno y políticos, en el mejor de los casos, con diligencias de instituciones públicas, ya que estos influyen de manera directa en la vida de los ciudadanos, sin embargo, se considera que una PP tuvo que generarse bajo el perfil de organismos e instituciones de gobierno, cuando la realidad es que el problema afecta directamente a la sociedad que obedece dicho decreto

Para Maggiolo (2007), la Política Pública es una disposición que necesita injerencia del Estado, para conseguir propagación directa o indirecta a la sociedad, son instrumentos de vigilancia para el control comunitario establecidos por los sistemas políticos modernos, para regular temas de interés generalizados y destinar los recursos públicos que no se resolverían de manera improvisada.

Estas políticas explicaron estrategias ideales para solucionar problemas públicos. De acuerdo con (Valenti y Flores, 2009) en un país democrático, las políticas públicas tienen una condición de apertura y competitividad, lo que permite una

proyección estratégica para tomar decisiones que tengan el apoyo de sectores mayoritarios de la sociedad.

Cada PP comprende planes políticos, administrativos y sociales. Conlleva un conjunto de prácticas que identifican una problemática, sin embargo, se debe considerar el interés de los organismos formales de toma de decisiones, la división del trabajo y el conjunto de instituciones que coadyuven a establecer el dinamismo y el comportamiento de todos los individuos implicados en el proceso (Lafuente, Rojas y Agosta 2012).

Las políticas públicas son resultado de un entendimiento práctico y no tan teórico, aprovechadas por los gobiernos, ya que se generan de la estructuración y anteproyectos técnicos que logran análisis encaminados a una tendencia funcional de prevalecer como “ciencia del estado en acción”. Las PP representaron gran valor en los análisis ordenados frente a la interpretación de los actores políticos, el funcionamiento institucional y la del ciudadano en su actuar. Son generadores de elementos de corriente y contracorriente respecto al poder, la fortaleza y los logros de la política, también atienden los procesos sumergidos en los sistemas políticos, y que posibilitan la elaboración de planes, propuestas y proyectos enfocados a la intervención del Estado en los problemas organizacionales de la sociedad civil. Conseguir que los objetivos de una PP se cumplan con el adecuado manejo de los recursos depende de todos los que intervienen, de cómo se interrelacionan y del dinamismo entre todos los actores implicados en el proceso (Capera y Galeno 2017)

Las PP tienen múltiples posibilidades para producir teorías, acciones y los modelos operativos para la sociedad. Es necesario continuar con la difícil labor de avanzar construyendo resultados que consideren todo el conjunto de condiciones económicas, políticas, de gestión administrativa, conductuales y de organización en la praxis, que den posibilidad y apertura a proyectos de participación social, encargados de realizar la representación y ejecución de una política pública en beneficio de la misma sociedad civil (Lobelle, 2017).

Políticas Públicas en el sector salud

Desde el México prehispánico existieron organizaciones comisionadas de cuidar y vigilar permanentemente la salud, por ejemplo, el emperador azteca Moctezuma alojaba en su residencia, dentro del palacio, a los enfermos e impedidos física o mentalmente y que ya no tendrían curación. En la actualidad, de acuerdo con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, el país tiene 68 pueblos indígenas, que aún practican la medicina ancestral o prehispánica.

Durante la Nueva España, autorizado por las órdenes de los clérigos para hacer hospitales y sitios de beneficencia, en 1524, se creó el primer centro de salud que fue el antecedente de los hospitales, se llamaba Jesús Nazareno, también conocido como de la Purísima Concepción, fue creado por Hernán Cortés y estuvo dirigido por un Fraile llamado Bartolomé de Olmedo. Constaba de dos divisiones, que separaba hombres de mujeres y tenía una capacidad de 31 camas. En 1646, se realizó por primera vez una autopsia a cargo de médicos de la real y pontificia universidad de México (Loustaunau 2017).

En 1831 en el México independiente, Anastasio Bustamante presidente de la época, eliminó el real tribunal del protomedicato y estableció la facultad médica del distrito federal, se apropió de las funciones del protomedicato e impulsó un código sanitario para todo el país.

Según Gómez (2017), el poder Ejecutivo Federal dictó el primer Código de Salud en 1891, que con el paso del tiempo fue transformado en la Ley General de Salud, que sigue vigente en el país. Esta legislación ha reestructurado sus reformas incontable veces por el ininterrumpido análisis y actualización en el contexto jurídico. En la actualidad consta de 18 títulos: el sistema nacional de salud, la prestación de servicios de salud, la protección social en salud, recursos humanos, genoma humano, información para la salud, promoción, prevención, control de enfermedades y accidentes, cuidados paliativos, asistencia social, programas para

combatir adicciones, productos y servicios, publicidad, donación, trasplante de órganos y muerte, sanidad internacional, vigilancia sanitaria y medidas sanitarias.

En 1908, se le concedió el poder al Congreso de la Unión para promulgar leyes que aseguraran una adecuada diligencia sanitaria en todo México sobre la ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la nación. En 1917, el Congreso Constituyente agregó otras cuatro bases generales que siguen vigentes con sus respectivas modificaciones (Gómez, 2012).

El sistema de salud en México es público y privado:

El servicio público es el que se ofrece a los trabajadores federales y de los estados, las cuotas se cubren por los patrones, el gobierno y el empleado, las instituciones que dan servicios de seguridad social son: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR). También existen instituciones dirigidas a los ciudadanos que no cuentan con seguro social como la Secretaría de Salud (SSA), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI). Los servicios de salud privados se constituyen de compañías aseguradoras, de los médicos y cirujanos que trabajan en sus consultorios, clínicas u hospitales particulares, en este sector, se incluyen a los terapeutas de medicina tradicional mexicana y alternativa (González, Duarte, Salgado de Snyder, Robles y Scott, 2007).

Las políticas públicas actuales, son viables para asegurar la salud de las comunidades, pero, desafortunadamente, este potencial está desaprovechado y por lo regular no es eficaz. El desafío consiste en generar una cultura más de prevención que de curación, progresar con una cobertura universal fortaleciendo la prevención y atención de primer nivel de salud con justicia e igualdad de oportunidades en los tratamientos, por lo regular, las evidentes discrepancias socioeconómicas y culturales que tiene el país, no sólo aumentan la desigualdad,

con ello, la desaprobación de los ciudadanos por la oferta de un sistema de salud deficiente que suele ser aún más atacado por la insensibilidad de las víctimas para justificar su contexto. El principal reto de una política pública en salud es reducir las desigualdades y ofertar las mismas alternativas de tratamiento en cada comunidad urbana, suburbana, indígena y rural del país.

Actualmente, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud ha potencializado estrategias que aminoren las desigualdades. La atención Primaria de Salud (APS), resalta la interacción participativa y decisiva de diferentes interesados. El desastre humano y las epidemias siempre han exigido una capacidad de respuesta inmediata que es decisivo para enfrentar con eficacia el problema y una imperiosa dominante para obtener y preservar la confianza de la ciudadanía en su sistema de salud (Ata 1978)

Aunque resulte necesario decretar cuarentenas, prosecución veloz y eficaz del genoma de un inédito agente patógeno, para crear vacunas y definir tratamientos urgentes y eficientes o movilizar oportunamente a trabajadores y centros sanitarios, a pesar de que un “desastre sanitario” sí tenga la estructura necesaria y suficiente, serán un completo fracaso si no se invierte en un adecuado entrenamiento y preparación ante una contingencia de este a los diferentes actores sociales implicados.

Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción

El programa Sectorial de Salud 2019 – 2024, enmarca cinco objetivos prioritarios (SSA 2019):

1. Acceso efectivo, universal y gratuito
2. Mejora continua
3. Capacidad y calidad
4. Vigilancia epidemiológica, salud sexual y reproductiva
5. Salud para el bienestar

Estrategias:

- Objetivo 1: Mecanismos para garantizar el acceso
- Objetivo 2 y 3: Capacidad para atender las necesidades
- Objetivo 4: Determinar las necesidades y los enfoques
- Objetivo 5: Condiciones de salud de la población

Líneas de acción:

- Objetivo 1: INSABI, servicios de salud y medicamentos gratuitos, programas de atención universal, atención especializada, enfoque comunitario y transversal, producción precios y abasto oportuno de medicamentos.
- Objetivo 2 y 3: Modelo de Atención Primaria para la Salud (APS-1), referencia y contra referencia, modelo integral para servicios de salud y asistencia social, sistema de seguimiento y evaluación políticas, políticas de interculturalidad y trato digno, fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, suficiencia, capacitación y profesionalización, infraestructura y equipamiento, sistema de información.
- Objetivo 4: Vigilancia sanitaria y epidemiológica, regulación sanitaria, salud ambiental, promoción de vida saludable, salud sexual y reproductiva, infecciones de transmisión sexual.
- Objetivo 5: prevención, control y tratamiento de las enfermedades no transmisibles, salud y asistencia social a mujeres, atención integral en salud mental y adicciones.

Bracamonte (2002) comenta que, los sistemas de salud se han dividido por múltiples beneficios asociados con la situación laboral del individuo en relación con la producción de servicios que desencadenan un ineficiente control de riesgos de salud y por ende del financiamiento. Todos los gobiernos deberían de comprometerse a lograr que cada comunidad y todas las familias estén amparadas frecuentemente a través de un proyecto de aseguramiento de carácter público, para ofrecer una atención igualitaria, que favorezca la intervención interrelacionada con mayor organización entre las diversas instituciones de salud y con ello alcanzar un sistema intersectorial pero unificado.

MÉXICO: NACIÓN MULTICULTURAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS), puntualiza que la batalla contra las inequidades sociales, hace imprescindible que los países centren sus políticas públicas en transformar los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y generen políticas públicas de salud que estén relacionadas directamente con los menesteres locales y que consideren a las comunidades y a los sujetos sociales más frágiles (UNICEF 2013). El planteamiento de los DSS que propuso la OMS (2009), intenta erradicar desigualdades en salud con estrategias multisectoriales.

Ubicado en la zona media del continente americano, se encuentran los Estados Unidos Mexicanos: México (ombligo de la luna). Es una nación multiétnica, intercultural, pluricultural y multicultural, en la última década han existido diferentes levantamientos a favor de la pluralidad, consideración y dignificación de los derechos humanos de todos los individuos, con esto se desprendió la iniciativa de transformar en distintas organizaciones legales la cobertura en oportunidades, pero sobre todo equiparar los servicios de salud en las comunidades indígenas.

México es una de las naciones más pobladas a nivel mundial, cuenta con 124,938,473 millones de habitantes, 77% vive en zonas urbanas y un diverso sector poblacional consta de 15,7 millones de indígenas (hablantes y auto adscritos) que hablan 65 idiomas diferentes (INEGI 2020).

Con el reciente cambio de gobierno, México tiene la oportunidad de encaminar la PP en salud, consolidando la gestión en sus tres ámbitos políticos administrativos: Federal, Estatal y Municipal; integrando acciones concretas para ampliar la cobertura y con ello atender el estado de salud de los sectores vulnerables y que además consideren las diferencias culturales.

Menéndez (2015) comenta que la lucha y desarrollo del contexto de interculturalidad, surge en Latinoamérica entre los años de 1970 y 1980 por diferentes razones que estos países buscaban para legalizar, reconocer, darles valor y justicia a los grupos étnicos, cuestionando el empoderamiento dominante de

los sectores que desvaloraban a dichos sujetos sociales, incluida en el área de salud, la defensa de la medicina tradicional.

La interculturalidad, de acuerdo con Walsh (2005) quiere decir “entre culturas”, manifiesta la equidad en las distintas circunstancias. Para la UNESCO (2020), en su convención para proteger la diversidad cultural, señala que la interculturalidad hace referencia a las acciones igualitarias entre diferentes culturas. Se fundamenta con la interrelación entre individuos, economía, cultura, conocimiento y poder. Su premisa insustituible es vencer la “superioridad” de una cultura imperante y otras dominadas, lucha por fortalecer igualdades que se han perdido por los usos y costumbres bajo una influencia mal encaminada, para construir en el día a día, legalidad y respeto entre todas las comunidades. En salud aboga por proyectar utilidad y creación de nuevas estructuras que den atención basados en una planeación estratégica que considere la autonomía de los pueblos o comunidades indígenas.

Pero además de la interculturalidad, México es multicultural, es decir, reconoce la existencia de una diversidad de culturas dentro del mismo espacio, aunque no existiera una correspondencia, es una separación entre culturas delimitadas y herméticas sobre sí mismas, y que no tienen reciprocidad entre ellas (Harper 2011). En salud es aún más complejo de concatenar, ya que es una estructura híbrida de diferentes usos y costumbres en torno a las alternativas de tratamientos ya que en una misma comunidad se observan múltiples cosmovisiones. Las características que deben predominar al considerar formar un modelo de atención para la salud es difundir la tolerancia por las diferencias, erradicar prejuicios, desarrollar una interacción en armonía y que no involucre estereotipos de ninguna índole para lograr generar intercambios entre las diferentes culturas o grupos sociales que buscan un mismo fin: la salud.

Y por otro lado, México también es pluricultural, por el contrario, a la multiculturalidad, favorece la coexistencia de diferentes culturas dentro del mismo espacio territorial, que conjuntándolas, estructuran el total de la nación. Distingue un antecedente histórico social de convivencia por décadas y siglos, pero sin una interacción igualitaria. Este pluralismo, debería de ser protegido y fortalecido en cada país democrático, pero que defienda la honorabilidad e igualdad de las diferentes ideologías (Bernabé 2012).

El pluralismo cultural nos permite vivir en armonía y equilibrio entre comunidades, por ejemplo, etnias, urbes, grupos religiosos; valora y establece la coexistencia de diversidad de culturas respetando la identidad, usos, costumbres y tradiciones de cada grupo, sin subordinar uno de otro y trabajando con equidad entre las diferentes formas de pensar y actuar con base a derechos, responsabilidades y obligaciones que se establezcan.

La inserción de diferentes actores sociales basados en una sola directriz es un reto difícil ya que intervienen aspectos de diferente enfoque que deben de ser considerados como la inter, multi y pluriculturalidad, en el momento de diseñar, desde modelos locales de atención sanitaria, hasta políticas públicas que den acción a un sistema nacional de salud.

Existen más investigaciones y análisis que propuestas para brindar atención de salud pública, generalmente, la queja o descontento que prevalece, es la forma de dirigirse y el modo en que tratan a los individuos cuando acuden al servicio médico, resaltando la deshumanización, apatía, insensibilidad, exclusión y despersonalización por parte de enfermeros, médicos y en general el personal de salud. Es necesario señalar que esta discriminación, no solo es en torno a lo rural o indígena, sino en un contexto general dentro del país desfavoreciendo principalmente a grupos en vulnerabilidad por preferencias sexuales, mujeres, personas de la tercera edad, individuos en mendicidad, migrantes, campesinos,

enfermos crónicos, desvalidos o enfermos mentales. (Almaguer, Vargas, Vite y García 2014).

Otros malestares que obstaculizan, coartan la aceptación y entrada a los servicios de salud, consta de límites culturales entre la biomedicina institucional y los medios de subsistencia ambientales, de desarrollo, usos y costumbres de las diferentes comunidades.

De acuerdo con la Comisión Nacional para el desarrollo de los Pueblos Indígenas, los obstáculos y límites culturales están presentes principalmente en (Almaguer 2014):

- Estructura de los servicios. Que representa a la organización y dirección administrativa, los códigos bioéticos de los funcionarios, directivos y personal, la manera en la que se ejerce el poder, la conformación de los principios legales, disciplinares y valores de todos los sujetos sociales que interactúan entre sí.
- Establecimiento o espacios físicos de unidades de salud. El principal conflicto son las diferencias culturales y la cosmovisión de la comunidad respecto a la comodidad, cercanía, servicios que ofrecen, el clima de su región, los recursos materiales y limitación en el acceso a los servicios públicos, pero sobre todo, debe de ser un espacio que respete los valores cívicos y éticos que definen a su cultura.
- Personal profesional de servicios de la salud. La barrera predominante es atribuida al “estatus”, la dificultad para la comunicación tanto en acceso de transporte, medios de difusión, idioma y lengua; entendimiento de los códigos culturales, condiciones de trabajo, prejuicios y maneras de ejercer poder y las dificultades para desarrollarse.
- Comunidad que los usa. La disyuntiva fundamental es la cosmovisión en la salud y enfermedad, los planes de tratamiento que se ofrecen, el difícil o nulo acceso a medicamentos de la industria farmacéutica, principalmente por el costo, la concepción de sus derechos, ubicación geográfica y

contexto social, las malas experiencias con el personal médico, el acceso a los centros de salud, el idioma y prejuicios sociales.

El Instituto Interamericano de Derechos Humanos, menciona en su primer capítulo de la Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, junto con la Organización Panamericana de la Salud (CDI 2003), la forma de legislar a los pueblos indígenas para asegurar y preservar la salud lo mejor posible, practicando su terapia ancestral y sus técnicas sanitarias. Así mismo, la Organización Internacional del Trabajo (OIT 1989), en el convenio de pueblos indígenas (número 169, artículos 21, 24 y 25), enmarcan la exigencia establecida para que los gobiernos en el tema de seguridad social y salud, brinden servicios sanitarios a todas las comunidades y pueblos indígenas del país. Esto incluye la estrategia para diseñar e implementar sitios de atención e instituciones de salud en los territorios indígenas que obedezcan el respeto y derecho constitucional de su medicina tradicional, así como de usos y costumbres considerando la interculturalidad y su dignidad humana.

Navarro, Sánchez y Maya (2017) señalan que: en el año 2012, con el compromiso 35 del Pacto por México, se propuso aumentar de forma importante el presupuesto asignado a la salud, para favorecer la cobertura de manera considerable, estableciendo lineamientos que garanticen calidad en el servicio para que llegue a toda comunidad indígena del país, se generó una línea de acción para asegurar la operatividad de los derechos de los pueblos indígenas en torno a la salud.

En el año 2006 la Ley General de Salud reconoció el concepto de “medicina tradicional indígena”; el artículo sexto señala que se debe difundir el conocimiento, desempeño y características de la medicina tradicional mexicana y su práctica en condiciones idóneas. Con base a esto, el programa sectorial de salud 2007-2012 legisló la política intercultural que va dirigida en el mejoramiento de las cualidades del intercambio de los tipos de servicios de salud, para poder generar las estrategias y cambios pertinentes para dar servicio y consulta a cada persona de

acuerdo a sus condiciones, necesidades, apreciaciones culturales y religiosas relacionados con la salud y la enfermedad. (Sochoet, 2014).

El Plan Nacional de Desarrollo del Gobierno Federal, planteó la visión de un México incluyente y su meta es consolidar y afianzar las oportunidades equitativas de servicios de salud en cada grupo social del país, de acuerdo con el Diario Oficial de la Federación (DOF 2013) se establecieron directrices operativas para el fortalecimiento del programa de interculturalidad en salud, algunas de esas tácticas son:

- Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad indígena, impulsando el enfoque intercultural de salud en el diseño y operación de los diferentes programas.
- Asegurar el fácil acceso a los servicios de salud
- Ofrecer servicios de salud con calidad y calidez.
- Progresar en el acceso verdadero de los servicios de salud de la población mexicana independientemente de su condición social o laboral.
- Generar redes que comprendan servicios de salud interinstitucional.
- Considerar las formas de atención perinatal con una cosmovisión intercultural.

Para conseguir el logro de objetivos de esta política intercultural para favorecer el servicio oficial de salud en México, intervienen diferentes procesos como:

- El antecedente de las experiencias de las diferentes instituciones oficiales en relación con la implementación de servicios de salud en comunidades autóctonas.
- Los procesos lentos pero constantes de posicionamiento para la reunión de grupos organizados que conformen una relación institucional.

- El crecimiento de las políticas indigenistas, las facultades y competencias de las instituciones de salud y de la sociedad rural, indígena y campesina.
- La influencia que modifica el perfil y cognición de los individuos y del contexto rural, resaltando la migración de la población hacia los Estados Unidos por la falta de oportunidades en su región.

La Secretaria de Salud (SSA) propuso como política pública la interculturalidad con base en el programa de Nutrición para Pueblos Indígenas, en su planeación se contempló (Mercedes 2014):

- Preparar a los servidores públicos de salud con programas que capaciten en temas de interculturalidad.
- Tratar de complementar a la medicina tradicional con la biomedicina institucional o alópata.
- Fomentar la comunicación Educativa en Salud en acorde a las características socioculturales de cada comunidad indígena.

La Secretaria de Salud señala en su reglamento sobre la interculturalidad que la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, tiene las siguientes facultades:

- Crear y promocionar nuevos sitios de atención a la salud que se ajusten a las necesidades y condiciones culturales, económicas y sociales de la población. Diseñando modelos médico-arquitectónicos, sistemas y subsistemas de planeación, organización, operación y financiamiento.
- Proyectar y coordinar la política de interculturalidad en el Sistema Nacional de Salud.
- Estructurar, desarrollar e impulsar la política nacional de medicinas tradicionales alternativas y complementarias en el Sistema Nacional de Salud.

- Diseñar, desarrollar e impulsar la política nacional de atención a la salud de los pueblos indígenas con igualdad en el acceso de los servicios de salud en todo el país.
- Promover políticas de respeto a la dignidad de las personas que fomenten la inclusión y que eviten la discriminación y brindar servicios sensibles a la multiculturalidad nacional.
- Incorporar el enfoque intercultural, de género y de derechos humanos en la capacitación del personal de salud en formación, así como en la capacitación del personal operativo y directivo.
- Promover adecuaciones interculturales en la operación de los servicios de salud para disminuir las barreras culturales.
- Impulsar una política integrada para la atención de la salud de los pueblos indígenas.
- Promover el estudio y validación científica de las medicinas tradicionales y complementarias.
- Fortalecer los servicios de salud a través de formalizar la medicina tradicional en el sistema nacional de salud.
- Diseñar y operar una política de enseñanza de medicina tradicional y complementaria en el Sistema Nacional de Salud.
- Incorporar en las demandas del Fondo Sectorial de Investigación en salud y Seguridad Social, medicinas tradicionales y complementarias.
- Evaluar la posibilidad de crear el Instituto Nacional de Medicinas Complementarias.

Con esta planeación, se logró establecer un proceso institucional que reconoció la interculturalidad como forma de articular la promoción de la dignificación y equidad de las mujeres, la población rural, campesina e indígena con base los derechos humanos.

Es por eso que la Organización Mundial de la Salud realizó un análisis global de la situación vigente de la medicina tradicional a nivel mundial, trabajó con científicos y expertos, quienes definieron una estrategia sobre la medicina tradicional de 2014 a 2023. Los objetivos de la OMS acerca de las medicinas tradicionales fueron orientados en utilizar y aprovechar los diferentes aportes de concepción en salud, atención personalizada y la cobertura mundial. Impulsa para que se puedan usar segura y eficazmente, las medicinas tradicionales, a través de una legislación, basada en un proceso investigativo y de integración de recursos terapéuticos, medicamentos, prácticas y planes de tratamiento que sean regulados en los sistemas oficiales de salud (Almaguer, et.al., 2014).

La medicina ancestral o tradicional mexicana, es toda una obra compuesta y estructurada con siglos de sabiduría que emergen de culturas diferentes, que además, han determinado la riqueza histórica y cultural en el crecimiento y desarrollo del país. Se dio una mezcla compleja que historiadores, sociólogos y antropólogos encuentran fascinante con la fusión de la Nueva España, que produjo una nueva medicina: la indígena y la occidental; en donde a pesar que ambas tenían una característica predominantemente empírica, solo se reconoció la occidental por influencia de franceses, y las de recursos naturales indígenas fueron marginados, pero, esa práctica Europea, no generó el mismo impacto en la mayoría de las comunidades autóctonas y es por ellos, que la medicina ancestral sigue existiendo y comienza a tener una relevancia nunca antes vista ya que la comunidad científica empieza a reconocer la efectividad de los resultados.

La medicina tradicional mexicana, como cualquier condición social, se va transformando con el devenir de los años, ha interactuado con otros modelos terapéuticos, y esos cambios han dado pauta a los sistemas mixtos de atención a la salud, que es la interacción de biomedicina institucional y la medicina ancestral.

El fenómeno social que prevalece actualmente para las comunidades indígenas, es sin lugar a dudas la medicina tradicional como parte e incluso único recurso terapéutico para atender a la salud. Es popularmente relacionada con el uso de las plantas y hierbas con propiedades curativas o medicinales, pero es importante

remarcar que la medicina tradicional es mucho más que herbolaria; también se usan minerales que forman parte de las propiedades de los suelos como arcillas, barro, tierra; se constituye de sobadores, yerberos, curanderos, parteras, temazcales, masajes, etc. Los médicos tradicionales se caracterizan por ser fuertemente congruentes como un factor de identidad cultural que ofrecen opciones curativas de amplia aceptación y reconocimiento social a nivel internacional.

Históricamente la medicina tradicional ha sido relevante como patrimonio cultural del país, pero generalmente desvalorizada en los sistemas de salud. En algunos lugares, la medicina tradicional indistintamente de que país sea, es reconocida como medicina complementaria (Navarro, et. al. 2017)

De acuerdo con Milano (1980), México tiene la mayor biodiversidad en organismos vivos de especies de plantas medicinales a nivel mundial y se estiman aproximadamente 30,000 diferentes, de las cuales el Instituto Nacional Indigenista acreditó solo 3000 con sus propiedades medicinales en 1997. No obstante de que las sustancias herbolarias se han utilizado por siglos, por ejemplo los mencionados en el Códice Badiano, herencia en Náhuatl con una versión escrita en Latín, obra del indígena Martín de La Cruz, médico prehispánico, en el siglo XVI; es verdaderamente mínimo lo que se ha estudiado al respecto para su intervención y ejecución médica y es todavía menor la cantidad de plantas con propiedades curativas en las que se hallan realizado investigaciones que comprueben la eficiencia, seguridad, sinergia y principios activos como fitofármacos.

Con el auge, potencial y eficacia que se atribuye a las plantas medicinales mexicanas, es imperante la necesidad de destinar mayores recursos físicos, humanos, financieros y mecanismos de investigación, para con ello, poder validar la eficacia y promover la producción de nuevos medicamentos que se patenten como fitofármacos.

La medicina tradicional mexicana se estructura de una recopilación de saberes ancestrales teóricos y prácticos, empíricos explicables o no, que se han utilizado en

prevenir algunas posibles enfermedades sobre todo de tipo estacionales, eliminan trastornos o dolores físicos, mentales y hasta sociales, fundamentados exclusivamente en siglos de experiencia y observación con base a ensayo y error, que han sido enseñados verbalmente, en la práctica o por escritos, de generación en generación.

Es una unión entre práctica médica y el conocimiento ancestral. Por investigaciones realizadas, se puede confirmar que los recursos naturales con los que cuenta la biodiversidad mexicana, significan una enorme posibilidad para la manufactura de fitofármacos y agroquímicos. La medicina tradicional es un instrumento con un valor agregado aún no cuantificable en beneficio y rendimiento de la salud, es insustituible y por lo tanto prioridad resguardarla. La República Mexicana es de los países mejor fortalecidos y con mayor perfeccionamiento y estructuración de curanderos tradicionales, esto fundamenta la necesidad de legalizar este sistema médico tradicional. (Almaguer et.al, 2014).

SISTEMAS MIXTOS DE ATENCIÓN PARA LA SALUD

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, según la definición establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2009).

La OMS contempla y también conceptualiza a la medicina tradicional como: todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, utilizados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales. Los términos "medicina complementaria" y "medicina alternativa", son usados indistintamente junto con "medicina tradicional" como el conjunto de métodos de curación que no pertenecen al sistema oficial de salud pública (OMS 2009).

Para México: “MASEHUALPAJTI”, palabra náhuatl que significa medicina indígena: “recurso de usos y costumbres que dan identidad nacional”.

El Pluralismo Médico, (Leslie, 1980) expresa la convivencia médica en una misma sociedad que coexiste entre las diferentes instituciones en las cuales su objetivo primordial es explicar y solucionar la enfermedad. La existencia de múltiples tradiciones curativas produce ambientes activos, que contemplan la comparación, el intercambio y el dominio mutuo entre las diferentes tradiciones terapéuticas.

En los años 80 se propuso generar espacios para ofrecer la medicina tradicional en las estrategias diseñadas de Atención Primaria para la salud. Esto atrajo la atención del espacio académico, político y medios de comunicación, impulsando peticiones que difícilmente se realizaban en el ámbito sanitario (Milano 1980).

A nivel internacional, esta política había sido formalmente presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978, con la Declaración de Alma Ata (Kazajstán). En esta Declaración, fundamentada con la conceptualización de Atención Primaria para la Salud, fue considerada la estrategia para dar cumplimiento a los objetivos de “salud para todos en el año 2000”. Se invitó a que los gobiernos acudieran a sus médicos tradicionales para que con un respectivo adiestramiento, pudieran interrelacionarse con personal de salud formados en un espacio institucional (ATA 1978).

El surgimiento de agrupaciones de médicos tradicionales, predominantemente indígenas, fue una figura que comenzó a cobrar fuerza desde los años 80 en Chiapas y se ha proliferado rápidamente en todos los estados. Con el respaldo y propuesta de un proyecto de salud, iniciativa del Instituto Nacional Indigenista (INI), (CNDI 2003).

Sin embargo, jurídicamente, la Ley General de Salud de 1984, declaró como legal y razonable exclusivamente los tratamientos sugeridos por científicos y médicos con

formación en biomedicina en institutos, escuelas, universidades y espacios de enseñanza superior. Las acciones de los médicos indígenas y tradicionales, aunque están aceptadas en su totalidad por los individuos, eran “ilegales”. Con base a eso, la ratificación del convenio número 169 de la Organización Internacional del Trabajo, sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, se manifestó y abrió la posibilidad para que en México se reconociera como legal las terapias curativas ancestrales. (CNDI 2003).

Durante la presidencia a cargo de José López Portillo, se incrementaron infraestructuras de salud en aquellos lugares en donde no había servicios institucionales, esta tarea le fue asignada al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se construyeron 70 Hospitales de Campo y aproximadamente 2 mil Unidades Médicas Rurales. El IMSS, que ya tenía su propia Unidad de Investigación en Medicina Tradicional y Desarrollo del Medicamento, dio apertura al Programa de Interrelación de la Medicina Tradicional con la Biomedicina Institucional. (OIT 1989).

La acreditación que existe actualmente, está muy distante de distinguir y aceptar a los médicos tradicionales como profesionales, incluso de poder contextualizar con exactitud cuál es el dominio y su área de acción “legal”, en cuanto a sus prácticas legítimas, derechos y obligaciones en caso de controversia. Es muy cierto que sí se reconoce su importancia fundamentada en la Declaración de Alma Ata, y se manifiesta lo pertinente de la participación de médicos indígenas y tradicionales, pero siempre con el enfoque de subordinación al modelo sanitario biomédico. (DOF1992)

En 1978, la Secretaría de Salud aprobó e implementó un centro médico rural en Cuetzálan, Puebla, el primero con una innovación hospitalaria, se trató de una infraestructura Híbrida, es decir, que junto al primer y segundo nivel de atención para la salud, esta iniciativa estuvo al mando del Instituto Nacional Indigenista (INI). A pesar de que el INI no es un organismo sanitario, complementó e incluso sustituyó a las instituciones de salud pública de esa zona hasta el año 2000, cuando la

Secretaría de Salud dictaminó que ese hospital volvería a depender del gobierno (Duarte, Brachet, Campos y Nigenda, 2004).

La aceptación, reconocimiento y el notable éxito que tuvo ese hospital, se atribuyó a la premisa fundamental de la empatía, susceptibilidad, calidez y capacidad profesional de los prestadores de servicios de salud que fueron capacitados por el INI para comprender y generar un sinergismo de confianza, respeto y aprobación del interaccionismo de la comunidad indígena, las organizaciones que destacaron en este trabajo fueron la Tosepan Titatanisque y la Masehualpajti que también desarrollaban modelos de atención en el área de salud. El objetivo particular del Programa de Salud Regional fue proyectar la medicina tradicional náhuatl y totonaca, fomentando un espacio formal para el desarrollo de la medicina tradicional y herborista (Masehualpajti, 1991).

Con los años, esta iniciativa ocasionó un verdadero entusiasmo, lo suficiente para que ese proyecto de Hospital Mixto fuera aprobado por el presidente de la República Mexicana en turno, Carlos Salinas de Gortari, que personalmente acudió para tener la experiencia directa del funcionamiento y estructura del hospital híbrido en Cuetzálan, con su aprobación y respaldo, asignó al INI para que repitiera ese tipo de hospitales en otras comunidades indígenas el país (Milano 1980).

La edificación de ese hospital y la estructura de las áreas internas se hicieron de la misma forma que cualquier clínica, sanatorio u hospital del sistema biomédico. Médicos de formación académica institucional y reconocidos médicos tradicionales, interactuaron bajo el mismo esquema, separados por un corredor para no obstaculizar el flujo de pacientes que pasaran de una organización de consulta médica a otra. Ofrecía los servicios de sala de partos convencional para la biomedicina y otra considerando los usos y costumbres naturales de dar a luz arrodilladas o en cuclillas; un consultorio exclusivo para el ingreso de pacientes, convalecientes y en recuperación, otro para hueseros y curanderos, además construyeron un laboratorio para producir y conservar fitofármacos, así como una

farmacia alópata convencional, un temazcal, un altar y un aula para seminarios (Milano 1980).

En 1996, se abrió el Hospital Mixto de Jesús María en Nayarit iniciativa del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 del Gobierno Federal, no solo ofreció servicio a ese estado, acudían personas de Durango, Jalisco y Zacatecas debido a la aceptación e información difundida. Este Hospital también Híbrido entre biomedicina y medicina tradicional mexicana, tiene consulta externa y especialidades en gineco obstetricia, odontólogo, psicología, medicina preventiva, pediatría, urgencias, trabajo social, hospitalización, rayos X básicos y farmacia alópata; y los servicios de medicina tradicional estaban constituidos por personal como un traductor, curandero, huesero, sobador, partera y yerbero. (SSA 2015).

En el sur del país, Chiapas cuenta con el Hospital General de Yajalón, comunidad conformada por aproximadamente de 37 mil habitantes, en su mayoría indígena. Lo inauguró José Narro Robles, Secretario Federal de Salud. Este hospital favoreció la oportuna y rápida atención a los pobladores, evitando largas trayectorias para acudir al servicio médico más cercano que comprendía 2 horas de camino. Se consolidó como un servicio médico que respetó y dio confianza respecto al uso curativo de sus costumbres, se ofrece servicio de parto tradicional, con partera, en instalaciones dignas, con personal capacitado, equipo e instrumental necesario, donde se pueden realizar cirugías y se use biomedicina especializada como complemento a sus prácticas. Tiene servicios de medicina preventiva, interna y tradicional, cirugía general, terapia intensiva, neonatología, pediatría, traumatología, ginecología, atención prenatal, colposcopia, psicología y nutrición, 2 quirófanos y área de urgencias. (SSA 2017)

En el año 2002, la Secretaría de Salud, que tuvo la visión de incorporar la medicina tradicional a los tratamientos curativos del hospital de Cuetzálán, desarrolló el proyecto de Hospitales Integrales con Medicina Tradicional, que se fundamentan en la iniciativa del apartado médico del Plan Puebla-Panamá (PPP). Este programa multinacional para favorecer la construcción y con ello mejorar condiciones de

crecimiento de las regiones indígenas pretende vencer el atraso socioeconómico. Este proyecto de Hospitales Integrales, propone unir la biomedicina con la medicina ancestral, complementar y fortalecer las prestaciones de los servicios ya existentes, para conseguir mayor cobertura y aceptación de acuerdo a las diferentes formas de vida. Este modelo de atención para la salud, se estructuró como prueba piloto en 5 hospitales del estado de Puebla y después se replicó en la zona sur – oriente de México. (Plan Puebla Panamá 2005).

Por otro lado, con base a la declaración de la OMS de crear una estrategia sobre la medicina tradicional de 2014 a 2023, naciones y gobiernos se ven con la obligación de generar iniciativas incluyentes para los servicios de salud pública. Como es el caso de Suiza, que aceptó la eficacia y seguridad de medicinas alternativas como el uso de fitofármacos, la estimulación del metabolismo para autocurarse conocido también como terapia neural, homeopatía, medicina tradicional china, la medicina antroposófica que hace una correlación entre deidades con la sabiduría humana, entre otras, mismas que puso a disposición de sus ciudadanos y que sustenta el gobierno (Muro 2012).

Mendizábal (2019), señala que en cada sexenio se transforma un programa diseñado para incluir la atención a la población con mayor necesidad debido a la pobreza. Se crea en 1973 con el nombre de PIDER, posteriormente cambio a PRONADRI, COPLAMAR, PRONASOL, PROGRESA, OPORTUNIDADES y PROSPERA.

Para el 2018, a través del programa IMSS-PROSPERA se otorgaron elementos de salud a las familias afiliadas atendándose en el Seguro Popular. El objetivo fundamental es ofrecer atención médica a los individuos y familias más vulnerables del país y que además no cuenten con una seguridad social. Fue una política pública que ayudó a la población sin posibilidad contributiva con extrema pobreza y desprotegida.

La política pública vigente para México se pone en marcha en enero del año 2020, con el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), que ofrece servicio de salud

gratuito, promueve la calidad y calidez a todos los ciudadanos que no tienen seguro social y se crea basándose en los principios universales de inclusión justicia e igualdad. A diferencia de PROSPERA, no necesitaran afiliarse ni pagar cuotas para recibir atención o medicamentos, solo se requiere comprobar nacionalidad con la Clave Única de Registro Poblacional (CURP) o acta de nacimiento y estar en estado de vulnerabilidad para ser atendidos en gratuidad (GOB 2020).

El proceso de una fusión de servicios de salud mixta, está fuertemente influenciado y manipulado por una serie de circunstancias que articulan intereses y poderes entre políticos, los grupos indígenas, las instituciones públicas, académicos y de investigación e instancias privadas como el sector farmacéutico (Milano 1980).

La aceptación y amplia recomendación ha reflejado un crecimiento importante de este tipo de atención mixta, no solo en un contexto histórico social indigenista, sino también en las grandes urbes del país.

La actual diputada Gabriela Quiroga, comunicó que en todas las alcaldías capitalinas se asignará un médico tradicional en sus servicios públicos sanitarios, con el propósito de consolidar al sistema tradicional mexicano en los servicios de salud, ya que es aceptada esta demanda incluso más que la biomedicina. Mencionó una investigación realizada por estudiantes de la carrera de Sociología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), quienes detectaron que las principales enfermedades por las que acuden a centros tradicionales son ansiedad, estrés, y estos generan gastritis, obesidad, contracturas musculares, y consumo de drogas, por lo que estas medicinas complementarias adquieren mayor importancia (Diario sin Limites 2019).

El IMSS con una experiencia mayor a 30 años de investigaciones interdisciplinarias en medicina tradicional mexicana, tiene un herbario con 14 mil especies de plantas medicinales, ha generado aproximadamente 10 mil medicamentos con extractos de plantas curativas que son tratamientos viables para atender diferentes

enfermedades, desarrolló un programa de fitofármacos con el objetivo de potencializar medicamentos herbolarios (Milano 1980).

CAPITULO 3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Con la fundamentación de la necesidad imperante del gasto y cobertura en salud, y de generar una política pública que atienda las necesidades del proceso salud enfermedad, considerando el canon, intercultural, multicultural y pluricultural, tres enfoques que México tiene, para realizar políticas públicas, se plantea realizar esta investigación. Contemplando el eje rector de un proceso investigativo (el método científico), la presente tesis se realiza con una investigación cuantitativa de tipo estadística, aleatoria con un corte transversal, observacional y descriptivo.

Bajo el pensamiento sociológico del Estructural – funcionalismo de Parsons que consideraba que se actuaba con base a normas ya impuestas sin contemplar que los seres humanos *per se* cuentan con un sentido empírico, gráfico, con una racionalidad propia y adecuada a las verdaderas necesidades cotidianas del mundo societal en el que se desenvuelven, fuera de los cuerpos teóricos que se llaman ciencia es necesario conocer las verdaderas necesidades del ser humano que imperen por encima de lo “científicamente comprobado” y sea dúctil para transformar las normas y leyes, esto implica pasar de un conocimiento práctico a un proceso de reflexión crítico y teórico construido con la interacción, basado en las necesidades y con el conocimiento de todos los actores como dimensión social.

La representación de una Política Pública, se asocia a los antecedentes históricos de los modelos de investigación en disciplinas administrativas como el positivismo, el postpositivismo, hermenéutica, constructivismo, paradigmas analítico y descriptivo. Desde este punto de vista científico, los hechos sociales y políticos, fortalecen el descubrimiento de teorías que favorezcan el entendimiento en tiempo y espacio, metodologías propias de las políticas públicas, y se transformen en un campo activo y emprendedor de la investigación social. El acercamiento teórico que entienda y junte decisiones, acciones y estructuras coherentes entre su formación,

la aplicación y la intervención de actores públicos y privados regulados por la administración de recursos y la manera de resolver la problemática social pública (KNOEPFEL, 2007).

La cercanía que existe entre el sujeto y el objeto del conocimiento, se convierte en la conveniencia de los protagonistas que no representaron en su análisis, una realidad natural y verdadera. De tal forma que, a los individuos, nunca les son ajenos los resultados de una investigación, por el contrario, es a ellos a quienes les afecta o beneficia directamente.

Materiales y Métodos

La presente investigación tuvo como objetivo principal sugerir una política pública de salud en México, que concatene la biomedicina institucional y la medicina tradicional mexicana, basada en el proceso salud enfermedad, para tener una mayor cobertura a un menor costo. De acuerdo con Mendoza, *et.al.* (2004), para la obtención de resultados que manifiesten la pertinencia de dicha iniciativa, se estructuran las variables o atributos de la unidad de este estudio.

Tipos de variables

Las variables se plantearon desde las siguientes modalidades: Cualitativas (nominal): se refiere a la descripción de la cualidad y que solo pueden ser cuantificables a través de la frecuencia, la escala de medición fue nominal ya que son mutuamente excluyentes.

- Variable Absoluta: característica de los individuos que no tienen necesidad de hacer referencia.
- Variables Relacionales: por tener la condición que sólo se pueden expresar en relación a algo
- Variables Comparativas: que son planteadas como las características de un individuo en relación a un grupo.
- Variables Contextuales: en donde las condiciones de un grupo caracterizan a los individuos.

Definición y operacionalización de variables

Cabe mencionar que la definición precisa de las variables para el consenso teórico, debe ser sensible a una medición empírica que deben ser operacionales, por lo que se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 1. Variables

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	OPERACIONALIZACION
Sexo	Cualitativa	Características fenotípicas de los individuos	Nominal	- Masculino - Femenino
Edad	Cualitativa	Número de años cumplidos	Nominal	Rangos de Edad De 20 A 60 Años
Profesión	Cualitativa	Personal de salud, médicos, odontólogos y enfermeros	Nominal	- Licenciatura - Especialidad - Maestría - Doctorado
Profesión	Absoluta	público en general	No Fue Medible	No Modifica Resultados
Uso de Medicina	Comparativa	Medicina tradicional mexicana	Ordinal	- Afirmación - Negación
Sugerencia de uso medicina tradicional mexicana	Relacional	Aceptación para su implementación	Ordinal	- Afirmación - Negación
Fitofármaco	Contextual	Producto del campo mexicano	Ordinal	- Afirmación - Negación

Se desprenden objetivos particulares los cuales son:

- Ponderar los resultados terapéuticos entre biomedicina institucional y medicina tradicional mexicana.

- Proponer ofertar en los hospitales, clínicas y centros de salud de primer y segundo nivel del sector público biomedicina institucional y medicina tradicional mexicana.
- Considerar el gasto público e inversión en salud es más económico si en las farmacias ofrecen fitofármacos.
- Proponer fitofármacos como activación de la economía en el campo mexicano y ser exportadores a nivel mundial.

Diseño de investigación

El diseño de la investigación científica para verificar el problema planteado se basó en un estudio estadístico de tipo aleatorio, exploratorio, observacional descriptivo y transversal.

El tipo de estudio fue una investigación básica que buscó un primer acercamiento en acrecentar y difundir los conocimientos teóricos sin el interés propiamente de su aplicación, pero dejando la apertura con la visión de continuar con una investigación aplicada y conseguir la ejecución de los resultados de este proceso investigativo.

La población de estudio se clasificó en dos categorías esenciales: personal de la salud con formación profesional en biomedicina institucional y población abierta.

Los criterios de inclusión que se consideraron, dependieron de 2 estructuras:

La primera basada en personal profesional:

- Profesional de salud con formación en biomedicina institucional.
- Médicos
- Enfermeros
- Odontólogos
- Que cuenten con edades entre 20 y 70 años
- Individuos de cualquier sexo
- Que radiquen en México

- Que se encuentren económicamente activos en su disciplina

La segunda basada en población abierta:

- Individuos de cualquier sexo
- Que estuvieran en rangos de edad entre 20 y 70 años
- Nacionalidad Mexicana
- Radiquen en México

Métodos y Técnicas

Para la recopilación de la información, se realizó una investigación de estudio formulativo o exploratorio, fundamentado por un lado con la documentación de la literatura y por otro lado, a través del contacto con la unidad de observación mediante dos instrumentos de recolección de datos, que constan de encuestas estructuradas por preguntas realizadas a personal profesional: médicos, enfermeras, odontólogos y promotores de la salud, tanto del sector público, institucional o privado (ver apéndice 1); y otra encuesta realizada a población abierta (ver apéndice 2). Estas encuestas fueron en formato impreso convencional que fue aplicado en persona, pero también, se diseñaron los mismos instrumentos en versión digital.

La estructuración de la encuesta digital se realizó de la siguiente manera:

- Un correo electrónico fue registrado, en este caso se utilizó una cuenta compatible con google (Gmail).
- Se accedió a la zona de diseño del formulario. Google drive fue utilizado para estructurar las preguntas.
- Una vez diseñada la encuesta en el formulario se determinó título, tema y se seleccionó la zona de edición.
- Se realizaron 2 formularios independientes.

- La encuesta dirigida a los prestadores de servicio (apéndice 3), y otra encuesta dirigida al público en general (apéndice 4).
- Se hace pública la encuesta y se compartió vía correo electrónico, WhatsApp y Facebook.
- Las respuestas son direccionadas y registradas en una base de datos en el formato Excel que llega a la cuenta de correo con la que se diseñaron.

Ambas encuestas tratan de medicina tradicional mexicana y su aplicación en instituciones públicas y privadas.

La encuesta dirigida al personal de salud, está creada para señalar si el profesional de biomedicina institucional ha usado la medicina ancestral de manera personal, y conocer qué resultados han obtenido sus pacientes, así como la recomendación que harían de usar ambas prácticas médicas en el modelo sanitario nacional oficial (INSABI).

La encuesta realizada al público en general, arroja resultados referentes al uso y aceptación de la medicina tradicional entre ciudadanos del país, independiente de que esta no se oferte en el sistema público nacional, y señala si existe interés de que esta medicina se ofrezca en el modelo de atención para la salud pública vigente para el país.

El diseño estadístico se realizó a través de hojas de cálculo en Excel y en la base de datos se vinculó al programa estadístico SPSS para el cruce de variables, análisis de resultados y la elaboración de cuadros y gráficas. Se utilizaron los análisis de varianza, t de Student para comparar diferentes ítems. Se empleó la regresión logística para asociación entre variables. Para lograr validez y fiabilidad de la muestra, se consideró la fórmula de muestreo para población infinita o no conocida

de acuerdo a (Pick 1988), para investigaciones en ciencias sociales para obtener promedios y porcentajes:

$$n = \frac{Z^2 a^2}{d^2}$$

n = Tamaño de la muestra

Z² = Certeza, generalmente se busca un 95% cuyo valor es Z = 1.96

a² = La variancia que está representando la variabilidad del fenómeno.

d² = Precisión, intervalo de error

El tamaño de la muestra se determinó con base en la fórmula para estudios de prevalencia definiendo una proporción de 60%, un intervalo de confianza de 95% y un error máximo de muestreo de 4%.

CAPITULO 4. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se realizaron un total de 648 encuestas, de las cuales 227 fueron del personal de la salud y 421 de la población en general. De las 227 encuestas dirigidas al personal profesional de la salud, se obtuvieron los siguientes resultados:

Grado Académico del personal de la salud

Tabla 2. Grado Académico

Grado académico	Total de respuestas	Porcentaje
Licenciatura	148	65.2%
Especialidad	54	23.8%
Maestría	22	9.7%
Doctorado	3	1.3%

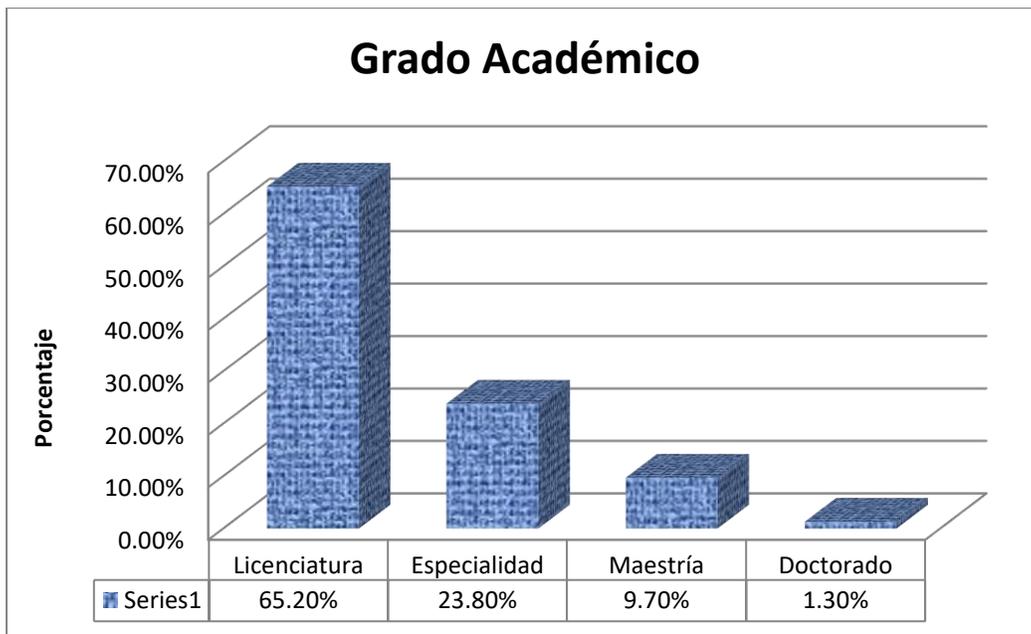


Gráfico 1. Grado Académico. Se aprecia que más de la mitad de los que respondieron, con el 65.2% son sujetos con grado académico de licenciatura, 23.8% especialistas, maestrías 9.7% y 1.3 % corresponde a doctorado.

Rangos de Edad de los individuos encuestados

Tabla 3. Edad personal de salud

Rangos de edad	Total	Porcentaje
20 – 29	62	27.3%
30 – 39	63	27.8%
40 – 49	64	28.2%
50 – 59	30	13.2%
60 – 69	8	3.5%

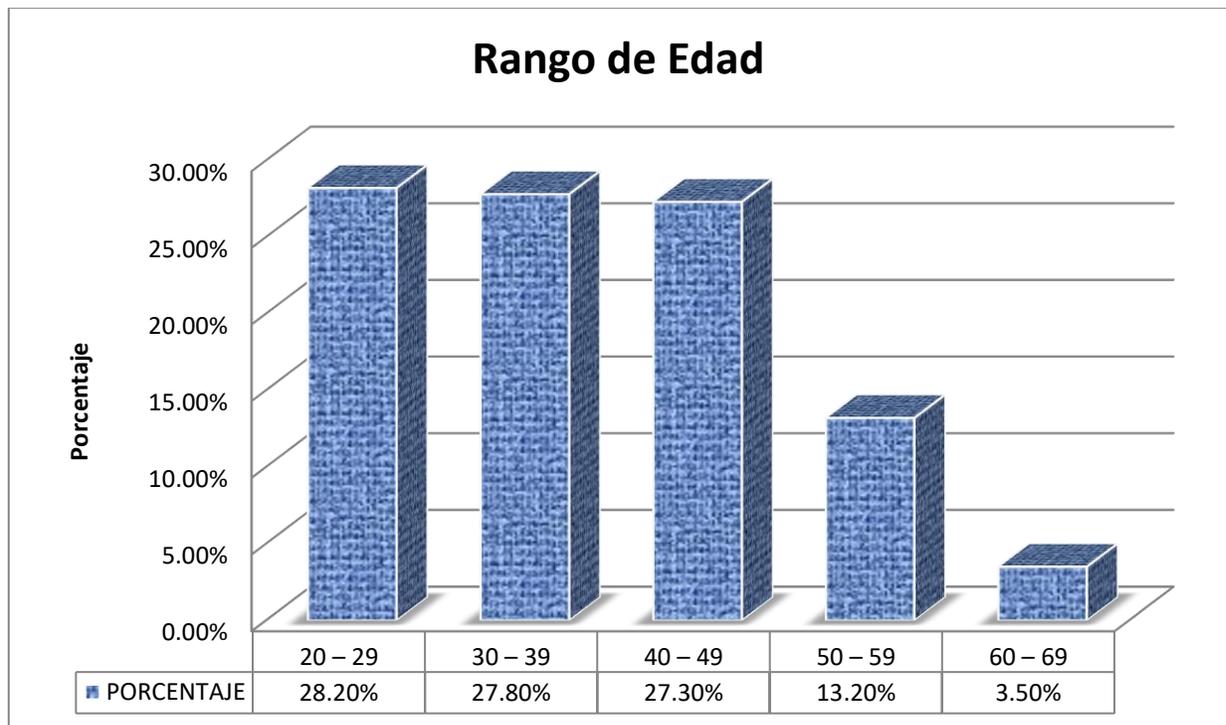


Gráfico 2. Edad personal de salud. En este gráfico se observa que el rango que tuvo mayor participación fueron individuos de 40 a 49 años con el 28.2 %, seguidos del 27.8 % de entre 30 a 39; el 27.3 % son personas entre 20 a 29 años, 13.2 % de 50 a 59 y el 3.5% de 60 a 69 años de edad.

Características fenotípicas de los individuos

Tabla 4. Fenotipo personal de salud.

Sexo	Total	Porcentaje
Femenino	170	75.8%
Masculino	57	25.1%

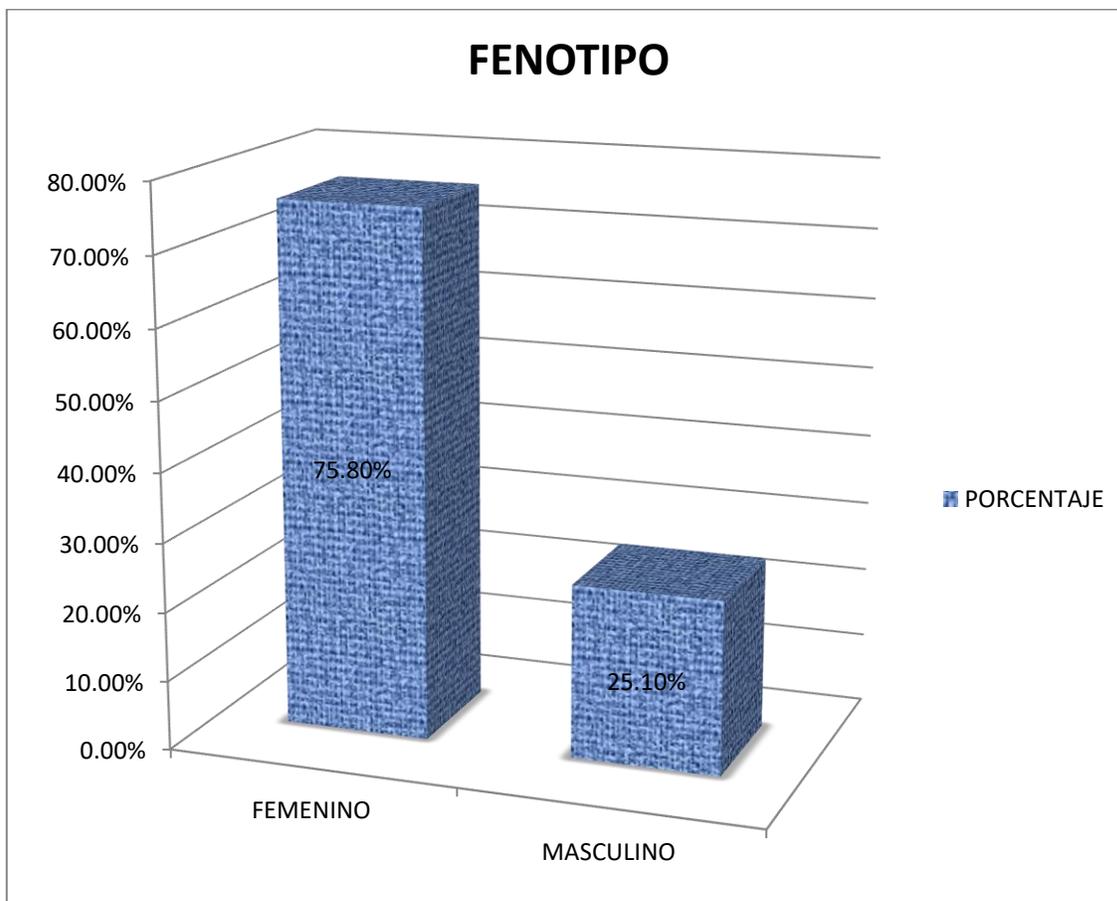


Gráfico 3. Fenotipo. El 75.8% corresponde a mujeres y el 25.1 % de hombres encuestados.

El lugar en donde labora es:

Tabla 5. Lugar de trabajo

Categoría de respuesta	Total	Porcentaje
Consulta privada	142	62.6%
Institución pública (IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, etc.)	48	21.1%
Institución académica pública	36	15.9%
Institución académica privada	1	0.4%

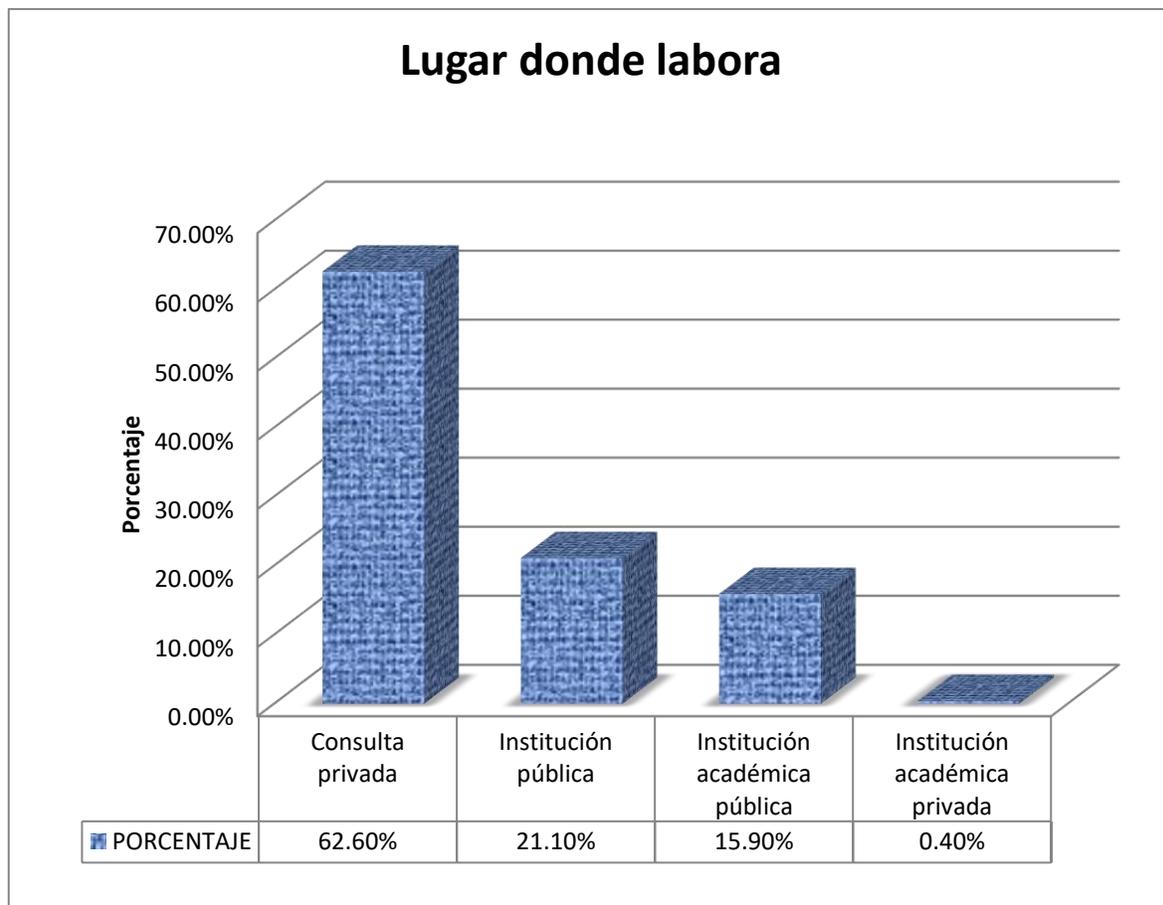


Gráfico 4. Lugar de trabajo. La mayoría del personal de salud que contestó la encuesta trabaja en el sector privado reflejándose con un 62.6%, seguido de los trabajadores en instituciones de salud pública con el 21.1 %; el 15.9% son académicos en escuelas públicas y el 0.4% académicos en escuelas privadas.

Usted de manera personal, ¿alguna vez ha utilizado medicina tradicional mexicana ya sean hierbas, ventosas, temazcales, masajes terapéuticos, etc.?

Tabla 6. Ha usado medicina tradicional mexicana

Categoría de respuesta	Total	Porcentaje
Si	177	78%
No	32	14.5%
No, pero me gustaría	18	7.9%

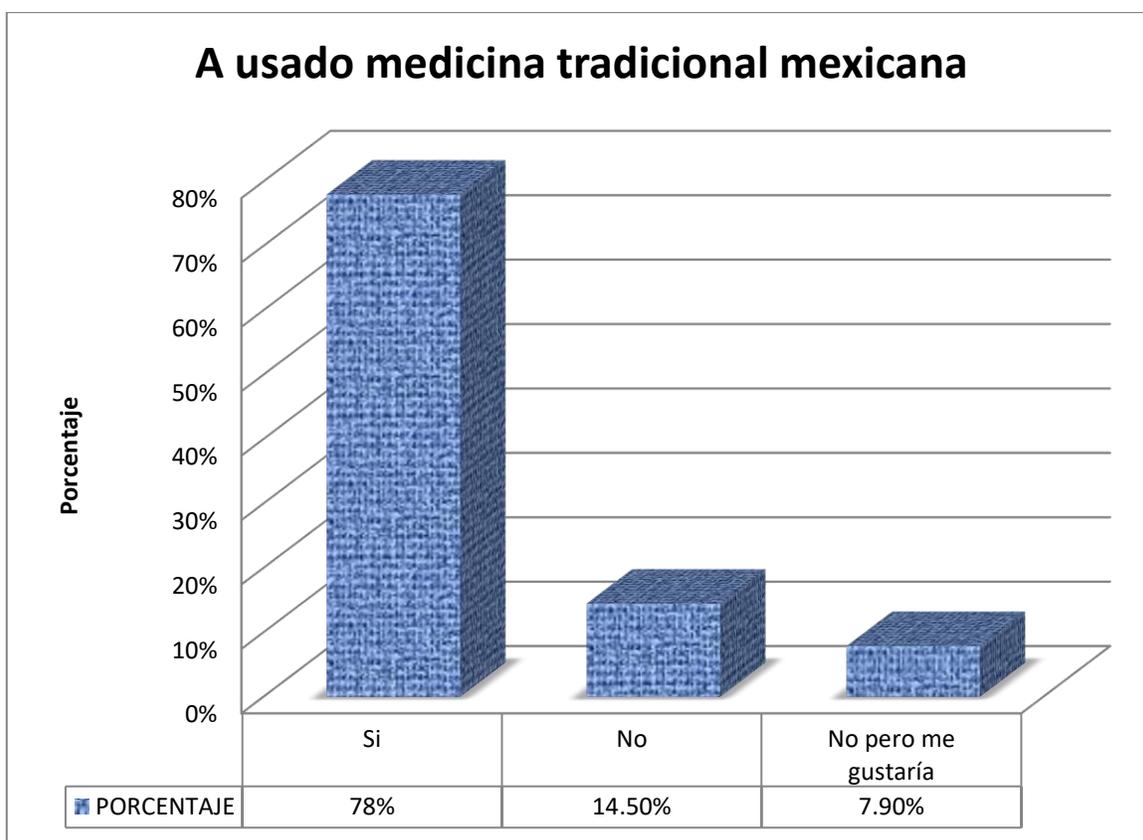


Gráfico 5. Ha usado medicina tradicional mexicana. Este gráfico muestra que el 78% del personal de salud formado en biomedicina institucional ha usado de manera personal la medicina tradicional mexicana en contra del 14.5 % que refiere no haberla consumido, mientras que el 7.9 que no la probado, le gustaría hacerlo.

¿Considera que la medicina tradicional mexicana tenga propiedades curativas como la biomedicina institucional en un primer y segundo nivel de atención para la salud?

Tabla 7. La medicina tradicional mexicana tiene propiedades curativas

Categoría de respuesta	Total	Porcentaje
Si	170	74.9%
No	17	7.5%
No estoy seguro/a	40	17.8%

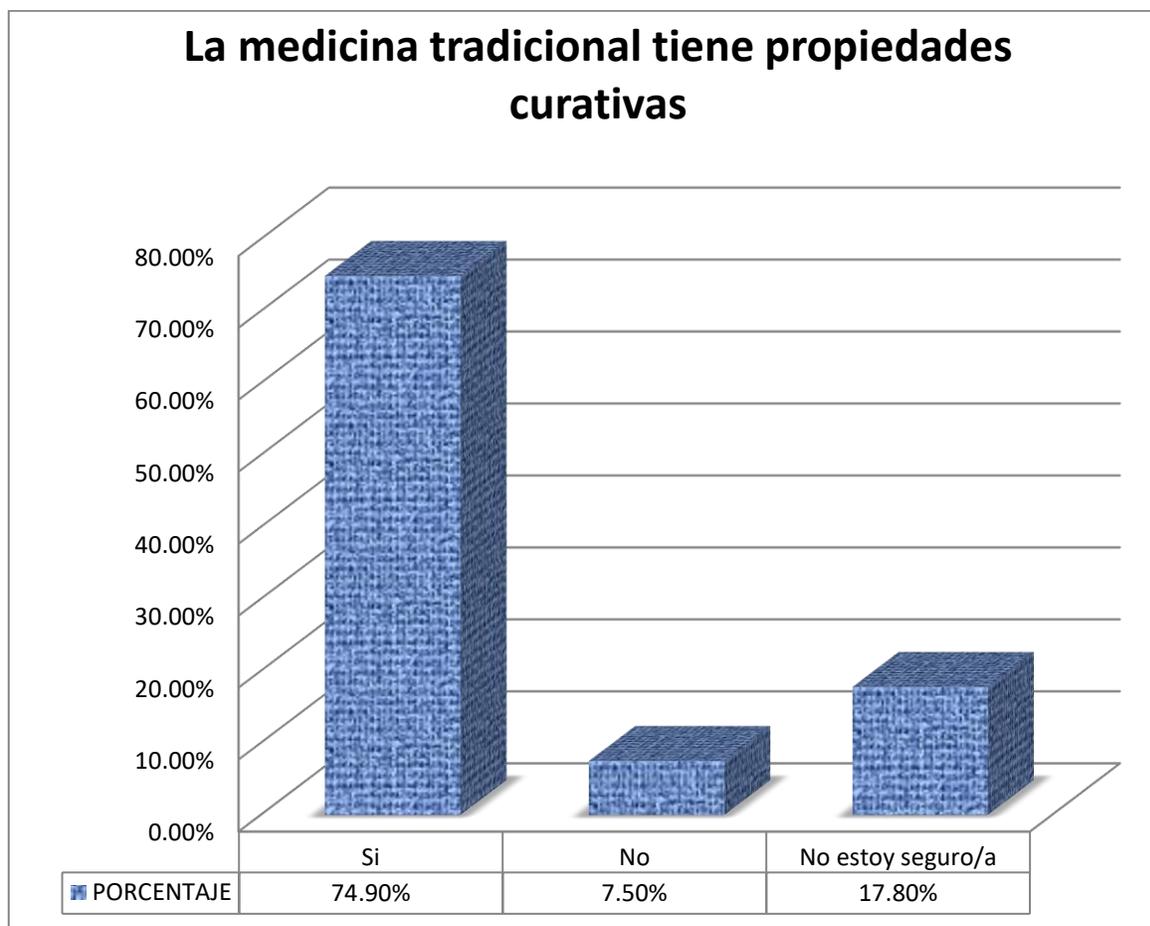


Gráfico 6. La medicina tradicional mexicana tiene propiedades curativas. El 74.9 % del personal de salud, considera que la medicina tradicional sí tiene propiedades curativas de la misma manera que la biomedicina, el 7.5 % considera que no y el 17.8 % mencionan no estar seguros al respecto.

Con base a su trayectoria profesional, ¿conoce pacientes que han recurrido a la medicina tradicional mexicana y se encuentren satisfechos con el resultado?

Tabla 8. Sus pacientes han recurrido a la medicina tradicional

Categoría de respuesta	Total	Porcentaje
Si	200	88.1%
No	27	11.9%

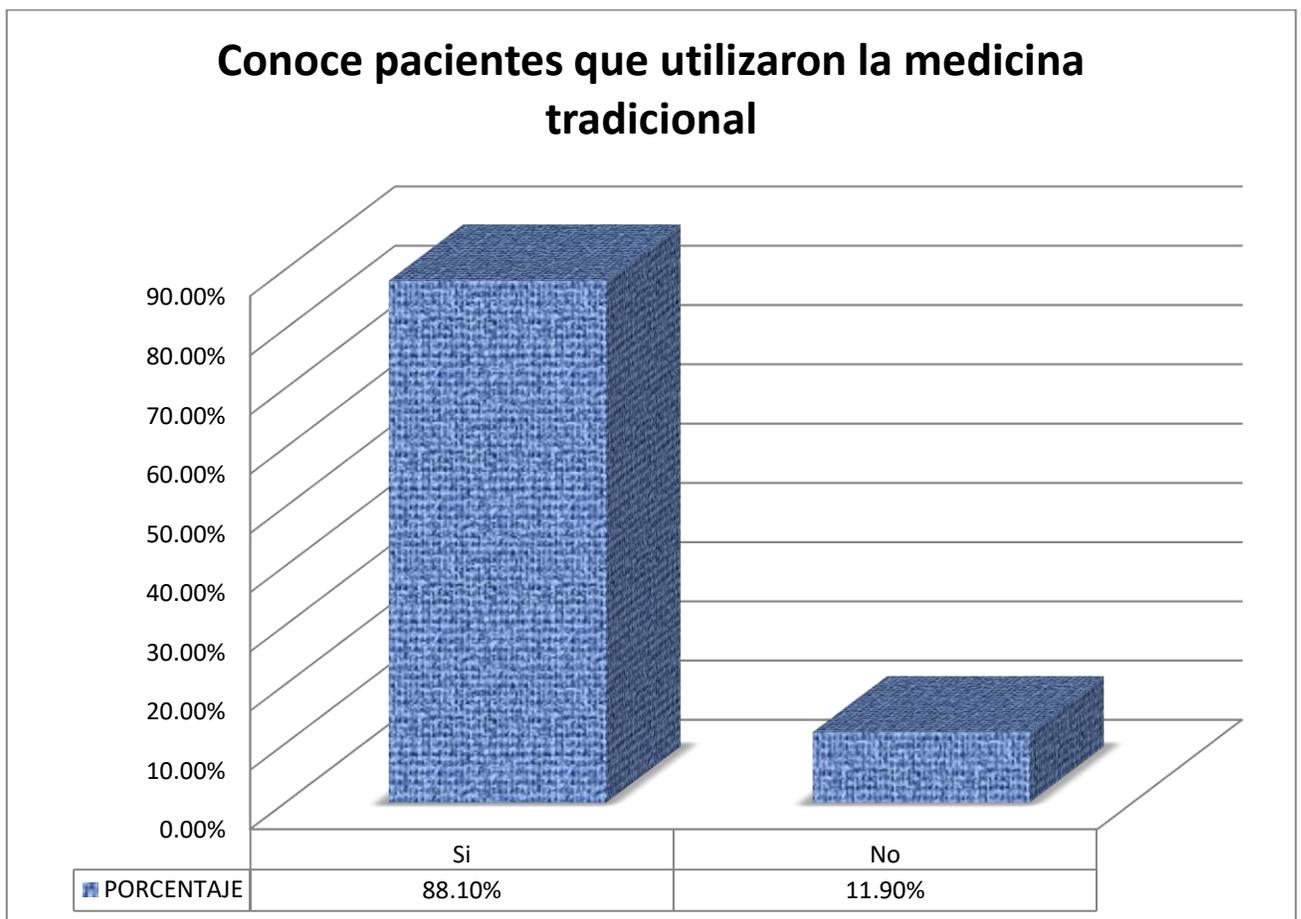


Gráfico 7. Sus pacientes han recurrido a la medicina tradicional. El 88.1 % del personal de salud refiere que sus pacientes sí han buscado medicina tradicional mexicana y el 11.9% comenta que no.

Considerando el auge que la medicina tradicional está teniendo, ¿Cree posible que el cultivo de plantas medicinales en México con miras a ser proporcionados como fitofármacos en instituciones públicas de seguridad social como medicina complementaria y exportada a otros países, favorecería la economía del campo mexicano?

Tabla 9. La producción de fitofármacos favorecería la economía del campo mexicano

Categoría de respuesta	Total	Porcentaje
Si, lo creo posible	204	89.9%
No lo creo posible	23	10.6%

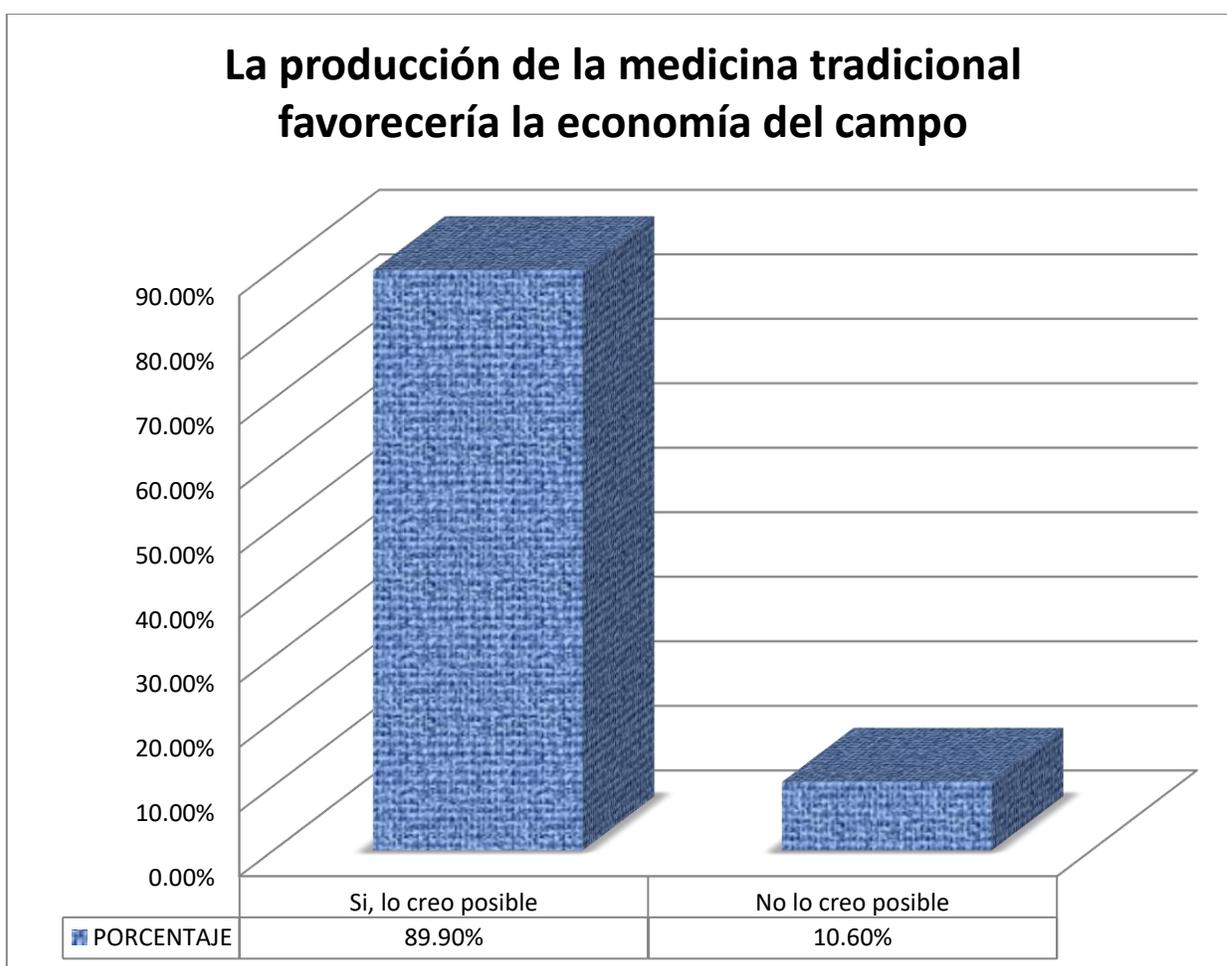


Gráfico 8. La producción de fitofármacos favorecería la economía del campo mexicano. El 89.9 % cree posible que la producción de fitofármacos podría ayudar a mejorar la economía del campo mexicano y el 10.6 % no lo cree posible.

¿Usted sugiere como política en salud pública, implementar la medicina tradicional mexicana en todos los hospitales, institutos y centros de salud en conjunto con la biomedicina institucional?

Tabla 10. Sugeriría implementar la medicina tradicional mexicana en conjunto con la biomedicina.

Categoría de respuesta	Total	Porcentaje
Si	198	87.2%
No	29	13.2 %

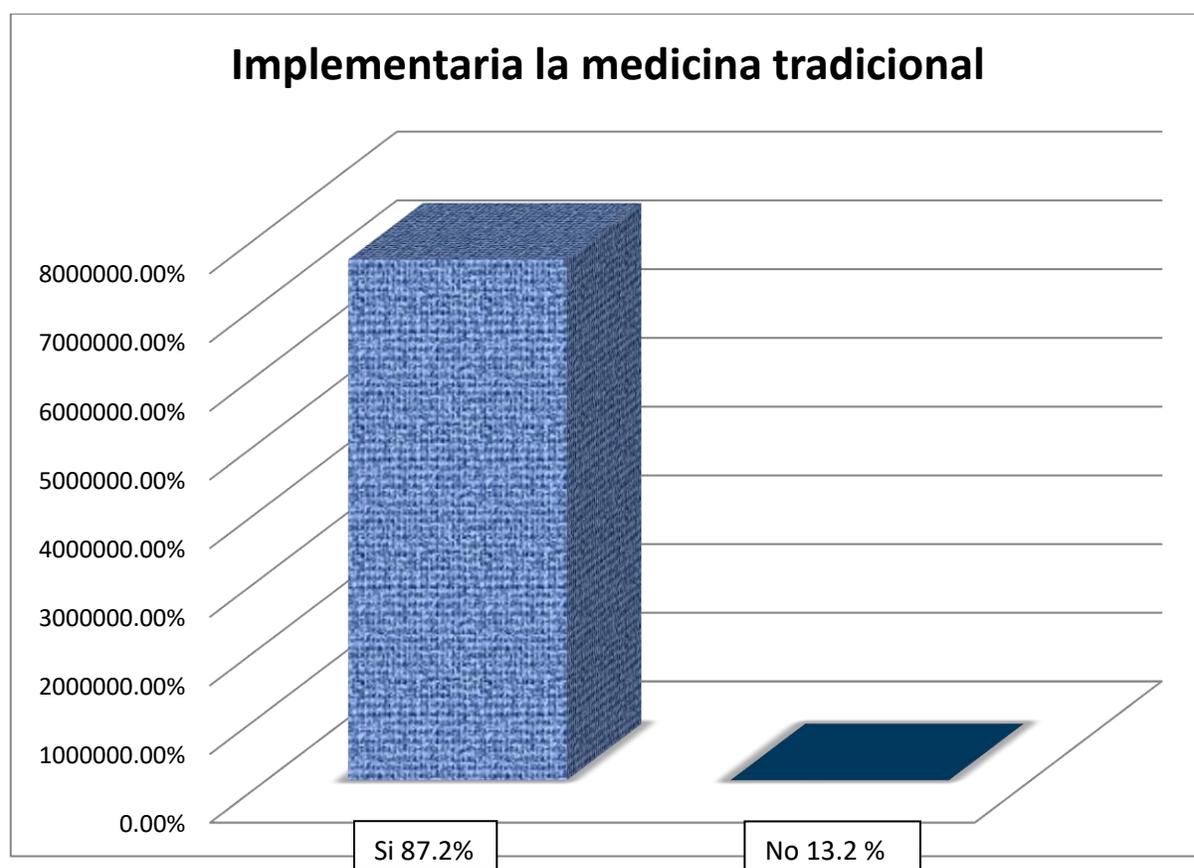


Gráfico 9. Sugeriría implementar la medicina tradicional mexicana en conjunto con la biomedicina. El 87.2% de los profesionales de la salud sugieren implementar la medicina tradicional mexicana al modelo sanitario público vigente, mientras el 13.2 % no lo sugeriría.

¿En dónde la implementaría?

Tabla 11. Lugares en donde implementaría ambas medicinas

Categoría de respuesta	Total	Porcentaje
Centros de salud	65	28.6%
Hospitales	7	2.28%
Institutos	6	3.42%
Todas las anteriores	130	57.3%
No lo implementaría	19	8.4%

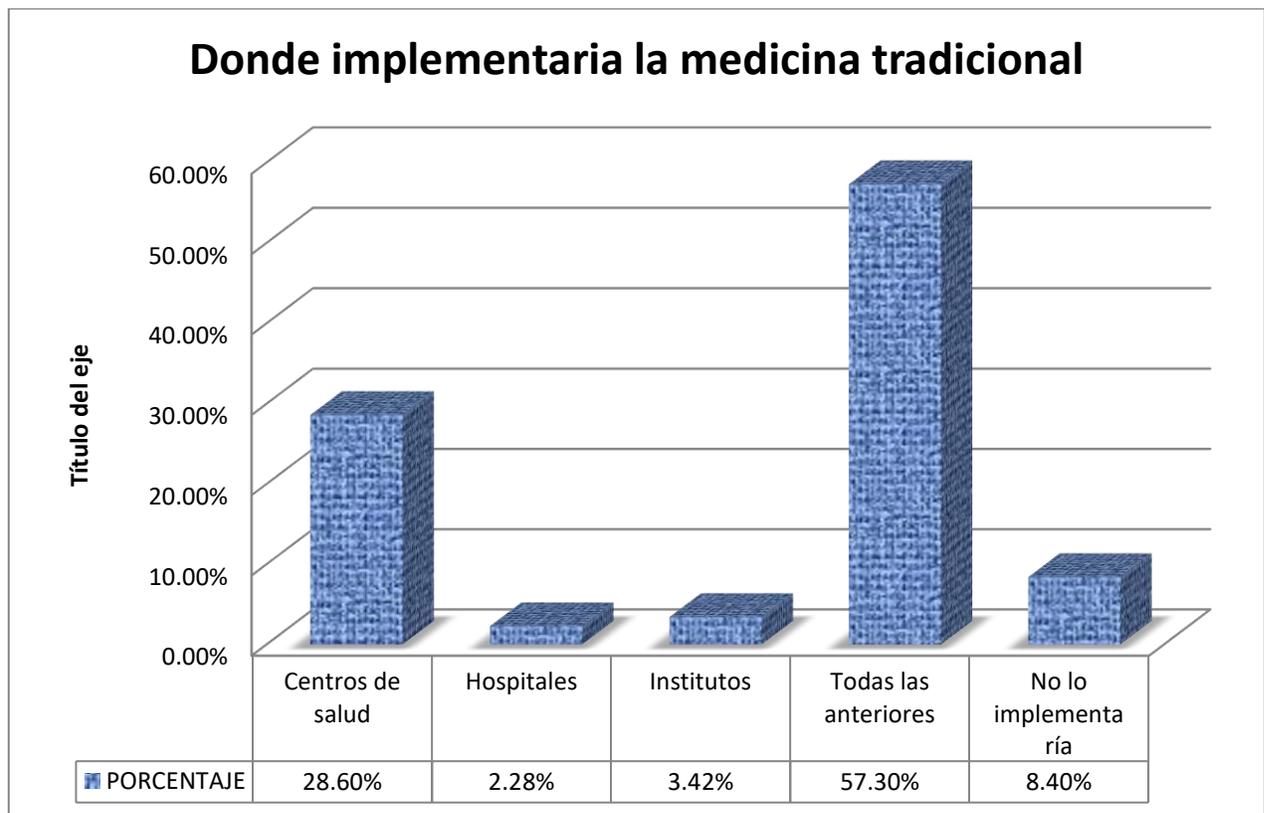


Gráfico 10. Lugares en donde implementaría ambas medicinas. El 57.3% del personal de salud implementaría modelos mixtos de atención en todos los centros de salud, hospitales e institutos, seguidos del 28.6% que lo sugiere en centros de salud, el 3.42% en Institutos, 2.28 % en hospitales y el 8.4 % no lo implementaría.

De las 421 encuestas contestadas por la población en general se obtuvieron los siguientes resultados

Tabla 12.- Escolaridad población en general.

Grado académico	Total de respuestas	Porcentaje
Primaria	4	1.2 %
Secundaria	33	7.8 %
Preparatoria	160	38 %
Licenciatura	169	40.1 %
Especialidad	15	3.15 %
Maestría	33	7.8 %
Doctorado	7	1.8 %

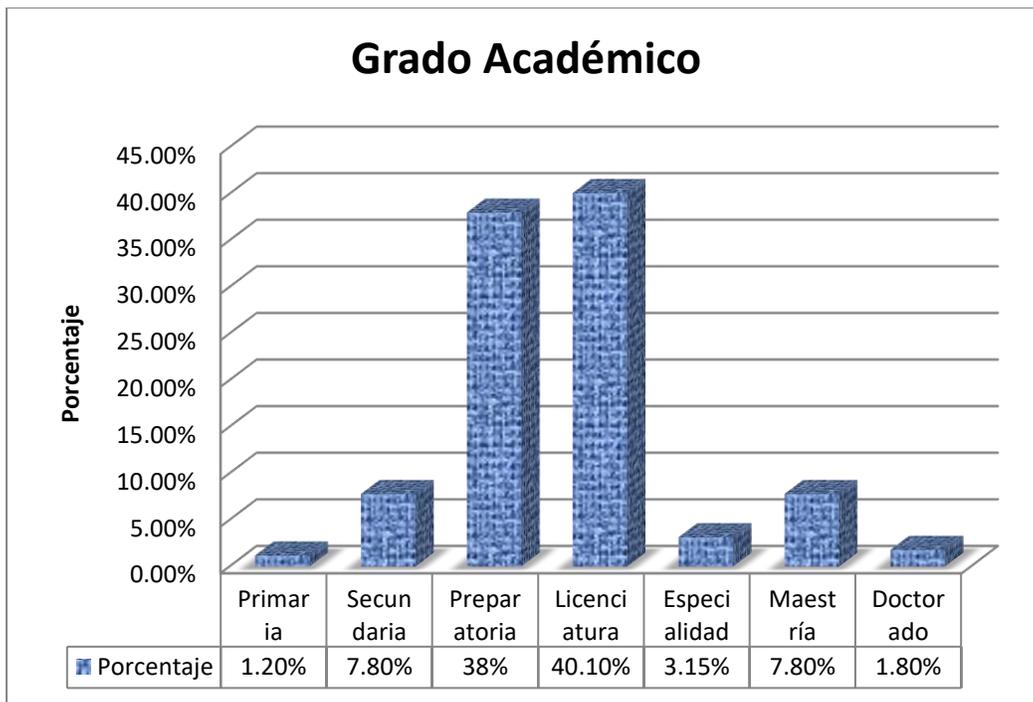


Gráfico 11. Escolaridad población en general. De la población abierta encuestada, el 40.1 % cuenta con licenciatura terminada, el 38% con preparatoria, el 7.8 % secundaria, y también el 7.8 % tiene maestría, el 1.8 % doctorado y el 1.2 % solo cuentan con primaria.

Fenotipo población en general

Tabla 13. Fenotipo población en general

Sexo	Total de respuestas	Porcentaje
Femenino	273	64.8 %
Masculino	148	35.2 %

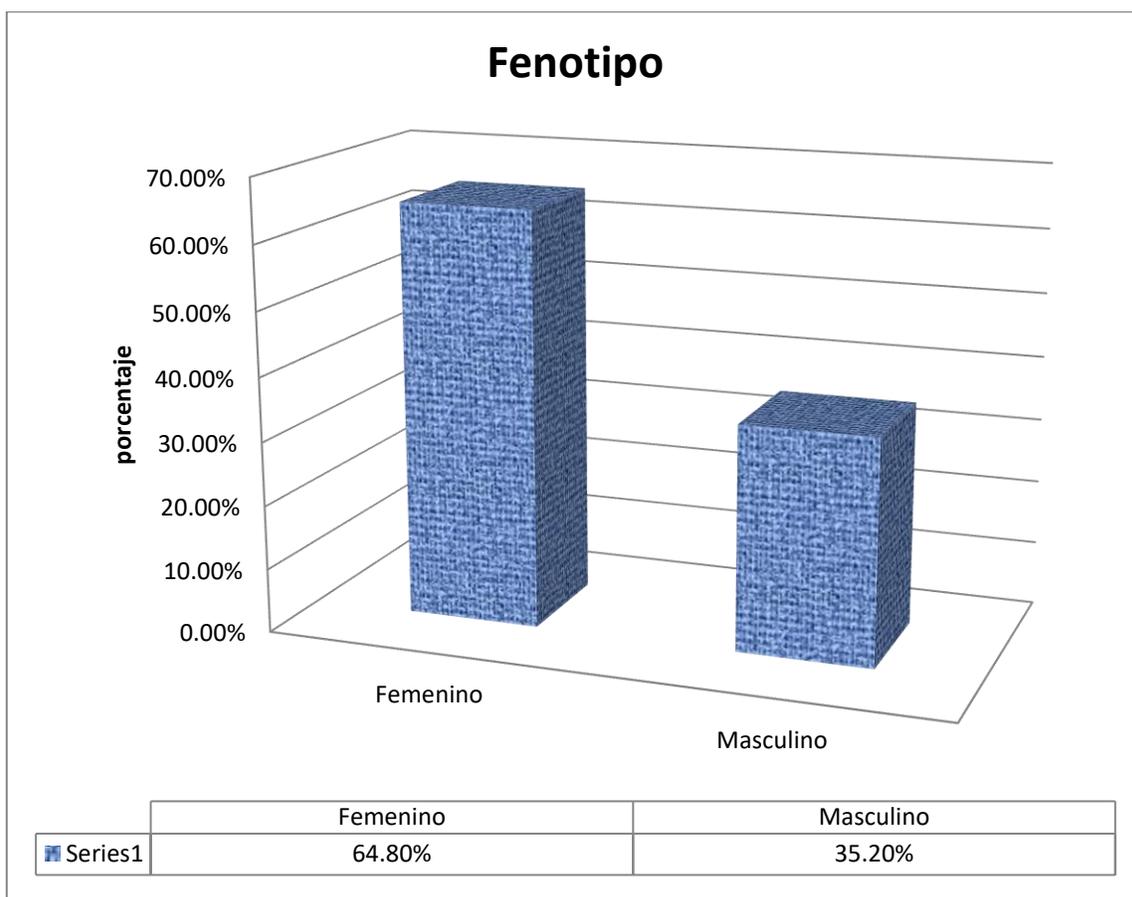


Gráfico 12. Fenotipo población en general. El 64.8% corresponde a mujeres y el 35.2% de los encuestados fueron hombres.

Edad

Tabla 14. Rango de edad de la población en general.

Rangos de edad	Total	Porcentaje
20 – 29	142	33.75 %
30 – 39	131	31.1 %
40 – 49	85	20.2 %
50 – 59	35	8 %
60 – 69	28	7 %

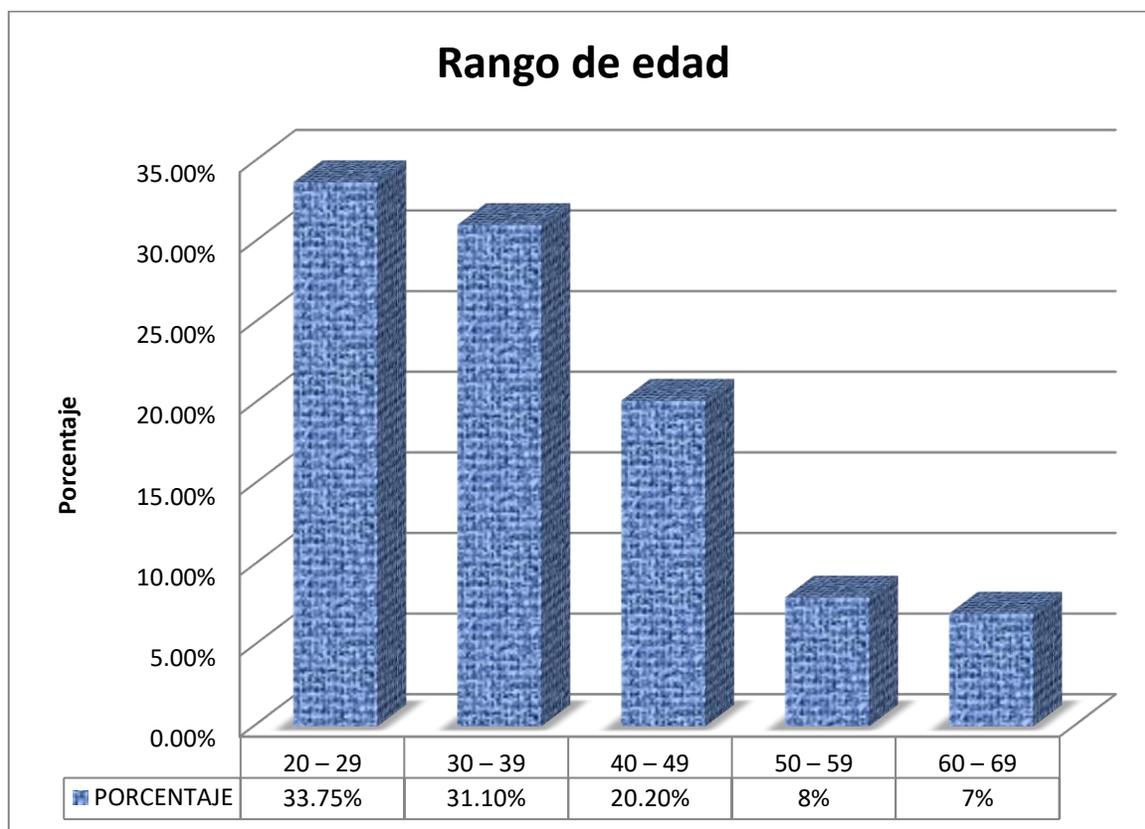


Gráfico 13. Rango de edad de la población en general. El 33.75 % de los encuestados tienen entre 20 y 29 años de edad, el 31.1 % de 30 a 39, el 20.2 % representa individuos de 40 a 49 años, el 8% de 50 a 59 y el 7% a personas de entre 60 y 60 años de edad.

Usted de manera personal, ¿alguna vez ha utilizado medicina tradicional mexicana ya sean hierbas, ventosas, temazcales, masajes terapéuticos, etc.?

Tabla 15. Ha usado personalmente la medicina tradicional mexicana

Categoría de respuesta	Total	Porcentaje
Sí	352	83.6 %
No	42	10.7 %
No, pero me gustaría probarla	27	6.4 %

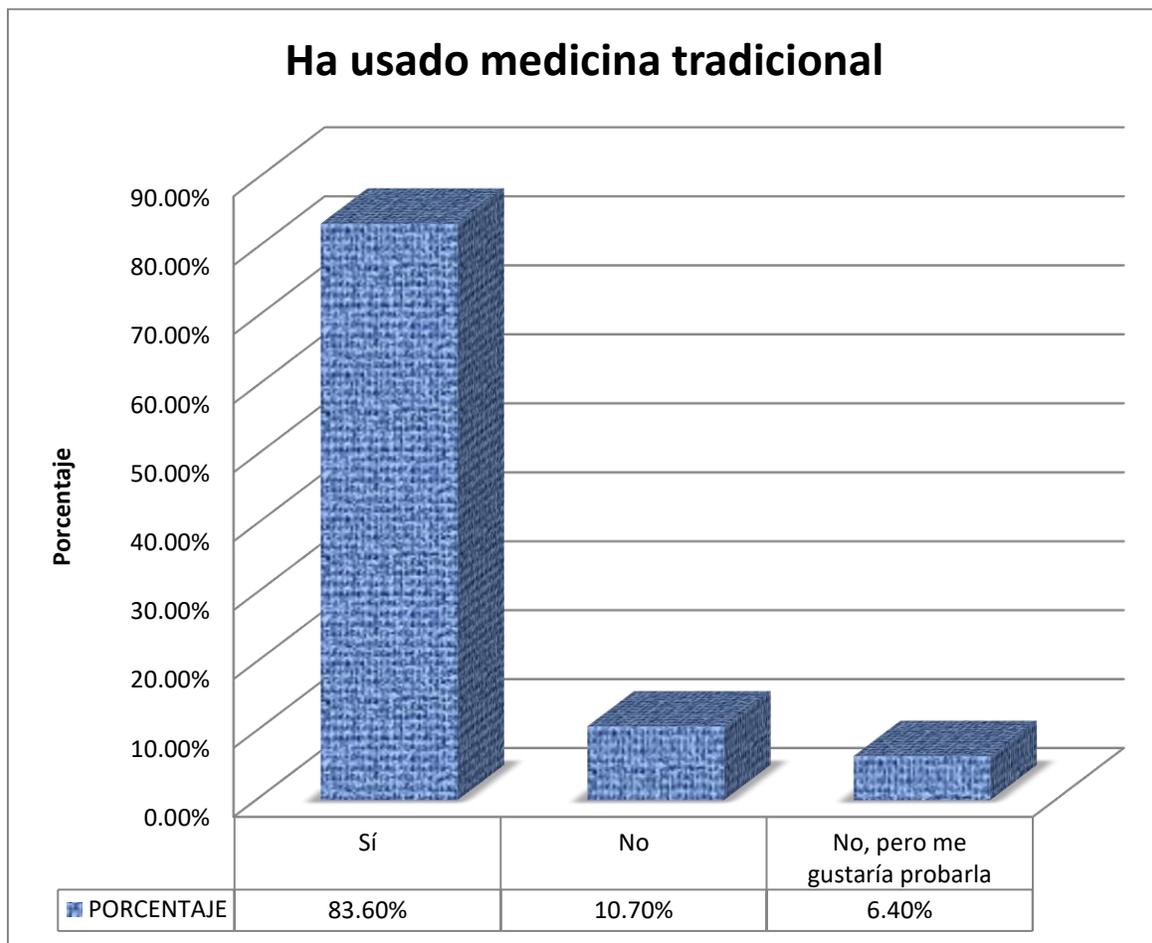


Gráfico 14. Ha usado personalmente la medicina tradicional mexicana. 83.6% de los individuos encuestados refieren sí haber usado la medicina tradicional mexicana, el 10.7 % no la ha usado y el 6.4 % que no la ha utilizado si le gustaría hacerlo.

¿Considera que la medicina tradicional mexicana tenga propiedades curativas como la biomedicina institucional y los medicamentos de farmacia?

Tabla 16. La medicina tradicional mexicana tiene propiedades curativas igual que la medicina de farmacia

Categoría de respuesta	Total	Porcentaje
Sí	380	90.5 %
No	41	9.7 %

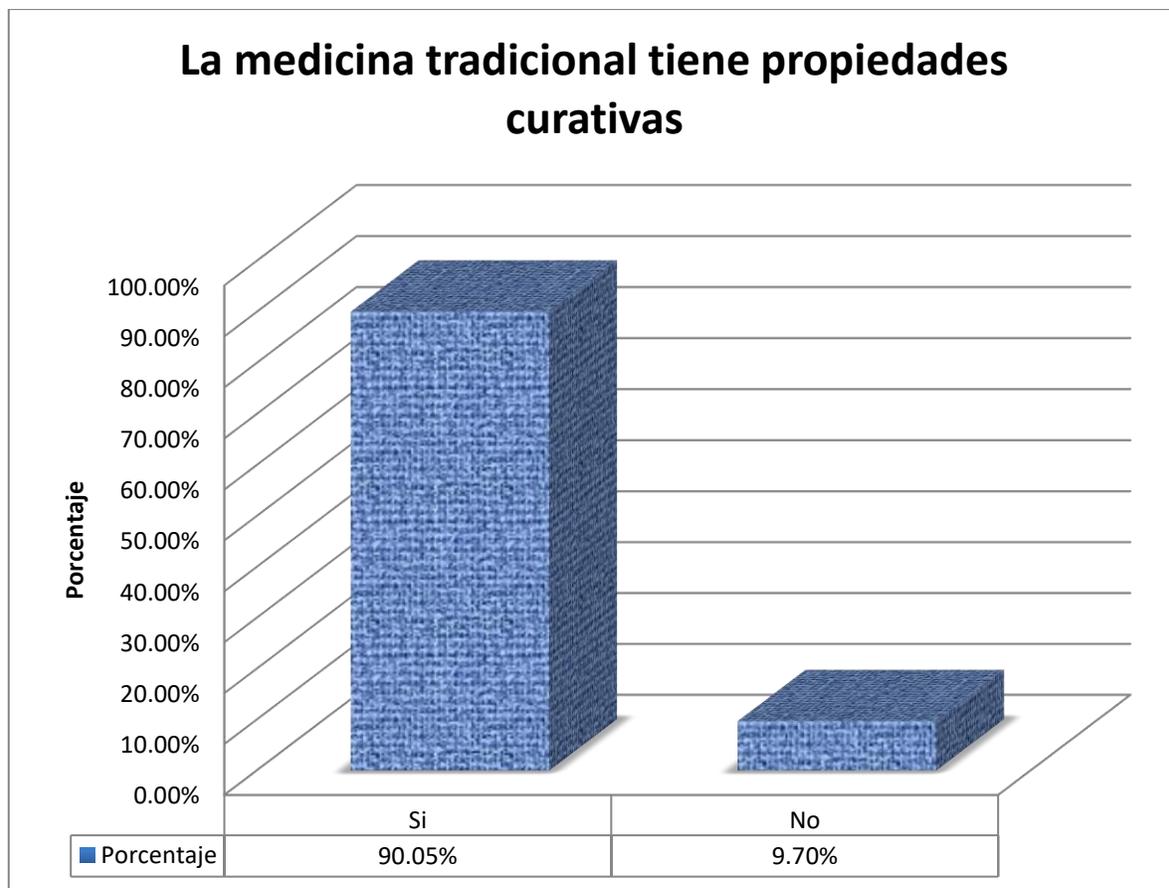


Gráfico 15. La medicina tradicional mexicana tiene propiedades curativas igual que la medicina de farmacia. El 90.5% de la población en general considera que la medicina tradicional mexicana tiene las mismas propiedades curativas que la biomedicina institucional, el 9.7% considera que no.

¿Le gustaría que, en instituciones de seguridad social como IMSS, ISSSTE, ¿Insemina, ¿Seguro Popular, etc., ofrecieran consulta de medicina tradicional mexicana?

Tabla 17. Le gustaría que en instancias públicas de salud ofrezcan medicina tradicional mexicana

Categoría de respuesta	Total	Porcentaje
Sí	364	88.7 %
No	57	13.8 %

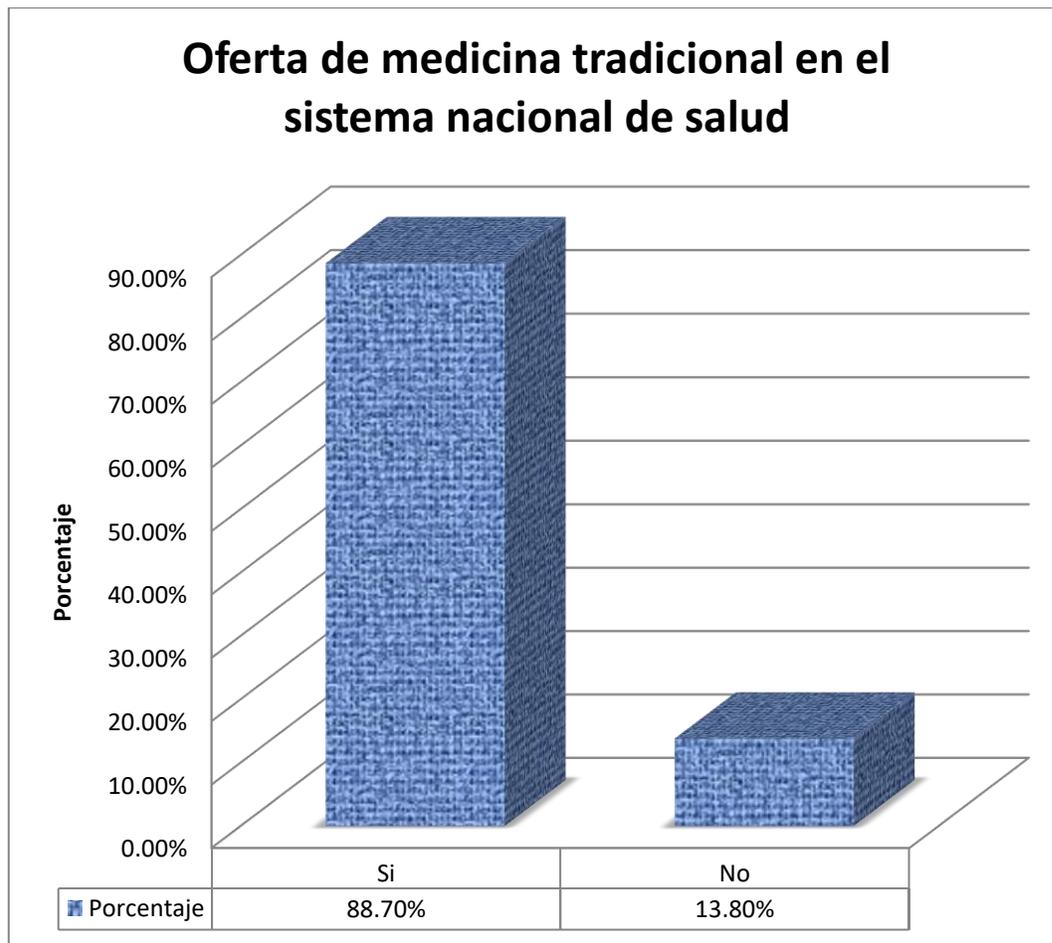


Gráfico 16. Le gustaría que en instancias públicas de salud ofrezcan medicina tradicional mexicana. El 88.7% les gustaría recibir como parte de su tratamiento medicina tradicional mexicana en los servicios de salud públicos, mientras que el 13.8% no le gustaría.

¿Le gustaría que aparte de los medicamentos de farmacia, estas instituciones ofrecieran medicamentos complementarios como temazcales, herbolaria, masajes y ventosas?

Tabla 18. Le gustaría recibir medicamentos complementarios

Categoría de respuesta	Total	Porcentaje
Sí	370	88.1 %
No	51	12.1 %

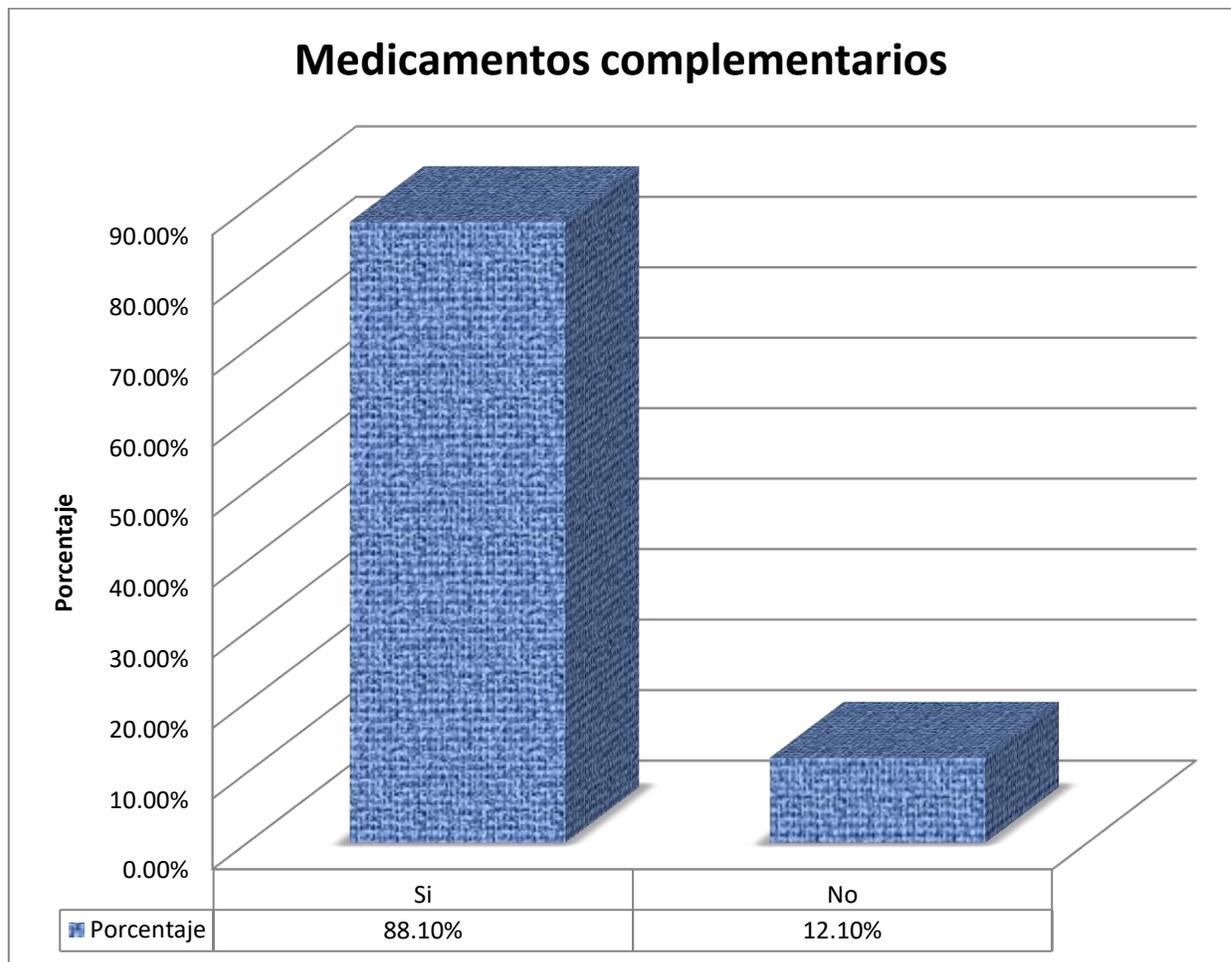


Gráfico 17. Le gustaría recibir medicamentos complementarios. El 88.1 % de los encuestados manifiestan que les gustaría recibir medicamentos complementarios y el 12.1 % no.

¿Considera que con el auge que está teniendo la medicina mexicana, promover los medicamentos de plantas medicinales, favorecería la economía del campo mexicano?

Tabla 19. La medicina tradicional mexicana favorecería la economía del campo mexicano

Categoría de respuesta	Total	Porcentaje
Sí	392	93.3 %
No	29	6.9 %

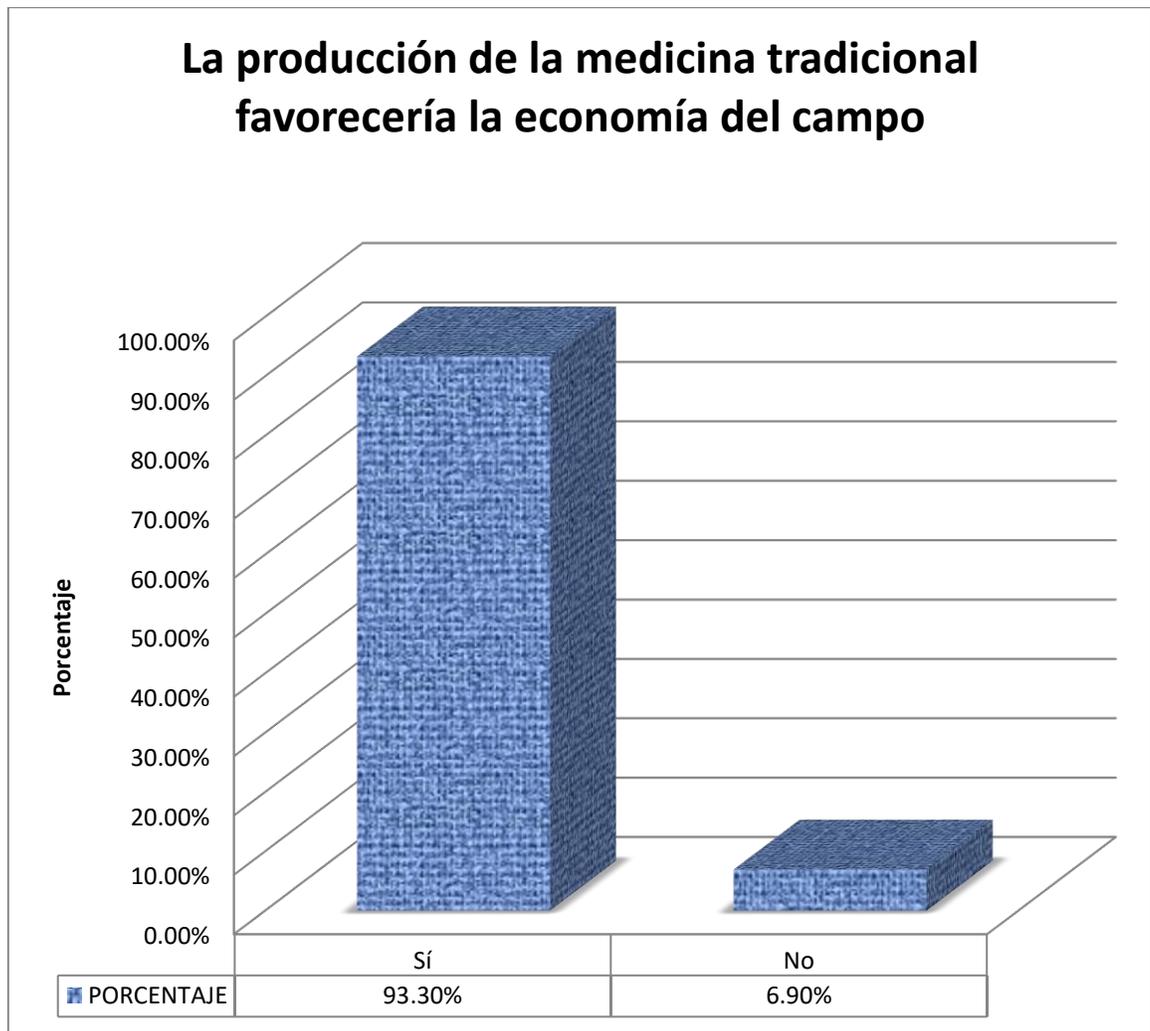


Gráfico 18. La medicina tradicional mexicana favorecería la economía del campo mexicano. El 93.3% considera posible que las producciones de plantas medicinales pueden ayudar en la economía del campo mexicano, mientras que el 6.9% no lo cree posible.

ANALISIS DE RESULTADOS

Como se puede observar, las prácticas de la medicina tradicional mexicana, a pesar de no contar aún con elementos precisos que Parsons y Durkheim hubiesen señalado como “científicamente no comprobados”, bajo un contexto positivista puro que exige la rigurosidad del método científico y la precisión de la ciencia; en esta investigación se resaltó la enorme diferencia, tanto profesionales de la salud, como de la población en general que la ha usado, la aprueba y la recomienda a pesar de no estar catalogada como parte del sistema nacional de salud, vigente para el país.

En ambos sectores encuestados se muestra la prevalencia de quienes sí la han usado en relación a quienes no, médicos, enfermeros, odontólogos y promotores de la salud, a pesar de estar formados bajo el contexto de biomedicina institucional, han recurrido al uso de medicina tradicional mexicana, lo mismo que sus pacientes y la comunidad en general.

Tanto personal profesional como los sujetos sociales en general, afirman que la medicina tradicional mexicana tiene los mismos efectos que la biomedicina institucional, y en muy bajo porcentaje, del grupo de individuos de la salud que considera que no tienen los mismos efectos, manifiestan no estar seguros al respecto de la eficacia, por lo que se considera importante tener unidades de investigación más sólidas para esclarecer las dudas que existiesen en relación al metabolismo y efectos de un fitofármaco o de cualquier práctica ancestral como los masajes y temazcales.

Lo anterior, es comparado con un estudio similar que realizó Yzaguirre (2016) en lima Perú en 11 comunidades diferentes, en donde la investigación señala que a pesar de la falta de evidencia que el personal profesional tiene respecto al funcionamiento de los métodos tradicionales curativos, han sugerido su uso a los pacientes y los individuos de esas comunidades, afirman hacer uso de cualquier

alternativa de tratamiento para obtener salud y con mayor razón si está a su alcance económico.

Por un lado, el mayor porcentaje del personal de la salud sugiere que se contemple un servicio mixto que incluya medicina tradicional mexicana en el modelo de atención para la salud nacional; y, por otro lado, en su mayoría de la población en general, afirma que le gustaría recibir consulta y tratamientos complementarios aparte de la práctica médica institucional. En este sentido, profesionales de la salud sugieren la implementación de este servicio en un primer y segundo nivel de atención para la salud. Por lo que se recomienda iniciar este proceso de atención con la práctica de ambas medicinas en centros de salud e institutos y en una segunda fase ponerse en práctica en hospitales.

En ambos grupos sociales encuestados prevalecieron individuos con licenciatura, con un rango de edad similar de entre 30 y 40 años, por lo que, al realizar el cruce de variables, en este sentido, se favorece la cosmovisión general, que en su mayoría sugiere el uso de estas alternativas de tratamiento.

Considerando que México es un país con riqueza natural que resalta en muchos contextos a nivel mundial y con la cantidad de plantas con propiedades curativas que empíricamente se han usado a través de los siglos, tanto profesionales de la salud como ciudadanos usuarios del sistema nacional de salud, creen posible, que la producción de fitofármacos, su uso, dotación en farmacias tanto de seguridad social como particulares, el estudio, validez y confiabilidad de los efectos curativos de estos extractos, con la apertura del libre comercio, y con la aceptación que el extranjero ha tenido y que consume como turista cuando visita México, podría favorecer la economía del campo mexicano. Ya que, en lugar de seguir invirtiendo únicamente en la industria farmacéutica extranjera, se sugieren las farmacias vivientes que han existido desde antes de la conquista y con ello se recuperaría flora y fauna de los campos en donde se cultiven para dicha producción.

En una investigación de “Economía y Plantas Medicinales” realizada por Palacios (2014), afirma que la industria farmacéutica es un mercado dominado por una minoría de fuertes y grandes vendedores para todo el mundo, este oligopolio no ha permitido competir con investigaciones que favorezcan la producción de fitofármacos. Refiere que el 80% de los individuos a nivel mundial recurre al uso de fitofármacos o medicamentos herbolarios, señala que, el 30% de los medicamentos sintéticos tienen como activo un sustrato de plantas medicinales, además, menciona que el 80 % de territorio habitado en términos geográficos, no cuentan con fácil acceso a farmacias. Por lo que sugiere con base a sus resultados que el uso de las medicinas tradicionales y fitofármacos en cada país, por sus bajos costos en términos de sostenibilidad y sustentabilidad, favorece la economía de los sistemas nacionales de salud y la economía familiar de los individuos en tema de salud. La economía farmacéutica está dominada por 10 empresas a nivel mundial: Pfizer + Pharmacia, Glaxo Smith Kline, Wyeth, Astra Zeneca, Merck & Co, Bristol – Myers Squibb, Aventis, Novartis, Jhonson & Jhonson y Eli Lilly. Por otro lado, de acuerdo al Consejo Federal de Inversiones CFIRD (2002) citado en Palacios (2014), los 10 países que se han posicionado como exportadores de plantas medicinales son: Estados Unidos (18.6%), Alemania (7.8%), Japón (7.8%), Singapur (7.1%), Francia (4.1%), Países Bajos (3.8%), Arabia Saudita (3.4%), Reino Unido (3.2%), Hong Kong (3.2%) y España (3.0%). Si consideramos que el IMSS contabilizo aproximadamente 30 mil especies con propiedades curativas, México podría posicionarse con un porcentaje mayor dentro de los primeros lugares de países exportadores de plantas medicinales, o bien, con la producción de fitofármacos. En este sentido, sería necesario que el gasto público en salud considere como una oportunidad, la inversión en la producción, abasto y reparto de fitofármacos, antes de que laboratorios particulares acaparen el posible mercado.

Científico o no, considerando que los conocimientos diarios, empíricos son esos pensamientos y acciones que pueden generar conceptos “científicamente comprobados” esta tesis se fundamentó en los resultados que la estadística enmarcó.

CONCLUSIONES

Como se puede apreciar desde sus orígenes, México sanaba con base a una medicina endógena que guardaba el equilibrio entre ambiente, cuerpo y alma. El objeto de estudio de la salud vigente a nivel internacional que la OMS señala desde los años 80, es el paradigma del proceso salud enfermedad, que es ese equilibrio biopsicosocial del individuo y no solo la ausencia de enfermedad. Esta cosmovisión que nuestros ancestros tuvieron empíricamente, hoy es enmarcada por organismos internacionales, pero como se refirió en la literatura, se fue marginando esta concepción exclusivamente por influencias culturales, sociales, políticas económicas e ideológicas del extranjero, y que, con el paso de los siglos, no ha existido un verdadero interés en hacer de este conocimiento ancestral un conocimiento con validez científica.

Se han hecho intentos de regular esta práctica médica pero siempre en subordinación de la biomedicina institucional, sin embargo, la formación académica dominante en nuestro país, a pesar de tener sus actualizaciones periódicas en los respectivos planes y programas académicos. La fundamentación filosófica y teórica de sus contenidos, se retomaron de la academia de un modelo médico francés que dominó por encima de la ideología española del encomiendo a Dios para sanarse y en la actualidad, el modelo hipocrático de atención a la salud sigue siendo vigente.

Es necesario, reestructurar los programas académicos de formación del futuro profesional de la salud, con base a una estructura metodológica y de conceptos de medicina tradicional mexicana en sus contenidos temáticos y no solo de biomedicina y uso de fármacos de laboratorios, para lograr un verdadero cambio.

Desde el Cardenismo se hizo un primer intento por incorporar ambas medicinas al sistema nacional de salud, sin embargo, México pasaba por un contexto de influencia del extranjero dominante y lo indígena, a pesar de la lucha y defensoría de los derechos humanos y culturas, sigue siendo un término peyorativo y en esa época se enmarcaba más.

Sin embargo, el efecto de sus tradiciones curativas, a pesar de los 2020 años que han pasado d.C. y considerando los años que existieron a.C. con estas prácticas, no se considera un resurgir de la medicina ancestral, es una llama encendida que no han logrado desaparecer por el potencial demostrado en todos estos siglos.

La formación de modelos de atención para la salud mixtos, deben de ser estructurados, basándose en una planeación estratégica situacional para que de esta manera se pueda obtener una mayor cobertura en temas de salud, y también generaría costos de tratamientos más bajos, no solo para las familias y los ciudadanos, sino para la nación, por ejemplo, los extractos de plantas medicinales que han tenido efectos curativos durante siglos, pueden regularse ante organismos sanitarios para favorecer su efectividad, producción y almacenamiento, por lo que el gasto de los gobiernos federal y estatales, disminuirían si se invierte en farmacias vivientes, que además favorecerían la biodiversidad de los campos en donde se siembren y no se tendría que recurrir exclusivamente a las farmacéuticas y laboratorios multinacionales. Para conseguir esto, personal de la salud, gobiernos y ciudadanos deben de conocer y tener plena confianza en que estos medicamentos no son un efecto placebo, y esto, solo se puede conseguir a través de estudios metodológicos avalados por centros e institutos de investigación, por lo que considerar el apoyo e inversión del gasto público para fortalecerla es necesario.

La labor más compleja para los estrategas en cobertura y atención para la salud, es generar políticas públicas que alcancen el objetivo de atender a la mayor cantidad de individuos con el menor costo posible, y que sea de calidad con calidez el servicio que se brinda. En este aspecto, es fundamental comprender que cada sujeto social tiene características físicas y metabólicas únicas y que interactúan con el ambiente geográfico y con sus propias determinantes sociales.

El derecho a la equidad, la defensoría de la igualdad en cada contexto del que se refiera, son un instinto de lucha permanente, exhaustivo e interminable que se ve manifiesto tanto en Derecho Romano, en las religiones y en las revoluciones de los pueblos; la justicia humana, se limita y termina con el dominio de los gobiernos. Por

ello, las políticas públicas, no deben de emanar del gabinete hacia el pueblo, debería de ser siempre al revés, basados en la verdadera necesidad que el individuo vive, y asume en su cotidianeidad.

La medicina tradicional por su pluriculturalidad, no debería restringirse a comunidades indígenas, ya que es una facultad que el gobierno mexicano debe asegurar y proteger como patrimonio nacional, promovida y considerada como una terapéutica eficaz y que complementa al sistema de salud oficial. Sería idóneo reestructurar el dinamismo social en conjunto.

Con esta investigación se sugiere implementar un modelo de atención para la salud mixto oficial en los sistemas de seguridad social, no se trata de un rescate o de potencializar la medicina endógena y sustituir la biomedicina institucional o los medicamentos alópatas. Tampoco se trata de discutir cual es mejor o más eficaz, se sugiere concatenar ambas prácticas médicas que se basen en la verdadera necesidad de los individuos, pero además, potencializarla con todos los recursos ideológicos, medicinales tradicionales y de otros modelos como el biomédico que finalmente buscan un mismo fin: la salud de las familias, que además, contemple no solo la ausencia de enfermedad, sino todas las características sociales, emocionales, ambientales, que influyen en un equilibrio que genere bien estar.

La propuesta se basa en generar una complementariedad en donde se forme a los futuros profesionales de las ciencias de la salud, con el mismo contexto de opciones de tratamiento: biomedicina institucional y medicina tradicional mexicana o endógena.

Se trata de que cuando el paciente acuda a consulta, el prestador de servicio oferte ambas posibilidades de tratamientos sin minimizar una u otra, la manera vigente de atender a un paciente, se estructura con alternativas de tratamientos farmacológicos regulados para una misma enfermedad, por lo que implementar como complemento u opción de tratamiento estas prácticas, no significa un cambio en la práctica del profesional de la salud.

Sugerir un modelo de atención mixto, que ofrezca fitofármacos, así como prácticas médicas tradicionales como masajes o temazcales por mencionar algunos, y que no se basen exclusivamente en la dotación de medicamentos sintéticos, podría representar un ahorro en el gasto público en salud, ya que el recurso destinado únicamente a grandes farmacéuticas podría distribuirse en inversión para el campo mexicano. Hacen falta investigaciones para potencializar la producción y distribución de plantas medicinales.

Las encuestas aplicadas para esta investigación son una muestra de la aceptación de los usuarios. No es entrar en una disyuntiva en demostrar que práctica médica es mejor, está dicotomía entre ambas medicinas, ha existido, existe y seguirá existiendo con el devenir de los años, la iniciativa se rige para trabajar en conjunto y potencializar la salud de nuestra nación.

En el México contemporáneo, la medicina tradicional prehispánica se ha seguido usando a pesar de los siglos que han pasado, sigue teniendo resultados ampliamente efectivos y se está recomendando velozmente a nivel internacional. A pesar de esto, en México, los espacios de formación académica y los licenciados, especialistas y expertos de la salud, están todavía cuestionando la subjetividad y empirismo, aún no existe un instituto legítimo que dé la seguridad, compruebe la eficacia, la calidad, los recursos, conservación, y regulación sanitaria de esta medicina prehispánica, ancestral, complementaria o tradicional mexicana

La salud es relativa, cambia con el tiempo, con la geografía y con la ideología. ¿Será que lo natural, en tiempos de sobre explotación de recursos a favor de grandes empresas es el acto más rebelde de estos tiempos?

Comprobable o no, si la Organización Mundial de la Salud considera la inclusión de medicinas tradicionales en todo el mundo; y la medicina tradicional mexicana, es sugerida por los profesionales de la salud (gente de ciencia), existe interés por estudiarla, validarla; la comunidad en general la usa, la aprueba y le gustaría que se implemente, ¿qué necesitan los gobiernos para implementarla?

La medicina tradicional mexicana y la biomedicina institucional se pueden resaltar en las políticas públicas del país, ya que, en esta investigación, se arrojan resultados en los que en mayor porcentaje los individuos la usan y la aceptan, además de que, potencializar el uso de medicinas tradicionales se fundamenta en la estrategia 2014 – 2023 que la OMS propone como paradigma vigente de la salud: el proceso salud – enfermedad.

Ante esta situación, con base a los supuestos planteados para esta tesis, los resultados que arrojó la encuesta señalan que la población mexicana opina que los resultados que han obtenido con el uso de prácticas y tratamientos tradicionales han tenido el mismo efecto que los tratamientos con biomedicina institucional, les gustaría que los sistemas de salud públicos oferten ambas alternativas de tratamiento. En la opinión general consideran que el gasto en medicamentos herbolarios u otras prácticas médicas tradicionales, son más económicos que los medicamentos alópatas por lo que opinan que su aprobación favorecería la economía mexicana.

Se sugiere, realizar estudios comparativos que den fuerza a los fitofármacos para que compitan en el mercado de las grandes farmacéuticas.

La propuesta en una primera fase, es contratar no solo a personal de salud formado en biomedicina, sino también, emplear a médicos tradicionales y expertos en producción de fitofármacos dentro del sistema oficial de salud. Esto tendría que establecerse bajo una línea de tiempo determinada que de pauta para que a corto plazo los nuevos profesionales de la salud estén formados desde una institución con ambos conocimientos. Para este fin, es necesario que escuelas, universidades, facultades, institutos a fines de generar al futuro profesionalista de salud, reestructuren un programa académico o generen áreas de formación específica como diplomados, especialidades y posgrados que enmarque ambas prácticas para que, a mediano plazo, el profesional de la salud oferte ambas posibilidades terapéuticas en los dos sectores de producción de servicio: privado y público.

Considero interesante saber la respuesta que los postulantes puedan tener al abrir una capacitación institucional de la medicina tradicional, formados directamente en una universidad que oferte ciencias de la salud y del comportamiento de prestigio nacional.

Probablemente el principal problema que no ha permitido una óptima sinergia entre ambas prácticas médicas, es el raciocinio del personal de la salud y médicos en general, que se niegan a aceptar cuerpos teóricos que aún no se ha comprobado, si estos fueran sometidos a la rigurosidad de la ciencia, seguramente no habría tanto escepticismo para incorporarlas al sistema oficial de salud. Por lo que una ley que aplique estas prácticas médicas *per se* hará que el profesional de salud se obligue a conocerlas e investigarlas.

CONSIDERACIONES A LAS POLÍTICAS DE SALUD EN MÉXICO

Las políticas públicas que se estructuran para la Salud, deben de contener iniciativas que consideren a todos los sectores de la población reconociendo y revalorando su naturaleza geográfica, ambiental, cultural, económica, estructura social e ideológica; que generen acciones de cooperación para mejorar la igualdad sanitaria.

Con base a lo desarrollado en la presente tesis enmarco la siguiente propuesta de política pública para nuestro país.

1.- El gobierno federal no debe disminuir presupuesto en salud, debe motivar y respaldar a los gobiernos estatales, municipales y locales a invertir como parte de una estrategia de desarrollo y bienestar social. Para este fin, debe de existir una rendición de cuentas clara y efectiva del recurso asignado. Se deben considerar procesos administrativos, legislativos y de desarrollo económico intersectoriales a través de una participación efectiva, activa y dinámica entre todos los individuos involucrados en la toma de decisiones.

2.- Es necesario cambiar el enfoque de política de salud tradicional, se requieren nuevas iniciativas y análisis que no desvaloricen el conocimiento nuevo y/o empírico que ha demostrado ser eficaz al paso de los siglos. No solo se sugiere el reconocimiento de las diferentes formas de explicar la salud y enfermedad en un mismo país, sino generar cambios pertinentes y esenciales como:

- Educar a la población cambiando el pensamiento de que la salud le compete al médico, enfermeros o al personal de salud en general. Nuestros políticos deben de conocer y analizar el concepto de salud en todo su contexto haciendo hincapié y referencia a los determinantes sociales que intervienen en el completo equilibrio biopsicosocial del individuo, y hacer referencia en el cambio del paradigma de salud en donde antes se pensaba solo en la enfermedad del individuo o en la historia natural de la enfermedad, en la actualidad se ha comprobado que

la salud es responsabilidad individual y colectiva en donde intervienen una serie de factores, actores y determinantes sociales.

- Entender que la salud depende de todos. Es fácil exigir rendición de cuentas a los gobiernos respecto al estado general de salud de las comunidades, sin embargo, tiene que haber un instrumento de recolección de datos que evalúe la responsabilidad individual y colectiva, así como la mejora en los servicios sanitarios para mantener una adecuada salud y con base a esos resultados generar acuerdos, obligaciones y responsabilidades del pueblo y de su gobierno.
- Es necesario que todos los individuos tengan el conocimiento preciso de lo que es y lo que implica la salud, pero sobre todo como puede preservarse, si no se educa a la población de manera exhaustiva, es difícil general el cambio, ya que se espera inversión en hospitales y en personal cuando es fundamental invertir más en un primer y segundo nivel de atención que en equipo y tecnología para atender determinadas enfermedades.
- Es fundamental trabajar de manera intersectorial y con todos los niveles económicos, si bien cada región tiene sus propios intereses y necesidades, compartir ideas, experiencias y recursos, favorece una oportunidad de equidad. Para conseguir esto es importante la cooperación de todos los sujetos sociales que intervienen en el proceso, se tiene que evaluar los pro y contra, esto se realizaría a través de protocolos de investigación (por lo que es necesario inversión y distribución de recursos) en donde se puedan generar grupos piloto para negociar las posibilidades de tratamientos; para lograr un fin común: la salud.
- Se requiere una infraestructura híbrida que refleje la misma oportunidad de tratamientos a la salud en tema de medicina institucional y medicina tradicional mexicana, es difícil concatenar una nueva producción de servicios en modelos que están diseñados solo para biomedicina, remodelar espacios en los hospitales o clínicas ya existentes que

favorezcan una sala de masaje, una farmacia herbolaria incluso la posibilidad de temazcales es necesaria, y la construcción de los nuevos modelos de salud ya deben de tener una ingeniería que fusione el espacio para ejercer ambas medicinas.

- Es crucial reestructurar las investigaciones de los indicadores de salud y fortalecer aquellos inmersos en los determinantes sociales que se enmarcan en el paradigma vigente para la salud: el proceso salud enfermedad. Pero además de investigarlos, la difusión entre todos los sectores de la población para entender la forma en la que nos enfermamos y por ello como prevenir enfermedades es aún más necesario.

3.- La tecnología digital ha sido el hecho social más relevante en las últimas décadas, es un fenómeno internacional que ha impactado a la salud de diferentes maneras. Por ejemplo, la atención se puede debilitar por las consultas en la web que el usuario realiza de manera informal, no obstante, el uso de estas tecnologías, el recurso y mecanismos de difusión conlleva intereses económicos que no necesariamente se ven reflejados en dinero físico, pero genera una variedad de intereses de desarrollo político, económico y social, por lo que invertir en estos mecanismos potentes de difusión de la información pueden resultar benéficos en temas de promoción y prevención de la salud pública.

4.- Por otro lado, la conservación y cuidado del medio ambiente en temas de salud, ayuda a consolidar las alternativas de sostenibilidad y sustentabilidad para el mantenimiento de posibles fitofármacos. En este aspecto se puede considerar como una oportunidad de desarrollo económico para el campo mexicano, es necesario invertir para realizar estudios que respalden la farmacocinética y farmacodinamia de un medicamento de origen natural para su patente y así lograr competir con las farmacéuticas multinacionales.

5.- De la teoría a la realidad hay un abismo de separación. La propuesta para generar Políticas Públicas en salud, se pueden fundamentar en la Planeación

Estratégica Situacional, que ha sido una parte de la administración que se ha empleado con éxito en diferentes escenarios en los últimos años, ya que guía procesos tanto vulnerables como empresariales en cualquier sector. Ésta se fundamenta en la verdadera necesidad cotidiana de los individuos. Para conseguirlo, se tiene que realizar un estudio biológico, social y epidemiológico de la comunidad en donde se inserte el nuevo modelo de atención para la salud. En este sentido, es necesario en primer lugar conocer, entender y contextualizar el problema para después generar posibles soluciones a través de un rol comunitario e individual con responsabilidades, derechos y obligaciones para el óptimo funcionamiento de un modelo híbrido de atención para la salud. Es importante señalar que los resultados de un proceso estadístico matemático en temas de salud, no son un parámetro único que garantice fidelidad de los resultados, es necesario recurrir a expertos en áreas de sociología y antropología para la obtención y análisis de resultados que consideren los determinantes sociales de la salud y no solo el conteo numérico.

6.- Ya no es suficiente decirle a los individuos lo que se debe o no hacer, es necesario educar a la población capacitando desde la primer infancia la autonomía en salud y posibles enfermedades, esta formación educativa para salvar la salud individual y colectiva se debe difundir a través de medios de comunicación y con un programa educativo, preventivo y de intervención en escuelas preescolares, primarias y secundarias, públicas y privadas de todo el país, a través de convenios de trabajo colaborativo en proyectos de salud con universidades, escuelas e institutos que trabajen con el docente a cargo de los niños.

Es necesario generar investigaciones cualitativas que puedan fundamentar objetivamente la verdadera necesidad de los individuos en su salud cotidiana y la forma de atenderse y ser atendidos. Así como designar presupuesto del gasto público federal para favorecer estas investigaciones, que validen la eficacia y eficiencia de tratamientos tradicionales, estos, pueden irse sustentando al mismo tiempo, es decir, se apruebe en el sistema público y a la par ir generando los grupos

controles entre una forma de tratamiento y otra para la obtención de los nuevos conocimientos “científicamente comprobados”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdo, F. M, Vázquez, O, R. (2011). *La cirugía en la Revolución Mexicana*. Rev. Med Hosp Gral Méx, (74). México.

AHSSA, (1935). *Reglamento de la campaña contra la oncocercosis*. Archivo Históricos de la Secretaría de Salud. caja 2, exp. 9, 9 fols., marzo de 1935. México.

AHSSA, (1935). *Acuerdos presidenciales*. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, libro 1, acuerdo 6, 3 de mayo de 1935. México.

AHSSA, (1936). *Salubridad pública*. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud libro 4, acuerdos 87,89, 90, 91, 92, 93, 94, 97; todos del 27 de marzo de 1936. México.

Almaguer, G., Vargas, J., Vite, V., García Ramírez, H. J. (2014). *Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. Biblioteca Mexicana del conocimiento. México.

Ata, A. (1978). *Declaración de Alma Ata: Conferencia internacional de atención primaria para la salud*. Alma Ata. (6). USSR.

Benítez, T. C. (1996) *Viva el Poli. Seis décadas de presencia del Instituto Politécnico Nacional en la sociedad mexicana 1936-1996*. IPN. México.

Bernabé, V.M. (2012). *Pluriculturalidad, multiculturalidad e interculturalidad, conocimientos necesarios para la labor docente*. Revista Educativa Hekademos. (11). España.

Birn, A. E. (1996). *Las unidades sanitarias: la Fundación Rockefeller versus el modelo Cárdenas en México*. *Salud, cultura y sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas*. Instituto de Estudios Peruanos/Organización Panamericana de la Salud. Perú.

Bolívar, M. R. (2001). *La política como ciencia*. Estudios Políticos, (28). México.

Bracamonte, E. E. (2002). *Política, Estado y gobierno*. Revista católica boliviana. (10). Bolivia.

Bracamonte, E. E. (2002). *Política, Estado y gobierno*. Revista Ciencia y Cultura. (10). México.

Bustamante, M. E. (1982). *La situación epidemiológica de México en el siglo XIX*. IMSS (2). México.

Bye, R., Linares, E. (1999). *Plantas medicinales del México*. Arqueología Mexicana. México.

Campos, N. R., Ruiz LI. A. (2001). *Adecuaciones interculturales en los hospitales para indios en la Nueva España*. Gac Med Mex. (137), (6). México.

Capera, J., Galeano, H. (2017). *Las políticas públicas un campo de reflexión analítica entre la ciencia política y la administración pública latinoamericana*. (19) (2): Recuperado de:
<http://dialnetLasPoliticasyPublicasUnCampoDeReflexionAnaliticaEnt-6219238.pdf>

CNDI. (2003). Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Disponible en:

De Montellano, B.O. (1990) *Medicina, Salud y Nutrición Aztecas*. Salud y nutrición. Siglo XXI México. México.

Diputados. (1938). *Diario de los Debates*. Cámara de Diputados del Congreso de los Estados Unidos Mexicanos.

Diputados. (1940). *Diario de los Debates*. Cámara de Diputados del Congreso de los Estados Unidos Mexicanos.

DOF. (2013). *Diario Oficial de la Federación*. Disponible en:
dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013

Diario sin límites. (2019). Disponible en <https://www.msn.com/es-mx/news/mexico/alcalde-c3-adamas-contar-c3-a1n-con-m-c3-a9dicos-tradicionales-en-sus-hospitales-y-centros-de-salud/ar-AAGUNdp>.

DOF. (1992).

diariooficial.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4673247&fecha=22/06/1992

Duarte, G. M., Brachet, M. V., Campos, N. R., y Nigenda, G. (2004). Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla. *Salud pública de México*. 46(5). México.

Eyzaguirre, B.C. (2016). Tesis: *El proceso de incorporación de la medicina tradicional, alternativa y complementaria en las políticas oficiales de salud*. Universidad Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Fernández, B. Mario. (2005). *Ciencia política y política: sobre la persona y obra de Dieter Nohlen*. *Revista de ciencia política (Santiago)*. 25(1) <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-090X2005000100020>

Fernández del Castillo, F. (1986). *El establecimiento de ciencias médicas*. Antología de escritos histórico-médicos. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 2(451). México.

Fragoza F. E. (2003). *Concepto de política en la vida cotidiana*. Disponible en: <file:///C:/Users/PC/Pictures/DialnetConceptoDePoliticaYVidaCotidiana-4953719.pdf>

Frenz, P., Titelman, D. (2013). *Equidad en salud en la región más desigual del mundo: un reto de políticas públicas en América Latina*. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(4). Perú

Gargantilla, P. (2011). *Breve historia de la medicina*. Nowtilus. España

GOB. (2020). *INSABI*. Disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/articulos/instituto-de-salud-para-el-bienestar-230778?idiom=es>

GOB. (2019). *Plan Sexenal de Lázaro Cárdenas 1934*, disponible en:
<https://www.gob.mx/presidencia/prensa/plan-sexenal-de-lazaro-cardenas>

Gómez, A. R. (2012). *Gestión de políticas públicas: aspectos operativos*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública; 30(2). México.

Gómez, C. M. E. (2017). *Panorama del sistema educativo mexicano desde la perspectiva de las políticas públicas*. Innovación educativa. 17(74). México.

González, G. L., (1966). *El general Lázaro Cárdenas, al abrir el congreso sus sesiones ordinarias el 1 de septiembre de 1935*. En González y González (recopilador), *Los presidentes de México ante la Nación, 1821-1966*. Informes, manifiestos y documentos, México, Cámara de Diputados, 1966, vol. 4, pp. 16-38.

González, B. M. A., Duarte, G. M. B., Salgado de Snyder, N., Robles, S. L., Scott, J. (2007). *Atención a la salud de grupos vulnerables. Hacia una síntesis de la literatura. Resumen Ejecutivo*. Instituto Nacional de Salud Pública. México.

Guzmán, M. C. E. (2008). *La política como objeto de reflexión*. Revista de Derecho, (30). México.

INEGI. (2020). *Censo Nacional de Población y Vivienda*. Disponible en:
<https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/default.html>

IMSS. (1971). *El seguro social en México. Antecedentes, legislación, convenios, recomendaciones, resoluciones y conclusiones en materia internacional*. IMSS (1). México.

IPN. (1998). *Boletín Informativo de la Presidencia del Decanato del Instituto Politécnico Nacional*. Edición conmemorativa del LX aniversario de la Escuela Superior de Medicina. IPN. México.

Knoepfel, P. (2007). *Hacia un modelo de análisis de Políticas Públicas Operativo. Un Enfoque Basado en los actores sus recursos y las instituciones*. Prospectivas Teóricas-Ciencia Política. (3).

Lafuente, M., Rojas, F., Agosta, L. (2012). *Mejorarla calidad de las políticas públicas para restaurar la confianza en el gobierno*. Revista del CLAD Reforma y Democracia. (52).

Laín, E. P. (1970). *La medicina hipocrática*. Revista de Occidente. México.

Leslie, C. (1980). Pluralismo médico una perspectiva mundial. Medicina, ciencia y sociedad, Antropología médica. 14(4). México.

Lobelle, F. G. (2017). *Políticas públicas sociales: apuntes y reflexiones*. Alcance, 6(14).

Loustaunau, M. (2017). *La historia del hospital de Jesús, el más antiguo de todo el continente*. Mxcity.

Maggiolo, I., Perozo, M. J. (2007). *Políticas públicas: proceso de concertación Estado-Sociedad*. Revista Venezolana de Gerencia, 12 (39). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29014474004>

Masehualpajti. (1991). *Programa Regional de Salud Cuetzálán*. Archivo de la Organización Masehualpajti, mecano escrito. México.

Mendizábal, G., Kurczyn, P. (2019). *Influencia de la recomendación 202 de la OIT en la legislación nacional de México: El caso del programa Prospera*. Revista Chilena de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. 10(19). México.

Mendoza, N. V., Romo, P. R., Sánchez, R. M., Hernández, Z. S. (2004). *Investigación, introducción a la metodología*. UNAM. México.

Menéndez, E.L. (2015) *Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos*. Ciencia y Salud Colectiva. 21 (1). México.

Mercedes, J. (2014). *Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. Biblioteca Mexicana del conocimiento. México.

Meyer, R. M. (1975). *Instrucciones de seguridad social*. INAH. México.

Milano, C. (1980). *La legitimación de las medicinas indígenas en México. El ejemplo de Cuetzálan del Progreso (Puebla)*. Social Science and Medicine (14). México.

Moreno, E.; Miguel, J.; Díaz, M., García, M., Césarman, E. (1982). *Sociología histórica de las instituciones de salud*. IMSS. México.

Muro, A. F. (2012). Suiza Avala la eficacia de varias medicinas alternativas. DSalud revista mensual de medicina y salud. México.

Navarro, R. C., Sánchez, E. Y. P., Maya, A. P. (2017). *Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016)*. Salud colectiva, (13). México.

Pick S (1988). *Como investigar en ciencias sociales*. Trillas. México.

OMS. (2009). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: informe de la Secretaría (No. A62/9)*. Organización Mundial de la Salud. Canadá

OIT. (1989). *Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes*. Organización Internacional del Trabajo. Convenio (núm. 169). México.

Ortiz, M. (2000). *Devenir de la salud pública en México durante el siglo XX*. Instituto Nacional de Salud Pública. México.

Palacios, L. E. (2014). *Economía y plantas medicinales*. CSI. (52). Perú.

PPP. (2005). *Ficha del Proyecto: Hospitales Integrales con Medicina Tradicional. Resumen Ejecutivo*. Coordinación General del Plan Puebla Panamá-Secretaría de Relaciones Exteriores. México.

Rodríguez, Á. M., KRONGOLD, P. M. (coords.). *Cincuenta años de la historia de la educación tecnológica*. IPN. México.

Rodríguez, R. A. C., Rodríguez, P. M. E. (1998). *Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX*. Historia, ciencias, saúde-Manguinhos. 5(2). México.

Simeón, R. (1977). *Diccionario de la lengua náhuatl o mexicana*; Siglo XXI. México.

SSA. (2013). *Programa sectorial de salud*. Disponible en:

<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-sectorial-de-salud-2013-2018-7627?idiom=es>

SSA. (2015). *Hospital Mixto Jesús María*. Secretaría de Salud del Estado de Nayarit Manual de organización del servicio de trabajo social. México.

Sochet, M. S. (2014). *¿Exclusión o inclusión indígena?* Estudios Políticos. (31). México.

SSA. (2017). disponible en: <https://www.gob.mx/salud>

SSA (2019). Disponible en: http://saludsinaloa.gob.mx/wp-content/uploads/2019/transparencia/PROGRAM_SECTORIAL_DE_SALUD_2019_2024.pdf

Harper, T.H. (2011). Planificación urbana en una sociedad multicultural. Biblioteca de los Congresos, catálogo: 99 (18013).

Viesca, T.C. (2010) *Medicina del México Antiguo*, Fac Med UNAM, disponible en: www.facmed.unam.mx/sms/temas/2010/09_sep_2k10.pdf

UNICEF., OMS. (2013). *Declaración de la plataforma de la ONU sobre las determinantes sociales en salud*. Organización Mundial de la Salud.

Valenti, N. G., Flores, LI. U. (2009). *Ciencias sociales y políticas públicas*. Revista mexicana de sociología. 71(SPE). México.

Walsh, C. (2005). *La interculturalidad en educación*. Ministerio de Educación. Dirección Nacional de Educación Bilingüe Intercultural.

Zolla, C. (2005). *La medicina tradicional indígena en el México actual*. Arqueología mexicana, 13(74). México.

Apéndice 1. Encuesta impresa personal profesional de la salud



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA CHAPINGO DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA RURAL

POLÍTICAS PÚBLICAS EN SECTOR SALUD: DICOTOMÍA ENTRE BIOMEDICINA INSTITUCIONAL Y MEDICINA TRADICIONAL MEXICANA.

ENCUESTA PARA EL PERSONAL PROFESIONAL MÉDICO, ENFERMEROS, ODONTÓLOGOS, CIRUJANOS DENTISTAS, PROMOTORES DE SALUD

Profesión _____ Entidad federativa en donde radica _____

Último grado académico _____ edad _____ sexo _____

Instrucciones: conteste la siguiente encuesta respondiendo solo una opción por pregunta realizada.

1.- El lugar en donde labora es:

- a) Institución pública (IMSS, ISSSTE, ISEMyN, PEMEX, SSA, etc.)
- b) Institución Académica pública o privada.
- c) Consulta privada.
- d) otra: _____ especifique

2. Usted de manera personal, ¿alguna vez ha utilizado medicina tradicional mexicana ya sean hierbas, ventosas, temazcales, masajes terapéuticos, etc.?

- a) Sí
- b) No
- c) No, pero me gustaría probar

3.- ¿Considera que la medicina tradicional mexicana tenga propiedades curativas como la biomedicina institucional en un primer y segundo nivel de atención para la salud?

- a) Sí
- b) No
- c) No estoy seguro (a)

4.- ¿En base a su trayectoria profesional, ¿conoce pacientes que han recurrido a la medicina tradicional mexicana y se encuentren satisfechos con el resultado?

- a) Sí
- b) No

5.- Considerando el auge que la medicina tradicional está teniendo, ¿Cree posible que el cultivo de plantas medicinales en México con miras a ser proporcionados como fitofármacos en instituciones públicas de seguridad social como medicina complementaria, y exportados a otros países, favorecería la economía del campo mexicano?

- a) sí lo creo posible
- b) no lo creo posible

6.- Usted sugiere como política en salud pública, implementar la medicina tradicional mexicana en todos los hospitales, institutos y centros de salud en conjunto con la biomedicina institucional?

- a) Sí
- b) No

Eib.: Lic. ZAMR

Apéndice 2. Encuesta impresa público en general



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA CHAPINGO DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA RURAL

POLITICAS PÚBLICAS EN SECTOR SALUD: DICOTOMÍA ENTRE BIOMEDICINA INSTITUCIONAL Y MEDICINA TRADICIONAL MEXICANA. ENCUESTA A PÚBLICO EN GENERAL

Entidad federativa en donde radica _____ Edad _____ Sexo _____
último grado académico _____

Instrucciones: conteste la siguiente encuesta respondiendo solo una opción por pregunta realizada.

1.- Usted de manera personal, ¿alguna vez ha utilizado medicina tradicional mexicana ya sean hierbas, ventosas, temazcales, masajes terapéuticos, etc.?

- a) Sí
- b) No
- c) No, pero me gustaría probar

2.- ¿Considera que la medicina tradicional mexicana tenga propiedades curativas como la biomedicina institucional y los medicamentos de farmacia?

- a) Sí
- b) No

3.- ¿Le gustaría que en instituciones de seguridad social como IMSS, ISSSTE, ISEMyN, Seguro Popular, etc, ofrecieran consulta de medicina tradicional mexicana?

- a) Sí
- b) No

4.- ¿Le gustaría que aparte de los medicamentos de farmacia, estas instituciones ofrecieran medicamentos complementarios como temazcales, herbolaria, masajes y ventosas?

- a) Sí
- b) No

5.- Considera que con el auge que está teniendo la medicina mexicana, promover los medicamentos de plantas medicinales, favorecería la economía del campo mexicano?

- a) Sí
- b) No

Elb.: Lic. ZAMR

POLITICAS PÚBLICAS EN SECTOR SALUD

Google Forms

¿Tienes problemas para ver o enviar este formulario?

RELLENAR EN FORMULARIOS DE

GOOGLE

Te he invitado a que rellenes un formulario:

POLITICAS PÚBLICAS EN SECTOR SALUD

DICOTOMÍA ENTRE BIOMEDICINA INSTITUCIONAL Y MEDICINA TRADICIONAL MEXICANA.
DIRIGIDA A PRESTADORES DE SERVICIO

PROFESIÓN

ENTIDAD FEDERATIVA DONDE

POLITICAS PÚBLICAS EN SECTOR SALUD

Google Forms

¿Tienes problemas para ver o enviar este formulario?

RELLENAR EN FORMULARIOS DE

GOOGLE

Te he invitado a que rellenes un formulario:

POLITICAS PÚBLICAS EN SECTOR SALUD

DICOTOMÍA ENTRE BIOMEDICINA INSTITUCIONAL Y MEDICINA TRADICIONAL MEXICANA.
DIRIGIDA A PÚBLICO EN GENERAL

ENTIDAD FEDERATIVA DONDE RADICA