

SAÚDE E AMBIENTE

V.10 • N.1 • 2025 - Fluxo Contínuo

ISSN Digital: 2316-3798

ISSN Impresso: 2316-3313

DOI: 10.17564/2316-3798.2025v10n1p7-22



LA INDUSTRIA CULTURAL Y SU RELACIÓN CON LA MEDICINA TRADICIONAL EN MÉXICO

A INDUSTRIA CULTURAL E SUA RELAÇÃO COM A MEDICINA
TRADICIONAL NO MÉXICO

THE CULTURAL INDUSTRY AND ITS RELATIONSHIP WITH
TRADITIONAL MEDICINE IN MEXICO

Miguel Alberto Gutiérrez Nava¹

Isaac Casas Patiño²

Nubia Denisse Nieto Vargas³

Donovan Casas Patiño⁴

Laila Tostado de Los Santos⁵

Alex Veliz⁶

RESUMEN

La industria cultural y la medicina tradicional en México son dos aspectos de la identidad y la historia del país que merecen ser explorados y analizados en conjunto. Ambos desempeñan un papel fundamental en la preservación de la cultura y la salud de la población mexicana, y juntos forman un tejido único y rico en tradiciones y conocimientos. En el presente artículo analizaremos la teoría de la industria cultural y la sociedad de las masas descrita por Max Horkheimer y Theodor Adorno y su relación con el sector de la salud en México.

PALABRAS CLAVE

Industria cultural, medicina tradicional, interculturalidad, servicios de salud.

RESUMO

A indústria cultural e a medicina tradicional no México são dois aspectos da identidade e da história do país que merecem ser explorados e analisados em conjunto. Ambos desempenham um papel fundamental na preservação da cultura e da saúde da população mexicana e, juntos, formam um tecido único, rico em tradições e conhecimentos. Neste artigo analisaremos a teoria da indústria cultural e da sociedade de massas descrita por Max Horkheimer e Theodor Adorno e sua relação com o setor da saúde no México.

PALAVRAS-CHAVE

Indústria cultural, medicina tradicional, interculturalidade, serviços de saúde.

ABSTRACT

The cultural industry and traditional medicine in Mexico are two aspects of the country's identity and history that deserve to be explored and analyzed together. Both play a fundamental role in preserving the culture and health of the Mexican population, and together they form a unique fabric rich in traditions and knowledge. In this article we will analyze the theory of the cultural industry and the society of the masses described by Max Horkheimer and Theodor Adorno and its relationship with the health sector in Mexico.

KEYWORDS

Cultural industry, traditional medicine, interculturality, health services.

1 INTRODUCCION

La industria cultural y la medicina tradicional en México son dos aspectos de la identidad y la historia del país que merecen ser explorados y analizados en conjunto. Ambos desempeñan un papel fundamental en la preservación de la cultura y la salud de la población mexicana, y juntos forman un tejido único y rico en tradiciones y conocimientos. La industria cultural al igual que la medicina tradicional se han desarrollado a lo largo de los siglos, fusionando las influencias indígenas, españolas-árabes y de otras culturas que han dejado su huella en el territorio (FAGETTI, 2003).

La industria cultural en México ha generado una gran cantidad de empleos y ha impulsado la economía del país. Desde la producción de películas y programas de televisión hasta la organización de festivales y eventos culturales, esta industria ha sido un motor de desarrollo y una ventana al mundo para las expresiones artísticas mexicanas; y, la medicina tradicional en México tiene sus raíces en las antiguas prácticas curativas de las culturas indígenas y el sincretismo de la Mesoamérica tardía, dentro de su hacer sus prácticas incluyen el uso de hierbas medicinales, rituales, masajes y otros métodos que se transmiten de generación en generación (ITURRIAGA, 2020).

2 DESARROLLO

La medicina tradicional pocas veces se toma en cuenta de manera *oficial* como una terapéutica eficaz, así como parte del esfuerzo colectivo semiconsciente por preservar mucho de nuestra cultura y tradición. Los profesionales de la salud entrenados la mayoría de las veces de la forma más recta y profesional posible dentro de las universidades que ofertan la carrera en medicina académica, son realmente expertos en su área de estudio pero muchas veces carentes en la formación de las medicinas tradicionales de nuestro país a pesar de la gran diversidad biológica y cultural que ya bien se conoce y más aún, asumiendo que el paciente sanará, no solo sin el tratamiento herbolario sino a pesar de este, por no mencionar que en algunas ocasiones consideran a los tratamientos tradicionales, alternativos y/o complementarios, como perjudiciales para la salud (BERENZON *et al*, 2009).

Por lo anterior, en el área de la salud no es motivo de desdén y mucho menos de negación, adherirse a los grandes avances científicos y beneficios que ha aportado la medicina alópata-académica a la sociedad, ni tampoco presentar el modelo de medicina tradicional como un modelo de medicina a prueba de errores o adaptable en todas las circunstancias, más bien los motivos del presente trabajo son el identificar primordialmente como es que la industria de la cultura y el proceso de colonización a nivel ideológico, ha favorecido de cierto modo la exclusión de nuestros pueblos originarios y con ellos sus valiosos conocimientos, en este caso y específicamente hablando con respecto del proceso salud-enfermedad-atención, cuidado-muerte; sobre gran potencial terapéutico de nuestra medicina tradicional (herbolaria), así como el bajo impacto ambiental y económico del uso de la herbolaria condiciones que fomentan el desarrollo de un modelo de salud mixto consciente de la gran diversidad de nuestro país, accesible para todos y culturalmente pertinente (URIÓSTEGUI, 2015).

Existen diferentes definiciones de cultura con marcadas similitudes entre ellas, sin embargo, con fines de entendimiento desde una perspectiva social y antropológica podemos definir a la cultura: “como una práctica social simbólica y significativa, que crea y recrea la realidad y cobra vida en las propias relaciones sociales. Es parte de las fuerzas productivas y permite al desarrollo científico, tecnológico y comunicacional. Por su misma naturaleza los hechos culturales son prácticas concretas que expresan las relaciones sociales asimétricas de la sociedad” (RODRÍGUEZ, 1991).

En relación a esto último decimos que los lugares donde se crean, recrean, distribuye y consume la cultura son espacios ideológicos que expresan contenidos actuantes. Implica una visión histórica y un acercamiento real y concreto a los hábitos, costumbres y rituales. Otro aspecto fundamental de la cultura lo constituyen los movimientos de la sociedad civil que emergen exigiendo un espacio de representación en el cual se manifiesten dinámicamente las identidades y diferenciaciones sociales. Estas últimas asignadas y resignificadas por su inserción en los circuitos de la cultura de masas (RODRÍGUEZ, 1991).

Los medios de comunicación masiva son claves fundamentales que portan una propuesta integrativa (homologante), a través de normas y valores tendiente a la estandarización en el plano cultural. No obstante, estas operaciones de la hegemonía no tienden a redimensionarse en forma armónica. La situación es compleja, por las oscilaciones que manifiestan en su manera de actuar los amplios sectores consumidores de la cultura de masas cuya respuesta es poco previsible (RODRÍGUEZ, 1991).

La industria cultural es un concepto desarrollado por los teóricos de la Escuela de Frankfurt en la década de 1940. Se refiere al conjunto de industrias y actividades relacionadas con la producción, distribución y consumo de productos culturales en una sociedad capitalista. Estos productos culturales incluyen películas, música, televisión, literatura, arte, medios de comunicación, publicidad y entretenimiento en general. La industria cultural se caracteriza por su naturaleza comercial y su enfoque en la producción en masa. Está impulsada por el deseo de obtener beneficios económicos y está influenciada por las fuerzas del mercado y la lógica del capitalismo (SZPILBARG *et al.*, 2014). Los productos culturales se convierten en mercancías que se venden y se consumen en el mercado, y las decisiones sobre qué se produce y cómo se produce a menudo se basan en consideraciones comerciales en lugar de consideraciones artísticas o culturales. La industria cultural también está estrechamente relacionada con la reproducción y difusión de ideologías y valores en una sociedad. A través de los productos culturales, se transmiten y promueven ciertos mensajes, estereotipos y normas sociales que pueden influir en la forma en que las personas piensan, actúan y se relacionan con el mundo (HORKHEIMER; ADORNO, 1994). Esto ha llevado a debates sobre el poder de la industria cultural para moldear la conciencia colectiva y mantener el status quo o perpetuar desigualdades sociales es éste caso el del modelo médico actual en México.

A nivel cultural, la gran significación del proceso de comunicación de masas se inscribe dentro del gran marco de “modernización sociocultural” que impacta profundamente la relación de los grupos hegemónicos con el conjunto de sectores subalternos. No es exagerado decir que la industria cultural ha transformado la vida comunitaria. La mayor parte de los individuos han pasado de ser productores-consumidores de cultura a ser sólo consumidores (ABRUZZESE, 2004).

El proceso de la comunicación masiva se enfrenta necesariamente con la diversidad de discernimientos, de elaboraciones y de respuestas que expresaron los diversos sectores. En otras palabras,

es cierto que la cultura de masas como expresión típicamente urbana tiende a la homologación de patrones culturales, pero también es cierto que tal presión se enfrenta con una extraordinaria riqueza cultural patrimonio de las clases subalternas (ABRUZZESE, 2004).

Max Horkheimer y Theodor W. Adorno emplean el término Industria cultural para referirse a la mercantilización de las formas culturales producidas por el surgimiento de las industrias del espectáculo en Europa y Estados Unidos a fines del siglo XIX y comienzos del XX, proporcionando una de las primeras descripciones sistemáticas de la mediatización de la cultura moderna (SZPILBARG *et al.*, 2014).

No obstante, el concepto de industria cultural no sólo hace alusión al tipo de cultura que se transmite en los medios de comunicación masiva como pueden ser la televisión, el radio, el cine, los periódicos y revistas; en los cuales los bienes culturales se diseñan y producen conforme a los objetivos de la acumulación capitalista y de la ganancia de utilidades. Los principales objetivos de esta son modelar los comportamientos, configura los sentidos, la percepción y reproducción de valores. Este tipo de industrias culturales generan su propio financiamiento, pero al cobrar sus servicios limitan el acceso a la mayoría, quien deja de presenciar cierto tipo de espectáculos o actividades de esta índole (SZPILBARG *et al.*, 2014).

Además, el marco jurídico que hace referencia al patrimonio cultural y su legislación ya no responde del todo a las innovaciones tecnológicas y a las políticas de resguardo y protección. En este caso, la industria cultural ha obtenido el usufructo de bienes patrimoniales. Esto afecta al pensamiento crítico y reflexivo, especialmente ante los cambios de fondo que se aprecian en la estructura cultural y educativa producto de una precarización en la vida. En la lógica del capital no se requiere masificar el conocimiento especializado y la industria cultural se rige por un cierto tipo de empresariado (FERNÁNDEZ, 2004).

La cultura de masas se refiere a los productos culturales y de entretenimiento que son producidos y consumidos en gran escala, y que suelen ser ampliamente difundidos y comercializados. Esto incluye la música popular, la televisión, las películas comerciales, las redes sociales y otras formas de medios de comunicación.

En el contexto de la salud, la cultura de masas en México puede tener tanto impactos positivos como negativos. Por un lado, los medios de comunicación y la cultura popular pueden desempeñar un papel importante en la difusión de información sobre temas de salud y promoción de estilos de vida saludables. Por ejemplo, los programas de televisión y las redes sociales pueden educar al público sobre la importancia de la alimentación balanceada, el ejercicio físico y la prevención de enfermedades (FERNÁNDEZ, 2004).

Sin embargo, también existen desafíos y riesgos asociados con la cultura de masas en relación con la salud. Por ejemplo, la publicidad y el mercadeo agresivo de productos alimenticios no saludables, como alimentos procesados y bebidas azucaradas, pueden contribuir a la creciente incidencia de problemas de salud como la obesidad y la diabetes. Además, la cultura de masas a veces promueve estereotipos y expectativas irreales sobre la apariencia física y la belleza, lo cual puede afectar negativamente la salud mental y la autoestima de las personas (DUARTE, 2011).

Durante mucho tiempo la familia fue considerada como la principal institución encargada de transmitir la cosmovisión y la cultura, es decir de generar la reproducción cultural, sin embargo, se

han venido manifestando importantes cambios en la estructura familiar, entre ellas el ingreso de la mujer en el mercado laboral dejando a los individuos más susceptibles a la estructuración y reestructuración del pensamiento (aquellos que se encuentran en etapa formativa en sus primeros años de vida) a merced de aquellas empresas quienes de alguna manera se “encargan” de transmitir la cultura y cubrir aquellos espacios que los cambios en la estructura familiar ha dejado (ORTEGA, 2009). Es por ello por lo que la industria cultural ha adquirido mayor fuerza en los últimos años aunado a que en la actualidad el estado se abstiene cada vez más de algunas responsabilidades sociales como la de fomentar la participación de la población en el desarrollo y consumo de la cultura endógena.

Aunado a toda esta problemática, el fenómeno de urbanización y modernización de las regiones se debe en gran medida a la migración de los individuos de distintos sectores sociales, quienes se insertan en economías con diversos grados de desarrollo, lo que ha provocado serios conflictos a nivel planetario sobre la identidad nacional. De igual manera, se explica cómo las relaciones campo-ciudad, que se han invertido de manera intensa desde los años cuarenta, hasta el punto de que las ciudades concentran cada vez mayores cantidades de población como consecuencia de la migración rural-urbana (DUARTE, 2011).

Desde el punto de vista de la antropología urbana, los sectores mayoritarios de la ciudad son portadores de cultura popular urbana en varios sentidos:

- La anexión a la ciudad de gran cantidad de pequeños pueblos, conocidos como zonas conurbadas. Este proceso da lugar a la existencia de un gran circuito de culturas tradicionales inmersas en la zona urbana.
- Los procesos de migración del campo a la ciudad que ya se ha mencionado, son portadores de cultura rural que es redefinida en el contexto metropolitano.
- Los fenómenos emergentes típicamente urbanos, relativamente nuevos y sin raíces tradicionales, como por ejemplo la cultura punk (FERNÁNDEZ, 2004).

Entonces, es así como resulta el desafío de la implementación del modelo intercultural en los diferentes sectores de nuestra sociedad, pues este fenómeno está ocurriendo en todo el mundo, debido a los desplazamientos masivos de población los cuales inciden en una transculturación. Asimismo, la velocidad del conocimiento, su concentración y la uniformidad de éste en el sector más desarrollado del campo cultural y científico ha generado cambios importantes en la cultura (ALMAGUER *et al.*, 2014).

Ante dicha situación y como una solución práctica, podemos retomar la propuesta de Néstor García Canclini: “la mejor política defensiva de nuestra cultura no es la que pone aduanas a los productos culturales extranjeros sino la que fomenta la producción endógena y ayuda a difundirla” (ORTEGA, 2009).

Desde sus comienzos, la humanidad ha desarrollado distintas cosmovisiones acerca del proceso salud – enfermedad por lo que no existe una sola forma de medicina ya que, en todas las sociedades humanas, cada cultura ha desarrollado una medicina acorde con sus formas de vida, de su relación con su entorno ambiental y como producto de sus creencias y cosmovisión (ALMAGUER *et al.*, 2014). Sin embargo, de manera histórica y en paralelo al desarrollo de nuestra sociedad han surgido importantes discrepancias con respecto a la diversidad de modelos de atención a la salud, sean o no formales, por lo que, como un intento por promover el derecho universal a los servicios de salud, así como asegurar la pertinencia sociocultural de esta, a nivel mundial se han realizado diferentes propuestas para intentar subsanar esta importante oportunidad de mejora constante en los servicios de salud (FAGETTI, 2003).

A partir de 1978 en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata se consideró como una necesidad urgente que cada gobierno cuide del bienestar de sus pueblos mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas, pues la población no solo tiene el derecho si no el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud (OPAS, 1978). Sin embargo, para 1989 se observaba un panorama contrario a las recomendaciones emitidas en la conferencia de Alma-Ata, pues los pueblos indígenas y tribales en América Latina presentaban, los peores indicadores socioeconómicos y laborales, y la discriminación por origen étnico o racial. Conscientes de esta situación la oficina internacional del trabajo realizó el convenio 169 que esencialmente propone dos postulados básicos:

- 1.- El derecho de los pueblos indígenas a mantener y fortalecer sus culturas, formas de vida e instituciones propias, y su derecho a participar de manera efectiva en las decisiones que les afectan
- 2.- Garantiza el derecho de los pueblos indígenas y tribales a decidir sus propias prioridades en lo que atañe al proceso de desarrollo, en la medida en que éste afecte sus vidas, creencias, instituciones y bienestar espiritual y a las tierras que ocupan o utilizan de alguna manera, y de controlar, en la medida de lo posible, su propio desarrollo económico, social y cultural (OIT, 1989).

Con respecto a México, al ser país miembro de las naciones unidas, no fue ajeno a este proceso considerando además que somos una nación multiétnica y pluricultural, surgiendo así la necesidad de implementar el enfoque intercultural como producto de los cambios provocados por el Integracionismo, corriente teórica iniciada por intelectuales como José Vasconcelos y que influyó en el ámbito educativo del país durante la mayor parte del siglo XX (SCHMELKES, 2013).

Durante este periodo el Dr. Gonzalo Aguirre Beltrán, quien se encargó de difundir el término “intercultural” e “interculturalidad en salud” señaló que este proceso es parte de diferentes estrategias para incorporar a los indígenas a la cultura médica nacional de manera respetuosa y antidiscriminatoria. Para los años 70’s, los conceptos y elementos teóricos interculturales surgidos desde el campo educativo impactaron en México al ámbito de la salud. Y es precisamente gracias a esto a los aportes de intelectuales como Guillermo Bonfil Batalla y a los movimientos reivindicativos de los pueblos indígenas, no sólo en México sino en diferentes países de América Latina, las políticas públicas cambiaron de rumbo en el último cuarto del siglo XX. Siendo así que, en 1992 en México, se llevó a cabo la reforma constitucional que estableció que “La Nación Mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas” generando un marco a los procesos reivindicativos de los pueblos indígenas en el Estado de Chiapas y que se concretaron, posterior al conflicto armado del movimiento Zapatista, reformas constitucionales de carácter nacional en los años 2001 y 2004. Con ello, en la Constitución Política de nuestro país y con la modificación del artículo 2º, se reconocen los derechos de los pueblos indígenas a preservar todos los elementos de su identidad cultural, así como a aprovechar debidamente la medicina tradicional (ALMAGUER *et al.*, 2014).

En 2019 en México, se emitió una nueva ley general de salud donde en el artículo 6 se establece promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas, así como en el artículo 93 que establecen que La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud, promoverá el establecimiento de un sistema de enseñanza

continua en materia de salud. De la misma manera reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena. Los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán adaptarse a su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos (SECRETARIA GENERAL, 2019).

El modelo intercultural en salud es un enfoque que reconoce y valora la diversidad cultural de las personas y busca promover la equidad y la calidad en la atención médica. Se basa en la idea de que los factores culturales, como las creencias, los valores, las tradiciones y las prácticas, pueden influir en la salud de las personas y en su interacción con el sistema de atención médica.

Este modelo reconoce que las diferencias culturales pueden afectar la forma en que las personas comprenden, experimentan y buscan atención médica. Considera que es fundamental tener en cuenta y respetar las creencias y prácticas culturales de los pacientes para brindar una atención efectiva y centrada en ellos (SCHMELKES, 2013).

El modelo intercultural en salud promueve la comunicación efectiva y la colaboración entre los proveedores de atención médica y los pacientes de diferentes culturas. Esto implica desarrollar habilidades interculturales, como la sensibilidad cultural, la empatía y la capacidad de adaptarse a las necesidades y preferencias de cada paciente.

Además, este enfoque también busca abordar las desigualdades en salud que pueden estar asociadas con factores culturales. Esto incluye el acceso desigual a los servicios de salud, la falta de comprensión culturalmente adecuada de los problemas de salud y las barreras de comunicación y discriminación que pueden afectar negativamente la calidad de la atención (SCHMELKES, 2013).

Hoy en día uno de los principales problemas, a los que se enfrentan los profesionales de salud es a la adherencia terapéutica por parte de la comunidad, sin embargo, es necesario resaltar en el presente, que muchas de las veces ocurren porque el profesional de salud llega a las comunidades con su propia cosmovisión sin tomar en cuenta que cada entidad está definida por una cultura (es decir usos costumbre tradiciones definidos por sus ancestros). Por eso es de vital importancia que el profesional de salud tenga claro a que grupos poblacionales se dirige y con qué características (SCHMELKES, 2013).

Recordemos que el artículo 2 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicano dice “La Nación Mexicana es única e indivisible. La Nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas. La conciencia de su identidad indígena deberá ser criterio fundamental para determinar a quiénes se aplican las disposiciones sobre pueblos indígenas. Son comunidades integrantes de un pueblo indígena, aquellas que formen una unidad social, económica y cultural, asentadas en un territorio y que reconocen autoridades propias de acuerdo con sus usos y costumbres” (CÂMARA DE DIPUTADOS, 2023).

La salud de la población depende de factores biológico y sociales, el medio ambiente, la estructura social y económica, la urbanización, la educación, nutrición y el estilo de vida (FRENK *et al.*, 2007).

Por ello es indispensable que el profesional de la salud este consciente que la concepción de las definiciones de salud- enfermedad en las comunidades, estarán condicionadas por sus usos costumbres y tradiciones. En el ámbito de la práctica médica este proceso es profundo y de arraigadas raíces en la medicina tradicional y las medicinas paralelas, que frente al modelo médico hegemónico compiten por preservar un espacio y por ganar adeptos, modelos médicos algunos que parecen agonizantes, pero lejos de desaparecer, frente a un escenario médico científico que no ofrece suficientes y efectivas para todos crecen y crean relaciones más complejas, llenas de virtudes, contradicciones y conflictos (FRENK *et al.*, 2007).

En México se establecieron hace poco, más de medio siglo de los distintos subsistemas ahora operantes. Desde hace unos diez años se ha vuelto costumbre referirse al conjunto de las instituciones públicas con el nombre de Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, la creación de un verdadero sistema no implica la existencia de un monopolio, si no el establecimiento de propósitos claros y mecanismos afectivos y ágiles de información, coordinación y regulación (ALMAGUER *et al.*, 2014). Por lo anterior es importante identificar que el sistema de salud en México tiene que migrar a un sistema de salud integrado dando respuesta a los principales problemas de la comunidad.

Los servicios de salud culturalmente competentes son aquellos donde es posible evitar, detectar y eliminar las barreras culturales presentes del sistema, en los espacios y las perspectivas de los prestadores, fomentando actitudes de respeto, tolerancia y diálogo, permitiendo impulsar la participación social, la comunicación asertiva y el conocimiento de los marcos filosóficos, científicos y culturales que prácticas médicas y curativas de la medicina institucional y de otros modelos de atención a la salud diferentes a la medicina convencional, presentes en las preferencias de la sociedad.

Este modelo responde a las principales funciones de la Salud Pública, que describen el espectro de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública, que es el mejorar la salud de las poblaciones. Con base a las herramientas de educación, promoción y prevención (URIBE, *et al.*, 2001).

La primera aportación importante es la de educación sanitaria para lograr la salud en la comunidad. Debe ser considerada como una verdadera estrategia de actuación para conseguir los objetivos que se propusieron: prevenir la enfermedad, promocionar la salud, restaurarla en el caso que se halla deteriorado. La educación sanitaria, la educación para la salud y la educación terapéutica como elementos que deben ser dinámicos, y ser definidos en un modelo integrador como principio base “La modificación de los conocimientos, actitudes, aptitudes y comportamientos de los individuos componentes de la comunidad, en el sentido de la salud positiva” (MARQUÉS, *et al.* 2004).

En las zonas rurales, por las distancias y en algunas el aislamiento geográfico, los recursos económicos direccionan a que los métodos de curación son en su mayoría tradicionales basados en los conocimientos de la herbolaria mexicana; Así mismo, un gran porcentaje de estas tradiciones curativas, son solamente conocidos por transmisión del conocimiento entre familiares o personas muy cercanas, generando así un desconocimiento de estas formas de curación en comparación con otros países.

Por otra parte, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como unidad rectora de las políticas de salud influyen en el reconocimiento histórico de la medicina tradicional o medicina no convencional que suele denominarse medicina

complementaria, propone en su documento sobre la medicina tradicional 2002-2005 (OMS, 2013). Una estrategia que tiene la finalidad de ayudar a los países miembros a desarrollar políticas para aplicar planes de acción que refuercen el papel de la medicina tradicional en la contribución de conservar y mantener la salud de las personas. La estrategia se orienta a cuatro objetivos fundamentales:

- Política: Cuando sea posible, integrar la medicina tradicional en los sistemas nacionales de salud con el desarrollo de políticas y programas sobre la medicina tradicional.
- Seguridad, eficacia y calidad; mediante la ampliación de la base de conocimientos y la presentación de asesoramiento sobre normas reglamentarias que aseguren la calidad.
- Acceso: la disponibilidad de la medicina tradicional accesible para las personas pobres.
- Uso racional: Promoviendo el uso terapéutico racional de la medicina tradicional entre los profesionales y los usuarios.

Así la OMS contribuye en la creciente incorporación de la medicina tradicional al sistema oficial de salud, sin embargo, el sistema de salud no ha podido cubrir las necesidades de la población, sobre todo en los poblados más marginados o de difícil acceso, lo que denominaron barreras culturales.

Por otro lado, las creencias de los grupos culturalmente diversos (indígenas) mantienen sus creencias y prácticas en relación con la salud y la enfermedad, dificultando la difusión del sistema oficial y que la situación de pobreza extrema impide el acceso a tratamientos indicador de la medicina occidental; por lo tanto, las culturas indígenas siguen recurriendo a sus propios agentes de salud, las que por supuesto las condiciones con las que se realizan habría que mejorar y algunas cambiar.

De esta manera en nuestro país la experiencia y legado de nuestros antepasados ha generado un arraigamiento cultural entre las personas para compartir, orientar sus conocimientos, prácticas y actitudes con respecto al proceso salud-enfermedad, que el sistema de salud no reconoce, al no incorporarla como una alternativa en la atención primaria de la salud; Sin embargo un porcentaje importante de médicas y médicos, incorporan en las recomendaciones los tratamientos basados en la medicina tradicional mexicana; De esta manera no está desacoplada con los aspectos generales de la cultura de nuestro país.

Los grupos sociales interactúan con un ambiente físico de su entorno, determinado su cultura que define como sobrevivir de acuerdo con las necesidades que prevalezcan, el ser humano tiene la habilidad de buscar los recursos para poder lograr sus prioridades.

Tomando como referencia las dificultades existentes en la incorporación de las medicinas alternativas y su integración al sistema de salud primario, se deben de superar la relación intercultural entre los líderes del sistema de salud, los representantes de la medicina tradicional, los representantes de las medicinas alternativas y complementarias, relación con muchos estereotipos y prejuicios; así, como de discriminación y descalificación mutua que dificultan la implementación de políticas interculturales de salud (JEAN, *et al.* 2010).

Sería muy interesante que se lograra la articulación de los servicios de salud, usando como argumento el servicio a la salud, que se le diere un fuerte impulso a los universitarios que con sus proyectos de investigación le dieran ese sustento y validez a todo ese legado cultural de la medicina tradicional; Así mismo, regular con bases científicas la práctica de la medicina tradicional y ofrecer una oportunidad en las relaciones interculturales y que manejan la lógica de poder en nuestro país.

Una de las condiciones para lograr esta articulación sociocultural, son los cambios de paradigmas y la forma en la que se han estructurado, principalmente el paradigma médico que ha tenido implicaciones en el modelo de atención en salud ha legitimado prioridades como la de la curación, como lo podemos ver con la participación de varios representantes en las juntas de salud, en la cual se han podido organizar con las comunidades. La cultura en pro del bienestar de la población; como la socialización del aprendizaje de la medicina tradicional entre la misma sociedad y los servidores de la salud que se da mediante la experiencia personal al cuidado de los integrantes de la familia y la enseñanza de las madres, abuelas, mujeres mayores y médicos tradicionales que también contribuyen en con su experiencia como pacientes en los centros de salud o clínicas en las comunidades (ALBERTI, 2006).

Con la contribución de estos conocimientos y las interacciones socioculturales que son generados por los protagonistas del conocimiento (HERNÁNDEZ *et al.*, 2001). Como consecuencia estos conocimientos forman parte de las relaciones de grupos de poder dentro de un proceso histórico con la presencia de un modelo médico tradicional con elementos de la medicina occidental empoderando su espacio en la práctica médica tradicional (ALBERTI, 2006).

El grupo dominante de las culturas indígenas tienen un fuerte impacto en el sistema de salud local, debido a su gran experiencia en el conocimiento de la etnobotánica con las plantas medicinales, la forma en como las cultivan, el manejo adecuado de estos recursos, nos permiten redefinir y entender cómo va evolucionando la medicina tradicional con respecto a la culturalización con respecto a la medicina occidental.

La medicina tradicional mexicana se basa en el conocimiento y la experiencia acumulada a lo largo de los siglos, y ha sido reconocida por su eficacia en el tratamiento de diversas enfermedades y dolencias. En muchos casos, ha demostrado ser complementaria a la medicina occidental, brindando alternativas naturales y holísticas para el cuidado de la salud (CÂMARA DE DIPUTADOS, 2017).

Sin embargo, a pesar de su importancia y valor cultural, la medicina tradicional en México ha enfrentado desafíos y obstáculos en su reconocimiento y promoción. La falta de regulación y la preferencia por la medicina occidental han llevado a una marginación de estas prácticas en el sistema de salud y a la pérdida de conocimientos tradicionales. En nuestro país se ha podido observar que la medicina tradicional y su integración en el sistema en la atención primaria por los profesionales de la salud, robustecen que la salud no sólo es el estado de bienestar de las personas sino el equilibrio con la naturaleza, sus creencias y su ser. Debido a esto la industria contribuye en el acercamiento de los productos naturales de una manera más práctica y fácil adquisición; sin embargo, esto generará nuevas problemáticas con respecto a la sobre explotación, consumos no prescritos y daño al medio ambiente. Problemáticas que como parte de una cultura debemos de estar atentos y hacer lo propio para estar en armonía con el medio ambiente en relación con la salud como lo viven nuestras culturas tradicionales (CÂMARA DE DIPUTADOS, 2017).

3 REFLEXIONES FINALES

Gran parte de las diferentes culturas y cosmovisiones que fomentamos y desarrollamos al día de hoy se ven en una buena parte influenciadas por la industria de la cultura a través de los medios ma-

sivos de comunicación como lo son la radio, televisión y actualmente internet pues mayormente son ellos quienes deciden la información que consumiremos, esto con la finalidad de orientar nuestros juicios, opiniones, hábitos y costumbres en muchas ocasiones no con una finalidad benevolente si no, más bien, con el objetivo de consumir ciertos productos o servicios para beneficiar a un número limitado de empresas quienes son en realidad, aquellas que pueden pagar por este servicio.

Es importante destacar que tanto la industria cultural como la medicina tradicional en México enfrentan retos en su preservación y desarrollo. Por un lado, la globalización y la influencia de la cultura de masas han generado una homogeneización en la producción cultural, poniendo en riesgo la diversidad y la originalidad de las expresiones artísticas mexicanas.

Por otro lado, la medicina tradicional mexicana requiere de un reconocimiento y apoyo institucional para su preservación y promoción. Es necesario fomentar la investigación, la formación de profesionales y la integración de estas prácticas en el sistema de salud, garantizando su acceso y respetando los derechos de los practicantes y las comunidades que las sustentan.

La industria cultural y la medicina tradicional en México son dos pilares fundamentales de la identidad y la historia del país. Ambas representan una riqueza cultural y un legado ancestral que deben ser valorados y preservados. Es necesario promover su desarrollo sostenible, su reconocimiento oficial y su integración en el tejido social para asegurar su continuidad y contribución al bienestar de la sociedad mexicana.

Con respecto al sector salud, sabemos que en nuestra sociedad las medicinas tradicionales, alternativas y/o complementarias a lo largo de la historia han jugado un papel bastante importante, con altibajos presentes en todo momento, sin embargo, en la actualidad con la instauración del positivismo se ha desarrollado una campaña de desprestigio hacia lo no científico y hacia los conocimientos ancestrales comunitarios. Por un lado, es entendible la búsqueda permanente de nuevos remedios hacia las enfermedades que más comúnmente afectan a la población a través del método científico con la finalidad de que estos sean eficientes, eficaces y seguros para el consumidor, así como asegurar las ganancias para la industria farmacéutica quien ha invertido tiempo y dinero en la investigación de estos nuevos productos, no obstante, habría que preguntarnos ¿A qué costo? Pues bien, como se señaló anteriormente, grandes organizaciones a nivel internacional como la OMS no solo han señalado el valor terapéutico del rescate de las medicinas tradicionales en los países miembros, si no que ha insistido en el uso y fomento de estas medicinas, ya que empleadas de manera adecuada no solo son eficientes, eficaces y seguras, sino que además son de bajo costo además de un bajo impacto ambiental.

Entonces ¿Por qué la insistencia en el desprestigio de los conocimientos tradicionales? Si bien, en nuestro país existe una delgada línea entre el médico tradicional formado en una cosmovisión tras generaciones de médicos tradicionales y aquel pseudoterapeuta que con una formación mínima, o en el peor de los casos, nula, carente de una cosmovisión que lo dote de aquellos conocimientos, ética y valores que le permita desarrollar la medicina tradicional de manera adecuada persiguiendo únicamente los beneficios económicos que suponen lucrar con la salud y tristemente, en muchas ocasiones con el sufrimiento y desesperación adyacente su estado de salud. Además de lo anterior, el proceso histórico-religioso (evangelización) por el cual atravesaron México y América Latina en general durante este periodo todos estos avances fueron saqueados, destruidos y nuestros médicos tradicionales quemados bajo la excusa de “hacer brujería” o tener “pactos con el diablo” orillando a

nuestros médicos tradicionales a ocultarse y con ellos su conocimiento, situación que podemos ver reflejada aun hoy en día, pues en nuestras comunidades es fácilmente observable que aquellas personas que han recibido el conocimiento de nuestras medicinas tradicionales a través de generaciones de aquellos médicos sobrevivientes a esta “inquisición” solo atienden a personas de la comunidad allegadas a ellos y cuando alguien ajeno a estas comunidades, acude a sus servicios estos suelen negar la atención o incluso el conocimiento que estos poseen por miedo al desprestigio y la señalización que han sufrido a lo largo de estos años.

Ambas situaciones las han sabido aprovechar las grandes empresas farmacéuticas y de la industria de la cultura, pues nos han vendido la idea de que un hombre “moderno e inteligente” es aquel preocupado por preservar o recuperar su estado de salud solo a través de la medicina académica, denigrando y discriminando a la medicina tradicional, haciendo énfasis en que esta es “obsoleta” y relegándola a personas con un estatus socioeconómico el cual no les permite acceder a los servicios de la medicina académica y más aún para aquellos individuos “supersticiosos” o “carentes de pensamiento crítico”, pues siendo de otro modo, si estas grandes empresas reconocieran que gran parte de los avances científicos, se deben al conocimiento tradicional como lo es la salicina, extraída del sauce blanco, sustancia predecesora del ácido acetil salicílico por dar un mundialmente conocido ejemplo de muchos que existen, habría un choque entre diferentes paradigmas e incluso contradicciones en este modelo que nos fue impuesto hace poco más de 200 años, lo que supondría grandes pérdidas económicas para la industria farmacéutica y de los medios masivos de comunicación pues estos dependen uno del otro para subsistir. La cultura de masas en México puede tener impactos tanto positivos como negativos en la salud. La industria cultural se refiere al conjunto de actividades comerciales relacionadas con la producción y distribución de productos culturales en una sociedad capitalista, con implicaciones tanto económicas como culturales. Es fundamental fomentar una cultura de masas que promueva estilos de vida saludables, aborde las desigualdades en salud, sea sensible a la diversidad a los contextos de interculturalidad y las necesidades de diferentes grupos de la población. Además, se deben implementar políticas y regulaciones adecuadas para abordar los riesgos asociados con la promoción de productos y comportamientos perjudiciales para la salud.

REFERENCIAS

ABRUZZESE A. Cultura de Masas. **Rev Cuadern Inform Comun**, v. 9, p. 189-192, 2004.

ALBERTI P. Los aportes de las mujeres rurales al conocimiento de plantas medicinales en México. análisis de género, **Rev Agric soc desar**, v. 3, n. 2, p. 139-153, 2006.

ALMAGUER, J. *et al.* Interculturalidad en Salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. *In*: Ciudad de México. **Biblioteca mexicana del conocimiento**, p. 17-72, 2014.

BERENZON S. *et al.* El uso de las terapias alternativas y complementarias en población mexicana con trastornos depresivos y de ansiedad: Resultados de una encuesta en la Ciudad de México. **Rev Salud Men**, v. 31, n. 2, p. 107-115, 2009.

CÂMARA DE DIPUTADOS. Proponen promover desarrollo de herbolaria mexicana con reglas claras. **Boletín Herbolaria Mexicana**, n.. 4740, 2017. Disponible en: <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2017/Diciembre/26/4740-Proponen-promover-desarrollo-de-herbolaria-mexicana-con-reglas-claras> Fecha de acceso: 15 jun 2024.

CÂMARA DE DIPUTADOS. **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**. 2023. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf Fecha de acceso: 15 jun 2024.

DUARTE, R. Industria Cultural 2.0. **Rev Constelaciones**, v. 3, p. 90-117, 2011.

FAGETTI, A. Curanderos, hueseros, yerberas, parteras en Testimonios de vida de médicos tradicionales de la Región de Tehuacán. **Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades**. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. 2003.

FERNÁNDEZ N. Análisis de la industria cultural en el pacto de integración sub-regional Andino. **Rev Estud Interdiscipl Cienc Soc**, v. 6, n. 1, p. 26-40, 2004.

FRENK, J. *et al.* La globalización y la nueva salud pública. **Rev Salud Públ México**, v. 49, n. 2, p. 156-164, 2007.

HERNÁNDEZ, I. *et al.* El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. **Rev Saúde Públ**, v. 35, n. 5, p. 443-450, 2001.

HORKHEIMER, M.; ADORNO, T.W. **Dialéctica de la Ilustración, Fragmentos Filosóficos**. España: Editorial Trotta. 1994.

ITURRIAGA, J. **Historia de las Epidemiologías en México**. Grijalbo: Penguin Random House Grupo Editorial. 2020.

JEAN, E. *et al.* Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. **Rev. Lat-Am Enferm**, v. 18, n. 3, p. 177-185, 2010

MARQUÉS, F. *et al.* **Métodos y medios en promoción y educación para la salud**. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya. 2004.

OIT. Oficina Internacional del Trabajo. **Convenio núm.169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales**. 1989.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicinas tradicionales 2014-2023. **Organización Mundial de la Salud**. 2013. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf;jsessionid=0E96FE404AC6BD07BEC545A87D2FD94A?sequence=1 Fecha de acceso: 15 jun 2024.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. **Declaración de Alma-Ata**. 1978.

ORTEGA, L.M. Consumo de bienes culturales: reflexiones sobre un concepto y tres categorías para su análisis. **Culturales**, v. 5, n. 10, p. 7-44, 2009.

RODRÍGUEZ, M. Cultura popular-cultura de masas. Espacio para las identidades. **Rev Estud Cult Contemp**, v. 4, n. 12, p. 151-163, 1991.

SCHMELKES, S. Educación para un México intercultural. **Sinéctica**, v. 40, p. 1-12. 2013.

SECRETARIA GENERAL. **Ley general de salud**. 2019. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019 Fecha de acceso: 15 jun 2024.

SZPILBARG, D. *et al.* El concepto de industria cultural como problema: una mirada desde adorno, Horkheimer y Benjamín, **Rev Calle14**, v. 9, n. 14, p. 56-66, 2014.

URIBE, M. *et al.* **Reflexiones acerca de la Salud en México**. México: Ed. Panamericana. 2001.

URIÓSTEGUI A. Hierbas medicinales utilizadas en la atención de enfermedades del sistema digestivo en la ciudad de Taxco, Guerrero, México. **Rev Salud Públ**, v. 17, n. 1, p. 85-96, 2015

1 Licenciatura en Salud Intercultural, Doctorado en Docencia e Investigación Social. Universidad Estatal del Valle de Ecatepec, Ecatepec de Morelos, México y Red Internacional de Salud Colectiva y Salud Intercultural (REDSACSIC), Amecameca, México. ORCID: 0000-0002-8482-1724. Email: miguelfer@yahoo.com.mx

2 Licenciado en Sociología, Doctor en Antropología Social. Red Internacional de Salud Colectiva y Salud Intercultural (REDSACSIC), Amecameca, México. ORCID: 0000-0002-5088-5826. Email: isaccasas@gmail.com.mx

3 Licenciatura en Acupuntura Médica y Rehabilitación Integral, Maestra en Psicomotricidad. Universidad Estatal del Valle de Ecatepec, Ecatepec de Morelos, México y Red Internacional de Salud Colectiva y Salud Intercultural (REDSACSIC), Amecameca, México. ORCID: 0000-0001-8297-6151. Email: nubia.nieto@uneve.edu.mx

4 Doctor en Ciencias de Salud Colectiva. Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario Amecameca, Amecameca, México. ORCID: 0000-0002-3129-9418. E-mail: capo730211@yahoo.es

5 Licenciatura en Psicología (C. Sociales). Red Internacional de Salud Colectiva y Salud Intercultural (REDSACSIC), Amecameca, México. ORCID: 0009-0006-4642-103X. Email: aledefra2001@yahoo.com.mx

6 Licenciatura en Psicología, Doctor en Psicología y Educación. Universidad de los Lagos, Osorno, Chile. ORCID: 0000-0003-1371-9041. Email: alexveliz@gmail.cl

Recebido em: 24 de Julho de 2023

Avaliado em: 18 de Janeiro de 2024

Aceito em: 7 de Março de 2025



A autenticidade desse artigo pode ser conferida no site <https://periodicos.set.edu.br>

Copyright (c) 2025 Revista Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente



Este trabalho está licenciado sob uma licença Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

